

Fabrizio Didonna
(Editor)

Manual clínico de MINDFULNESS



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

FABRIZIO DIDONNA
Editor

MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS

Prefacio de Jon Kabat-Zinn

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
CLINICAL HANDBOOK OF MINDFULNESS

© 2009, Springer Science+Business Media, LLC, USA

Traducción: Mónica Castell

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2016

Henao, 6; 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com



[EditorialDesclee](#)



[@EdDesclee](#)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3784-8

Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclée.com

*A mi esposa Rachele por su amor, apoyo y comprensión.
Para que siempre se sienta segura, feliz, sana
y libre de cualquier daño interno y externo.*

F. D.

Agradecimientos

Deseo expresar mi gratitud a varias personas.

En primer lugar, quiero agradecer la influencia de varios maestros y mentores; mi más profunda gratitud a Jon Kabat-Zinn por sus preciadas e inestimables enseñanzas de los últimos años, por su extraordinario y contagioso entusiasmo, y por ser un sabio ejemplo de cómo transmitir y encarnar los profundos sentidos y principios del mindfulness. También quiero darle mi más cálido agradecimiento por su inestimable ayuda, por el apoyo y por los comentarios realizados durante la fase final de este proyecto, por ayudarme a ampliar la lista de centros y grupos de mindfulness del Anexo B y por último, pero no por ello menos importante, por el amable y completo prólogo que ha redactado para este libro.

Gracias de todo corazón a Thich Nath Hanh y a Thomas Trobe por haberme permitido con los años conocer nuevos caminos para mejorar profesionalmente y crecer personalmente, y por integrar con eficacia el mindfulness y la meditación en mi manera de entender y de tratar el sufrimiento psicológico en la práctica clínica.

Un recuerdo nostálgico y especial desde aquí para Ma Yoga Sudha que nos dejó hace pocos meses y que me enseñó personalmente el enorme valor curativo de la compasión, la desidentificación y la expresión emocional libre en la psicoterapia a través de la meditación.

También quiero dar las gracias a Giovanni Liotti por haberme iluminado con sus sabias ideas y por haberme ayudado a aprender como comprender y tratar pacientes psiquiátricos complejos y problemáticos.

También hago extensivo mi agradecimiento, sincero y cálido, a Mark Williams, Marsha Linehan y Jeffrey Young por sus comentarios y por su apoyo durante la preparación de este libro.

Mi más sincera gratitud para Thomas Bien, Sarah Guth y Jeffrey Brantley por sus valiosos, completos y útiles comentarios y revisiones de los capítulos 8, 11 y 24.

También quiero agradecer especialmente a Zindel Segal el haber compartido conmigo sus opiniones y conocimientos clínicos y por haberme apoyado en este maravilloso proyecto desde el principio.

Muchas gracias a todos los autores que han contribuido en este libro y que tanto han trabajado en ayudarme a que el proyecto llegue a buen término. También les doy las gracias por su entusiasmo y por su acompañamiento a lo largo de este fascinante, aunque también laborioso, viaje y, en última instancia, por sus preciosas e incalculables contribuciones a este campo de conocimiento. Cada uno de ellos me ha aportado mucho a nivel personal.

Mi más sincero agradecimiento al personal de Springer Publisher, en particular a la editora ejecutiva, Sharon Pannulla, y a la asistente editorial, Jennifer Hadley, por su ayuda, consejo y apoyo, además de por su flexibilidad durante todo el proceso. Muchas gracias también a la directora de proyectos, Sasikala Rajesh.

También me siento muy en deuda con mis pacientes, que me han enseñado casi todo lo que sé sobre el trabajo clínico con sus esfuerzos, perseverancia y confianza en la terapia y, en definitiva, su amor por la vida.

Por último, gracias de todo corazón a mi esposa Rachele por su amor y su paciencia mientras yo trabajaba duro y a menudo debía ausentarme, durante la edición y la redacción de este manual. Le dedico este libro a ella.

F. D.

Acerca del editor

Fabrizio Didonna, Doctor en Psicología, es Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta cognitivo-comportamental. Es Fundador y Presidente del *Istituto Italiano per la Mindfulness* (IS.I.MIND), además de Coordinador de la Unidad de Trastornos del estado de ánimo y de Ansiedad, y también trabaja en la Unidad de Trastornos de Personalidad Límite del Departamento de Psiquiatría de la Casa di Cura Villa Margherita de Vicenza, en Italia. Es profesor en la Escuela de Terapia Cognitiva de Bologna, en la Escuela de Psicoterapia Forense y Cognitiva de Reggio Emilia y en el Instituto de Ciencias Cognitivas de Grosseto, en Italia. Cuenta con una amplia experiencia como instructor de mindfulness en grupos para pacientes hospitalizados como así también ambulatorios, y fue uno de los primeros terapeutas que planificó y utilizó el mindfulness con pacientes con trastornos graves en programas de tratamiento hospitalario. Ha llevado a cabo talleres en todo el mundo en el campo de la terapia cognitivo-conductual para trastorno obsesivo compulsivo, depresión, trastornos de ansiedad y cursos basados en mindfulness, y ha presentado trabajos científicos en conferencias en Italia y otros países europeos, además de haber publicado varios artículos, capítulos y dos libros. Es vicepresidente de la Asociación italiana del trastorno obsesivo compulsivo y también es representante de la sección regional de la SITCC, la Sociedad Italiana de Terapia Cognitivo Comportamental. Lleva años practicando e impartiendo cursos de meditación y también organiza retiros de terapia cognitiva basada en mindfulness e intervenciones basadas en mindfulness en Italia y en muchos otros países europeos.

Colaboradores

Baer, Ruth es profesora de psicología en la Universidad de Kentucky, Estados Unidos. Sus áreas de interés en materia de investigación se centran en el mindfulness y en las intervenciones basadas en aceptación, evaluación y conceptualización del mindfulness, las intervenciones cognitivo-conductuales y la evaluación psicológica. Es editora de la publicación *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications* (Academic Press, 2006).

Barnhofer, Thorsten es psicólogo de investigación clínica y ocupa un puesto de postdoctorado en un equipo patrocinado por el Wellcome Trust que dirige el Profesor Mark Williams en la Universidad de Oxford, Reino Unido. Imparte clases y cursos de terapia cognitiva basada en mindfulness dentro de un programa de investigación de los efectos y los mecanismos de la meditación mindfulness. Recientemente, y en colaboración con la doctora Catherine Crane, ha participado en un estudio realizado con fondos del premio de investigación Francisco J. Varela del Instituto Mente y Vida sobre los efectos de la terapia cognitiva basada en mindfulness en pacientes con depresión crónica con un historial de suicidio.

Battista, Susan realizó un Máster con la doctora Nancy Kocovski en la Universidad Wilfrid Laurier, donde se dedicaba a la investigación del mindfulness y la fobia social. En la actualidad Susan se encuentra en la Universidad de Dalhousie cursando un doctorado en psicología clínica.

Best, Jennifer L.; Dra.; es psicóloga clínica y profesora adjunta de psicología en la Universidad de North Carolina, en Charlotte, Estados Unidos. Antes de ocupar este cargo realizó un curso de investigación post-doctoral con Duke Integrative Medicine sobre la aplicación de los enfoques basados en mindfulness para el control del peso, de la alimentación y del metabolismo en trastornos alimentarios y obesidad. También tiene experiencia en la creación y la dirección de grupos basados en mindfulness para la gestión del estrés y para reducir los síntomas de la ansiedad y la depresión en muestras comunitarias. Por otra parte, la

doctora Best ha publicado en el área del mindfulness y el metabolismo de la glucosa entre personas obesas que sufren trastorno por atracón. En la actualidad trabaja en un estudio que examina cómo el mindfulness puede ser una herramienta útil para mejorar la regulación del apetito en personas con sobrepeso que desean mantener la pérdida de peso.

Bien, Thomas, Dr.; es escritor y psicólogo en ejercicio en Albuquerque, Nuevo Méjico, donde también imparte clases de mindfulness y meditación. Además de un Doctorado en Psicología por la Universidad de Nuevo Méjico, tiene un Máster en Teología por el Seminario Teológico de Princeton y ofrece charlas en Estados Unidos y en todo el mundo. Su trabajo se sitúa a la vanguardia de la integración del mindfulness en la práctica de la psicoterapia. Es autor de: *Mindful Therapy: A Guide for Therapists and Helping Professionals* (Wisdom, 2006), *Mindful Recovery: A Spiritual Path to Healing From Addiction* (Wiley, 2002) y *Finding the Center Within: The Healing Way of Mindfulness Meditation* (Wiley, 2003); además es coautor del libro *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (Guilford 2008).

Birnie, Kathryn es Licenciada en Psicología (con honores) por la Universidad de Calgary en 2007. Bajo la dirección de la doctora Linda Carlson, Kathryn estudió el impacto del programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) en pacientes con cáncer y en sus parejas. En particular, su tesis se centraba en examinar los cambios en los síntomas de estrés, alteración del estado de ánimo y apoyo social en ese grupo. Por este trabajo recibió una mención honorífica en el Premio a la Investigación, por su excelencia como trabajo universitario. El interés personal de Kathryn por el yoga y la meditación la llevaron a estudiar en la India, en la Universidad de Pune, además de obtener un título adicional en estudios religiosos. Tiene previsto seguir con la oncología psicosocial en sus estudios de postgrado.

Brantley, Jeffrey, Máster, es psiquiatra colegiado y practica meditación mindfulness desde hace más de 25 años. Es miembro fundador de la facultad Duke Integrative Medicine, además de fundador y director del programa de reducción del estrés basado en mindfulness en el mismo centro (MBSR). El doctor Brantley es autor de “*Calmar la ansiedad: descubre cómo el mindfulness y la compasión pueden liberarte del miedo y la angustia*” (Ediciones Oniro S.A.; 2007). También es coautor de una popular serie de libros, *Five Good Minutes* (New Harbinger Publications, 2005, 2006, 2007) y ha contribuido en capítulos de libros y en

numerosos artículos sobre las aplicaciones del mindfulness para mejorar la salud y el bienestar en la vida cotidiana.

Carlson, Linda es psicóloga clínica y profesora asociada de oncología psicosocial en el Departamento de Oncología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgary, además de Catedrática de la misma disciplina en el programa patrocinado por Enbridge. También es Profesora Asociada Adjunta en el Departamento de Psicología. La doctora Carlson se dedica al estudio del programa MBSR desde 1997 y ha publicado informes sobre sus efectos en pacientes con cáncer en publicaciones revisadas por colegas como *Psychosomatic Medicine*, *Psychoneuroendocrinology* y *Brain, Behavior and Immunity*. Su equipo ha demostrado la eficacia de dicho programa en la disminución de los síntomas de estrés mediante la mejora del estado de ánimo, del sueño y de la calidad de vida, además de alterando la hormona del estrés y la función inmune en pacientes con cáncer. Ha publicado cerca de 80 capítulos en distintos libros, así como artículos de investigación en publicaciones médicas; además, ha recibido varios millones de dólares en becas y suele presentar sus trabajos en conferencias internacionales.

Cordon, Shari, Licenciada, es estudiante de Doctorado en Psicología Social en la Universidad Virginia Commonwealth y su investigación se centra en el papel desempeñado por el mindfulness en contextos interpersonales. Realizados tanto en laboratorio como en intervenciones, sus estudios investigan los efectos del mindfulness como rasgo y como estado en la formación de relaciones, la satisfacción y la correlación con el bienestar psicológico.

Crane, Catherine es psicóloga investigadora y ocupa un puesto post-doctoral en un equipo patrocinado por el Wellcome Trust que dirige el profesor Mark Williams en la Universidad de Oxford. En colaboración con el doctor Thorsten Barnhofer, está llevando a cabo un estudio patrocinado por el premio de investigación Francisco J. Varela procedente del Instituto Mente y Vida en el que se examina la viabilidad y los efectos inmediatos de la terapia cognitiva basada en mindfulness en pacientes con depresión crónica y tendencias suicidas. La meditación mindfulness es uno de los intereses personales de Catherine que, además, ha presentado varias publicaciones acerca del papel que desempeñan los procesos psicológicos relevantes desde un punto de vista de mindfulness en la depresión y los comportamientos

suicidas.

Didonna, Fabrizio (véase *Acerca del editor*)

Dimidjian, Sona, Dra.; es Profesora Asistente en el Departamento de Psicología de la Universidad de Colorado, Boulder, Estados Unidos. Su investigación se centra en el tratamiento y la prevención de la depresión. Su área de interés más destacada es la aplicación clínica del mindfulness, incluidas tanto la terapia dialéctico-conductual como la terapia cognitiva basada en mindfulness, y una extensa práctica personal de mindfulness y de yoga.

Drossel, Claudia es Doctora en Psicología Experimental por la Universidad de Temple y en la actualidad está cursando otro Doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Nevada, Reno, Estados Unidos, donde trabaja con los conceptos de aceptación y mindfulness a través de la terapia dialéctico-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Claudia entiende la aceptación y el mindfulness como capacidades cognitivo-conductuales complejas que requieren mucha práctica, que calan en todos los aspectos de las relaciones inter e intrapersonales y que no se enseñan con palabras solamente. Para ella, la vida cotidiana aporta la base para la práctica de la aceptación y del mindfulness. Claudia se involucra en la práctica formal estudiando yoga.

Follette, Victoria M.; Dra.; es Profesora de Psicología y Catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad de Nevada, Reno, Estados Unidos. Fue nombrada alumna distinguida por la Facultad de Psicología de la Universidad de Memphis, Tennessee, Estados Unidos, donde estudió la carrera. Además, la Doctora Follette dirige el Instituto de Investigación en Trauma de Nevada, que utiliza una óptica conductual contextual para entender las secuelas del trauma. Sus áreas de interés incluyen el estudio empírico de tratamientos aplicados y enfoques basados en mindfulness para el tratamiento, sobre lo que ha publicado muchos artículos.

Fulton, Paul R.; Doctor en Educación, es miembro fundador y Presidente del Instituto para Meditación y Psicoterapia. Psicólogo clínico de formación, cursó su Doctorado en el Laboratorio de Desarrollo Humano de la Universidad de Harvard. Paul fue ordenado laico en budismo zen en 1972 y en la actualidad es Director de Salud Mental del plan de cobertura

sanitaria Tufts en Massachusetts, además de dedicarse a la práctica privada de la psicoterapia. Forma parte de la Junta Directiva del centro Barre para Estudios Budistas en Barre, Massachusetts, Estados Unidos. Paul también ha impartido cursos de aplicaciones de la psicología budista a profesionales de la salud mental de todo el mundo, y es coautor y coeditor de *Mindfulness and Psychotherapy*, Guildford, 2005.

Gardner-Nix, Jackie, titulada por la Universidad de Londres, Reino Unido, donde obtuvo su Licenciatura en Medicina y un Doctorado en Bioquímica, es además miembro del Royal College of Physicians del Reino Unido, en la especialidad de medicina interna. En la actualidad es consultora de dolor crónico en los Departamentos de Anestesia de la Clínica del Dolor del Hospital de San Miguel y del Centro de Ciencias de la Salud Sunnybrook en Toronto, además de Profesora Asistente en la Universidad de Toronto. Ha impartido numerosos talleres y presentaciones sobre gestión del dolor y se ha especializado en medicación para el dolor, pero en los últimos seis años se ha centrado en desarrollar e investigar cursos de meditación basada en mindfulness para pacientes que sufren dolor, basándose en el trabajo con el programa MBSR de Jon-Kabat-Zinn. Sus cursos se imparten mediante telemedicina además de in situ a pacientes de Ontario, Canadá.

Garland, Sheila, bajo la supervisión de la doctora Linda Carlson, investiga la utilización del programa MBSR en pacientes con cáncer desde 2003. Más concretamente, su área de interés es la posible aplicación de la meditación mindfulness para reducir los síntomas de insomnio y mejorar la calidad del sueño. Antes, Sheila Garland ya había publicado un trabajo piloto que demostraba que los participantes experimentaban una mejor calidad del sueño tras participar en el programa MBSR. Además, ha publicado una comparativa de dicho programa con otra intervención psicosocial sobre medidas de espiritualidad y crecimiento posttraumático. Por último, ha contribuido en trabajos sobre la experiencia de las parejas y de las personas de apoyo que participan en el programa.

Germer, Christopher K.; Dr.; es psicólogo clínico en el ámbito de la práctica privada, especializado en el tratamiento basado en mindfulness de la ansiedad y el pánico, y en terapia de pareja. Desde 1978 integra fundamentos de meditación y de mindfulness en la psicoterapia y su principal interés es el cultivo de la autocompasión en la psicoterapia. Además, el Doctor

Germer es miembro docente fundador del Instituto para Meditación y Psicoterapia, Profesor Clínico de Psicología en la Facultad de Medicina de Harvard y coeditor de *Mindfulness and Psychotherapy* (Guilford Press).

Gilbert, Paul es Profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Derby y psicólogo consultor en los Servicios de Salud Mental del Derbyshire Mental Health Services NHS Trust. Es Profesor Visitante de la Universidad de Fribourg, Suiza, y de Coimbra, Portugal. También es miembro de la Sociedad Psicológica Británica desde 1993 y ha publicado más de 100 artículos, además de capítulos para 14 libros. Tiene especial interés en el papel que desempeña la culpa en las psicopatologías y en su tratamiento con terapia centrada en la compasión.

Goodman, Trudy, Máster en Educación, es la fundadora de InsightLA, una organización sin ánimo de lucro que propone cursos de meditación mindfulness, sesiones en grupo y retiros. Tiene experiencia impartiendo cursos de meditación Zen y Vipassana, psicoterapia y en el programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR). Trudy imparte sus cursos con Jack Kornfield y otros colegas en todo el mundo. También fue cofundadora del primer Instituto para Meditación y Psicoterapia de Cambridge, Massachussets, Estados Unidos, en 1995, y de Growing Spirit, un programa de mindfulness para familias en Los Ángeles, con Susan Kaiser Greenland, en 2002.

Greeson, Jeffrey, Dr.; es psicólogo de salud clínica, Máster en Química Biomédica y lleva más de 10 años practicando e investigando en el ámbito de la meditación mindfulness. Es Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría y Ciencias Comportamentales de la Escuela Universitaria de Medicina de Duke, además de investigador en Duke Integrative Medicine. El doctor Greeson investiga las ventajas psicológicas y fisiológicas de la reducción del estrés basada en mindfulness y otras intervenciones clínicas basadas en mindfulness desde 1998, y ha publicado diversos artículos revisados por colegas sobre esa materia. Al mismo tiempo, está especialmente interesado en la cuantificación, las cuestiones neurológicas y la biología molecular del mindfulness como capacidad de autoregulación central.

Hayes, Steven C. es Profesor de la Fundación Nevada, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Nevada. Autor de 32 libros y de cerca de 400 artículos científicos, su carrera

se centra en el análisis de la naturaleza del lenguaje y del conocimiento humanos y en su aplicación al entendimiento y al alivio del sufrimiento. Es el creador de la terapia de compromiso y aceptación, de la familia de las nuevas terapias de mindfulness y aceptación procedentes de la terapia cognitivo-conductual. Junto con Victoria Follette y Marsha Linehan en 2004 publicó el libro *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. (Nueva York: Guilford) y es coeditor del libro que se publicará próximamente *Mindfulness and acceptance in children*. Su obra ha sido reconocida por la División 25 de la APA (Asociación estadounidense de psicología) por las ejemplares contribuciones a la investigación conductual básica y por sus aplicaciones. También ha recibido el galardón de Impacto de la Ciencia en la Praxis que otorga la Sociedad para el Avance del Análisis Comportamental, y el premio a Toda Una Carrera por la Asociación para Terapia Cognitiva y Comportamental.

Hutchins, Marion finalizó su tesis de final de carrera en la Universidad de Calgary en 2007, bajo la supervisión de la doctora Linda Carlson. En dicha tesis, Marion examina los efectos de la MBSR en la espiritualidad, el crecimiento posttraumático y el apoyo social en pacientes con cáncer y en sus parejas. En 2007 presentó conjuntamente sus hallazgos en la conferencia de la Asociación Psicológica de Canadá. Marion es una fuerte defensora de la meditación mindfulness y de su utilización para el mantenimiento del bienestar físico, emocional y espiritual.

Kaiser Greenland, Susan, Doctora en Derecho, es Cofundadora y Directora Ejecutiva de InnerKids Foundation, desde donde desarrolla planes de estudio de mindfulness además de dar clase a niños y a educadores, padres, terapeutas y profesionales de la salud. Susan es miembro del equipo clínico del Clínica Pediátrica del Dolor del Hospital Infantil Mattel de UCLA, colabora en estudios de investigación sobre educación primaria y preescolar, y colabora también en otro estudio de investigación de la Universidad de California sobre el impacto de la alimentación consciente en los niños y en sus familias. En 2006, Susan fue nombrada “Campeona de los niños” por la organización First 5 LA de California. Además, presenta ponencias en Universidades, centros médicos y programas profesionales en Estados Unidos, y es consultora para distintas organizaciones sobre la enseñanza del mindfulness de una manera laica y acorde a cada edad. En la actualidad Susan se encuentra inmersa en la redacción de un

libro sobre mindfulness y niños para Free Press.

Kocovski, Nancy, Dra.; es Profesora Asistente de la Facultad de Psicología de la Universidad Wilfrid Laurier, donde se dedica a la investigación sobre mindfulness y fobia social. También está afiliada como científica investigadora en el Centro para Adicciones y Salud Mental, donde investiga sobre el uso del mindfulness para el tratamiento del trastorno de fobia social.

Labelle E., Laura es estudiante de Doctorado en Psicología Clínica, bajo la supervisión conjunta de la doctora Linda Carlson y del doctor Tavis Campbell. Laura Labelle se ha dedicado a evaluar los efectos de la MBSR en los resultados psicológicos y fisiológicos de pacientes con cáncer. En la actualidad lleva a cabo un ensayo controlado con lista de espera que examina el impacto de la MBSR en la presión arterial, en respuestas a estrés cardiovasculares y neuroendocrinas agudas y en el funcionamiento psicológico en mujeres con cáncer. Su tesis doctoral evaluará si una mayor práctica de mindfulness y una mejora de la regulación de las emociones median en el impacto de la MBSR en el funcionamiento psicológico en personas que superan un cáncer.

Lazar, Sara W.; Dra.; es investigadora en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts, además de Profesora de Psicología en la Facultad de Medicina de Harvard. El objetivo de su investigación es elucidar cuáles son los mecanismos neurológicos subyacentes a la meditación, tanto en casos clínicos como para promover y preservar la salud y el bienestar de las personas sanas. Practica yoga y meditación mindfulness desde 1994, y es miembro de la Junta Directiva del Instituto para Meditación y Psicoterapia.

Lykins, Emily es estudiante de Doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Kentucky. Sus intereses científicos se centran en la psicología positiva enfocada en el mindfulness, la aceptación y el bienestar psicológico.

McBee, Lucia, trabajadora social clínica colegiada y Máster en salud pública, lleva 27 años como trabajadora social de geriatría con ancianos y sus cuidadores. Durante los últimos 13 años ha integrado el mindfulness y otras terapias complementarias a su práctica con ancianos delicados que viven en residencias o que se encuentran confinados en sus casas, con ancianos con problemas físicos y cognitivos, con pacientes en estado terminal y sus cuidadores

formales o informales. Su trabajo se ha publicado en revistas revisadas por colegas y se ha presentado en conferencias nacionales e internacionales. Además, acaba de terminar un libro sobre el trabajo con ancianos: *Mindfulness-Based Elder Care*, cuya publicación está prevista para marzo de 2008 por Springer Publishers.

Olendzki, Andrew, Dr.; es Director Ejecutivo y erudito del Centro Barre para Estudios Budistas (www.dharma.org) de Barre, Massachussets; un centro educativo dedicado a la integración del entendimiento erudito y de la introspección meditativa. Estudioso de la literatura pali y del pensamiento budista temprano, ha impartido clases en numerosas universidades de Nueva Inglaterra, como en la de Harvard y la de Brandeis, forma parte del cuerpo docente del Instituto de Meditación y Psicoterapia y es editor del *Insight Journal*.

Pinto, Antonio, es Doctor en Medicina, psiquiatra y terapeuta cognitivo-conductual. También ha impartido clases de Psicoterapia en la Universidad de L'Aquila, Italia, y es miembro ordinario y Profesor de la SITCC (Sociedad italiana de terapias cognitivo-conductuales), además de ser uno de los representantes italianos de la EABCT (Asociación Europea de Terapias Cognitivo-Conductuales). Periódicamente dirige cursos y talleres sobre terapia cognitivo-conductual de la psicosis, y ha publicado los resultados de un ensayo controlado aleatorio. Es supervisor de EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares), al tiempo que dirige investigaciones sobre la aplicación de un protocolo de mindfulness en enfermedades psiquiátricas complejas. También participa en un grupo de investigación internacional dirigido por el profesor A.T. Beck para la aplicación de nuevos hallazgos psicoterapéuticos en pacientes psicóticos. Es miembro de la IEPA (Asociación Internacional de Psicosis Temprana) y en la actualidad ejerce como psiquiatra en un servicio de salud mental de Nápoles, Italia.

Quillian Wolever, Ruth, Dra.; es psicóloga de salud clínica y Directora de Investigación de Duke Integrative Medicine en la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke de Durham, NC, Estados Unidos. Su especialidad son los cambios conductuales, el tratamiento de problemas relacionados con el estrés y la salud mente-cuerpo. Su práctica clínica y su investigación se centran en utilizar la conexión mente-cuerpo para mejorar la salud. Su investigación analiza 1) la aplicación del mindfulness para mejorar los patrones alimenticios,

los cambios de estilo de vida y el peso; 2) el papel emergente de la figura del consejero de salud en la medicina general y 3) la eficacia de los enfoques integradores para la salud. Tanto Ruth como su esposo Mark son muy activos educar al público acerca el síndrome de Rett.

Rizvi, Shireen L.; Dra.; es Profesora Asistente en el Departamento de Psicología de la Escuela para Investigación Social de Nueva York. Sus investigaciones se centran en el desarrollo de tratamientos para problemas de salud mental graves y crónicos, además de en el sentimiento de culpa y su relación con el desarrollo y el mantenimiento de una psicopatología. La doctora Rizvi ha escrito y presentado numerosos artículos teóricos y de investigación sobre trastorno de personalidad límite, terapia dialéctico-conductual y trauma. También mantiene una pequeña práctica privada en la ciudad de Nueva York.

Rosillo González, Yolanda es psicóloga clínica y psicoterapeuta cognitivo-conductual. Trabaja como profesional privada en un centro médico para trastornos alimentarios vinculado a la clínica Villa Margherita de Vicenza, Italia. Hace muchos años que practica la meditación mindfulness y ha participado en cursos impartidos por M. Williams, J.Kabat-Zinn y F. Didonna. Además ha dirigido, como co-líder, grupos de mindfulness tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios en casos de ansiedad grave y trastornos de personalidad y del estado de ánimo.

Schwartz, Jeffrey M.; Doctor en Medicina, es psiquiatra investigador en la Escuela de Medicina UCLA, además de ser un pensador e investigador muy fecundo en el campo de la neuroplasticidad autodirigida. Durante más de 30 años ha sido un practicante devoto de meditación mindfulness en la tradición budista pali theravada. Su principal objetivo en materia de investigación ha sido desarrollar una explicación científica con fundamento teórico para descubrir cómo la conciencia plena afecta sistemáticamente a la manera de funcionar del cerebro. También es coautor del libro *The Mind and The Brain: Neuroplasticity and the Power of Mental Force* (2002). Nueva York: Harper Collins.

Segal Zindel, Dr.; es titular de la Cátedra Morgan Firestone de Psicoterapia, en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto. También es Director de la Unidad de Terapia Cognitivo-conductual del Centro para Adicciones y Salud Mental, y es Profesor en las Facultades de Psiquiatría y Psicología de la Universidad de Toronto. El doctor Segal es

autor de *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas* y *The Mindful Way Through Depression*. Sus estudios han ayudado a caracterizar los marcadores psicológicos de vulnerabilidad a recaídas en trastornos del estado de ánimo y sigue apostando a la relevancia de la asistencia clínica basada en mindfulness en psiquiatría y en salud mental.

Shaw Welch, Stacy, Dra.; es psicóloga clínica en los Centros de Tratamiento Basado en Evidencia de Seattle, que cuentan con un programa de tratamiento con terapia dialéctico-conductual. Además de su trabajo en dicha terapia, dirige un centro dedicado al tratamiento de la ansiedad. Su interés en la utilización del mindfulness en la terapia dialéctico-conductual viene de lejos, igual que en las posibles aplicaciones del mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Siegel, Ronald D.; Doctor en Psicología, es Profesor Clínico Asistente de Psicología en la Escuela de Medicina de Harvard, donde lleva más de 20 años dedicado a la docencia. También ha estudiado durante muchos años la meditación mindfulness, y es miembro de la Junta Directiva y del cuerpo docente del Instituto para Meditación y Psicoterapia. El Doctor Siegel imparte cursos de mindfulness y psicoterapia y tratamiento mente-cuerpo en Estados Unidos, al tiempo que tiene una práctica privada en Lincoln, Massachusetts. Es coautor de libro *Mindfulness and Psychotherapy* (Guilford Press) y de *Back Sense: A Revolutionary Approach to Halting the Cycle of Chronic Back Pain* (Broadway Books).

Smalley, Susan L.; Dra.; es Profesora de Psiquiatría, fundadora y Directora del Centro de Investigación sobre Conciencia Plena del Instituto Semel de UCLA, e investiga la base genética de los trastornos psiquiátricos con origen en la infancia, como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD), y el papel de la conciencia plena (y de otras herramientas de autoregulación) para influir en las interacciones gen/entorno para mejorar la salud y el bienestar. Su investigación incluye estudios de mecanismos biológicos, recorrido longitudinal, intervención y diseminación de prácticas de conciencia plena a lo largo de la vida, desde la etapa preescolar hasta la vejez. www.adhd.ucla.edu y www.marc.ucla.edu.

Tirch, Dennis, Dr.; es Director de Educación del Instituto Americano de Terapia Cognitiva en Manhattan. Es Profesor Asociado Adjunto en la Escuela de Medicina Albert Einstein, imparte

clases de terapia cognitivo-conductual a residentes de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Nueva York y es miembro de la Academia de Terapia Cognitiva. Además hace largo tiempo que estudia y practica Tendai japonés y otros métodos de meditación budista. Es coautor de varios artículos y capítulos de libros sobre meditación y terapia cognitivo-conductual, y en la actualidad desarrolla métodos de integración de la preparación mental hacia mindfulness y compasión en la supervisión de la psicoterapia.

Treadway, Michael, es estudiante de Doctorado en el Programa de Ciencias Clínicas de la Escuela Universitaria de Artes y Ciencias de la Universidad de Vanderbilt. Sus estudios se centran en los mecanismos conductuales y neurobiológicos de regulación emocional entre personas sanas y personas con depresión. Una de sus principales áreas de interés es entender cómo la utilidad de distintas estrategias de regulación emocional puede variar en función del contexto.

Varra, Alethea A. es investigadora postdoctoral en psicología en el MIRECC (Centro de Investigación, Educación y Clínica de Enfermedades Mentales), en materia de trastorno de estrés postraumático en el centro para veteranos de guerra VA Puget Sound Health Care System de Seattle, Estados Unidos. Sus principales intereses clínicos y de investigación involucran la aplicación de terapias basadas en aceptación y en mindfulness para el tratamiento de personas con secuelas postraumáticas, como trastorno de estrés postraumático y trastornos por abuso de sustancias. Ha escrito varios capítulos y artículos sobre la aplicación y la conceptualización de la terapia de aceptación y compromiso.

Vijay, Aditi es estudiante del programa de Doctorado de Psicología Clínica en la Universidad de Nevada, Reno, Estados Unidos. Sus intereses en materia de investigación se sitúan en el área de la violencia interpersonal y en el impacto y la prevención de la revictimización sexual. En cuanto a sus intereses clínicos, se centran en la aplicación de tratamientos basados en mindfulness para supervivientes de traumas.

Walsh, Erin es estudiante de Doctorado en Psicología Clínica en la Universidad de Kentucky. Su investigación actual examina cómo determinadas maneras de respuesta emocional (aceptación vs. evitación) influyen en los estados psicológicos y fisiológicos. Otras de sus áreas de interés son el estudio de los mecanismos de cambio fisiológicos y psicológicos

asociados con prácticas basadas en mindfulness, así como el estudio de la utilidad transdiagnóstica de tales prácticas.

Warren Brown, Kirk, Dr.; es Licenciado en Psicología por la Universidad de McGill y realizó un curso de Postdoctorado en la Universidad de Rochester. En la actualidad es Profesor Asistente de Psicología en la Universidad Virginia Commonwealth. Su investigación se centra en el papel de la atención prestada y de la conciencia de los estados internos y del comportamiento en la autorregulación y el bienestar. Además, se interesa particularmente en la naturaleza del mindfulness y en el papel de éste y de las intervenciones basadas en el mismo en la regulación emocional y conductual y en la salud mental en poblaciones sanas y clínicas. Ha escrito numerosos artículos y capítulos sobre esos temas y su investigación está patrocinada, en parte, por el Instituto Nacional de Salud norteamericanos.

Woods, Susan, Máster en Trabajo Social y trabajadora social clínica colegiada e independiente, es psicoterapeuta y practica yoga y meditación desde hace 25 años. Además ha sido durante mucho tiempo profesora de MBSR y recientemente de MBCT. Es profesora de MBSR certificada por el Centro de Mindfulness en Medicina, Cuidado de la Salud y Sociedad de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachussets, Worcester, Estados Unidos, donde también ha impartido clases. También ha sido instructora de profesionales de la salud sobre intervenciones basadas en mindfulness, además del programa de formación profesional de MBCT que imparte con Zindel Segal. Por otra parte, ha codiseñado y dirige un programa de formación profesional y de estudios avanzados para profesores de MBCT con experiencia.

Zylowska, Lidia, Doctora en Medicina y psiquiatra para adultos, es cofundadora y Profesora Clínica Asistente del Centro de Investigación de Conciencia Plena del Instituto Semel de UCLA. Su investigación va orientada hacia el uso de las prácticas de conciencia plena para adultos y adolescentes que sufren ADHD. En su trabajo, la doctora Zylowska promueve la integración del tratamiento psiquiátrico convencional con cursos de mindfulness y demás herramientas de autorregulación con el fin de mejorar el bienestar psicológico a lo largo de la vida. www.marc.ucla.edu y www.lidiazylowska.com.

Prefacio

Cada vez que aparece un libro como éste sabemos por experiencia que representa una especie de pausa en la precipitada velocidad de la investigación, los estudios y las aplicaciones de un campo determinado; un momento en el que podemos, individual y colectivamente, detenernos y reflexionar, tomar aire (por decirlo de algún modo) y considerar dónde estamos. Dentro de veinte años, si cumple su objetivo, es posible que mucha de la información recogida en estas páginas haya quedado obsoleta, o quizás parecerá naif o demasiado básica; incluso en los grandes rasgos del campo y sus inevitables vínculos o, quizá, un esperanzador arraigamiento con el dharma, muchos aspectos de estas páginas y descubrimientos siempre estarán hermanados, quizás de manera sabia y eterna. Dentro de veinte años quizás este libro, como la mayoría de manuales, adopte un nuevo rol de objeto histórico por derecho propio; un indicador de un momento creativo en la historia de un campo emergente, todavía en los primeros estadios.

Pero en este preciso instante, este libro es un vehículo maravilloso para recoger una gama de puntos de vista y de esfuerzos actuales, distintos, y procedentes de muchos lugares. De hecho, brinda a las personas que han contribuido en su escritura la oportunidad de decirse a ellos mismos y al mundo entero: “Esto es lo que hemos estado pensado”, “Esto es lo que hemos probado”, “Esto es lo que hemos visto”, “Esto es lo que creemos que está sucediendo”, “Esto es lo que hemos aprendido”. También es la ocasión de decir, con cierto nivel de apertura y franqueza: “Aquí es donde fracasamos, o donde quedamos sorprendidos, o decepcionados”. “Esto es lo que nos parece que falta”. “Esto es lo que no sabemos”. O incluso, “Esto creemos que es lo que ni sabemos que no sabemos.” La mayoría de las presentaciones que aparecen en este libro precisamente hacen eso y debemos felicitar a los autores por su franqueza y valentía en ese sentido. El resultado es que este manual ofrece un tesoro oculto de cuestiones importantes que deben contemplarse, analizarse en profundidad y estudiarse, además de una invitación cordial a aproximarse a la cuestión con un escepticismo amplio y abierto y, que con un poco de suerte, renovará una y otra vez nuestro compromiso por mantener una mente de principiante, como recoge la inmortal frase de Suzuki Roshi^[1].

Un libro como éste tiene el potencial de convertirse en un recurso importante para educarnos en cuanto a la naturaleza de las posibles nuevas dimensiones que se integran en nuestro propio trabajo y en el trabajo de los demás... Formas transversales de pensar y de ver que pueden revelar y abrir nuevas dimensiones de entendimiento y atención clínica, además de nuevas dimensiones de investigación básica de cuestiones como la naturaleza de lo que denominamos *mente*, y de cómo se relaciona con las emociones, el pensamiento, el conocimiento, la conciencia, la atención, la percepción, el cerebro, el cuerpo como conjunto, y lo que denominamos “el yo”.

Como destacan muchas de las personas que han colaborado en este libro, nadie debería imaginar que entendemos completamente el mindfulness ni sus implicaciones en cuanto a esas u otras cuestiones. Ni tampoco deberíamos caer en la vanidad de pensar que llegamos a expresarlo completamente en nuestras vidas o en nuestros trabajos, con lo que ello significaría, incluso cuando hablamos de la importancia de hacerlo. Es muy importante que ni idealicemos ni concreticemos lo que queramos decir al hablar de mindfulness. En verdad, todos somos principiantes y, cuando somos sinceros al respecto, sólo podemos sentir humildad frente a la enormidad de la tarea. Es el marco de trabajo más sano que podemos adoptar. Por suerte, es algo que se palpa en el trabajo presentado por los distintos autores y grupos que han participado en este libro. Debemos felicitar al editor, el Dr. Didonna, por abordar un proyecto tan ambicioso y desafiante y lograr llevarlo a buen puerto.

También es importante tener presente que, de la misma manera que la lista de autores que han participado en esta obra es amplia y exhaustiva, existen muchos más colegas en todo el mundo (literalmente) que están haciendo un trabajo importante bajo el paraguas del mindfulness y sus aplicaciones clínicas y que no han participado aquí. Sus contribuciones al debate, al estudio en general y al impulso actual del campo, tanto personales como en grupo, son inmensas. No cabe duda de que muchos de ellos estudiarán estos textos con detalle, estarán de acuerdo o no quizás con determinadas formulaciones o hallazgos, recomendarán la lectura a sus alumnos e incluso puede que hagan un uso particularmente creativo de algunas de las perlas de conocimiento recogidas para estimular su propio pensamiento.

Así pues, si bien un libro como éste al final no puede incluirlo todo, sí puede servir de

catalizador de toda la materia (y me atrevería a decir de la *sangha* de profesionales e investigadores y médicos superponiéndose de forma esperanzadora con la mayoría de las personas) para la pausa que sugería antes. Una pausa para reflexionar sobre dónde están las cosas en su totalidad y en su estado incompleto y para participar después en las conversaciones internas y externas (mediante el silencio para las primeras y la palabra, la escucha profunda y la escritura, para las segundas), para plantear las grandes preguntas y confiar en nuestras intuiciones más profundas sobre lo que se exige ahora, dado el alcance de las condiciones, los desafíos y las promesas inherentes en psicología y psicoterapia, en medicina y cuidado de la salud, en neurociencia y en fenomenología y, por supuesto, en el mundo –dominios en los que todos somos agentes de creatividad, asombro y cuidado.

La acogida de este libro^[2] es señal de un fenómeno notable que se ha estado desplegando tanto en medicina como en psicología durante los últimos cinco años aproximadamente, y que promete continuidad en el futuro en formas que pueden transformar profundamente ambas disciplinas y nuestra comprensión, tanto en términos científicos como poéticos, de lo que significa ser humano y de nuestra capacidad intrínseca de encarnar todo el potencial de nuestra especie –a la que hemos asignado el nombre de *homo sapiens sapiens*– para la vigilia, la claridad y la sabiduría. Esta nomenclatura intrínsecamente autoreflexiva y la promesa o el potencial implícitos nos hacen pensar en la respuesta de Gandhi a la pregunta de un reportero sobre qué opinaba de la Civilización Occidental: “¡Creo que sería una muy buena idea!”^[3]. Lo mismo podría decirse del nombre de nuestra especie.

En realidad *homo sapiens sapiens* significa *la especie que sabe y que sabe que sabe*, del verbo latín *sapere* (saber). *Saber* implica conciencia y metaconciencia, desde luego uno de los misteriosos elementos centrales, junto con el lenguaje, la cognición, la compasión y la música, que juntos constituyen el camino común final, por decirlo de algún modo, de lo que significa ser completamente humano. Prefiero los términos *conciencia* y *metaconciencia* a *cognición* y *metacognición*, ya que estos últimos privilegian inevitablemente la conceptualización. Cualquier examen introspectivo directo y en primera persona del repertorio humano desde la perspectiva de la experiencia requiere un contenedor mucho más grande que distinga entre pensamiento y conciencia, y que diferencie la sabiduría del conocimiento y de la información; en definitiva, un contenedor que incluya la capacidad de encarnar lo que se conoce puliendo y

completando todo el potencial de ese repertorio humano. Podríamos decir que el destino de la tierra y de la especie está en duda. La dificultad puede depender de si podemos o no, y en qué medida, encarnar y representar las cualidades a las que apunta esta denominación. El mindfulness puede ser la clave de ese despertar a todo el potencial de nuestra naturaleza como seres humanos, individualmente y como especie.

Al registrar la cantidad de artículos científicos de los últimos veinticinco años que cuentan con la palabra *mindfulness* en el título, se observa el fenómeno plasmado en la Fig. 1^[4].

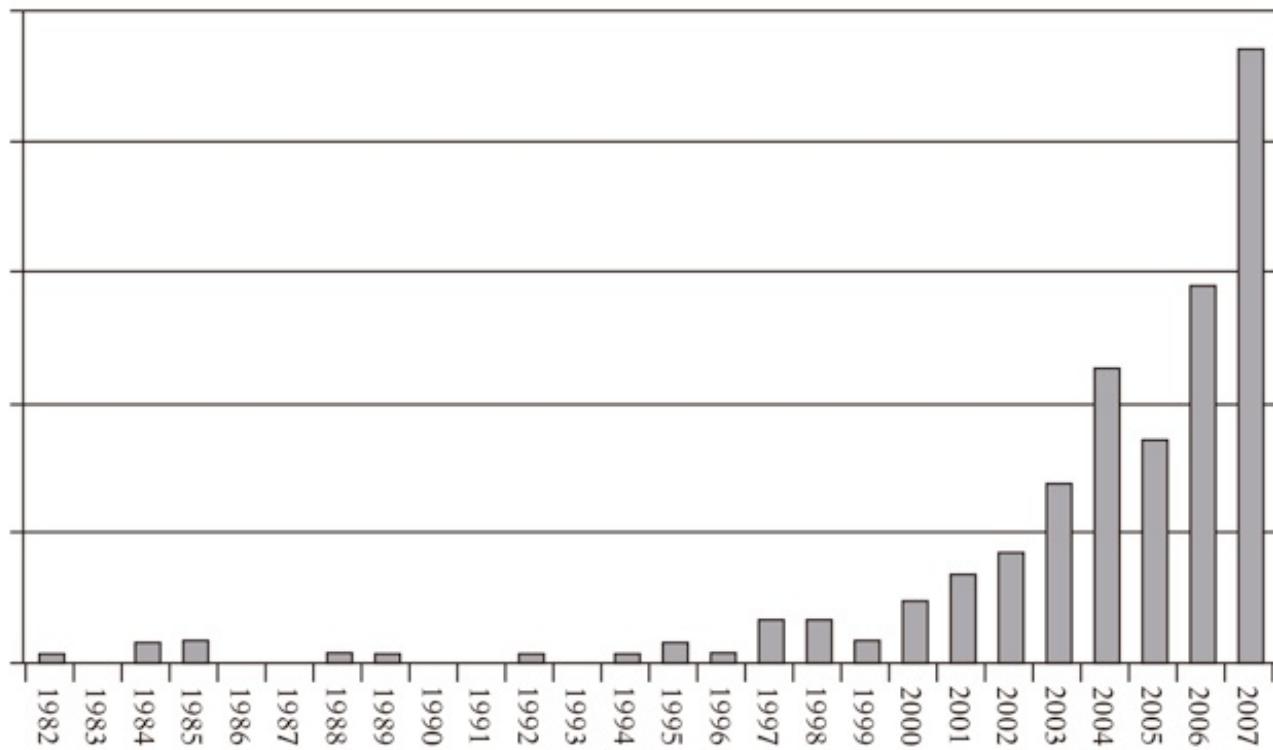


Figura 1. Número de publicaciones con la palabra *mindfulness* en el título desde el año 1982

Salta a la vista que la materia está creciendo de manera exponencial. Como se sugería más arriba, este libro representa un hito en el proceso, tanto por el número de colaboradores como por su magnitud. De hecho, nos permite empaparnos del amplio interés y de las aplicaciones potencialmente útiles del mindfulness en las disciplinas de psicología, psiquiatría y psicoterapia, y de la amplitud y la profundidad de la calidad del trabajo, del pensamiento y del esfuerzo que hay detrás.

Este libro seguramente servirá de catalizador para amplificar todavía más el fenómeno ilustrado en la Figura 1, ya que legitima el interés académico y erudito, al tiempo que invita a alumnos, investigadores y profesionales jóvenes a considerar si esta exploración emergente del mindfulness concuerda de manera profunda con su participación profesional y personal. Espero que también germe una nueva generación de investigaciones que aúnen los campos emergentes de lo que ahora se denomina *neurociencia contemplativa* o neurofenomenología en los aspectos cognitivo y afectivo, con aplicaciones clínicas basadas en mindfulness, prácticas y de gran calidad, que puedan beneficiar a muchas personas que están padeciendo dolor y sufrimiento en sus vidas, tanto debido a enfermedades y dolencias declaradas como también por lo que podemos denominar “malestar”, el estrés y la insatisfacción intrínseca de una vida que no deja de buscar otro estado o condición en la que sentirnos realizados, completos y felices –lo que citaba el Buda en su articulación de la primera de las Cuatro Nobles Verdades como *dukkha*^[5] en Pali.

Resulta interesante observar como las Cuatro Nobles Verdades fueron articuladas por el Buda en un marco médico. Empezando con un diagnóstico específico, *dukkha*, y seguido de una etiología claramente indicada, el malestar o *dukkha* tiene una causa concreta: el deseo. A continuación, un pronóstico saludable, es decir, la posibilidad de una cura para el malestar a través de lo que denomina cese y, en cuarto lugar, un plan de tratamiento práctico que da lugar a la liberación del sufrimiento, denominado *Noble Óctuple Sendero*. Todo esto se explica en el Capítulo 1 [Siegel, Germer y Olendzky] y en el Capítulo 2 [Olendzky], donde se deja muy claro que El recto o sabio mindfulness solo es uno de los ocho factores del Óctuple Sendero. Sin embargo, y como indican varios autores aquí y en otros lugares, el término *mindfulness* (*sati* en pali) tiene varios significados distintos y muy controvertidos en la actualidad entre los eruditos budistas, e incluso entre los especialistas de una tradición budista determinada.

Llegados a este punto quizás sea importante afirmar explícitamente que en mi propio trabajo y en el de mis colegas del Center for Mindfulness, desde el principio hemos utilizado conscientemente el término mindfulness de varias maneras complementarias: en primer lugar, como una regulación de la atención definida operacionalmente (véase a continuación) y, en segundo lugar, como un término aglutinador que incluye todos los demás elementos del Noble Óctuple Sendero y, por supuesto, del dharma, por lo menos de manera implícita. De hecho,

nunca limitamos nuestro uso del mindfulness a su sentido técnico más reducido de si la atención es completa o no en el objeto en un momento dado. Como ya se ha dicho, existe una cantidad considerable de definiciones de mindfulness incluso entre los eruditos budistas especializados en la materia. He planteado una definición *operativa* con el fin de aclarar lo que queremos decir cuando hablamos de cultivar el mindfulness mediante prácticas de meditación formales e informales, es decir, la conciencia que surge al prestar atención deliberadamente en el momento presente, sin juicios de valor. Solamente pretendía ser eso, una definición operativa. Esta óptica hace que toda la dimensionalidad y el impacto del mindfulness o de la conciencia plena queden implícitos y disponibles para más estudios e investigaciones y, de hecho, se ha convertido hace poco en objeto de mucho interés, con varios intentos por parte de investigadores de desarrollar con cierto nivel de validez y precisión varias escalas para “medir” el mindfulness [véanse el capítulo de Brown y Cordon y el de Baer, Walsh y Lykins]. Junto a esos intentos surgen varios problemas asociados que también se recogen en estas páginas y en otras^[6].

La elección de la palabra *mindfulness* cumple una doble función como término aglutinador completo aunque tácito al mismo tiempo que incluye otros aspectos esenciales del dharma, con el fin de facilitar la introducción de aquello a lo que Nyanaponika Thera se refería como *el corazón de la meditación budista* en la corriente dominante de la medicina y, de manera más amplia, del cuidado de la salud y de la sociedad más amplia en una formulación y un vocabulario completamente universales en lugar de budistas. Creo que la formulación inclusiva y no dual de Nyanaponika Thera ofrecía tanto validación como permiso para confiar y actuar según mi propia experiencia directa de la práctica de la meditación y las enseñanzas del dharma que he recibido a lo largo de mi vida aunque, técnicamente hablando, estaba pasando por alto elementos importantes de la psicología budista (como se destaca en el Abhidharma y en las enseñanzas Zen y Vajrayana) que creí podrían diferenciarse y aclararse más tarde, una vez que se reconociera que el mindfulness, basado en nuestra definición operativa, aunque interpretado o contextualizado en detalle, podría contribuir de manera profunda al cuidado de la salud y a nuestra comprensión de la naturaleza de la mente en el contexto científico y médico predominante en Occidente. En palabras de Nyanaponka, el mindfulness es:

La indefectible llave maestra para *conocer* la mente, y es así el punto de partida; la herramienta perfecta para formar la mente, y es así el punto focal; y la sublime manifestación de la lograda *libertad* de la mente, y es así el punto culminante.^[7]

Eso significa que el mindfulness es el objetivo, los métodos o prácticas, y el resultado o consecuencias, todo junto, completamente ajustado para una orientación no dual que no enfatiza ningún lugar al que ir, nada que hacer y nada que lograr^[8]. Junto con las palabras del Buda en su enseñanza más explícita sobre mindfulness, que se encuentra en el sutra Mahasatiipathana, o gran sutra sobre mindfulness

Este es el camino directo para la purificación de los seres, para la superación de la pena y la lamentación, para la eliminación del dolor y la aflicción, para alcanzar el verdadero camino, para la realización de la liberación: los Cuatro Fundamentos de Mindfulness.

parecía apropiado hablar de mindfulness como el factor unificador y nombre bajo cuyo paraguas se realizaba el trabajo en la clínica de reducción de estrés, que más tarde se conocería como *reducción de estrés basada en mindfulness* (o MBSR). Ahora ya disponemos de nuestro primer manual clínico sobre mindfulness, que incluye una amplia gama de perspectivas sobre este auténtico koan, la naturaleza del mindfulness, su multitud de aplicaciones y los impactos potenciales.

Para hacerlo todavía más interesante, como en todas las lenguas asiáticas la palabra para mente y la palabra para corazón son la misma, es importante recordar que si no escuchamos “bondad” cuando usamos o escuchamos “mindfulness,” cabe la posibilidad de errar el tiro de manera fundamental y con consecuencias desafortunadas tanto en cómo se construyen y se brindan las intervenciones basadas en mindfulness como sobre la manera de abordar cuestiones de investigación relevantes. Varios de los autores que han participado en este libro tienen una postura muy firme al respecto al hablar de su trabajo. Para mí, la dimensión de bondad refuerza el juramento hipocrático: *primum non nocere* –primero, no hacer daño–, al que todos necesitamos otorgar continua atención en el momento presente en relación con aquéllos que acuden a nosotros con vulnerabilidades indecibles.

Una última referencia al asunto del mindfulness y sus definiciones: un grupo reducido de maestros de meditación y de eruditos budistas desarrollaba hace poco una

articulación/definición colectiva de *mindfulness* que puede contribuir al debate y quizás ampliar algunas de las temáticas abordadas explícitamente en este libro. En parte, dice lo siguiente:

... Muchos maestros budistas contemporáneos utilizan la expresión “Mindfulness” refiriéndose a algo más global que el simple “recordar” o la “ausencia de confusión”. Según John Dunne, un erudito budista de la Emory University, entre los componentes de Mindfulness no sólo habría que incluir a *sati*, sino también a *sampajanna* (la comprensión clara) y a *appamada*, (atención consciente). La comprensión clara incluye la capacidad de percibir los fenómenos eclipsados por los estados mentales distorsionadores (como las emociones y los estados de ánimo) y la capacidad metacognitiva de monitorear la calidad de la atención. En este mismo contexto, la cautela puede ser entendida como la capacidad de tener en cuenta, durante la meditación, lo que hemos aprendido en el pasado sobre los pensamientos, las decisiones y las acciones que conducen a la felicidad y las que, por el contrario, conducen al sufrimiento.

Aunque las interpretaciones de estos términos puedan variar en función del contexto, los eruditos y maestros de meditación probablemente coincidirían en que *sati*, *sampajanna* y *appamada* son fundamentales para el desarrollo de la mente. Además, en la medida en que los programas de Mindfulness budistas y seculares proliferan en Occidente, este uso generoso del Mindfulness ha acabado convirtiéndose en un término “paraguas” culturalmente significativo y accesible para la inmensa mayoría de practicantes poco versados en las complejidades de la traducción de los términos sánscritos y pali.^[9]

A medida que el interés por el mindfulness prolifera en el entorno clínico y de investigación es muy importante tener en cuenta y comunicar a los demás que se construye, sin embargo, de manera cognitiva y conceptual, que es una *práctica* y no simplemente una buena idea. A mi modo de ver, uno de los mayores riesgos que corremos es que el mindfulness se capte y se entienda de forma limitada, simplemente como un concepto. A menos que destaquemos el elemento de práctica encarnada y la vibrante paradoja de una orientación no forzada; a menos que lo vivamos lo mejor que podamos en nuestras vidas y que le permitamos ser fuente de información para nuestros estudios de investigación y nuestro trabajo clínico, es posible que muchas personas se interesen por la materia imaginando que ya entienden lo que es el mindfulness y que insistan, de forma naif aunque sincera quizás, que ya viven en el momento presente y que ya saben como no juzgar –y se pregunten de qué va todo esto. ¿Cuál es el problema? Si no basamos en la práctica nuestros conceptos, intuiciones y asunciones, por

profundos o superficiales que sean, la verdadera profundidad de la práctica de la meditación no podrá experimentarse directamente. El mindfulness como práctica de vida, como forma de ser, nos hace estar disponibles en todas nuestras experiencias en primera persona, un enorme misterio que bien vale la pena ser estudiado y analizado desde un punto de vista científico y filosófico^[10]. De hecho, tiene importantes implicaciones en cómo se enseñan las intervenciones basadas en mindfulness y en cuanto a la predisponibilidad de los profesores y a los estándares de competencia (véase el punto número 8 más adelante).^[11]

Confundir el concepto de mindfulness con el de realidad sería traicionar lo que la legitimidad del dharma nos ofrece en este momento de confluencia entre disciplinas contemplativas y disciplinas científicas/médicas. De hecho, podría llegar a derrumbar las dimensiones ocultas que se encuentran en el corazón de la experiencia meditativa auténtica y eudaimonia^{[12][13]} y negar así tanto a la medicina como a la psicología la posibilidad de estudiar en un nivel mucho más profundo nuestra comprensión de la naturaleza humana, de la naturaleza de la mente y de la conexión mente/cuerpo, con todas las implicaciones prácticas posibles para la salud y la enfermedad a lo largo de la vida. Todo ello y mucho más podría perderse al desnaturalizar la esencia del mindfulness si se separa de una perspectiva no-dual, sabiduría y práctica. Esta llamada de atención debe tenerse en cuenta ya que de lo contrario nuestros arraigados hábitos de inconsciencia pueden obviar, irónicamente, las oportunidades más preciosas y más excepcionales de creatividad y sanación verdaderas. En ese sentido, es obvio que participar en retiros de meditación mindfulness periódicos dirigidos por profesores altamente preparados y competentes es esencial para todos los que trabajan con mindfulness, ya sea en el ámbito clínico, o de investigación, o en ambos. Simplemente no se puede sustituir la utilización de nuestro propio cuerpo, mente y vida como laboratorio para investigar y perfeccionar el mindfulness. Esta perspectiva es destacada, implícita o explícitamente, por varios de los colaboradores que han participado en este libro.

El dharma, como se describe en este libro y en la enorme cantidad de escritos sobre la materia, tanto antiguos como contemporáneos, destaca que es un entendimiento vivo y que evoluciona, no un dogma fijo y relegado a un museo dedicado al pasado culturalmente restringido. Como el *Dalai Lamaha* afirmado en varias ocasiones, el marco de trabajo del dharma permite que sea sometido a pruebas empíricas y necesitaría cambiar si resulta

fundamentalmente inadecuado, según los criterios aceptados de la investigación científica y la epistemología. Ahora, en un momento en el que los glaciares de la ciencia y las prácticas contemplativas se funden entre sí (debido a otro tipo de calentamiento global) y avanzan todavía más deprisa en tandem para esculpir nuevos entendimientos de las preguntas más fundamentales de lo que nos hace humanos, la naturaleza de la mente y la conciencia y las fuentes de empatía, compasión y amabilidad en nosotros mismos, este tipo de empirismo abierto es más importante que nunca. Si bien el dharma, en su articulación más universal, no puede ni debe dictar cómo se exploran las cosas, es importante, si no crítico, para los profesionales y los investigadores saber qué tienen entre manos desde una experiencia en primera persona antes de poder probar de manera auténtica la utilidad, la eficacia y el potencial del entrenamiento en mindfulness y en sus disciplinas hermanas, la bondad y la compasión, en el sistema coordinado secular de curar y conocer de la psicología, la psiquiatría, la psicoterapia y la medicina.

Las áreas fructíferas para futuro debate e investigación, todas ellas abordadas elocuentemente en este libro, son las siguientes: (1) dilucidar si la mejor manera de caracterizar el mindfulness es como estado, rasgo o manera de ser en relación con cualquier estado o rasgo o, dicho de otro modo, una manera de ver/saber/ser que se encuentra en continua profundización y cambio; (2) diferenciar entre el pensar y la conciencia y perfeccionar la utilidad clínica de ambos sin confundirlos; (3) elucidar las distintas dimensiones de la experiencia del “yo” y sus correlatos neurales, según el trabajo de Farb et al.^[14] y la comprensión diestra y la utilidad clínica de la experiencia y la encarnación del anata (no-yo); (4) investigar posibles senderos biológicos a través de los cuales el mindfulness pudiera ejercer los distintos efectos que se están elucidando; (5) la necesidad de grupos de control mucho más creativos para diferenciar entre resultados propios del mindfulness y resultados basados en la atención/entusiasmo general; (6) ver cómo seguimos recordándonos que la información más profunda relevante para las aplicaciones clínicas y el diseño de estudios, además de preguntas de estudios interesantes pueden surgir de nuestra propia experiencia directa de la práctica de mindfulness como profesionales e investigadores; (7) conversaciones continuas sobre las mejores maneras de evitar la reificación del mindfulness en un concepto o una “cosa” a medida que cada vez es más conocido; (8) desarrollar estándares bien planeados y apropiados para formar y evaluar a

los instructores de mindfulness, reconociendo que todo el bagaje, la experiencia en primera persona con la práctica de la meditación de mindfulness formal y el conjunto de habilidades requeridas para enseñar intervenciones basadas en mindfulness no son susceptibles de ser acercadas fácilmente al enfoque tradicional de un manual de intervenciones psicológicas; (9) encontrar maneras efectivas de entrenamiento para instructores de mindfulness del área clínica en la práctica en si misma y en programas de entrenamiento específicos para determinadas intervenciones basadas en mindfulness sin perder la simplicidad de la práctica o su multidimensionalidad; y (10) un aumento continuo de los desafíos que implican adoptar el trabajo de mindfulness en el ámbito clínico, los riesgos profesionales asociados a roles profesionales y vocaciones, y el reconocimiento de maneras cada vez más hábiles de vernos atrapados en un esfuerzo ambicioso o un continuo hacer, perdiendo el camino del ámbito del ser y la conciencia en si misma.

En esta línea, no puedo evitar destacar con alegría que las palabras “sabio” y “sabiduría” no se han eludido en contextos apropiados en varios de los capítulos de este libro. Para mí, se trata de un indicador positivo de que la práctica está desplazando el vocabulario que utilizamos para pensar y hablar sobre intervenciones y resultados clínicos efectivos, y de que está elevando las maneras en las que tratamos a las personas que recurren a nosotros, que sufren profundamente y que necesitan ser vistos y atendidos de forma completa y amorosa (al igual que necesitamos hacerlo con nosotros mismos y también con los demás). Simplemente citaré una frase de uno de los capítulos, porque presenta una perspectiva que a menudo se echa de menos en la práctica, tanto en medicina como en psicología: “En DBT (terapia dialéctico-conductual), se asume que todas las personas tienen un acceso innato a la sabiduría”[\[15\]](#).

El corazón de las intervenciones basadas en mindfulness reposa en un silencio profundo, una tranquilidad y una apertura propios de la conciencia pura y que puede experimentarse directamente tanto personal como interpersonalmente. Las consecuencias de tal cultivo (en pali: *bhavana*) pueden ir mucho más allá de la reducción de los síntomas y de los ajustes convencionales en el afrontamiento, y definen nuevas maneras de estar en el cuerpo y en el mundo, transversales a la perspectiva convencional de salud y bienestar. De hecho, y como se presenta en estas páginas, es posible que los esfuerzos colectivos realizados en este ámbito emergente estén definiendo nuevas maneras de ser y de saber que expresan la sabiduría y la

belleza inherentes en el ser humano –así como también nuevas maneras de medir sus consecuencias biológicas y psicológicas. Espero que este libro, y el florecimiento de prácticas clínicas presentes y futuras que representa, sea un catalizador importante en nuestra comprensión en profundidad de la psiquis humana y de su capacidad, y su anhelo de experimentar la totalidad de su naturaleza intrínseca.

Dr. Jon Kabat-Zinn

Worcester, Massachusetts,

15 de septiembre de 2008

1. SUZUKI, S. *Mente Zen, Mente de Principiante*, Editorial La Frambuesa, S.A, 1987.
2. Junto con otro manual sobre la materia que se publicó en alemán en 2004: HEIDENREICH, T. y MICHALAK, J.; *Aksamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch*; dgvt-Verlag, Tübingen, 2004.
3. GHANDI, M. http://es.wikiquote.org/wiki/Mohandas_Gandhi
4. LUDWIG, D. Comunicación personal, junio, 2008.
5. BODHI, B. *The Noble Eightfold Path: Way to the End of Suffering*, Buddhist Publication Society Pariyatti, Onalaska, WA, 1994.
6. GROSSMAN, P. “On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research”, *Journal of Psychosomatic Research* 64:405-408, 2008.
7. THERA, N. *El corazón de la meditación budista*, Cedel, Barcelona, 1992.
8. Véase *Ser Paz y el Corazón de la comprensión: Comentarios sobre el Sutra del corazón*. HANH, T.N., Ediciones Neo-Person, S.L. 1994; también KABAT-ZINN, J. *La práctica de la atención plena*, Kairós, Barcelona, 2007.
9. CULLEN, M. “Mindfulness: Sobre la atención plena”, en: *Sabiduría emocional: Una conversación entre S.S. el Dalai Lama y Paul Ekman*. Editorial Kairós, Barcelona, 2008. pág. 105-106.
10. Véase por ejemplo, VARELA, F.J.; THOMPSON, E.; ROACH, E. *De cuerpo resente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1992; y THOMPSON, E. *Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Belknap Harvard University Press, Cambridge, 2007; DEPRAZ, N.; VARELA, F.; VERMERSCH P. “The Gesture of Awareness: An Account of its Structural Dynamics”. En: *Investigating Phenomenal Consciousness*. Velmans M. (Ed.), John Benjamins Publishing, Amsterdam, 2000.

11. SANTORELLI, S.F. “CFM Guidelines for Assessing the Qualifications of MBSR Providers”, 2004. En: *MBSR Professional Training Manual*, SANTORELLI, S.F.; KABAT-ZINN, J. (Eds.), CFM UMass Medical School Worcester, MA.
12. WALLACE, A. *Genuine Happiness: Meditation as the Path to Fulfillment* Wiley, Hoboken, NJ 2005.
13. RICARD, M. *Happiness: A Guide to Developing Life's Most Important Skill*, Little Brown, NY 2006.
14. FARB, N.A.S.; SEGAL, Z.V.; MAYBERG, H. et al. “Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference”. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance Access*, 13 de agosto de 2007.
15. RIZVI, S.L.; WELCH, S.S.; DIMIDJIAN S. *Mindfulness y trastorno límite de la personalidad* (capítulo 13 de este libro).

Introducción: Donde convergen los nuevos y los viejos caminos para tratar el sufrimiento

Fabrizio Didonna

Todas las miserias del hombre se derivan de no ser capaz de sentarse en silencio, en la soledad de una habitación.

Blaise Pascal, filósofo y matemático francés del siglo XVII

En las últimas dos décadas se ha experimentado un interés creciente en la posible efectividad de la psicología oriental en el ámbito clínico y, en particular, de las técnicas basadas en las prácticas de origen budista. Numerosos estudios han intentado investigar las posibles implicaciones clínicas de esos enfoques y su aplicación en el tratamiento de los trastornos psicológicos. Todo ello ha dado lugar, de manera espontánea y a través del trabajo y de los estudios independientes de varios investigadores y terapeutas, a una visión transepistemológica que ha llevado a la experimentación y a la aplicación en la práctica clínica de principios y métodos profundamente arraigados en psicología oriental.

Este interés procede de la conciencia de que a pesar de la importancia de la metodología científica, cuyo objetivo es garantizar unos procedimientos rigurosos y que busca un conocimiento más basado en la evidencia, parece existir una necesidad considerable de combinar esas prácticas con los componentes innatos de la naturaleza humana que son decisivos en la influencia de la interpretación que hacemos de los eventos y de nuestras emociones y conductas. Componentes que encontramos en la *aceptación de la experiencia* (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), una *actitud compasiva* hacia el sufrimiento propio y el de los demás (Gilbert, 2005), la *capacidad de observarse sin juzgar* (Kabat-Zinn, 2004) y la idea de que la mente puede observarse a sí misma y entender su propia naturaleza

(Dalai Lama, Benson, Thurman, Goleman y Gardner, 1991). También las encontramos en la capacidad de dirigir la atención hacia la esfera emocional y la relación de interdependencia y de influencia recíproca que existe entre la mente y el cuerpo (Goleman, 1991) y, en términos más generales, en una actitud armonizadora y normalizadora hacia las variables intrapersonales e interpersonales.

Componentes todos ellos que pueden resumirse en el concepto de *mindfulness*.

Como ya queda bien explicado en la primera parte de este libro, el mindfulness es el “corazón”, o la enseñanza central, de la psicología budista (Kabat-Zinn, 2003) y es, intrínsecamente, un estado de conciencia que implica prestar atención a la experiencia del momento (Brown y Ryan, 2003). Este estado se cultiva y se desarrolla mediante la práctica de la meditación (Kabat-Zinn, 2007), que ofrece un método por el cual nos volvemos menos reactivos a lo que nos ocurre en el momento actual. Es una manera de relacionarnos con la totalidad de la experiencia a sea positiva, negativa o neutra) y que nos aporta un medio con el que poder reducir nuestro nivel general de sufrimiento y aumentar el nivel de bienestar (Germer, Siegel y Fulton, 2005).

Un aspecto esencial de la mayoría de prácticas de mindfulness es el desarrollo de una mayor conciencia de la experiencia sensorial y de los pensamientos al mismo tiempo que se toma distancia de lo observado y, como indica Wolinsky (1991), el mindfulness es, de hecho, una vía de salida de los trances cotidianos que vivimos a merced y a través de patrones de condicionamiento inconscientes, habituales y automáticos. Entender el valor terapéutico de esos procesos puede representar una integración de especial importancia de las psicologías orientales y occidentales (Walsh, 1996).

La creciente integración entre mindfulness y psicoterapia se justifica porque el primero puede considerarse como una construcción transteórica que se ha utilizado e integrado en distintos enfoques terapéuticos y teóricos occidentales y que hasta hace tan sólo dos décadas tenían muy pocos, si es que había alguno, puntos de contacto y de diálogo. Hoy, estos modelos terapéuticos diferentes (terapia cognitivo-conductual, constructivismo, psicología evolutiva, psicología humanista, psicoanálisis, ciencia del cerebro, traumatología, psicología positiva) parecen haber encontrado un factor unificador y un elemento compartido significativo que

permitirá, en el futuro, entender y desarrollar mejor los factores terapéuticos comunes de todos los tratamientos psicológicos efectivos. De hecho, se puede argumentar que los mecanismos de cambio que conforman la base de la meditación mindfulness pueden encontrarse en la mayoría de perspectivas psicoterapéuticas occidentales.

Los enfoques basados en mindfulness también prestan una atención especial a la importancia de los recursos y del potencial personal, y a la capacidad del “sistema” de un individuo para curarse a sí mismo (o curarse desde dentro). Así, los individuos alcanzan de forma espontánea un punto (especialmente cuando están bien guiados y orientados) en el que pueden pasar de un estado de desequilibrio y angustia a uno de mayor armonía y serenidad con respecto a sí mismos y con una consecuente mejora de la percepción subjetiva de bienestar. La práctica del mindfulness (y todas las posibilidades terapéuticas que pueden surgir de su uso y aplicación) es una disciplina que unifica todos los componentes de “sanar” mencionados antes y que aporta un punto de convergencia en el fértil diálogo que ha surgido en las dos últimas décadas entre Oriente y Occidente en el ámbito de la ciencia de la psicología.

El diálogo entre la psicología occidental y la oriental

Las tradiciones de meditación orientales y la psicología occidental tienen aspectos en común, así como diferencias significativas. Con el fin de integrar mejor las distintas visiones científicas y los diferentes métodos de investigación, es importante entender perfectamente esas similitudes y esas diferencias. La ciencia occidental se ha centrado históricamente en el mundo físico independiente del observador que puede estudiarse objetivamente, utilizando para ello hechos empíricos y excluyendo la experiencia subjetiva. La psicología occidental, especialmente la neurociencia, tiende a ver la mente desde un punto de vista mecanicista en el que la metáfora que se suele utilizar es la de la mente como máquina. Desde esta perspectiva se ha sugerido que la meditación opera a través de mecanismos psicológicos tales como la relajación, la exposición, la desensibilización, la deshipnosis, la desautomatización, la catarsis y el contracondicionamiento (Murphy y Donovan, 1997). Otras sugerencias respecto de los mecanismos cognitivos incluyen el insight, el automonitoreo, la autoaceptación y autocomprensión (Baer, 2003). Entre los mecanismos fisiológicos potenciales se encuentran

una menor activación, cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, inmunización al estrés y sincronización hemisférica y cambios de lateralidad (p. ej. Cahn y Polich, 2006). Algunos de esos mecanismos a menudo se han malinterpretado de manera reduccionista, y eso ha llevado a un entendimiento limitado de los procesos de meditación (Wilber, 2000b). Por el contrario, las disciplinas de meditación orientales tienen una visión muy distinta de la mente. Esas tradiciones, y el budismo en particular, se han centrado principalmente en la mente humana y en la conciencia como materias primarias de la investigación introspectiva, a la que ven como origen de la alegría y del sufrimiento humanos y, en general, como origen de todos los fenómenos (Walsh y Shapiro, 2006) en la medida en que se considera que tienen un enorme impacto en la comprensión del resto del mundo (Wallace, 1999).

La tradición budista sostiene que, en palabras atribuidas a Budha, “todos los fenómenos son precedidos por la mente y que cuando ésta se comprende, se comprenden todos los fenómenos; además de que al controlar la mente se controlan todas las cosas” (Santideva, 1961, citado en Wallace, 1999). Esta perspectiva difiere de la de la ciencia moderna occidental, que asume que el control mecanicista del entorno, en particular del cuerpo y del cerebro, puede alterar el sentido de bienestar, de alivio y de aflicción del individuo.

Otro aspecto importante es que la cultura occidental tiende a ser monofásica, es decir, centrada y conceptualizada en el estado de vigilia habitual de la conciencia, mientras que la cultura de las tradiciones de meditación (tanto oriental como occidental) es polifásica, implica varias etapas y recurre a varios estados de conciencia y a múltiples etapas de desarrollo adulto (Laughlin, McManus y Shearer, 1992; Wilber, 2000a). Dado que las prácticas de meditación se estudian utilizando un paradigma científico occidental, existe un peligro de “degeneración” en el que se simplifiquen varias dimensiones y el resultado sea una pérdida de la complejidad y de la multidimensionalidad (Tart, 1992).

Según Thurman (1991) las más de las veces los científicos consideran la realidad como algo externo al mundo del pensamiento humano en tanto y cuanto la realidad forma parte del mundo físico. Piensan que el entorno debe domesticarse, controlarse y modificarse para adaptarlo a las necesidades de los humanos. A fin de entender el mundo exterior, no cabe duda de que la ciencia occidental ha llevado a cabo esfuerzos extraordinarios con resultados excelentes.

Algunos ejemplos son el uso de la química, de la farmacología y de la cirugía para curar enfermedades, tanto físicas como psicológicas. Sin embargo, la ciencia occidental se ha centrado solamente en el estudio de curas potenciales que se encuentran fuera del “sí mismo” y que se introducen en nosotros mismos mediante tecnologías muy avanzadas. Y con ello le ha dado menos importancia al potencial positivo y terapéutico que cada uno de nosotros tenemos en nosotros mismos. Por el contrario, la tradición budista se centra en la importancia de la ciencia interna y considera la ciencia de la mente como la más importante de ellas, la reina de todas las ciencias. De hecho, todas esas creencias se han desarrollado gracias a la antigua e intensa tradición basada en la práctica de la meditación.

Otra diferencia importante entre ambas psicologías radica en los métodos y en los medios utilizados para lograr la salud mental. Ambos sistemas de pensamiento tienen sus propias teorías, pero hay espacio para una colaboración fructífera y efectiva entre ambos. La psicoterapia occidental tiende a centrarse principalmente en *el contenido* de la conciencia y no intenta lograr la transformación más radical que propone la psicología budista, centrada en el proceso de conciencia. El objetivo es liberar a los individuos de estados mentales negativos mediante la modificación de la cognición y de los procesos cognitivos.

Los occidentales que han intentado entender y adoptar estas prácticas de meditación han tenido la oportunidad de probarlas en ellos mismos, con sus propias sensaciones y emociones profundas y muy intensas. Y gracias a esas experiencias, han podido desarrollar capacidades psicológicas positivas, como por ejemplo la regulación de “emociones destructivas” como la ira, la agitación mental y el apego. Además, en el proceso logran cultivar un estilo de vida que les permite prevenir lo que la cultura occidental consideraría como “enfermedad mental”.

En las últimas décadas, varios estudios científicos de gran rigor basados en las tecnologías occidentales han demostrado que la meditación practicada por expertos como los monjes budistas puede modificar la actividad cerebral y tiene una influencia positiva en la salud de las personas, tanto física como mental.

El objetivo es iniciar un diálogo sobre la cuestión de la terapia para la salud mental entre ambas culturas, que difieren significativamente desde puntos de vista tecnológicos, científicos e ideológicos. Al mismo tiempo, las dos se centran en la búsqueda del bienestar humano en

todos sus componentes y en las maneras de superar el sufrimiento. Como afirma Engler (Wilber, Engler y Brown, 1986), cuando se combinan ambas psicologías, el resultado es un diagrama mucho más completo del desarrollo humano. Esta combinación permite hacer un seguimiento de los desarrollos, bien fundados y estudiados, de la psicología occidental y así ver cómo puede mejorarse con la integración de las técnicas de las psicologías orientales.

Este libro es, de varias maneras, el fruto de este fértil diálogo entre ambas culturas, ambas ciencias y ambas psicologías que ha tenido lugar en las últimas décadas. Ejemplifica el resultado de una síntesis, traducida en modelos conceptuales e intervenciones terapéuticas, expresión de la integración de la psicología oriental con sus rigurosos principios de hace miles de años y la posibilidad de traducir el progreso científico y los avances teóricos en modelos operativos y técnicas terapéuticas que puedan comprobarse científicamente y que pertenezcan, por lo tanto, a las culturas psicológicas occidentales.

Unidad de mente y cuerpo

Un aspecto importante que debe destacarse en el ámbito del mindfulness es la relevancia considerable que se atribuye a la *unidad de mente y cuerpo*, a través de la cual la identificación y la descripción de sensaciones físicas y percepciones abren un canal de información con respecto a la esfera cognitivo-emocional. Cabe destacar que en las intervenciones de mindfulness, la concepción de la relación del individuo con el cuerpo es sustancialmente distinta de la que se adopta normalmente en la cultura occidental y, más concretamente, con respecto a la psicoterapia, en abordajes cognitivo-conductuales tradicionales (que hacen poco esfuerzo por contemplar la dimensión física), pero también en otros modelos psicoterapéuticos que pueden hasta llegar a implicar contacto físico con el paciente. Si bien esos últimos modelos llevan a los pacientes a experimentar sensaciones físicas y/o emociones evocadas por estímulos externos, la práctica del mindfulness permite a los pacientes explorar la dimensión de su propia “corporalidad” de manera autónoma, espontánea y descentrada. Este aspecto resulta todavía más útil si consideramos que existen pacientes con dificultad para expresar sus pensamientos y sus emociones a través de la comunicación verbal y que preferirían utilizar el cuerpo como metáfora de sus experiencias.

Esta unidad fundamental de mente y cuerpo básicamente se ha perdido en la cultura occidental. En la práctica de la meditación, esta unión es una suposición crucial: ambas entidades se comunican de una manera activa y continua lo que lleva al concepto de un ser vivo integrado que interactúa continuamente con su mundo interno. Detrás de esta diferencia principal entre ambas culturas encontramos una comprensión muy distinta del concepto de mente y una representación mental distinta de la idea de salud y de enfermedad. El punto de vista de la psicología oriental estimula el surgimiento de una visión más amplia comparada con la visión occidental, en tanto en cuanto reconoce esta unidad básica de mente y cuerpo.

La base de esta diferencia radica en una dicotomía importante que ha caracterizado al pensamiento occidental desde el siglo XVII cuando Descartes introdujo la subdivisión del ser en entidades separadas: el cuerpo y la mente. Según Kabat-Zinn (2004) se trata, en un nivel, de una simplificación eficiente pero lo que a menudo olvidamos es que la mente y el cuerpo sólo están separados de manera abstracta, desde el punto de vista del pensamiento. Este dualismo cartesiano de mente y cuerpo ha penetrado en la cultura occidental hasta el punto que casi ha eliminado toda la esfera de interacciones cuerpo-mente como campo legítimo de la investigación científica. Ya no podemos pensar en la salud y la enfermedad como entidades que pertenecen al cuerpo o a la mente por separado porque están extremadamente interconectadas. Sólo ha sido recientemente, y debido a que los puntos débiles del paradigma dual son ahora más evidentes, que se ha empezado a revertir esta tendencia.

El concepto de enfermedad en la cultura oriental y en la occidental

La medicina occidental moderna nunca ha dado gran importancia al desarrollo de la comprensión de las experiencias del funcionamiento interno de los individuos, centrándose casi exclusivamente en apariencias externas (el síntoma) y concentrándose así en eliminar la manifestación externa en lugar de la causa latente en el organismo, es decir, la raíz del problema. Por lo tanto, que los occidentales tengamos tendencia a ignorar el interior del cuerpo y sus procesos procede en primer lugar de nuestra visión de la enfermedad: Los “medicamentos milagrosos” que se desarrollaron y se difundieron ampliamente en las décadas de 1930 y 1940, gracias al descubrimiento del antibiótico, en muy poco tiempo instalaron en el

imaginario público que la ciencia al final sería capaz de demostrar que todo problema físico tenía su origen en microorganismos y gérmenes invasivos.

Esta manera de abordar los problemas de salud se extendió incluso a las enfermedades mentales. Algo que queda demostrado con el uso excesivo que se hace a menudo de fármacos que afectan la mente y las emociones. La atención fue apartada de los estados internos para centrarse en el mundo exterior. Según Thurman (1991), en occidente nuestra capacidad de influir en la realidad externa ha excedido, y de lejos, el poder que tenemos sobre nosotros mismos. Hoy nos encontramos en un punto en el que la enfermedad se ve como algo que nos invade y que, como tal, debe ser combatido con medios externos que a menudo y por desgracia son igual de invasivos.

Como apunta claramente Goleman (2003), en occidente los medicamentos se han convertido en la solución más común para tratar las emociones destructivas, es decir, las que crean un sufrimiento significativo para nosotros mismos y para los demás. Sin poner en duda que los fármacos que modifican y estabilizan el estado de ánimo han ayudado a millones de personas, es posible señalar caminos alternativos para controlar la mente. A diferencia de la ciencia moderna, que se ha concentrado en desarrollar ingeniosos compuestos químicos para ayudar a las personas a superar las emociones más tóxicas, la psicología budista ofrece caminos más difíciles para la recuperación y que implican una serie de métodos destinados a entrenar la mente a través de la práctica de la meditación.

Desde un punto de vista occidental, la salud mental se define por defecto como la ausencia de patologías psiquiátricas, es decir, en occidente el objetivo es la normalidad. Sin embargo, en la psicología budista, por ejemplo, la normalidad solamente es el punto de partida para practicar los principios que llevan a la liberación del sufrimiento y de la inquietud mental.

El budismo tibetano tiene una psicología muy refinada que se practica desde hace más de 2.000 años, además de un modelo de bienestar que amplía nuestro concepto de salud mental. La psicología budista ha desarrollado un modelo elaborado de la mente que, como ocurre en todo sistema psicológico completo, describe detalladamente cómo funciona la percepción, la motivación, el conocimiento y las emociones, y analiza tanto las causas del sufrimiento

humano (etiología) como las salidas de este sufrimiento (terapia). De hecho, ha desarrollado su propia representación de la mente y de cómo funciona, además de su propia definición de salud mental. Con los siglos, ha definido un mapa exacto de cómo los cambios en la mente y en el cuerpo tienen una influencia recíproca el uno sobre el otro y ha desarrollado una serie de técnicas destinadas a controlar esos cambios voluntariamente.

Esta psicología permite a los occidentales tener una visión y una perspectiva adicionales con respecto a algunas de las cuestiones fundamentales de la psicología moderna: la posibilidad de cultivar la salud mental, la naturaleza de la mente, los límites del potencial de crecimiento de los seres humanos y las herramientas y los métodos necesarios para aplicar cambios en la psique.

Factores mentales positivos y negativos

En el modelo budista de mente y de salud mental la unidad de medida utilizada es el momento mental caracterizado por varios factores mentales. El concepto de “factor mental” corresponde parcialmente con el concepto occidental de “emoción”, pero no es el término apropiado ya que algunos de los factores son cognitivos o perceptivos (Goleman, 1991).

Cada factor mental tiene propiedades exclusivas que influyen en nuestra percepción de la realidad y en nuestra experiencia subjetiva a cada momento. Por esa razón, la causa principal de los cambios en la experiencia no debería atribuirse a realidades externas, a objetos, sino a las propiedades de ese momento específico en nuestra mente y en nuestra conciencia. En psicología occidental es bien sabido que cualquier factor de nuestra vida puede considerarse agradable o desgradable dependiendo de la situación en la que nos encontremos y de las “lentes” que utilicemos para examinarla. Cada estado mental, cada momento de la mente, se compone de una variedad cambiante de propiedades que pueden combinarse para determinar un estado mental en particular y su tono (Goleman, 1991). Abidharma, una de las ramas de la psicología budista, tiene en cuenta unos 50 factores mentales, la mitad de los cuales se consideran negativos o dañinos porque distorsionan la percepción que se tiene de la realidad, mientras que el resto se consideran positivos y beneficiosos. La regla de salud mental en este

sistema es muy “sencilla” y directa porque se basa en la experiencia: los estados negativos o dañinos son aquéllos que no conducen a la calma, la tranquilidad, el equilibrio y la meditación. Esta es la regla básica en este sistema psicológico: si un factor mental apoya y promueve el equilibrio, debe considerarse positivo y beneficioso (Goleman, 1991).

Los factores mentales negativos básicos son la *ilusión* o *ignorancia*, *el apego* o *deseo* y la *aversión* u *hostilidad*. *Ilusión* o *ignorancia* debe entenderse como un defecto de percepción, de una mente “empañada” que impide a las personas ver las cosas con claridad y sin hacer ningún tipo de juicio de valor. *El Apego* o *deseo* se expresa como un vivo deseo egoísta de gratificación que tiende a sobreestimar la calidad de lo que se desea (idealización) y que distorsiona la realidad en tanto en cuanto hace que la persona permanezca anclada a un objeto o pensamiento, creando una especie de fijación de la que es difícil separarse. La *aversión* y la *hostilidad* deben entenderse como una ira intensa que hace que se distorsione la realidad, pero en el sentido opuesto del apego, y que genera que una persona lo vea todo de manera negativa (véanse también los capítulos 1 y 2 de este libro). Las combinaciones de estos factores generan varios tipos de malestar. Por ejemplo, el enfado o ira puede desencadenar en furia, venganza, desprecio y envidia, mientras que el apego da lugar a fenómenos como avaricia, futilidad, varias formas de dependencia y adicciones, excitación y agitación mental. Según el Abidharma, la excitación a menudo influye en la mente de las personas porque las predispone para fantasías incontrolables e inútiles. Básicamente preferimos el flujo de conciencia: una condición normal y habitual de excitación y agitación. Es este “estado mental” muy agitado y destructivo el que perturba el bienestar general de una persona, y que la meditación tiene por objetivo relajar y sanar (Goleman, 1991).

Cada factor mental negativo se contrarresta con un factor de salud diametralmente opuesto y que puede sustituirlo a través de un mecanismo similar a la “inhibición recíproca” que se utiliza en la desensibilización sistemática en las técnicas cognitivo-conductuales. Por ejemplo, la relajación inhibe la tensión, que es su opuesto fisiológico (Goleman, 1988). Dicho de otro modo, para cada factor mental negativo existe un correspondiente positivo que puede dominarlo (por ejemplo, visión penetrante, mindfulness, desapego, imparcialidad) y, cuando un factor de salud positivo está presente en un estado mental, el dañino al que suprime no puede volver a aparecer.

Cuando un factor o un grupo de factores específicos ocupa con frecuencia el estado mental de un individuo, se convierte en uno de los rasgos de personalidad de dicho individuo: la suma de los factores mentales de una persona determina su tipo de personalidad.

La cuestión de la motivación está estrechamente relacionada con los factores mentales, que son los que empujan a una persona a buscar una cosa y evitar otra. Si una mente se ve dominada por la avidez, ésta se convertirá en el factor de motivación predominante y el comportamiento del individuo se verá influido en consecuencia, es decir, buscará conquistar el objeto de deseo.

Meditación mindfulness, procesos cognitivos y sufrimiento mental

Uno de los principales factores que causa y mantiene el sufrimiento mental (p. ej. depresión, ansiedad) es la relación que los individuos han aprendido a establecer con su experiencia interna. Un aspecto importante de esta relación es la tendencia de las personas a dejarse superar y dominar por pensamientos que surgen muy lejos, en la profundidad de nuestras mentes, y que lentamente se dispersan hasta un punto en el que ya no se pueden controlar y asumen el poder. Durante la meditación ocurre lo mismo y tomamos conciencia de ello. De hecho, la persona se da cuenta, quizás por primera vez, de que estamos inmersos continuamente en un flujo ininterrumpido de pensamientos que vienen independientemente de nuestra voluntad de tenerlos o no, uno después del otro, en una sucesión muy rápida. De hecho, se trata sencillamente de la naturaleza de nuestra mente, intrínsecamente pasajera y fluctuante. Así pues, el problema no es eliminar los pensamientos que se generan sino desidentificarse de ellos. Unos de los principios y enseñanzas más valiosos en los que se basan los programas basados en Mindfulness (p. ej. MBSR, Kabat-Zinn, 2004, y MBCT, Segal, Williams y Teasdale, 2006) es esta idea de *no ser nuestros propios pensamientos*.

Patanjali (1989) habla de este “proceso de identificación”, pero amplía el concepto a como se entiende en psicología moderna, la cual considera que el ego se identifica a si mismo en objetos y en personas, es decir, en estímulos procedentes del mundo exterior. Patanjali sugiere que existe algo subyacente incluso en el pensamiento más pequeño, y es cuando nos

identificamos con ello, sin darnos cuenta, que creemos que somos los pensamientos que tenemos. Patanjali reclama algo radicalmente distinto del concepto occidental de “Pienso, luego existo”, cuando básicamente asume que somos diferentes a nuestros pensamientos. Cuanto menos identificada esté la mente con el contenido de nuestros pensamientos, mayor será la habilidad para concentrarse y mayor el sentido de calma resultante.

Al parecer la meditación funciona no cambiando el contenido de nuestra mente, sino nuestra identificación con ese contenido mediante una “mirada” que acepta más, que es más intuitiva e inmediata, y gracias a la cual el poder coactivo de algunos contenidos cognitivo-afectivos disminuye progresivamente hasta que llega a desaparecer. Como consecuencia, el tema central de la psicopatología parece ser la automatización de nuestros procesos cognitivos y emocionales, y la cristalización de configuraciones de pensamiento, recuerdos, emociones y reacciones fisiológicas que son automáticas más allá de nuestra conciencia de ellas mismas y del deseo de controlarlas (Segal, Williams y Teasdale, 2006). De alguna manera, el mindfulness funciona en el sentido opuesto. Como se explica cuidadosamente en varios capítulos de este libro, los procesos de *descentramiento* y de *desidentificación*, que en terapia cognitiva estándar se consideran como los medios para lograr el fin (i.e.; cambiar el contenido de un pensamiento), son de hecho el fin mismo de la terapia basada en mindfulness. El desapego y la no identificación con lo que consideramos real es la base de los abordajes basados en Mindfulness.

El acto de rumiar es uno de los principales procesos cognitivos en muchas enfermedades psicológicas. Cuando las personas rumian o se preocupan por sus problemas, aunque les parezca que están haciendo frente a la dificultad, de hecho se están alejando de una percepción directa de la naturaleza de la dificultad. Esto ocurre porque rumiar siempre implica emitir un juicio sobre la experiencia. Las técnicas de meditación basadas en mindfulness funcionan exactamente en el sentido opuesto, favoreciendo una actitud de “dejar ir” en relación a los propios pensamientos. Es una habilidad imprescindible para la salud física y psicológica ya que ayuda a evitar quedarse atascado una y otra vez en círculos viciosos muy dañinos. El peor daño que ocasiona la rumiación depresiva es que el pensamiento recurrente se retroalimenta de forma continua. Este proceso genera pensamientos y, por lo tanto, emociones que cada vez son más intensas y alejadas de la situación real; tanto es así que con el tiempo cada vez resulta

más difícil diferenciar la realidad del juicio que se hace de la misma. Es por ello que, según el mindfulness, es muy importante que los pacientes aprendan a desidentificarse de sus pensamientos.

Parece ser que los programas basados en mindfulness pueden intervenir directamente en varios aspectos de los pensamientos recurrentes mediante el aprovechamiento de la manera repetitiva en la que éstos funcionan. La posibilidad de desidentificarnos de nuestros propios pensamientos puede liberarnos de uno de los apegos más fuertes y más profundamente arraigados: el apego a pensar por pensar, es decir, depender de la conversación mental incesante que se produce en nuestras mentes. Existe una fascinación exclusiva con este apego ya que sólo nos sentimos normales cuando nuestra mente piensa mucho y porque creemos que la solución a todos nuestros problemas sólo puede proceder de los pensamientos, como si tuviésemos una especie de fe ciega en el presunto poder mágico de pensar y repensar. El mindfulness ofrece un camino a través del cual los pensamientos pueden despojarse de la importancia que les atribuimos. Cuando nos damos cuenta de que nuestros pensamientos no son concretos y de que no tienen sustancia alguna, que su verdadera naturaleza no tiene necesariamente nada que ver con la realidad, entonces superamos el obstáculo del apego y la posibilidad de que degenera en los efectos negativos de la rumiación.

Practicar con diligencia el desapego de nuestros propios pensamientos hace que nuestra conciencia evolucione de manera gradual. La práctica continuada de la meditación lleva a la suspensión deliberada de todos nuestros juicios y evaluaciones sobre lo que ocurre a nuestro alrededor y en nuestro interior. Eso nos permite observar y aceptar, sin querer cambiar, los procesos de pensamiento y nuestras reacciones emocionales en todas las áreas de experiencia. Así pues, el principal objetivo de los programas basados en mindfulness es ayudar a las personas a llevar a cabo una transformación en la raíz de la relación que mantienen con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que contribuye a activar y a mantener estados psicopatológicos.

Los asuntos de los que se ha hablado demuestran por qué y cómo, sobre todo en los últimos 20 años, ha habido una síntesis natural y fructífera entre la meditación mindfulness y los abordajes cognitivo-conductuales. Síntesis que ha hecho posible integraciones significativas

entre ambas perspectivas, varias de las cuales se ilustrarán en este libro.

Importancia clínica del tratamiento basado en mindfulness

Se estima que hay 10 millones de practicantes de meditación en Estados Unidos y cientos de millones en todo el mundo. El uso generalizado de la meditación en las grandes religiones del mundo se basa en la experiencia de varias de ellas de que la meditación ayuda en determinados procesos relacionados con el desarrollo personal. Deurr (2004) destaca que la meditación es una de las disciplinas psicológicas más utilizada, más duradera y más investigada del mundo. En los últimos 20 años se ha producido un aumento espectacular en las intervenciones clínicas que utilizan prácticas de meditación, especialmente en forma de mindfulness. Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn (1998) informan de la existencia de más de 240 hospitales y clínicas en todo el mundo en los que se ofrecen cursos de reducción del estrés basados en mindfulness desde 1997. Cifra que, sin lugar a dudas, ha aumentado significativamente al día de hoy.

Uno de los problemas más significativos que ha tenido la psicología a la hora de utilizar las prácticas de las culturas orientales y budistas es que hasta hace 15 ó 20 años, la palabra “meditación” era considerada por muchos como sospechosa y asociada a imágenes de misticismo fraudulento (Kabat-Zinn, 2004). De hecho, la meditación estaba casi demonizada y se consideraba solamente como un aspecto esotérico. Eso se debía en parte a una ignorancia cultural y conceptual con respecto a esas técnicas, que se han empezado a tener en cuenta recientemente en la investigación científica en el campo de la psicología y la neurología. Y eso llevó a algunos autores (Benson y Proctor, 1984), especialmente en la década de 1990, a recomendar la separación de la meditación de sus raíces orientales a fin de hacerla más atractiva y aceptable en la práctica de la psicoterapia occidental (Carrington, 1998; Shapiro y Walsh, 1984) y a fin de superar supersticiones y prejuicios. Sin embargo, dejar de lado el aspecto espiritual de la práctica de la meditación puede limitar la comprensión completa del potencial de dicha práctica (Kabat-Zinn, 2004).

Las raíces orientales deben manifestarse con un lenguaje y forma universal como medios

hábiles para que las personas que sufren puedan entender por qué la meditación puede resultarles útil sin todo el bagaje cultural e ideológico que siempre acompaña a la tradición oriental y a la que en realidad se hace referencia como espiritualidad (Jon Kabat-Zinn, comunicación personal de 2008).

Hoy en día, las áreas clínicas en las que se aplican tratamientos basados en mindfulness son extremadamente amplias y varios estudios realizados sobre la materia destacan la relevancia clínica de esas formas de tratamiento con respecto a varios trastornos. El mindfulness es un componente esencial de varios modelos de terapia estandarizados, la mayoría de los cuales se incluyen en la óptica cognitivo-conductual, como se ilustrará ampliamente en este libro: el protocolo de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) es quizás el primer modelo que implica una aplicación clínica del mindfulness, que ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de varios trastornos de ansiedad, especialmente trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social (Kabat-Zinn et al.; 1992; Borkovec y Sharpless, 2004; Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995); el modelo de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Segal et al.; 2006), una integración de terapia cognitiva y reducción del estrés basada en mindfulness, efectiva en la reducción significativa de la tasa de recaídas en casos de depresión severa; la integración entre psicología evolutiva y compasión en psicoterapia de Paul Gilbert (2005); el modelo de Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) de Marsha Linehan, que incluye un importante componente de tratamiento basado en mindfulness y que ha demostrado ser muy efectivo en la reducción de comportamientos multi-impulsivos y suicidas en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993a, b); y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al.; 1999), coherente con los enfoques de mindfulness aunque no incluye explícitamente entrenamiento en mindfulness ni en meditación. En este último método de terapia, los pacientes aprenden a reconocer un sí mismo observador capaz de ver sus propios pensamientos, emociones y sensaciones corporales y verlo como algo separado de sus personas. Además, y como se describe en las Partes 3 y 4 de este libro, existen en este momento otras aplicaciones relevantes de enfoques basados en mindfulness para distintos trastornos psicológicos en diversas áreas clínicas y con poblaciones diversas.

Con relación a los últimos avances (véase también el Capítulo 3), la conclusión de Baer

(2003) tras revisar la información empírica disponible es que "las intervenciones basadas en mindfulness pueden operacionalizarse y conceptualizarse con rigor, además de evaluarse empíricamente", y que hoy se adecuan a la División 12 de la Asociación Americana de Psicología que las designa como "probablemente eficaces". Los estudios de la efectividad de estos enfoques son alentadores, pero hace falta más investigación con más estudios aleatorios y controlados. Sería importante llevar a cabo evaluaciones empíricas con una base metodológica sólida de los efectos de las intervenciones de mindfulness para una serie de problemas, tanto en comparación con otras intervenciones establecidas y como un componente dentro de los paquetes de tratamiento.

También necesitamos entender mejor qué intervenciones basadas en mindfulness funcionan y para quién, y qué estrategias son las mejores para determinados pacientes y enfermedades. Estos objetivos pueden alcanzarse si se desarrollan mediciones válidas y fiables de mindfulness (véase el Capítulo 9) que permitan medir el mindfulness y sus componentes, así como las asociaciones entre ellos y el cambio clínico.

Otra cuestión fundamental que debe investigarse al trabajar con problemas psicológicos es la existencia o no de procesos cerebrales particulares asociados con trastornos clínicos específicos que la práctica del mindfulness pueda incrementar o reducir. También debemos entender mejor los factores cognitivos, emocionales, conductuales, bioquímicos y neurológicos que contribuyen al estado de mindfulness e investigar qué mecanismos de acción del entrenamiento en mindfulness llevan al cambio clínico (exposición, relajación, cambio cognitivo y de comportamiento). Para alcanzar esos objetivos necesitamos estimular y ampliar el diálogo entre las perspectivas basadas en mindfulness, las tradiciones orientales y la neurociencia.

Estructura y objetivos del libro

Una de las principales motivaciones detrás del desarrollo de este proyecto fue la necesidad de reunir, en un formato operativo, pragmático y fácilmente accesible, la cantidad cada vez mayor de conocimiento y experiencia disponible a partir de la investigación y la práctica sobre

mindfulness y su aplicación clínica. Este libro ilustra los vínculos entre teoría, ciencia y la aplicación clínica del mindfulness para problemas psicológicos y físicos, destacando las conexiones de esos temas con la tradición oriental. El libro se divide en cuatro partes.

Parte 1 (Capítulos 1-4) aborda cuestiones teóricas e incluye capítulos sobre el origen y la conceptualización, fenomenología y últimos avances de la investigación sobre los conceptos de mindfulness y meditación. Esta parte aporta un marco teórico importante y una base lógica para las secciones clínicas del libro.

Parte 2 (Capítulos 5-9), dedicada a las relaciones entre mindfulness y problemas clínicos, en especial en lo relacionado con la psicopatología, y donde se explican los fundamentos de la utilización de la práctica del mindfulness para trastornos mentales. También trata varias cuestiones clínicas y fenomenológicas relevantes, como el uso de la compasión y la metáfora en la psicoterapia y el sentimiento de vacío. También se ilustran las posibilidades de evaluar y cuantificar los componentes del mindfulness y los posibles efectos de las intervenciones basadas en mindfulness para la población clínica y no clínica.

Parte 3 (Capítulos 10-20): ilustra varias intervenciones basadas en mindfulness para una amplia gama de trastornos psicológicos, y también para algunos problemas médicos graves (cáncer, dolor crónico), para los que este tipo de enfoque ha demostrado tener relevancia y eficacia clínica. Además, los capítulos incluyen una explicación clara de los fundamentos para la utilización de la terapia basada en mindfulness con los trastornos específicos presentados, ejemplos a través de casos clínicos, y descripciones de las limitaciones y los obstáculos de las intervenciones, así como las estrategias y las técnicas que pueden utilizarse para tratar problemas y para implementar intervenciones de mindfulness.

Parte 4 (Capítulos 21-25): muestra cómo es posible implementar y brindar intervenciones basadas en mindfulness para poblaciones específicas (niños, personas mayores) y en situaciones clínicas específicas (tratamiento individual o para pacientes internados). El último capítulo de esta parte muestra y analiza algunas de las implicaciones para los profesionales de la salud que desean utilizar enfoques basados en mindfulness en términos del entrenamiento que necesitan para poder impartir de forma competente la intervención clínica.

El Anexo A ejemplifica algunos ejercicios de mindfulness clásicos que pueden ayudar a los lectores a entender mejor los enfoques basados en mindfulness y a iniciar el desarrollo de su propia práctica de la meditación. Por su parte, el anexo B enumera los recursos disponibles en varios países que pueden ser útiles para los lectores que deseen formarse en los enfoques basados en mindfulness o que deseen mantener y profundizar su propia práctica de meditación.

Todos los capítulos han sido escritos por expertos de prestigio y líderes en varios campos de los enfoques basados en mindfulness, además de por investigadores en el área clínica con amplia experiencia en la implementación de este tipo de tratamiento con sus poblaciones respectivas y en sus respectivos ámbitos.

Esperamos que este libro aporte a los lectores un volumen completo e integrado que ilustre las novedades y la evolución de *la tercera ola* en terapia cognitivo-conductual, además de una valiosa herramienta práctica para los profesionales interesados en la aplicación del mindfulness en diversas situaciones clínicas. Espero y deseo que este libro sirva como fuente de información útil para profesionales, investigadores y eruditos de muchas disciplinas, en particular de psicología, psiquiatría y ciencias sociales, que quieran aprender y/o entender mejor el mindfulness y sus aplicaciones clínicas. También puede servir como libro de referencia para estudiantes universitarios y para estudiantes que realizan prácticas en psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería en el área de psiquiatría, orientación psicopedagógica y, en general, para todos los profesionales de la salud mental.

Espero de todo corazón que este libro sirva de inspiración para futuras aplicaciones, nuevas y creativas, de enfoques basados en mindfulness por parte de los profesionales clínicos, además de como estímulo para promover la investigación sobre la efectividad y el poder de la práctica del mindfulness para lograr cambios clínicos. De ser así, favorecería la apertura de por lo menos algunas de las tantas “puertas cerradas” existentes en el complejo entendimiento del funcionamiento de la mente y del sufrimiento humano.

El verdadero valor del ser humano está determinado principalmente por la medida y el sentido en que haya logrado la liberación de si mismo. Necesitaremos una manera sustancialmente nueva de pensar si es que la humanidad ha de sobrevivir.

Referencias

- BAER, R.A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- BENSON, H.; PROCTOR, W. (1984). *Beyond the relaxation response*. Nueva York: Putnam/Berkeley.
- BORKOVEC, T.D.; SHARPLESS, B. (2004). "Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present". En S.C. Hayes, V.M. Follette, M.M. Linehan, (Eds.), *Mindfulness and acceptance*. Nueva York: Guilford Press.
- 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.
- CAHN, B.R.; POLICH, J. (2006). "Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies". *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- CARRINGTON, P. (1998). *The book of meditation*. Boston: Element Books.
- DALAI LAMA, BENSON, H.; THURMAN, F.; GOLEMAN, D.; GARDNER, H. (1991). *MindScience, an East-West dialogue*. Boston: Wisdom Publications.
- DEURR, M. (2004). *A powerful silence: The role of meditation and other contemplative practices in American life and work*. Northampton, MA: Center for Contemplative Mind in Society.
- GERMER, C.; SIEGEL, R.; FULTON, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- GILBERT, P. (2005). *Compassion*. Nueva York: Routledge.
- GOLDSTEIN, J.; KORNFIELD, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
- GOLEMAN, D. (2004). *La meditación y los estados superiores de conciencia*. Málaga:

Editorial Sirio.

- GOLEMAN, D. (1991). "The Tibetan and Western models of mental health". En R. Thurman y Goleman, D. (Eds.), *Mind science, East and West*. Boston: Wisdom Publications.
- GOLEMAN, D. (2003). *Destructive emotions*. Nueva York: Bantam Books.
- HAHN, T.N. (1998). *The heart of Buddha's teaching: Transforming suffering into peace, joy and liberation*. Berkeley, CA: Parallax.
- HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós
- KABAT-ZINN, J.; MASSION, A.O.; KRISTELLER, J.; PETERSON, L.G.; FLETCHER, K.E.; PBERT, L. (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. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- KABAT-ZINN, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- LINEHAN, M. (1993a). *Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- LAUGHLIN, C.; McMANUS, J.; SHEARER, J. (1992). *Brain, symbol and experience*. Nueva York: Columbia University Press.
- 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, 192-200.
- MURPHY, M.; DONOVAN, S. (1997). *The physical and psychological effects of meditation* (2^a ed.). Sausalito, CA: Institute of Noetic Sciences.

PATANJALI (Feuerstein, G. trans.) (1989). *The Yoga-Sutra of Patanjali: A New Translation and Commentary*. Inner Traditions.

SALMON, P.G.; SANTORELLI, S.F.; KABAT-ZINN, J. (1998). *Intervention elements promoting adherence to mindfulness-based stress reduction programs in the clinical behavioural medicine setting*. Nueva York: Springer.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SHAPIRO, D.H. JR.; WALSH, R.N. (Eds.). (1984). *Meditation: Classic and contemporary perspectives*. Nueva York: Aldine.

TART, C.E. (1992). *Transpersonal psychologies* (3^a edición). Nueva York: HarperCollins.

THURMAN, R. (1991). "Tibetan psychology: Sophisticated software for the human biocomputer". En R. THURMAN; D. GOLEMAN (Eds.), *Mind science, East and West*. Boston: Wisdom Publications.

WILBER, K. (2000a). *The collected works of Ken Wilber, Vol 5-8*. Boston, MA: Shambhala.

WILBER, K. (2000b). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Boston: Shambhala.

WILBER, K.; ENGLER, J.; BROWN, D. (1986). *Transformation of consciousness*. Boston: Shambala.

WALLACE, B.A. (1999). "The buddhist tradition of samatha: Methods for refining and examining consciousness". *Journal of Consciousness Studies*, 6(2), 175-187.

WALSH, R. (1996). "Toward a synthesis of Eastern and Western psychologies". En A.A. SHEIKH; K.S. SHEIKH (Eds.), *Healing East and West* (pág. 542-555). Nueva York: Wiley.

WALSH, R.; SHAPIRO, S.L. (2006). "The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue". *American Psychologist*, 61(3), 227-239.

WOLINSKY, S. (1991). *Trances people live, healing approaches in quantum psychology*. Falls Village: CT: The Bramble Company.

Parte I

Teoría, conceptualización y fenomenología

1

Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió?

Ronald D. Siegel, Christopher K. Germer y Andrew Olendzki

Podemos transformar nuestras mentes para ser como el agua calma, alrededor de la cual los seres se reúnan y puedan ver sus propios reflejos y vivir por un momento una vida más clara, y quizá más feroz debido a nuestra calma.

William Butler Yeats

A lo largo de la historia, los seres humanos han intentado descubrir las causas del sufrimiento y los medios para aliviarlo. Antes o después, todos nos planteamos las mismas preguntas: “¿Por qué no me siento mejor?”, “¿Qué puedo hacer al respecto?”. Habitar un cuerpo físico nos expone inevitablemente al dolor asociado con la enfermedad, la vejez y la muerte. También luchamos emocionalmente cuando nos confrontamos con la adversidad o con circunstancias benignas que vemos como adversas. Incluso cuando gozamos de una vida relativamente fácil, sufrimos cuando no conseguimos lo que queremos, cuando perdemos lo que teníamos y cuando tenemos que hacer frente a lo que *no* queremos. Desde que nacemos hasta que morimos, no dejamos de intentar sentirnos mejor.

Como muestra este libro, el mindfulness es una manera aparentemente sencilla de relacionarse con toda experiencia que puede reducir el sufrimiento y preparar el terreno para una transformación personal positiva. Se trata de un proceso psicológico central que puede alterar la manera como respondemos a las dificultades inevitables de la vida –no sólo a los problemas existenciales cotidianos, sino también a problemas psicológicos graves como ideas suicidas (Linehan, 2003), depresión crónica (Segal, Williams y Teasdale 2006) y alucinaciones psicóticas (Bach y Hayes, 2002).

El mindfulness no es algo nuevo, forma parte de lo que nos hace humanos –la capacidad de ser completamente conscientes y atentos. Por desgracia, normalmente sólo estamos en ese estado

durante periodos breves de tiempo y somos reabsorbidos rápidamente en ensoñaciones cotidianas y narrativas personales. La capacidad de conciencia *sostenida* momento a momento, especialmente en medio de la agitación emocional es una habilidad especial. Por suerte, se trata de una habilidad que puede aprenderse.

El mindfulness es un aspecto esquivo, aunque central, de la tradición de 2.500 años de la psicología budista. Podemos hablar sobre mindfulness o escribir largo y tendido, pero para entender verdaderamente el mindfulness, tenemos que experimentarlo directamente. El motivo de ello es que el mindfulness apunta hacia algo intuitivo y preconceptual. Con una práctica comprometida, cualquiera puede descubrir gradualmente cómo ser cada vez más consciente en la vida, incluso ante situaciones de sufrimiento significativo. Cultivar el mindfulness es, y siempre ha sido, un profundo viaje personal de descubrimiento.

El significado clásico del “mindfulness”

“Mindfulness”, como se utiliza en los textos antiguos, es la traducción al inglés de la palabra *sati* en lengua pali, que significa *conciencia, atención y recuerdo*. (El pali es el idioma en el que se registraron originalmente las enseñanzas de Buda). La primera traducción de diccionario de *sati* a “mindfulness” data de 1921 (Davids y Stede 1921/2001). Como veremos más adelante, la definición de “mindfulness” se ha modificado un poco para su utilización en psicoterapia, y ahora abarca una amplia gama de ideas y de prácticas.

La conciencia es intrínsecamente poderosa, y la atención, que es la conciencia centrada, es todavía más poderosa. Sólo cuando somos conscientes de lo que está ocurriendo en nosotros y a nuestro alrededor podemos empezar a desenredarnos de las preocupaciones mentales y de las emociones difíciles. A veces puede ser bastante sencillo, como en el caso de un hombre con retraso mental que controlaba sus ataques de ira desplazando su atención a las “plantas de los pies” cada vez que sentía estar enfadado (Singh, Wahler, Adkins y Myers, 2003). Al redireccionar la atención, en lugar de intentar controlar o suprimir las emociones intensas, podemos regular cómo nos sentimos.

Otro aspecto del mindfulness es “recordar”. No se refiere al recuerdo de eventos pasados sino

que significa recordar ser consciente y prestar atención, destacando la importancia de la *intención* en la práctica del mindfulness. Cada momento nos recordamos: “¡Recuerda, sé consciente!”.

Pero “mindfulness” significa más que ser consciente *pasivamente* o ser consciente por el ser consciente en si mismo. El erudito budista, John Dunne (2007), destaca que la conciencia, la atención y el recordar (*sati*) son elementos que están presentes cuando un francotirador, con toda la mala intención, apunta a una víctima inocente. Obviamente, eso no es lo que intentamos cultivar como psicoterapeutas, ni tampoco es el objetivo de la psicología budista. En cambio, el objetivo del mindfulness en su contexto antiguo es eliminar el sufrimiento innecesario cultivando el *insight* o introspección en el trabajo de la mente y la naturaleza del mundo material. El practicante del mindfulness trabaja activamente con los estados de la mente para permanecer pacíficamente con todo lo que ocurre.

A través del mindfulness, desarrollamos “atajos” para manejar la mente (Bhikkhu, 2007). Eso nos ayuda a reconocer cuando necesitamos también cultivar otras cualidades mentales, como el estado de alerta, la concentración, el amor incondicional y el esfuerzo, para aliviar el sufrimiento. Por ejemplo, si meditando somos críticos con nosotros mismos, añadiremos una dosis de compasión o, si nos sentimos perezosos, podemos intentar aumentar el nivel de energía en la mente o en el cuerpo. Sólo con mindfulness no es suficiente para alcanzar la felicidad, pero aporta una base sólida para el resto de factores necesarios (Rapgay y Bystrisky 2007). En la literatura clásica, el mindfulness solía expresarse en términos de su *función*, no como un objetivo en sí mismo. El mindfulness forma parte, en última instancia, de un proyecto diseñado para arrancar de raíz costumbres arraigadas de la mente que producen infelicidad, tal como las emociones aflictivas dentro de las que se incluyen la ira, la envidia o la codicia, o comportamientos que nos dañan a nosotros mismos y a los demás.

El reciente foco sobre la atención plena en psicoterapia es una corrección estratégica a algunas tendencias de tratamiento modernas. Muchos terapeutas bienintencionados intentan prematuramente “arreglar” los problemas de un paciente, eludiendo involuntariamente la autoaceptación y la autocomprensión. Como será demostrado a lo largo de estas páginas, nuestros problemas emocionales y de comportamiento pueden amplificarse debido a nuestros

esfuerzos intuitivos por evitar la incomodidad que nos llevan a una actividad de búsqueda de cambio. El enfoque basado en mindfulness presenta el nuevo orden “conciencia y aceptación primero, cambio después”.

Mindfulness terapéutico

A medida que la psicoterapia occidental adopta el mindfulness y se aleja de sus raíces antiguas, su significado se amplía. Más concretamente, se están incluyendo al “mindfulness” cualidades mentales que van más allá del *sati* (conciencia, atención y recordar) al adaptarlo para aliviar trastornos clínicos. Entre esas cualidades destacan *el no juzgar, la aceptación y la compasión*.

Jon Kabat-Zinn, el pionero más importante en la aplicación terapéutica del mindfulness, lo define como “la conciencia que surge de prestar atención intencionalmente en el momento presente y sin juzgar, a las experiencias que se despliegan en cada momento” (Kabat-Zinn 2003). En 2004, Bishop et al. (2004) publicaron un artículo de consenso sobre la definición de mindfulness: el mindfulness “es una autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, que permite así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente” y “adoptá una orientación particular hacia la propia experiencia, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación. La segunda parte de la definición recoge una actitud emocional o intencional fundamental del mindfulness en la práctica clínica.

Una definición despojada de “mindfulness terapéutico” que junto con nuestros colegas del Instituto de Meditación y Psicoterapia consideramos útil es *conciencia, de la experiencia presente, con aceptación* (Germer, Siegel y Fulton, 2005). Se trata de tres elementos que pueden ser encontrados en la literatura psicológica más moderna sobre mindfulness. Aunque el componente de “aceptación” está implícito en los textos clásicos budistas, ayuda a hacerlo explícito para la aplicación clínica. Otras expresiones abreviadas relacionadas y que podríamos utilizar para el mindfulness terapéutico son “conciencia afectuosa”, “aceptación consciente”, “presencia sincera” y “compasión consciente”.

La adición explícita de la aceptación a la fórmula del mindfulness tiene sentido para la mayoría de psicoterapeutas. En particular, es el caso de nuestros pacientes cuando se ven confrontados a circunstancias traumáticas que les superan. La conciencia sin aceptación puede ser como observar una escena de terror bajo un potente haz de luz. A veces necesitamos una luz más suave –como la de una vela– para abordar una experiencia difícil. Al parecer, cuanto más intenso es nuestro sufrimiento, más necesitamos la aceptación y la compasión para poder trabajar con lo que está ocurriendo en nuestras vidas. Al contrario, la bondad sin una conciencia clara puede llevar a edulcorar las dificultades de la vida que debemos afrontar. *Sin conciencia, la aceptación podría convertirse en una forma de evasión defensiva.*

Cuando los pacientes acuden a la psicoterapia, a menudo se encuentran en una situación de mucho sufrimiento y buscan a una persona que dedique el tiempo necesario a entender quiénes son y por qué sufren. Quieren con urgencia una estrategia para el alivio. La compasión es la matriz invisible que sostiene toda la estructura. La palabra “compasión” procede del latín, *com pati*, y significa “sufrir con alguien”. Precisamente es así como logramos entender lo que están viviendo nuestros pacientes –sufrimos *con* ellos. Si ofrecemos consejos útiles a un paciente sin proporcionar primero aceptación y compasión, simplemente se sentirá incomprendido.

Del mismo modo, en la relación *intrapersonal* terapéutica –la que tenemos con nosotros mismos– la compasión también es importante. La autocompasión y la autoaceptación son “maneras competentes” de ser conscientes durante circunstancias difíciles. Necesitamos un corazón abierto para mantener los ojos abiertos. Cuando nosotros mismos practicamos el mindfulness, se espera que la autoaceptación forme parte de nuestro panorama emocional; en la relación terapéutica, la aceptación y la compasión son esenciales para que el proceso sea efectivo.

Conciencia plena (mindfulness) y falta de conciencia (Mindlessness)

Un psicoterapeuta necesita experimentar el mindfulness para integrarlo a su práctica clínica. Aprender meditación de manos de un maestro experimentado es la mejor manera de empezar y

es algo que se recomienda encarecidamente. Los psicoterapeutas también se benefician de una hoja de ruta conceptual que les guía en su trabajo. Para ello, sugerimos utilizar la definición de mindfulness que se acaba de mencionar: (1) *conciencia*, (2) *de la experiencia presente*, y (3) *con aceptación* (Germer et al.; 2005). Un momento de mindfulness contiene esos tres elementos entrelazados. El terapeuta con orientación en mindfulness puede preguntarse, en cada momento, “¿Cómo cultivo la conciencia de la experiencia actual con aceptación, para mí y para mi paciente?”. Y eso puede ser una piedra angular para la práctica.

Si bien la definición es fácil de recordar, la experiencia directa del mindfulness es más esquiva. A veces el mindfulness es más fácil de entender si se examina su opuesto. Incluso un autoexamen informal revela que nuestro estado mental típico es notoriamente inconsciente. Pasamos la mayor parte del tiempo perdidos en recuerdos del pasado y en fantasías del futuro. Y casi siempre operamos en “piloto automático” y nuestra mente está en un lugar, mientras el cuerpo está en otro.

Un ejemplo muy embarazoso le ocurrió a uno de nosotros recientemente mientras se dirigía en automóvil a dirigir un taller sobre mindfulness y psicoterapia:

Tenía prisa y llegaba tarde. De repente, cuando hacía poco que estaba al volante me di cuenta de que estaba conduciendo en sentido opuesto por el Massachusetts Turnpike –una carretera con peaje en la que a veces parece que las salidas están a más de 80 km. Entonces me pregunté, “¿Quién conducía?”, “¿Quién decidió dirigirse hacia el oeste?”. Tenía la mente ocupada pensando en la presentación, mientras el cuerpo estaba al volante mecánicamente, en la dirección equivocada.

Hay muchos ejemplos similares. Pensemos en la principal causa de visitas a urgencias de los hospitales de Nueva York los domingos por la mañana: cortes al abrir los panecillos del desayuno. Al interactuar con la familia durante el fin de semana, muchas personas andan tan distraídas por las cuestiones interpersonales que sus cuerpos abren los panecillos automáticamente –unos cuerpos que no son demasiado buenos para esa tarea sin la guía por parte de una mente consciente.

Otro ejemplo menos doloroso de inconsciencia o *mindlessness* se produce en los restaurantes. ¿Ha observado alguna vez cuántas conversaciones giran entorno a qué restaurante visitamos

hace poco o a cuál iremos próximamente? Son muy pocas las veces en las que degustamos la comida que tenemos delante.

Y después están nuestros esfuerzos *deliberados* por escapar del momento presente intentando acceder a las “cosas buenas”. ¿Se ha encontrado alguna vez devorando su comida a toda velocidad para pasar al café, a un libro, o a un programa de televisión? ¿Ha pensado alguna vez, quizás tras 10 minutos de sesión de psicoterapia con un paciente frustrante, “¡Maldita sea, y todavía quedan 40 minutos!”?. Cuando reflexionamos con honestidad nos damos cuenta de que estamos apurándonos o intentando deshacernos de muchas de nuestras experiencias de vida.

Quizás hasta lo observe en este mismo momento: mientras lee estas frases, ¿a dónde se ha ido su mente? ¿Ha tenido pensamientos de tipo “me pregunto si este libro va a valer la pena”, “quizás hubiera tenido que comprar otro”, o “esto es bastante interesante, espero que el resto también sea bueno”? Quizás su mente ha abandonado el libro por completo y está pensando qué va a hacer después o qué le ha pasado hoy.

La omnipresencia de la inconsciencia cotidiana resulta especialmente llamativa cuando nos preguntamos sobre lo realmente importante en nuestras vidas. Dedique algunos segundos a recordar un momento de su vida que realmente haya apreciado. (De verdad, deje de leer un momento y piense en un hecho). Quizás sea un momento especial con un ser querido o una experiencia mágica en la naturaleza. En ese momento, ¿dónde estaba su mente? ¿Estaba centrada en recordar el pasado o en imaginar el futuro? La mayoría de las personas observan que los momentos que más valoran son aquéllos en los que están completamente presentes, dándose cuenta de lo que está ocurriendo aquí y ahora.

Son momentos de *mindfulness*. Sentimos la posición de nuestras manos y la sensación de sujetar el cuchillo y el panecillo. Somos conscientes de nuestros cuerpos sentados en el automóvil cuando conducimos, y sentimos los otros automóviles, la carretera, el paisaje. Degustamos la comida que ingerimos y experimentamos realmente la vista, el sonido y la presencia emocional de nuestros pacientes durante la psicoterapia. Ahora, intente sentir la posición de sus manos mientras sostiene el libro, la experiencia física de estar sentado o tumbado, y cómo reacciona su mente ante estas palabras. El *mindfulness* implica estar presentes en nuestras vidas.

Aunque es evidente que resulta difícil de expresar con palabras, la tradición Zen del Haiku se esfuerza por capturar momentos de mindfulness. Presentamos un ejemplo clásico de Matsuo Basho, poeta japonés del siglo XVII:

*¡Un viejo estanque!
Se zambulle una rana
El sonido del agua.*

(Toyomasu, 2001)

La práctica del mindfulness

Aunque puede perturbar sentir la frecuencia en la que no somos conscientes y cómo perdemos gran parte de nuestras vidas, también hay buenas noticias: el mindfulness puede cultivarse. De igual manera que podemos mejorar la forma física con ejercicio físico regular, podemos desarrollar el mindfulness a través de prácticas mentales deliberadas.

Todas las prácticas de mindfulness implican algún tipo de meditación. Las ideas erróneas sobre la práctica de la meditación abundan especialmente en occidente, de ahí que pueda resultar útil examinar algunos de los malentendidos más comunes.

No es tener la mente en blanco: Aunque algunas prácticas de concentración estén hechas para vaciar la mente de pensamientos, ése no es el objetivo de la práctica del mindfulness. Tampoco queremos volvemos estúpidos ni perder nuestras capacidades analíticas. En cambio, la práctica del mindfulness implica entrenar la mente para que sea consciente de lo que está haciendo en todo momento, incluso ser consciente de que estamos pensando cuando pensamos.

No es convertirse en seres sin emociones: muchas personas tienen la esperanza secreta de que la práctica del mindfulness les libere de la carga de las emociones. Especialmente en situaciones de sufrimiento, la fantasía de llegar a no tener sentimientos puede resultar bastante atractiva. En realidad, la práctica del mindfulness a menudo tiene el efecto contrario. Al practicar para sentir el contenido de la mente, llegamos a sentir nuestras emociones de manera más completa e intensa. Nuestra capacidad para reconocer cómo sentimos aumenta al

renunciar a las defensas normales, como distraernos de la incomodidad con entretenimientos o comida.

No es apartarse de la vida: Dado que la mayoría de prácticas de meditación fueron perfeccionadas originalmente por monjes, monjas y ermitaños, a menudo se asume que implican retirarse de una vida completa y rica desde el punto de vista de las relaciones interpersonales. Si bien es cierto que existen determinadas ventajas derivadas de la práctica del mindfulness en un entorno simplificado, incluso en esos casos, uno no se retira exactamente. En cambio, las vicisitudes de la vida se experimentan de manera más vívida porque dedicamos el tiempo necesario a prestar atención a nuestra experiencia en cada momento.

No es buscar la dicha: La imagen del maestro espiritual sonriendo felizmente mientras el resto luchamos con la realidad existencial llama mucho la atención. Ya desde el principio en su camino de práctica muchas personas se sienten apenadas cuando observan que sus mentes vagan y se sienten agitados o inestables. Aunque se producen estados de ánimo excepcionalmente agradables, en la meditación mindfulness les permitimos surgir y desaparecer –no nos apegamos a estados de felicidad ni tampoco rechazamos los desagradables.

No es escapar del dolor: Más que escapar del dolor, la práctica del mindfulness nos ayuda a aumentar nuestra capacidad de soportarlo. Nos abstendremos deliberadamente de acciones automáticas destinadas a hacernos sentir mejor. Por ejemplo, si estamos meditando y nos surge un picor, la instrucción típica es observar la picazón y sentir los impulsos que produce (como la urgencia de rascarse) –pero sin actuar precipitadamente. El resultado es que experimentamos el dolor y la incomodidad con más viveza. Esto es algo que va más allá de las picazones y del dolor físico, hasta incluir también todo el espectro de malestar emocional. Cuando analizamos y aceptamos estas experiencias desagradables, nuestra capacidad de soportarlas aumenta. También descubrimos que las sensaciones dolorosas son diferentes del sufrimiento que las acompaña. Somos conscientes de que el sufrimiento surge cuando reaccionamos con resistencia ante el dolor, cuando protestamos o lo evitamos, en lugar de aceptarlo momento a momento.

Modalidades de práctica

Existen varias maneras de cultivar la conciencia de la experiencia actual con aceptación. No es de extrañar que todas impliquen la práctica repetida. Si queremos mejorar nuestra salud cardiovascular, debemos empezar integrando ejercicio físico a nuestra rutina diaria –subir por escaleras en lugar de usar el ascensor, o usar la bicicleta en vez del automóvil para ir al trabajo. Y si todavía queremos mejorar más nuestra condición física, deberíamos dedicar un tiempo al ejercicio, en un gimnasio por ejemplo. Para acelerar el proceso realmente, podríamos asistir a unas vacaciones deportivas en las que la mayor parte del día se dedique a la práctica de ejercicio intenso. Existen opciones similares para cultivar el mindfulness.

Mindfulness diario: Implica recordarnos durante el día que debemos prestar atención a lo que ocurre en cada momento sin alterar de manera radical nuestras rutinas. Significa sentir las sensaciones de caminar cuando caminamos, el sabor de la comida cuando comemos, y el aspecto de nuestro entorno cuando nos desplazamos. El maestro de Zen vietnamita Thich Nhat Hahn sugiere varias técnicas para mejorar el mindfulness diario. Por ejemplo, cuando suena el teléfono, al principio intentar simplemente escuchar, prestando atención al tono y al ritmo del sonido como si se escuchara un instrumento musical. O mientras conducimos y se iluminan las luces traseras de freno de otro vehículo, intentar percibir el color y la textura como si estuviésemos ante una preciosa puesta de sol.

Práctica de meditación formal: Implica dedicar un tiempo para asistir al “gimnasio” de la mente. Dedicamos regularmente un tiempo a sentarnos tranquilamente a meditar. Hay varios tipos de meditación que pueden cultivar el mindfulness; la mayoría implican elegir al principio un objeto de atención, como la respiración, y centrarla en ese objeto cada vez que la mente vaga. Esto desarrolla un grado de calma que, a su vez, nos permite centrar mejor la mente en el objeto elegido. Una vez establecido cierto grado de concentración, la meditación mindfulness conlleva dirigir la mente a lo que aparezca predominantemente en ella –por lo general se centra en cómo se experimenta el acto en el cuerpo. Esos objetos de atención pueden ser sensaciones físicas como una picazón, un dolor o un sonido, o experiencias emocionales que se manifiestan en el cuerpo, como la opresión en el pecho que se asocia con el enfado o el nudo en la garganta que aparece con la tristeza. Independientemente del objeto

de atención elegido, practicamos ser conscientes de nuestra experiencia presente con aceptación.

Práctica en retiro: Son las “vacaciones” completamente dedicadas a cultivar el mindfulness. Existen varios estilos de retiro para la meditación. La mayoría implican largos períodos de práctica formal, a menudo alternados con meditación sentada y meditación caminando. Suelen llevarse a cabo en silencio, con muy poca interacción interpersonal, excepto durante las entrevistas ocasionales con los maestros. Todas las actividades del día –levantarse, ducharse, lavarse los dientes, comer, hacer las tareas diarias– se realizan en silencio y se utilizan como oportunidades para practicar el mindfulness. Según palabras de un observador, los primeros días de un retiro son “como estar atrapado en una cabina telefónica con un lunático”. Descubrimos cuán difícil es estar completamente presentes. A menudo la mente está alarmantemente activa y agitada, y teje historias acerca de lo bien que lo estamos haciendo comparado con los demás. Aparecen recuerdos de hechos emocionales no digeridos, junto con fantasías elaboradas acerca del futuro. Logramos ver de manera gráfica cómo nuestras mentes crean sufrimiento en un entorno en el que todas nuestras necesidades están cubiertas. Muchas personas consideran que las experiencias que tienen lugar –incluso durante un sencillo retiro de meditación de una semana– transforman la vida.

Los efectos de la práctica del mindfulness parecen relacionarse con la dosis. Si uno practica un poco cada día, se cultiva un poco de mindfulness. Si se practica más cada día, y se añade una práctica formal regular, más retiros, los efectos son más espectaculares. Si bien eso es algo muy evidente para los que practican meditación, está empezando a documentarse mediante investigación científica (Lazar et al.; 2005).

¿Por qué ahora?

Estamos siendo testigos de una explosión del interés en el mindfulness entre los profesionales de la salud mental. En un estudio reciente de psicoterapeutas de Estados Unidos (Simon, 2007), el porcentaje de terapeutas que afirman hacer “terapia de mindfulness” por lo menos en ocasiones es del 41,4%. En comparación, la terapia cognitivo-conductual es el modelo más

popular (68,8%), mientras que la terapia psicodinámica/psicoanalítica se sitúa detrás de la de mindfulness con un 35,4%. Hace tres años especulábamos con que el mindfulness pudiera convertirse en un modelo de psicoterapia por sí mismo (Germer et al.; 2005) y ahora parece que ese momento se aproxima a toda velocidad.

Y ¿por qué? Una explicación es que los jóvenes que buscaban la espiritualidad y que practicaban meditación en la década de los 60 y de los 70 ahora son investigadores clínicos y profesionales con experiencia en el campo de la salud mental. De hecho, se han beneficiado personalmente de la práctica del mindfulness durante muchos años y por fin han tenido el valor de compartirlo con sus pacientes.

Otra explicación es que el mindfulness puede ser un proceso de percepción central, subyacente a toda psicoterapia efectiva –una construcción *transteórica*. Profesionales de la salud de todas las escuelas aplican el mindfulness a su trabajo, ya sean psicoterapeutas psicodinámicos que trabajan sobre todo las relaciones, terapeutas cognitivo-conductuales que desarrollan nuevas intervenciones más efectivas y estructuradas, o psicoterapeutas humanistas que animan a sus pacientes a introducirse profundamente en sus “experiencias tal como son sentidas”. La pregunta terapéutica común es la siguiente: “¿Cómo puedo ayudar al paciente a tener una mayor aceptación y a ser más consciente de su experiencia en el momento actual?”.

Quizás el argumento más potente para la nueva popularidad del mindfulness sea que la ciencia está recuperando el tiempo perdido con la práctica –la ciencia “blanda” de la práctica contemplativa está siendo validada por investigación científica “dura”. Ahora mismo la meditación es uno de los métodos psicoterapéuticos más estudiados (Walsh y Shapiro, 2006) –aunque hay que reconocer que varios de los estudios tienen limitaciones de diseño (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007). Entre 1994 y 2004 la preponderancia de la investigación sobre meditación ha pasado de estudios de meditación con concentración (como la meditación trascendental y la respuesta de relajación) a meditación mindfulness (Smith, 2004).

Nos encontramos en una “tercera ola” de intervenciones de terapia conductual (Hayes, Follette y Linehan, 2004). La primera ola se centraba en estímulos y respuesta en condicionamientos clásicos y operante. La segunda era la *terapia cognitivo-conductual*, que trabaja para cambiar

el contenido de nuestros pensamientos y modificar así cómo nos sentimos. La “tercera ola” es *la terapia basada en Mindfulness y aceptación*. Investigadores como Steven Hayes, fundador de la Terapia de Aceptación y Compromiso, descubrieron las estrategias de tratamiento basadas en Mindfulness y aceptación cuando buscaban nuevas soluciones para dilemas clínicos intratables. Otros, como Marsha Linehan que desarrolló la Terapia Dialéctico- Conductual, tenían un interés personal en el budismo zen y buscaban integrar los principios y las técnicas de esa tradición en la práctica clínica. Ahora estamos en medio de una convergencia muy fértil de psicología científica moderna y tradición psicológica budista antigua.

En el nuevo abordaje de mindfulness y aceptación, los terapeutas ayudan a los pacientes a desplazar su *relación* hacia la experiencia personal en lugar de desafiar directamente patrones desadaptativos de pensamiento, emoción o comportamiento. Cuando los pacientes acuden a terapia, por lo general muestran aversión hacia lo que están sintiendo o hacia como se comportan –quieren *menos* ansiedad o *menos* depresión, o quieren beber o comer *menos*. Así, el terapeuta reestructura la relación del paciente con el problema cultivando la curiosidad y la aceptación del momento presente de la experiencia incómoda.

Por ejemplo, Catalina, una paciente con pánico, llevaba 5 años sufriendo pavor al volante de su automóvil mientras conducía al trabajo. Llevaba a cabo todas las estrategias conductuales tradicionales: se exponía a autopistas y puentes, practicaba la relajación y podía convencerse de manera efectiva de que no iba a morir de un ataque al corazón. Sin embargo, se preguntaba en voz alta “*¿Por qué diablos sigo sufriendo pánico?*”. La respuesta es que Catalina nunca aprendió realmente a *tolerar la ansiedad en si misma*. Siempre estaba huyendo de ella. Necesitaba el eslabón perdido al que se dedica la tercera generación de terapias conductuales: aprender a aceptar la incomodidad inevitable mientras vivimos nuestras vidas de manera significativa.

Otro ámbito de investigación que está estimulando el interés en el mindfulness son las técnicas de imagen cerebral y la neuroplasticidad. Sabemos que las neuronas que se activan juntas, se conectan y permanecen juntas (Hebb, 1949, en Siegel, 2010) y que la actividad mental de la meditación activa determinadas regiones del cerebro. Sara Lazar et al. (2005) demostraron

que las zonas del cerebro asociadas con el *insight* o introspección y la atención aumentan de tamaño tras años de práctica de meditación. Davidson et al. (2003) descubrieron una mayor actividad en el lóbulo prefrontal izquierdo del cerebro tras 8 semanas de entrenamiento en mindfulness. Esta zona se asocia con la sensación de bienestar y una mayor actividad en esa parte del cerebro también se relaciona con la fuerza de la respuesta inmunológica a la vacuna de la gripe. Los cambios más espectaculares se han observado en los cerebros de los monjes tibetanos que habían realizado entre 10.000 y 50.000 horas de meditación (Lutz, Greisch, Rawlings, Richard y Davidson, 2004).

Las pruebas aportadas por los estudios científicos avalan lo que las personas que practican la meditación venían sospechando durante mucho tiempo, es decir, que el entrenamiento de la mente cambia el cerebro (Begley, 2008). Estamos empezando a ver *cuánto* cambio es posible y *dónde*. Además, los cambios que se producen en el cerebro cuando estamos sintonizados emocionalmente con nuestros estados internos en meditación parecen correlacionarse con las zonas del cerebro activas cuando nos sentimos conectados con los demás (Siegel, 2010) –y eso sugiere que los terapeutas pueden entrenar sus cerebros para ser más efectivos desde un punto de vista terapéutico a través de la meditación mindfulness.

Aplicaciones prácticas para psicoterapia

Los psicoterapeutas están incorporando el mindfulness a su trabajo de varias maneras. Podríamos imaginarlo como un continuo, desde aplicaciones implícitas a explícitas –de las que no son visibles a las que son obvias para el paciente.

En el extremo más implícito está el *terapeuta practicante*. Como acabamos de decir, cuando un terapeuta empieza a practicar el mindfulness personalmente, su capacidad de establecer sintonía emocional parece aumentar. Independientemente de la orientación teórica, de los modelos de psicopatología, o de los modos de intervención, el terapeuta parece poder atender mejor y empatizar con la experiencia del paciente. La necesidad del terapeuta de “arreglar” los problemas disminuye a medida que cultiva la capacidad de estar con el dolor del otro. Los terapeutas se sienten más próximos a sus pacientes y desarrollan compasión porque son

conscientes de la universalidad del sufrimiento y porque ven con más claridad su interconexión con los demás. La investigación en este área está recién comenzando (Grepmaier, Mitterlehner, Loew y Nickel, 2006; Grepmaier, Mitterlehner et al.; 2007).

A continuación se encuentra la práctica de psicoterapia de *mindfulness informado* (Germer et al.; 2005). Es un tratamiento informado por las introspecciones derivadas de la psicología budista y de la práctica del mindfulness. La comprensión del terapeuta de la psicopatología y de las causas del sufrimiento humano cambia como resultado de la observación de su propia mente en la práctica de la meditación. Introspecciones tales como entender la naturaleza arbitraria y condicionada del pensamiento, ver los efectos contraproducentes de intentar evitar las experiencias difíciles y notar las dolorosas consecuencias de intentar apuntalar nuestra concepción de un “yo” separado, todo influye en cómo abordamos los problemas de nuestros pacientes.

Por último, la aplicación más explícita del mindfulness en psicoterapia es la psicoterapia *basada en mindfulness* (Germer et al.; 2005). De hecho, los terapeutas basados en mindfulness enseñan prácticas de mindfulness a los pacientes para ayudarles a trabajar con sus dificultades psicológicas. Se están desarrollando multitud de intervenciones basadas en mindfulness para una amplia gama de problemas clínicos. A veces se enseña al paciente una práctica de meditación tradicional, mientras que en otras la práctica se personaliza para el diagnóstico concreto del paciente, su estilo de personalidad o sus circunstancias de vida.

Desenmarañar la terminología

A medida que el “mindfulness” se absorbe en la psicología moderna y en la cultura occidental, la confusión sobre el término es cada vez mayor. De hecho, ha acabado cubriendo mucho terreno. Por lo menos parte de la confusión podría eliminarse si utilizásemos la lengua pali en lugar del inglés o del español. (Se insta al lector que entienda el inglés a consultar *Mindfulness in Plain English* de Bhante Gunaratana, 2002, donde se presentan de manera especialmente lúcida términos en pali y cómo se relacionan con la práctica del mindfulness).

A continuación ofrecemos el resultado del esfuerzo por diferenciar los distintos significados

de mindfulness que se utilizan en la psicología moderna en la actualidad.

Concepto clásico

Como decíamos antes, el término pali *sati*, que suele traducirse como “mindfulness”, denota “conciencia”, “atención” y “recordar”. En la tradición budista, el *sati* se cultiva como una herramienta para observar cómo la mente crea sufrimiento momento a momento. Se practica para desarrollar sabiduría e introspección que, en última instancia, alivian el sufrimiento.

Proceso psicológico

Las definiciones de proceso tienen un aspecto *instructivo* –indican qué deberíamos *hacer* con nuestra conciencia. Dos definiciones de proceso de mindfulness en el ámbito clínico son: “conciencia momento a momento y sin juicios” (Kabat-Zinn, 2004, 2006) y “conciencia, de la experiencia presente, con aceptación” (Germer, et al.; 2005). Estas definiciones de proceso sugieren observar la experiencia en cada momento e intentar hacerlo con un espíritu de aceptación.

Otra definición de proceso de mindfulness terapéutico, “control de la atención” (Teasdale, Segal y Williams, 1995), sugiere redirigir la atención para gestionar el malestar emocional.

Las definiciones de proceso resultan especialmente valiosas porque identifican *procesos de cambio* o *mecanismos de acción* que pueden ayudar a determinados pacientes. En terapia, el “mindfulness” en general se considera como un proceso de cambio, igual que los elementos individuales que constituyen el mindfulness terapéutico, a saber, aceptación, experiencia presente y conciencia. Cada paciente puede requerir más énfasis en un elemento o en otro. Por ejemplo, las personas autocríticas pueden beneficiarse sobre todo de la “aceptación”; a los pacientes obsesivos puede ayudarles centrarse en las “sensaciones del momento presente”; y las personas con trastornos del control de los impulsos pueden disfrutar sobre todo de una mayor “conciencia” –observando los precursores de comportamientos problemáticos como la bebida, el juego o la bulimia.

Podemos descomponer todavía más los procesos para ajustar el tratamiento para cada individuo. Por ejemplo, existen estilos diferentes de conciencia que pueden beneficiar a determinados pacientes: la conciencia *metacognitiva* (“los pensamientos no son hechos”) ayuda a las personas que sufren depresión crónica a desenredarse de las rumiaciones mentales depresivas (Teasdale et al.; 2002), mientras que para las personas con un estilo esquizoide o desapegado de relacionarse con sus emociones puede ser más interesante un estilo de observación más *participativa* –observar de manera íntima las emociones, a medida que surgen en el cuerpo.

Práctica de la meditación: Cuando alguien dice, “Practico meditación mindfulness”, ¿qué hace exactamente? Existen tres características clave de la meditación que suelen incluirse bajo el nombre de “meditación mindfulness”.

Meditación de concentración: Esta técnica tiene un objeto central, como la respiración o un mantra. La instrucción es que “cuando sientes que tu mente divaga, suavemente llévala de nuevo hacia el objeto”. La meditación de concentración produce una sensación de calma. La palabra pali que más se asocia a la práctica de la concentración es *samatha*, mientras que la palabra tradicional para meditación es *bhavana*, que significa “desarrollar”. “Meditación de concentración” es una traducción de *samatha bhavana*, o el cultivo de la concentración. La “respuesta de relajación” (Benson y Klipper, 2000) es un ejemplo bien conocido de este tipo de meditación.

Meditación mindfulness

La instrucción para la meditación mindfulness es “observa qué predomina en la conciencia, en cada momento”. Aquí la intención es *no elegir* un solo objeto de atención, sino explorar la experiencia en constante cambio. La práctica del mindfulness cultiva el *insight* o introspección en la naturaleza de nuestros propios condicionamientos (p. ej. “miedo a la desaprobación”, “ira ante la autoridad”) y la naturaleza de la realidad mental (“está cambiando”, “suele ser insatisfactoria”, “el ‘yo’ es fluido”).

Esto es lo que distingue principalmente a la “meditación mindfulness” de otras formas de

meditación, como la de concentración y las varias formas de meditación de visualización, y es una contribución exclusiva de la psicología budista. Las palabras en pali para meditación *mindfulness* son *vipassana bhavana*, que puede traducirse como el cultivo del *insight* o introspección, o “meditación de introspección”. Los investigadores y profesionales occidentales suelen utilizar la expresión “meditación *mindfulness*” para referirse a esta práctica.

Para complicar un poco más las cosas, el *sati* se cultiva y, de hecho, es necesario, para las técnicas de meditación de concentración y *mindfulness*. Es decir, necesitamos saber dónde está la mente para concentrarnos o bien en un objeto o en varios objetos que surjan. Dado que la mente participa activamente en una mayor gama de experiencias durante la meditación *mindfulness*, puede decirse que el *sati* se desarrolla más deliberadamente en esta práctica en concreto.

Durante la meditación *mindfulness* o la meditación de introspección, siempre se puede regresar a la práctica de concentración para estabilizar la atención si uno se pierde en ensueños y en pensamientos discursivos. En este sentido, la práctica de la concentración (*samatha*) facilita la práctica del *mindfulness* o de la introspección (*vipassana*).

Meditación en amor incondicional: El amor incondicional es la calidad *emocional* asociada con el *mindfulness*. Traducido del pali *metta*, esta meditación puede ser una forma de meditación de concentración. La persona que la practica centra su atención continuamente en frases como “Que yo y todos los seres estemos bien, felices, con salud y que vivamos con tranquilidad”. Esta técnica permite a la persona suavizarse y permitir que la experiencia que surge sea tal cual. Consiste en cultivar la *intención* de amar y ser buena persona, más que superponer sentimientos cálidos a la experiencia del momento. El tono emocional de la conciencia afectuosa suele ir detrás de nuestras intenciones bondadosas. El amor incondicional (sentirse seguro, en paz, sano y libre de sufrimiento) mantiene la *función* de la práctica del *mindfulness* clara en la mente de la persona que lo practica. Se trata de una cualidad de la mente que idealmente impregna al resto de prácticas de meditación. Así pues, mientras practicamos la meditación de concentración trabajamos para recibir las distracciones mentales con el corazón abierto en lugar de con severidad; y cuando practicamos *mindfulness*

o meditación de introspección, damos la bienvenida a todo tipo de contenido mental, como haríamos con las visitas.

Cuando nuestra *sati* (mindfulness) es fuerte, podemos elegir pasar de manera fluida de la práctica *metta* (amor incondicional) a *samatha* (concentración) y *vipassana* (mindfulness o introspección), en función de las necesidades, incluso en una sola sesión de meditación. Por ejemplo, ante una situación de traumas psicológicos, podemos sentir cuando estamos abrumados y optar por redireccionar la atención hacia la respiración o hacia visiones y sonidos externos (*samatha*). También podemos añadir una dosis de amor incondicional (*metta*) a nuestra experiencia para restablecer la calma. Cuando nos sentimos más estables, podemos volver a abrir el campo de la conciencia para observar cómo se experimentan en la mente y en el cuerpo los recuerdos del trauma (*vipas-sana*). Dicho de otro modo, los tres elementos –concentración, mindfulness y amor incondicional– pueden enfatizarse de manera selectiva en la meditación y en la vida cotidiana para reducir el sufrimiento y aumentar la felicidad.

Utilización común

Para confundir un poco más las cosas, el público general de la cultura occidental utiliza el término “mindfulness” vagamente para referirse a todas las variedades de práctica budista secular, formal e informal. Bajo esa etiqueta, no sólo encontramos las distintas prácticas de meditación que se acaban de presentar –amor incondicional, concentración y mindfulness o introspección– sino que también hallamos técnicas de visualización e innumerables estrategias de meditación informales que nos acompañan en nuestras vidas diarias. Las meditaciones con visualización incluyen prácticas que cultivan la ecuanimidad, como imaginarse a uno mismo como una sólida montaña a la que ni el viento ni las condiciones meteorológicas afectan, o como un estanque profundo imperturbado por las olas.

Con la incorporación del mindfulness a diversos ámbitos como el cuidado de la salud, la educación y los negocios, el término probablemente seguirá acumulando más y más significados. En psicología clínica, el término “mindfulness” ya se intercambia con el de “aceptación” para describir la tercera ola de tratamientos conductuales. En el ámbito de la

educación, Ellen Langer (1989) describe el “mindfulness” como un proceso cognitivo que implica apertura, curiosidad y conciencia de más de una perspectiva. En el mundo empresarial, Richard Boyatzis y Annie McKee (20065) animan a la práctica del mindfulness para observar la realidad emocional en la empresa y evitar enfoques estrechos y la multitarea constante.

A pesar de la proliferación reciente del interés por el mindfulness y su sinfín de significados, los distintos usos del término siguen teniendo mucho en común. Sólo el tiempo dirá lo que ocurre con el “mindfulness” a medida que la teoría y las prácticas que se originaron en la psicología budista avancen hacia nuevos dominios hasta ahora inimaginables.

Raíces radicales

El cultivo del mindfulness de manera rigurosa proviene de una tradición con raíces ancestrales y nobles objetivos. Es importante entender dichos orígenes para que los profesionales modernos no se pierdan, sin querer, el profundo potencial que tienen para la transformación psicológica.

Si nos remontamos a hace 4.000 años, encontramos imágenes de yoguis en la India antigua meditando sentados con las piernas cruzadas, mirando hacia el interior con los ojos entornados. Entrenar la mente se entendía como el medio principal para lograr la salud física y mental, la ecuanimidad emocional y el perfeccionamiento de la condición humana.

El mindfulness, como comenzamos a conocerlo en occidente, se describía claramente en la antigüedad en las enseñanzas del Buda histórico. Según la tradición, nació príncipe hace unos 2.500 años y a los 29 renunció a una vida de comodidades y privilegios para dedicarse a unas rigurosas disciplinas físicas y mentales durante 7 años. A los 36 experimentó un importante logro de comprensión que reordenó su mente de manera muy profunda. Vagó de un lugar a otro durante los siguientes 45 años, mostrando comportamientos desprovistos de las tendencias humanas habituales hacia el apego, la aversión o las falsas ilusiones. Las enseñanzas psicológicas que dejó –incluido cómo cultivar el mindfulness– siguen siendo accesibles para nosotros.

Para Buda, mente y cuerpo son producto de causas materiales, carentes de la esencia divina que asumían las religiones indoeuropeas de su tiempo. Sin embargo, a ojos de Buda, el cuerpo y la mente pueden ser el vehículo para una profunda experiencia de trascendencia. Pero en lugar de atravesar hacia algo divino, esta experiencia resulta de una transformación radical de la mente. La misma conciencia, aunque condicionada, puede purificarse y llegar a entenderse completamente a sí misma y a sus condicionamientos. El resultado no es solamente un sentimiento profundo de bienestar personal, sino también la posibilidad de una forma más evolucionada de ser humano.

El principal interés de esta tradición es la calidad de la conciencia en el momento actual. ¿Cómo se manifiestan exactamente la mente y el cuerpo aquí y ahora? La conciencia surge de una red completa de factores interdependientes, como todos los detalles de nuestra composición genética y nuestra historia personal. Cada momento de conciencia tiene, a su vez, una repercusión en nuestras creencias, sentimientos y comportamientos posteriores. Conocer las causas y los efectos de un momento de conciencia nos permite participar de manera intencionada en el proceso de vivir, tomar un camino que se aleje del sufrimiento y que nos lleve a estados más sanos.

Lo que Buda vio con gran lucidez la noche de su despertar fue el funcionamiento de su propia mente. Su introspección tiene implicaciones profundas para la psicoterapia moderna, ya que revela cómo nuestras mentes construyen nuestra experiencia en cada momento y cómo esas construcciones pueden llevar al sufrimiento. La siguiente descripción no es para los débiles – es una psicología totalmente nueva para muchos lectores, y un tanto complicada, por lo que le animamos a tomarla en consideración lentamente.

Cómo construimos nuestra experiencia

Buda vio que toda experiencia implica un proceso en el que el flujo de datos en crudo hacia la mente a través de los órganos sensoriales o “puertas de los sentidos” se compila y se sintetiza en un mundo virtual de significado. En total hay seis puertas de los sentidos: los ojos, los oídos, la nariz, la lengua, el cuerpo y la mente es la sexta. También hay cinco categorías principales, o sistemas, en los que se procesa la información que fluye por esas puertas.

La primera categoría es la *forma material*, que reconoce que la mente y el cuerpo tienen una base biológica y material. La siguiente es la *conciencia*, o el acto de ser consciente de un objeto por uno de los seis órganos de sentido (de nuevo, con la mente como sexto órgano). En este momento, los ojos ven, los oídos oyen, la lengua degusta, etc. El tercer y cuarto sistema, que da forma a cómo se manifiesta la conciencia, son la *percepción* y el *sentimiento*. La primera identifica *qué* se experimenta mediante una serie de asociaciones, interpretando los datos que llegan a la luz de los patrones de reconocimiento aprendidos históricamente. Por ejemplo, se puede reconocer que dos puntos y una línea curva son una cara ☺ o identificar el objeto que tiene en las manos como un libro. El “sentimiento” proporciona el tono afectivo para cada momento del conocimiento: *agradable*, *desagradable* o *neutro*. Es una valoración hedónica del valor de cada objeto para el organismo. En cada momento, lo que percibimos nos gusta, nos disgusta o no nos interesa.

El quinto y último componente de la construcción de la experiencia se denomina *formaciones* y refleja la postura intencional que tomamos hacia todos los objetos que percibimos y hacia los que tenemos sentimientos. La voluntad o la intención es la función ejecutora de la mente que inicia las elecciones conscientes o inconscientes. Si bien los primeros cuatro sistemas dan un sentido de *qué* está ocurriendo en un momento determinado, el quinto decide *qué* vamos a *hacer* al respecto.

¿Cómo se interrelacionan esos procesos? Imagine que tiene hambre y abre la puerta del refrigerador. Sus ojos *ven* patrones de luz, oscuridad y color en el campo visual, que el cerebro organiza rápidamente y que se *percibe* como un bocadillo recién hecho. Inmediatamente surge un *sentimiento* positivo hacia el bocadillo, y se forma una *intención* de cogerlo y comerlo. Esto va seguido del *comportamiento* de darle un mordisco. La conciencia crea y responde a nuestra realidad tan rápido que normalmente el proceso es inconsciente.

Las intenciones y los comportamientos posteriores tienden a transformarse en habituales hábitos y se convierten en *disposiciones*. Las disposiciones son el residuo de decisiones previas, guardadas en la memoria como hábitos, comportamientos aprendidos, rasgos de personalidad, etc.; y que aportan precedentes históricos sobre cómo responder a cada nuevo momento que surja. Se desarrollan lazos de retroalimentación en los que la respuesta de uno

ante una situación dada en el presente es influenciada por la experiencia previa y continua moldeando las disposiciones que influirán en las respuestas futuras. Si disfrutamos de éste y de otros bocadillos en el pasado, podremos desarrollar el hábito de cogerlos y comerlos reflexivamente incluso cuando no tengamos hambre.

En conjunto, las seis puertas de los sentidos y los cinco sistemas interactúan simultáneamente para formar un proceso emergente interdependiente y dinámico de mente y cuerpo, construyendo un significado a partir del aluvión cambiante de información del entorno. A cada momento, que puede medirse en microsegundos, todo surge a la vez, se organiza en torno a una pequeña porción de datos particular y, a continuación, desaparece.

Una característica exclusiva de la psicología budista es que la conciencia se ve como un *proceso* que se desarrolla, o un *evento* que tiene lugar, en vez de como una entidad con existencia propia. No hay nada permanente (no hay ningún “yo” que persista) porque cada “cosa” es una serie de hechos interrelacionados. El sentido cotidiano de que nosotros (y otros seres) tenemos una existencia independiente procede de que cada momento cognitivo va seguido por otro momento cognitivo, dando lugar al sentido subjetivo de un flujo de conciencia. Simplemente hemos aprendido a conectar las instantáneas en una narración coherente. Es como la ilusión de acción continua que nuestras mentes crean a partir de los distintos fotogramas de una película. Entre los grandes aportes de la tradición budista, se menciona que no sólo se trata de que todo ocurre bajo el umbral de la conciencia ordinaria, sino que también el proceso puede desplegarse de maneras sanas o no sanas, dependiendo de las habilidades de la persona que lo maneja.

Este análisis de la experiencia humana tiene implicaciones clínicas importantes y radicales. De hecho, sugiere que nuestra realidad, incluido el sentido de “sí mismo” en torno al cual se centra gran parte de la psicología de las personas, se basa en un error fundamental. Es como pensar que un potente automóvil, como un Ferrari, es un ser viviente hasta que lo vemos desmontado en el taller. Tras ver las piezas y cómo van montadas, nunca volveremos a mirar a un Ferrari de la misma manera. Del mismo modo, ver cómo se construye el “sí mismo” puede ayudarnos, y a nuestros pacientes, a soltar nuestra identificación con el calidoscopio cambiante de pensamientos y sentimientos que surgen en la mente, permitiéndonos disfrutar de

una vida más flexible, adaptativa, feliz y productiva.

Un médico de la mente

En ocasiones Buda se refería a sí mismo como un médico, y a sus enseñanzas como una especie de medicina. La enfermedad que trataba era el hecho que la conciencia se ve continuamente influida por patrones de condicionamiento cuyo resultado inevitable es la infelicidad, la frustración y la decepción. Se trata, sin duda, de una observación familiar para la psicoterapia moderna. En lugar de cambiar la química cerebral con fármacos o explorando traumas pasados que dificulten el desarrollo normal, el enfoque de Buda era ayudar al paciente a alcanzar un *insight* o introspección directa de la naturaleza de la experiencia, algo que adopta varias formas.

Una vía es ser consciente de la medida en que los patrones de condicionamiento que adquirimos, a través de comportamientos aprendidos, respuestas condicionadas u osmosis cultural, se basan en ciertas *ilusiones* o incluso en *falsas ilusiones*. En primer lugar está nuestra costumbre destacadamente robusta de tomar lo no permanente y sujeto a cambio por estable o fiable; creyendo que la satisfacción o la gratificación de los deseos se mantiene durante más tiempo cuando, debido al punto anterior, no lo hace; y proyectar una y otra vez en el campo de la experiencia la noción de una persona o un agente que es dueño, o que controla, o que compone lo que está ocurriendo. En otras palabras, continuamente nos engañamos al creer que podemos aferrarnos a lo que queremos y deshacernos de lo que no queremos, a pesar de las pruebas considerables de lo contrario. Y además, nos engañamos al pensar que un “yo” estable e independiente es el que dirige el espectáculo. En la medida en que estas percepciones equivocadas puedan descubrirse y corregirse gradualmente, podrá haber curación.

Por ejemplo, está la historia de un monje que se quejaba a su maestro Zen de que era una persona enfadada. El maestro le dijo, “muéstramelo” y como el estudiante no estaba enfadado en ese momento, no pudo mostrarlo, a lo que el maestro añadió “No eres una persona enfada puesto que no estás enfadado siempre”. Esta introspección en la fluidez de la experiencia y la insustancialidad de la identidad puede resultar muy útil para pacientes que están convencidos

de no valer nada, o de no poder ser amados, o de no ser inteligentes, etc.

Otra óptica es la de reconocer que la conducta *se rige por el deseo*, consciente e inconsciente, y utilizar ese conocimiento para disminuir e incluso llegar a eliminar el rol del deseo en el funcionamiento de la mente y el cuerpo momento a momento. El impulso de gustar de determinadas cosas y de no gustar de otras nos lleva a acercar algunos objetos de la experiencia y a alejar otros desde un sentido de sí mismo que se separa de lo que está ocurriendo realmente. Irónicamente, según los budistas, todas las estrategias que utilizamos para superar las carencias percibidas del mundo tal y como lo encontramos –aceptar lo que nos ofrece placer y rechazar lo que nos aporta dolor– tiene como resultado el causar y perpetuar un sufrimiento mayor. La solución es practicar el soltar el deseo en si mismo, que puede sustituirse por una actitud de ecuanimidad o aceptación. En la práctica clínica observamos un sinfín de ejemplos de “lo que resistimos persiste” y de cómo los pacientes sufren terriblemente al desear que las cosas fueran distintas a como son, es decir, no afrontar “la realidad”.

Las tendencias subyacentes de la ilusión y del deseo están profundamente incrustadas en la naturaleza humana, pero pueden disminuirse e incluso eliminarse. De hecho, la palabra “Buda” significa “despierto”, y el Buda histórico fue un hombre que llevó a cabo un programa de transformación cuyo resultado fue su “despertar” de las concepciones erróneas de las ilusiones y las adicciones al deseo.

Procesamiento de abajo a arriba versus de arriba a abajo

Los científicos cognitivos modernos distinguen entre el procesamiento de la información de abajo a arriba y de arriba a abajo (Eysenck y Keane, 2000). En el corazón de la meditación mindfulness encontramos un énfasis por las funciones de la mente de abajo a arriba, en lugar de las de arriba a abajo. Eso significa que el mindfulness busca centrar la atención directamente en el flujo de datos sensoriales que se introducen en la experiencia a través de cada una de las puertas sensoriales –las formas visuales, los sonidos, los olores, los sabores y las sensaciones corporales–, así como a los pensamientos y a las imágenes que surgen en la mente. Al hacerlo aleja la atención de los muchos esquemas, relatos, creencias y demás mapas

conceptuales “de nivel superior” que utilizamos normalmente para guiarnos a través de las experiencias de nuestros días. Es una potenciación de la terapia cognitivo-conductual – centrada en experiencias sensoriales sutiles y que por lo tanto logra ver todos los pensamientos y sus emociones asociadas como eventos arbitrarios y condicionados. Si bien la conciencia ordinaria tiende a pasar por alto los detalles de la experiencia sensorial (por lo general sólo intentamos extraer lo interesante para lograr nuestros objetivos), la práctica del mindfulness, en cambio, se centra en los datos sensoriales mismos, e invita a la persona que lo practica a abandonar sistemáticamente los juicios conceptuales y las historias narrativas. El efecto de un método como éste es que priva a la mente de mucha de la energía que alimenta sus historias y sus ilusiones, y transfiere nuestra conciencia a áreas que revelarán directamente la naturaleza transitoria, construida y carente de yo de la experiencia.

El mindfulness en contexto

Como decíamos antes, el mindfulness forma parte de un proyecto diseñado para desarraigar hábitos dañinos de la mente. En el contexto budista tradicional, el mindfulness se integra en un sendero óctuple para aliviar el sufrimiento, y es guiado y dirigido por otros siete factores. Son los siguientes: (1) la *visión* que uno tiene de lo que es real, importante, valioso y útil; (2) cómo se utiliza la *intención* para iniciar y mantener la acción con medios hábiles; (3) la naturaleza del *recto hablar* que puede ser perjudicial o beneficiosa; (4) la cualidad de la *acción* en relación con los principios éticos; (5) la manera que uno tiene de mantenerse en el mundo como *sustento*; (6) el grado y la cualidad del *esfuerzo* empleado para dar lugar al cambio; y la (7) *concentración* como factor central y de apoyo al mindfulness. Cuando el mindfulness se saca de su contexto más amplio, su poder puede llegar a ser limitado. Por ejemplo, es difícil mantener una atención consciente si estamos produciendo daño a los demás o a nosotros mismos, o si no tenemos la concentración ni las intenciones benéficas para centrar nuestros esfuerzos. Dicho de otro modo, es difícil disfrutar de una buena sesión de meditación tras un día lleno de engaños, robos y asesinatos.

La tradición budista se centra en problemas universales de la vida humana, como el del sufrimiento en general. Así pues, muchos aspectos de la psicología budista pueden aplicarse

hoy en día como se hacía en la antigua India. Como demuestra este libro, la psicoterapia está aprovechando el poder del mindfulness y la aceptación para aliviar trastornos psicológicos intratables. Sin embargo, el resultado propuesto de la práctica budista dedicada es totalmente distinto: *el cese completo del sufrimiento*. En términos modernos significa imaginar una vida sin rastro de los síntomas psicológicos que encontramos en nuestros manuales de diagnosis. Así, esta persona “despierta” vive de manera natural, con una amplia gama de capacidades físicas, emocionales e intelectuales, pero sin necesidad de que los acontecimientos sean distintos a lo que son para sentirse realizada. Con la práctica del mindfulness podemos a aprender a llevar una vida en paz, equilibrada y llena de amor, al mismo tiempo que trabajamos en beneficio de los demás. No hay necesidad de esperar otro momento, otro lugar ni otra condición para que ello se produzca –podemos empezar allí donde estemos, tanto los terapeutas como los pacientes.

Referencias

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2007). “Meditation practices for health: State of the research”. *U.S. Department of Health and Human Services, Evidence Report/Technology Assessment*, Number 155.
- BACH, P.; HAYES, S.(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.
- BEGLEY, S. (2008). *Entrena tu mente, cambia tu cerebro*. Barcelona: Granica.
- BENSON, H.; KLIPPER, M. (2000). *The relaxation response*. Nueva York: AvonBooks.
- BHIKKHU, T. (2007). *Mindfulness defined*. Recuperado el 30 de noviembre de 2007 de www.dhammadtalks.org
- BISHOP, S.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.; CARMODY, J.; et al. (2004). “Mindfulness: A proposed operational definition”. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- BOYATZIS, R.; MCKEE, A. (2006). *Liderazgo emocional*. Barcelona: Deusto.

DAVIDS, T.; STEDE, W. (Eds.) (1921/2001). *Pali-english dictionary*. New Delhi, India: Munshiram Manoharlal Publishers Pvt, Ltd.

DAVIDSON, R.J.; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENKRANZ, M.; MULLER, D.; SANTORELLI, S.; et al. (2003). “Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation”. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

DUNNE, J.D. (2007, Marzo). *Mindfulness & Buddhist contemplative theory*. Póster presentado en la Conferencia Anual de 2007 Integrating Mindfulness-Based Approaches & Interventions into Medicine, Health Care, and Society, Worcester, MA.

EYSENCK, M.W.; KEANE, M.T. (2000). *Cognitive psychology: A student's handbook*. New York: Psychology Press.

GERMER, C.; SIEGEL, R.; FULTON, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Neva York: Guilford Press.

GREPMAIR, L.; MITTERLEHNER, F.; LOEW, T.; NICKEL, M. (2006) “Promotion of mindfulness in psychotherapists in training and treatment results of their patients”. *Journal of Psychosomatic Research* 60(6), 649-650.

GREPMAIR, L.; MITTERLEHNER, F.; LOEW, T.; NICKEL, M. (2007) “Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: preliminary study”. *European Psychiatry*, 22, 485-489.

GUNARATANA, B. (2002). *Mindfulness in plain english*. Somerville, MA: Wisdom Publications.

HAYES, S.; FOLLETTE, V.; LINEHAN, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press.

HEBB, D. (1949). *The organization of behavior: A neuropsychological theory*. Nueva York: Bantam Books.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

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. (10 de junio de 2006). “Some clinical applications of mindfulness in medical and

mental health practice". En *Meditation in Psychotherapy*. Conferencia organizada por la Harvard Medical School, Boston, MA.

LANGER, E. (1989). *Mindfulness*. Cambridge, MA: Da Capo Press.

LAZAR, S.; KERR, C.; WASSERMAN, R.; GRAY, J.; GREVE, D.; TREADWAY, M.; et al. (2005). "Meditation experience is associated with increased cortical thickness". *NeuroReport*, 16(17), 1893-1897.

LINEHAN, M.; (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.

LUTZ, A.; GRELSCHEAR, L.; RAWLINGS, N.; RICHARD, M.; DAVIDSON, R. (2004). "Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(46), 16369-16373.

RAPGAY, L.; BYSTRISKY, A. (en prensa). "Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application". En "Longevity and Optimal Health: Integrating Eastern and Western perspectives". *Annals of the New York Academy of Sciences*.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SIEGEL, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós Ibérica.

SIMON, R. (2007). "The top ten". *Psychotherapy Networker*, marzo/abril, págs. 24, 25, 37.

SINGH, N.; WAHLER, R.; ADKINS, A.; MYERS, R. (2003). "Soles of the feet: a mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness". *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158-169.

SMITH, J. (2004). "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: three caveats". *Psychosomatic Medicine*, 66, 148-152.

TEASDALE, J.; MOORE, R.; HAYHURST, H.; POPE, M.; WILLIAMS, S.; SEGAL, Z. (2002). "Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.

TEASDALE, J.; SEGAL, Z.; WILLIAMS, J. (1995). "How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?". *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

TOYOMASU, K.G. (2001, January 10). Haiku for People. Recuperado el 20 de julio de 2007 de www.toyomasu.com/haiku/#basho

WALSH, R.; SHAPIRO, S. (2006). "The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue". *American Psychologist*, 61(3), 227-239.

2

Mindfulness y meditación

Andrew Olendzki

Qué debería hacer por sus seguidores un maestro con compasión y que se preocupa por su bienestar, lo que he hecho por vosotros. Aquí están las raíces de los árboles. Aquí, lugares vacíos. ¡Meditad! No seáis perezosos. No seáis de los que después se arrepienten. Esta es mi enseñanza.

Buda (Majjhima Nikāya 8)

A medida que las palabras se utilizan más, sobre todo cuando se ponen de moda, suele costar más entenderlas. Uno podría pensar que sería al revés, pero esta ofuscación del significado por lo general se ha convertido en la regla con la popularización del vocabulario budista. Si bien cada uno tiene un significado técnico preciso en su contexto original, términos como zen, yoga, karma y nirvana pueden significar casi todo lo que el escritor moderno quiera que signifiquen. Una tendencia similar se está produciendo con *mindfulness*, y quizás incluso con la palabra más general *meditación*. Entender el sentido en el que se utilizan esas palabras en su contexto original debería acabar siendo una práctica valiosa cuando las vemos aplicadas en el actual y creativo encuentro entre psicología y pensamiento budista.

¿Qué es la meditación?

El sentido tradicional de meditación en la cultura occidental, antes del encuentro significativo con las prácticas asiáticas, implica considerar o pensar detenidamente sobre un tema. A partir de la raíz indoeuropea *med*, que significa “medir”, sugiere un discurso sobre un tema (como en el título de la famosa obra de Descartes) o un pensamiento calmo sobre un tema (como en las oraciones religiosas estructuradas). Como tal, se trata siempre de un ejercicio de

contemplación conceptual ordenada que implica la utilización sistemática y disciplinada de lenguaje, símbolo y concepto. Como veremos, eso es exactamente lo que *no* se hace en la meditación mindfulness. Si bien tal exploración estructurada de un paisaje conceptual puede ser importante para algunas formas de psicoterapia que se centran en reencuadrar la narración de nuestras experiencias anteriores, la mayoría de las formas de meditación budista funcionan en la otra dirección, hacia modos de conciencia menos conceptuales.

La palabra más común para meditación en las lenguas clásicas de budismo (sánscrito y pali) es *samādhi*. Su etimología sugiere la reunión (*sam-*) de la mente para colocarla (*√dhā*) sobre (*-ā-*) un objeto. En este sentido amplio, su significado parece asemejarse al uso inglés o español en este caso, pero con una diferencia sutil y crucial entre el entendimiento de occidente y budista de cómo funciona la mente. Como se indicaba en el capítulo anterior, la experiencia surge de la confluencia de tres cosas: la conciencia, un órgano y un objeto. Un órgano reconoce un objeto; un objeto es reconocido por un órgano; la conciencia de un objeto surge mediante un órgano –son tres formas de describir el mismo hecho. Lo que consideramos pensamiento conceptual es sólo uno de los seis modos de la mente; los otros cinco son sensoriales, con lo que la meditación puede implicar pensamiento conceptual o no. Situar la mente sobre un objeto sensorial implica meditar tanto como hacerlo sobre uno conceptual, y no pueden hacerse las dos cosas al mismo tiempo. Lo importante aquí es que aunque en el uso occidental la meditación por lo general asume el ejercicio de “pensar en” algo, en el budismo puede significar lo mismo, pero normalmente se refiere a colocar la mente sobre sensaciones físicas, imágenes o sonidos puros, o sobre objetos tangibles de olor y sabor. Esto le otorga un significado más amplio, y esta diferencia será importante.

La característica principal de la meditación, y el término que más suele utilizarse para definirla, es *ekaggatā-*, que significa literalmente un (*ek-*) punto (*-agga-*). La meditación consiste en centrar la mente en un punto, unificarla y situarla en un objeto en particular. En cierto modo es lo que ocurre naturalmente en cada momento mental y si no, habría una enorme falta de cohesión con la experiencia mental. Según los modelos de la mente budistas, la conciencia toma un único objeto cada vez y organiza varias funciones mentales secundarias a su alrededor. Puede construirse como un único episodio de conciencia, que es básicamente, un evento que ocurre en lugar de algo que existe. El conocimiento de un objeto en particular a

través de un órgano determinado surge como respuesta a un estímulo, persiste solamente durante un momento breve y después desaparece casi inmediatamente. A continuación surge otro momento mental en respuesta a otro estímulo, y también cesa de inmediato. La experiencia subjetiva se nos presenta como un flujo de momentos conscientes; el sentido de continuidad, y de estabilidad de objeto y sujeto, se proyecta en el flujo igual que una narrativa se construye con los fotogramas presentados rápidamente de una película. Lo puntual es un factor de cada fotograma, ya que cada momento tiene un foco único, pero en la meditación de concentración se trata de ampliar esta singularidad de foco a múltiples momentos mentales que van surgiendo. Siguiendo con la imagen del cine, la meditación de concentración es como mantener la videocámara fija durante mucho tiempo –se toman múltiples imágenes de la misma escena.

Esto es algo que no le ocurre fácilmente a la mente humana y que debe practicarse con diligencia para aprenderlo. Hemos evolucionado para estar alerta de todos los cambios significativos que se producen en nuestro entorno, y la atención se desvía naturalmente hacia los datos sensoriales fuera de lo común o que se presentan de repente o por sorpresa. Igual que un pájaro o una ardilla, que no dejan de mirar hacia todos lados comprobando si hay peligro, nuestra mente está habituada a saltar rápidamente de un objeto de percepción a otro, o de un pensamiento a otro. Como todo el que haya practicado meditación puede atestiguar, o como puede descubrir en pocos minutos, mantener la mente fija en un único objeto, como la respiración o una palabra repetida, es algo extremadamente difícil. Pero igual que otras muchas cosas, es una habilidad que puede aprenderse con una práctica paciente y diligente. Gran parte de la meditación budista es un proceso de situar la mente en un objeto en particular, a menudo denominado objeto primario, para después observar (antes o temprano) que se ha desplazado de ese objeto. Cuando uno se da cuenta, suave y compasivamente abandona el tren de pensamiento en el que viajaba la mente y devuelve la atención al objeto primario. El mismo proceso se repite una y otra vez: la mente se sitúa en un objeto determinado; deambula por caminos de asociación, ensueño, recolección, juicio, planificación, verbalización, conceptualización, cálculo, comentario, fantasía y soñar despierto, para terminar siendo recuperada, con paciencia y suavidad, de su aventura y devuelta al objeto primario.

Obstáculos en la meditación

Al igual que con el resto de las habilidades que se aprenden, las personas tienen aptitudes distintas para meditar; avanzan en un aparente sinfín de descubrimientos, mesetas y reveses; y pueden experimentar episodios repetidos de triunfo y de fracaso en una rápida sucesión. Cualquier sesión de meditación puede verse influenciada por todo tipo de factores: si el cuerpo está cómodo, cuánto se ha dormido recientemente, el estado de salud en general, la temperatura de la sala, si se tiene un problema en la mente o si se están atravesando problemas emocionales. Una característica interesante de la comprensión budista tradicional de la meditación es que siempre está influenciada por la conducta ética general de la persona. La capacidad de la mente para concentrarse se ve directamente dificultada por actos como dañar deliberadamente a criaturas vivas, coger lo que no se nos ha dado, hablar faltando a la verdad o con dureza, tener un mal comportamiento sexual, o tomar sustancias tóxicas de varios tipos. Así pues, los preceptos éticos del budismo son una cuestión de gran importancia práctica, más que el mero mandato moral. Pero si alguien está relativamente libre del remordimiento y de la confusión emocional que pueden surgir de un comportamiento malsano, es razonable esperar un progreso significativo en el trabajo de unificar y concentrar la mente para que pueda permanecer fija en un solo objeto a lo largo de múltiples momentos mentales.

La psicología budista identifica cinco dificultades básicas para la meditación, conocidos como los cinco obstáculos. El primero es el *deseo o anhelo*, o el impulso de los sentidos para buscar sus objetos. Es como si la vista quisiera ver formas; el oído, oír sonidos, y así para los otros sentidos, incluido la mente queriendo tener pensamientos que le agradan de una manera u otra. Estamos tan acostumbrados a que nuestros sentidos conecten con su objeto correspondiente que está presente la energía de una costumbre considerable en un momento dado predisponiendo la mente a “inclinarse” o a sentirse atraída por sus formas habituales de estímulo. Esta atracción de los sentidos, incluida la mente como sexto sentido, es sutil pero puede distinguirse visceralmente cuando la mente se vuelve más sensible. El segundo obstáculo es la aversión; una propensión correspondiente a evitar o apartarse de aquellos objetos de la experiencia que no nos gustan o que de alguna manera son dolorosos. Estos obstáculos actúan como dos polos opuestos, atrayendo y alejando a la mente y a los sentidos

de un objeto a otro de una manera que le resulta difícil asentarse. El tercer y el cuarto obstáculos también funcionan juntos como un par de opuestos: *agitación* y *pereza*. La agitación es una cuestión de exceso de energía que lleva a la mente sin descanso de un objeto a otro, mientras que la pereza es la falta de energía, en donde la mente queda empantanada en estados de holgazanería, somnolencia y tedio. El antídoto para la agitación es relajar y tranquilizar la mente, mientras que el remedio para la pereza es aumentar el interés y el entusiasmo. Paradójicamente, el objetivo es alcanzar un estado que sea de tranquilidad y alerta al mismo tiempo. La mente debería estar tranquila sin ser lenta y alerta sin estar agitada. El último obstáculo es la *duda*, que se suele manifestar como pensamientos recurrentes de falta de confianza, duda sobre progresar, o duda sobre la tarea de aprender una cosa tan desalentadora como la meditación. En la medida en la que uno de esos cinco estados o factores surja en la mente, será difícil o imposible centrarla y mantenerla fija en un objeto determinado. Pero con la práctica paciente se pueden dejar de lado temporalmente o abandonar. Se pueden comparar con las olas que genera el viento en la superficie del mar; y cuando se apaciguan, la mente, como el agua, se torna limpia y transparente.

Meditación más profunda

Aunque al principio la atención tiene una tendencia casi irresistible a dispersarse hacia sonidos, sensaciones físicas o pensamientos perdidos –hacia donde esté la acción–, al final cada vez se distrae menos debido a estímulos aleatorios. En un momento dado la dinámica cambia y se vuelve más irresistible permanecer con el objeto primario que buscar estimulación superficial de alguna nueva entrada de información. No es que el objeto tenga un interés especial, sino que la cualidad de la mente con la que se reconoce el objeto llega a ser más fascinante a medida que consigue mayor poder, profundidad y lucidez. Bajo el escrutinio de una mente concentrada, todo se vuelve fascinante. Si a este proceso de fijar la mente en un único objeto se le permite madurar, al final alcanzará una estadio denominado *absorción*, o *jhāna* en pali (la misma palabra es *dhyāna* en sánscrito, *ch'an* en chino y *zen* en japonés). En este estado, la mente está tan pendiente de un objeto particular que deja de ser consciente de otros objetos que podrían presentarse en alguna de las puertas de los otros sentidos. Las ondas

sonoras del canto de un pájaro podrían alcanzar el oído e incluso ser procesadas por sistemas sensoriales subliminales, pero no entrarían en la conciencia ya que “la línea se encontraría ocupada” en la medida en que se encuentra absorbida por el objeto de atención primario. Es un estado muy similar al del trance para el observador exterior y es objeto de muchas caricaturas de la meditación en la creencia popular. Pero aunque desde fuera pueda parecer que la mente no funcione, ha alcanzado una capacidad notable cuando se observa desde el punto de vista subjetivo de quien lo practica.

La literatura sobre meditación clásica en la tradición budista describe un proceso sistemático (y repetible) de 4 etapas por el que la mente se va purificando gradualmente de sus distracciones hasta lograr estar cada vez más centrada y potente. De hecho, no ocurre nada significativo hasta que la mente abandona por lo menos temporalmente los cinco obstáculos mencionados antes, y cualquier progreso es inmediatamente cancelado si algún tipo de impulso dañino o poco ético surge en el flujo de la conciencia. De nuevo, no es tanto una prohibición sino una descripción de las cualidades naturales de la mente, que sólo puede lograr un estado avanzado de concentración si sus pensamientos e intenciones permanecen éticamente saludables. La primera fase de absorción meditativa va acompañada de un placer físico y de una dicha mental intensa; más bien un estado de bienestar profundo que impregna el cuerpo más que de una excitación sensorial. Esta etapa también involucra a las funciones conceptuales y discursivas normales de la mente. Uno puede sentirse muy enfocado mientras mantiene la capacidad de verbalizar y dirigir el pensamiento a voluntad. En la segunda etapa esas funciones discursivas cesan, mientras persiste la alegría que surge naturalmente con la concentración. No es que la mente haya dejado de funcionar, sino que algunas de sus funciones, las que dirigen y mantienen el pensamiento conceptual deliberado, descansan. En la óptica budista, los niveles más profundos de la mente, caracterizados por una gran claridad interna, sólo se alcanzan cuando cesa el parloteo de verbalización y manipulación de símbolos. En la tercera fase de absorción se ve cómo disminuye la intensa alegría que embarga a las dos primeras fases hacia un sentido más sutil de felicidad y bienestar. Con la cuarta y última fase, todo el placer es reemplazado por la ecuanimidad, una profunda imparcialidad de la mente que observa los fenómenos con completa objetividad. La atracción habitual hacia lo placentero y el hecho de eludir lo desgradable, ambas actitudes de la mente

que nos impiden ver con claridad, se superan con ecuanimidad. En este punto se considera que la mente concentrada está purificada, luminosa y estable. Además, igual que el oro purificado en un crisol, se hace maleable y puede convertirse con gran eficacia en varios modos no comunes de funcionamiento.

La civilización que vio nacer al Buda había sido adepta a las artes contemplativas durante siglos. El mundo en el que vivía estaba lleno de una maravillosa diversidad de maestros y enseñanzas espirituales, y aprendió muchas prácticas de meditación de los demás. Los *yoghis* de entonces, practicantes disciplinados de las artes de la meditación, estaban muy influenciados por las antiguas prácticas chamánicas y utilizaban el entrenamiento mental profundo al servicio de búsquedas religiosas universales como el logro de poderes mágicos, viajar a otras dimensiones de la realidad e interactuar con seres no humanos. Muchos lo hacían en contextos hindúes tradicionales, utilizando las prácticas de meditación en la búsqueda mítica del desarrollo y la unión con dios en varias maneras. Sin embargo, el Buda parecía tener campos de interés muy diferentes, que desanimaban el desarrollo de habilidades mágicas al tiempo que repudiaban las asunciones teísticas de su época. Adoptó completamente la ciencia de purificar y entrenar la mente, pero dirigida al objetivo de comprender la naturaleza de la experiencia humana. En particular, le interesaba investigar el funcionamiento de la mente y del cuerpo momento a momento, la construcción sintética de la experiencia, y las maneras específicas en las que tanto sufrimiento como bienestar están condicionados por factores interdependientes. Veía a la humanidad ante un desafío existencial, dada la ubicuidad del cambio y lo inevitable del envejecimiento, la enfermedad y la muerte. También era consciente de que los seres humanos tienen profundos instintos para la supervivencia personal que se manifiestan como una serie de respuestas emocionales aflictivas arraigadas en la avaricia, el odio y la ignorancia. Distinguió que las dificultades no vienen de los desafíos existenciales sino de respuestas internas desadaptativas que se activan por la búsqueda incesante e irreflexiva de placer y de evitar el dolor. A través del ejemplo de su propio despertar y una vida posterior dedicada a enseñar a los demás, el Buda demostró que esas causas internas de sufrimiento pueden observarse, entenderse y sanarse. Su abordaje es básicamente psicológico, sus métodos son en su mayoría empíricos, y su objetivo es en última instancia terapéutico, razón por la que sus enseñanzas cada vez tienen más interés para los

psicólogos modernos.

Meditación mindfulness

La herramienta principal para dar lugar a la transformación radical del sufrimiento reflexivo al bienestar profundo es la meditación, pero las meditaciones basadas en la concentración en un único punto descritas hasta ahora sólo tienen una utilidad limitada. La disciplina y la concentración que aportan a la mente son indispensables, pero el *insight* o introspección sobre el funcionamiento de la mente y su complejidad requiere una herramienta de meditación más ágil. Esa herramienta es el *mindfulness*. Denominada *sati* en pali, la palabra *mindfulness* procede de la raíz (smṛt) que significa recuerdo o rememoración y que se refiere al cultivo de una determinada presencia de la mente que recuerda atender con claridad continua a los objetos presentes en la experiencia. Igual que la meditación en general, implica centrar la atención deliberadamente en un objeto y mantenerla en el tiempo pero, a diferencia de la práctica de fijar la atención en un único punto y de la absorción, el *mindfulness* tiende a abrirse a una gama más amplia de fenómenos en lugar de restringir el enfoque a un único objeto. Como un reflector, en lugar de un foco puntual de luz, el *mindfulness* ilumina un campo fenomenológico más fluido de experiencias cambiantes, en lugar de aislar un objeto particular para su escrutinio intensivo. Este modo alternativo de observación resulta necesario porque la práctica del *mindfulness* tiene más que ver con investigar un *proceso* que con examinar un objeto. Toda meditación *mindfulness* requiere cierto nivel de concentración a fin de reunir y centrar los poderes de la mente, entonces la mente concentrada se dirige hacia un objetivo móvil –el flujo de conciencia– en lugar de permitir que se estabilice en un único punto. Mientras que la práctica de la concentración implica volver a dirigir la mente una y otra vez al objeto principal de meditación, la práctica del *mindfulness* permite a la mente seguir aquello que surja en la experiencia. Hay un menor control sobre a *qué* se dirige la conciencia y se da más importancia a *cómo* se manifiesta la conciencia.

En la psicología budista clásica, el *mindfulness* es considerado como un estado mental, una de las 52 funciones de la mente que pueden surgir combinadas de varias maneras y que intervienen en el reconocimiento de un objeto a través de la conciencia. Estos factores

mentales se asemejan a lo que solemos denominar intenciones, actitudes o cualidades de la mente. Entre los estados mentales encontramos ciertas funciones universales para todos los momentos mentales como la percepción, la emoción, la voluntad y la atención, algunos que pueden surgir o no en un momento mental determinado, como la toma de decisiones, la energía o la alegría, y algunos que sólo se producen en estados poco saludables de la mente como la vanidad, la envidia o la avaricia. El mindfulness se encuentra en la lista de factores que se consideran saludables, y que sirven como antídotos y alternativas para los factores no saludables. Además, el mindfulness siempre va acompañado de factores mentales complementarios como la confianza, la ecuanimidad y la bondad, además de factores que contribuyen a la tranquilidad, la maleabilidad y la habilidad de la mente. Así, este sistema propone una definición bastante precisa del mindfulness, que dice tanto de lo que se trata como de lo que no. El mindfulness no es la mera atención a la experiencia, ni el enfoque deliberado de la mente hacia un objeto en particular y su mantenimiento en el mismo; tampoco puede surgir si hay agitación ni cualquiera de los estados mentales arraigados en la avaricia, el odio o la ignorancia. El mindfulness consiste en una cualidad de atención que es segura, benévolas, generosa y ecuánime al mismo tiempo. Se trata de ser consciente, una actitud mental hacia la experiencia, y un modo de conciencia que aunque parezca una paradoja es íntimamente cercano y objetivamente distante (Olendzki, 2008).

Una palabra más clásica para meditación que debería tomarse en consideración en este contexto es *bhāvana*. Se basa en la construcción causativa del verbo “ser”, que significa literalmente “causar el ser” y que por lo general se traduce como *desarrollo o cultivo*. Una de las funciones importantes de la meditación es el desarrollo de esas cualidades mentales beneficiosas para un camino de transformación. Existen meditaciones que desarrollan la concentración; otras que desarrollan el mindfulness, y después están las que desarrollan otras cualidades específicas como la bondad, la compasión, la alegría agradecida y la ecuanimidad. La idea, tal como se recoge en un texto antiguo, es que lo que pensamos con frecuencia y sobre lo que reflexionemos se convertirá en la inclinación de nuestra mente (*Majjhima 19*, Nanamoli y Bodhi, 1995). En un modelo en el que cada momento mental surge y desaparece en progresión serial, y en el que cada momento se centra en un único objeto que se observa con una actitud saludable o no saludable, la calidad de cada uno de esos momentos mentales se

convierte en una cuestión de gran relevancia. En un momento de ira, por ejemplo, la bondad no puede manifestarse simultáneamente. En un momento de confusión, no puede haber mindfulness. Así pues, el cultivo psicológico implica abandonar los estados no saludables cuando surgen naturalmente en la mente y potenciar o desarrollar los estados saludables que aparecen. El mindfulness es el factor mental más beneficioso para los que buscan el bienestar mental, por lo que su desarrollo es algo universalmente saludable. Gran parte de la meditación budista consiste en cultivar el mindfulness, algo que sólo puede hacerse con mucha paciencia y perseverancia. Dedicar una o dos horas al día o asistir a un retiro intensivo de vez en cuando son algunas de las maneras de practicar la conciencia plena. El *contenido* de la experiencia en esta búsqueda es casi irrelevante —uno puede ser completamente consciente de respirar, caminar, comer, de casi cualquier actividad de la vida cotidiana. Lo más importante es la *cualidad de la atención* que se atribuye a esas búsquedas.

Resumen

Lo que hemos presentado hasta aquí puede verse como un continuo y que en este punto parece regresar al principio. Empezamos con el funcionamiento de la mente ordinaria, que toma todo lo que aparece en la mente o en los sentidos como un objeto de atención, pero de manera poco disciplinada y aparentemente aleatoria. Según el pensamiento budista, nada es verdaderamente aleatorio en el cuerpo y la mente humanos; sin embargo, lo que aparece es la mente atenta de forma espontánea es de hecho una mente que reacciona ante fenómenos con una gran cantidad de hábitos, reflejos automáticos y actitudes inconscientes. En la medida en que esos factores condicionados subliminales estén arraigados en la avaricia, el odio y la ignorancia, nuestro comportamiento se inclinará continuamente hacia más sufrimiento para nosotros mismos y para los demás. Para equilibrar esta tendencia, podemos emprender la tarea de controlar y disciplinar deliberadamente a la mente para regresar a un objeto primario de atención durante períodos de práctica de concentración sostenidas. En cierto modo esto implica equilibrar la inclinación natural de la mente para que se dirija hacia otra cosa y, como cualquier otra disciplina, al principio puede parecer una tarea abrumadora. No obstante, a medida que la mente se concentra desarrolla un poder considerable y uno puede elegir entre dirigirla para

explorar alcances más profundos de los estados de conciencia alterados o bien para investigar con mayor atención el flujo de experiencias ordinarias. Cuando en la meditación mindfulness la conciencia deambula libremente sobre los fenómenos de la experiencia, lo hace con una claridad y una continuidad cualitativamente mayor de la que se encuentra accesible en estados mentales ordinarios.

Las ventajas de esta capacidad elevada de conciencia son múltiples, tanto dentro como fuera del contexto budista. Tradicionalmente, el mindfulness se ha considerado una herramienta para desarrollar sabiduría que consiste en la comprensión directa y experiencial de la impermanencia, el no-yo, la insatisfactoriedad y la interdependencia de todos los fenómenos. Quizás esto no parezca mucho a simple vista, pero las implicaciones de este *insight* o introspección tienen un gran alcance y llevan nada más y nada menos que a la purificación completa de la naturaleza humana de sus toxinas inherentes y a la completa emancipación de la conciencia del condicionamiento hedonista. Se está descubriendo la utilidad del mindfulness para los psicoterapeutas y los investigadores modernos y se están explorando maneras creativas cada día, como se demostrará ampliamente en el resto de este libro.

Referencias

- NANAMOLI, B.; BODHI, B. (1995). *The middle length discourses of the Buddha*. Boston: Wisdom Publications.
- OLENDZKI, Andrew (2008). *The real practice of mindfulness*. Buddhadharma, The Practitioner's Quarterly. Otoño 2008.

3

Neurobiología del mindfulness

Michael T. Treadway y Sara W. Lazar

La mente precede a las cosas, las domina, las crea.

Buda

A medida que la cultura occidental se ha vuelto más consciente de las tradiciones espirituales orientales, los científicos cada vez se interesan más por comprobar los testimonios anecdoticos por parte de meditadores expertos en cuanto a la práctica del mindfulness. Durante casi 50 años, neurocientíficos occidentales han estudiado la práctica de la meditación y del mindfulness con el fin de entender mejor su fenomenología, su neurobiología y sus efectos clínicos. En este capítulo ofrecemos un resumen de la investigación actual en neurobiología, en el campo de la práctica del mindfulness y de la meditación con hallazgos clave, cuestiones metodológicas e implicaciones clínicas. No pretendemos aportar una revisión completa de este vasto y variado campo de estudio; si desea obtener revisiones extensas de literatura neurobiológica, consulte Cahn y Polich (2006), Austin (1998, 1998) y Murphy, Donovan y Taylor (1997); sobre literatura clínica, consulte Lazar (2005) o Baer (2006). El objetivo de este capítulo es repasar la literatura más reciente y orientar al lector hacia este área de investigación que se está desarrollando y a sus implicaciones para las intervenciones basadas en mindfulness.

A pesar de que todas las formas de meditación aumentan la capacidad de la persona de estar más consciente, las tradiciones budistas ponen un énfasis particular en cultivar el mindfulness. Por lo tanto, son esas tradiciones las que han servido como fuente principal para las técnicas de mindfulness que ahora están incorporadas en prácticas psicoterapéuticas occidentales como la DBT (Terapia Dialéctico-Comportamental), la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y la MBCT (Terapia Cognitiva basada en Mindfulness). Dado que este capítulo se centra en el mindfulness, el término “meditación” se utilizará para referirse a las prácticas

de meditación budista que cultivan el mindfulness, a menos que se indique lo contrario.

El estudio del mindfulness

El objetivo de la investigación neurocientífica de la meditación mindfulness es entender los sistemas neuronales que se utilizan para lograr los estados de meditación y también para determinar los efectos que la práctica regular del mindfulness tiene en la función y la estructura del cerebro. La meditación se asocia a cambios tanto de estado como de rasgo. Los cambios en el estado se refieren a aquellos cambios que tienen lugar en los individuos en el momento en que se encuentran meditando activamente. Por otro lado, los cambios de rasgo se producen gradualmente con el tiempo como consecuencia de la práctica sostenida de la meditación y que además persisten a lo largo del día. Se considera que los cambios de rasgo son fruto de transformaciones estables y de larga duración en la actividad y la estructura del cerebro. En el estudio de los cambios de rasgo *versus* estado, los científicos se pueden plantear preguntas distintas, y todas ellas pueden tener aplicaciones clínicas. Entender los cambios de estado ayudará a elucidar por qué el mindfulness puede resultar útil en una sesión de terapia en la que se abordan recuerdos dolorosos o reacciones emocionales intensas. En cambio, entender los cambios a largo plazo ayudará a identificar por qué el mindfulness es útil para el tratamiento de trastornos crónicos como la depresión y la ansiedad generalizada (véanse los Capítulos 10 y 12).

El principal desafío que supone el estudio de los cambios del estado en la meditación es la complejidad de la meditación en sí misma (véase también el Capítulo 2). Por lo general, cuando los científicos quieren investigar los sistemas neuronales subyacentes en determinada habilidad, utilizan tareas muy sencillas, repetitivas y fáciles de monitorear, como los tiempos de reacción ante estímulos. Utilizando tareas simples, es más fácil detectar las áreas específicas del cerebro implicadas en el rendimiento de la tarea en cuestión. En cambio, la meditación es muy compleja y variable de un momento a otro. En un momento determinado una persona puede estar profundamente concentrada en la respiración para de repente recordar un recado que tiene que hacer, momentos después puede ser consciente de haberse distraído y volver a concentrarse en la respiración, pero poco después quizás aparece una imagen de su

infancia, etc. Centrarse en la respiración, recordar un recado por hacer, reconocer que uno se ha distraído y ver imágenes del pasado, todo ello involucra diferentes sistemas cerebrales ¿Se debe considerar a todos esos sistemas parte del “estado meditativo”? ¿O quizás el término “estado meditativo” debería incluir solamente a las regiones del cerebro que están activas cuando nos centramos en la respiración? ¿Cómo pueden los científicos diferenciar los momentos de clara concentración de los de distracción? Nuestra tecnología experimental todavía no es capaz de determinar cuándo la mente cambia de uno de esos eventos mentales a otro.

En las siguientes secciones repasaremos hallazgos recientes sobre estudios neurobiológicos de la meditación mindfulness. Las primeras dos secciones resumen los principales hallazgos sobre los efectos de la meditación en la habilidad atencional, el procesamiento cognitivo y emocional y la estructura y el funcionamiento del cerebro. La tercera sección abarca estudios más recientes que apuntan a los posibles mecanismos de acción implicados en la meditación. Por último, la sección final trata las posibles repercusiones de esos hallazgos en las intervenciones clínicas.

Efectos cognitivos y conductuales del mindfulness

Según los testimonios de personas experimentadas en la práctica de la meditación, los niveles elevados de práctica van acompañados de un mayor nivel de conciencia y de una mejor capacidad para concentrarse profundamente tanto durante los estados de meditación como a lo largo del día. Así, los científicos consideran que las personas que practican la meditación deberían mostrar un mejor rendimiento en tareas de gran demanda cognitiva a nivel de concentración y de atención que los individuos sin experiencia ni en meditación ni en mindfulness. En esta sección resumiremos varios hallazgos clave relativos a los efectos cognitivos y conductuales de la práctica de la meditación mindfulness.

Estudios de atención

A partir de las observaciones que autoreportan las personas que practican la meditación, los cambios en los recursos atencionales han sido objeto de varios estudios recientes. En la literatura de la psicología cognitiva, la “atención” es una palabra paraguas que puede utilizarse para describir todos o algunos de los subprocesos diferenciados subyacentes en nuestra capacidad para prestar atención a estímulos distintos. Ejemplos de esos subprocesos son estar alerta (ser consciente de un estímulo, como la bocina de un auto que está sonando), la atención sostenida, y monitoreo de conflicto (permanecer centrado en un estímulo a pesar de la presencia de un estímulo que distrae/entra en conflicto). En un estudio reciente, Jha et al. (2007) comparaban esos tres subprocesos de atención en tres grupos de participantes: un grupo de practicantes experimentados de meditación antes y después de un retiro intensivo de un mes de duración, un grupo de practicantes de meditación novatos antes y después de un programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness de ocho semanas, y un grupo control que se evaluó ocho semanas después. Descubrieron que el grupo que había realizado el retiro y el grupo que realizó el programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness manifestaron una mejora en la tarea que evaluaba la atención sostenida en el transcurso de la intervención, comparados con el grupo control. Los otros dos tipos de atención no cambiaron, mostrando así la especificidad de los resultados.

Otro estudio longitudinal reciente investigó si la práctica intensa de meditación durante un retiro de tres meses aumentaría la capacidad de atención de un individuo. Cuando se presentan dos estímulos en sucesión rápida, la gente por lo general tiene problemas para identificar el segundo, un fenómeno conocido como “parpadeo de la atención”. Esta capacidad reducida de procesar dos estímulos próximos en el tiempo se considera un índice de competencia de estímulo para recursos de atención limitados (Shapiro, Arnell y Raymond, 1997). Los investigadores hallaron que las personas que practican la meditación manifestaban una respuesta de parpadeo de la atención menor tras el retiro de tres meses. Además, había un grupo por interacción de punto en el tiempo, confirmando así la hipótesis de que las personas que practican la meditación mejoraron más durante los tres meses que los controles sin meditación. En la misma línea que estos resultados conductuales, las encefalogrías registradas simultáneamente mostraron que los individuos con mejor rendimiento en la prueba de parpadeo de la atención también resultaban ejercer la menor cantidad de actividad cerebral

al aparecer el primer estímulo, lo que sugiere que esos individuos pudieron efectivamente reservar recursos de atención para el segundo estímulo (Slagter et al.; 2007).

Por último, en un estudio previo, Valentine y Sweet (1999) quisieron comparar directamente los efectos del mindfulness y de la meditación de concentración en la atención sostenida en individuos sin experiencia y experimentados en la práctica de la meditación zen. En la práctica budista tradicional, a los meditadores sin experiencia primero se les enseña a concentrarse observando la respiración. Con el tiempo, a medida que aumenta su capacidad de sostener la atención en la respiración, se les enseña gradualmente a ampliar su atención hacia otros estímulos externos e internos. Para este estudio, Valentine y Sweet clasificaron a todos los sujetos como meditadores de estilo mindfulness o de concentración, dependiendo del informe realizado por ellos mismos sobre su enfoque mental durante la meditación. Se comparó a los sujetos meditadores y a un grupo control en una tarea en la que debían contar rápidamente unas señales sonoras que se les presentaban, algo que constituye una medida de la atención sostenida. Todos los meditadores resultaron ser significativamente mejores que los controles en cuanto a la capacidad para detectar todos los estímulos, lo que sugiere que ambos grupos habían desarrollado una mayor atención como resultado de su práctica. Sin embargo, los meditadores de mindfulness resultaron ser significativamente mejores en su capacidad de detectar estímulos inesperados (tonos con frecuencias de repetición diferentes), en comparación con el grupo de concentración, siendo esto consistente con la intención específica de cada una de las prácticas. Cabe destacar, sin embargo, que los tamaños de las muestras eran bastante reducidos (entre 9 y 10 sujetos por grupo), por lo que este resultado debe interpretarse con cautela. Para terminar, cuando los dos grupos de meditación se subdividieron en función del total de años de práctica, se observaron diferencias significativas y asombrosas entre los sujetos sin experiencia y los experimentados en cuanto a su capacidad para detectar los estímulos. De hecho, los individuos con *más* de 2 años de práctica podían detectar el 5% más aproximadamente de los estímulos que los individuos con menos de 2 años de práctica, independientemente del estilo de meditación. Este último resultado sugiere fuertemente que las diferencias entre los meditadores y los controles se deben a los efectos de la práctica y no a diferencias de personalidad entre los grupos.

Habituación

Otro testimonio que brindan los meditadores experimentados es que el resultado de una mayor conciencia abierta a todos los estímulos internos y externos será una menor tendencia hacia la habituación. La habituación es la tendencia a mostrar una actividad neuronal reducida en respuesta a un estímulo dado, si éste se ha repetido múltiples veces. Así pues, una tendencia menor hacia la habituación es el reflejo de lo que la tradición budista denomina “mente de principiante”. Un estudio temprano llevado a cabo por Kasamatsu e Hirai (1973) con cuatro maestros zen muy experimentados demostraba que sus patrones encefalográficos no lograban habituarse a sonidos de chasquidos repetidos, mientras que el patrón de los controles no meditativos sí lo hacía. Becker y Shapiro no pudieron replicar ese hallazgo 15 años después (Becker y Shapiro, 1981) con tres grupos de meditadores y 2 grupos control –un grupo control había recibido instrucciones para atender al sonido y el otro, para ignorarlo. Sin embargo, los sujetos de los distintos grupos tenían edades distintas (zen, 37,8 años; yoga, 31,5 años; TM, 28,7 años; los dos grupos de control, 26,5 y 29,5 años). Además, las características de los sonidos y el método en el que se presentaban los chasquidos en ambos estudios también eran distintos, algo que puede explicar las diferencias. En el estudio de Kasamatsu, los sonidos se presentaban a través de parlantes, mientras que en el estudio de Becker los sujetos llevaban auriculares. Probablemente las sensaciones físicas asociadas con los auriculares dirigirían más atención hacia los oídos y haría que todos los sujetos estuvieran más atentos a los chasquidos. Además, en ninguno de los dos estudios se refleja la magnitud de los tonos, por lo que es posible que en el segundo los sonidos fueran más altos o más intrusivos, superando los sutiles efectos observados en el primero.

Ambos estudios avalan dos de los comentarios centrales de los meditadores experimentados en cuanto a los efectos de su práctica: la práctica de la meditación parece aumentar la capacidad de atención del individuo y disminuir la habituación. Como veremos más adelante en este mismo capítulo, esos efectos pueden contribuir a las ventajas clínicas observadas que caracterizan a las intervenciones basadas en mindfulness.

Efectos del mindfulness en la actividad neuronal

Electroencefalografías de los estados meditativos

Al principio de la historia de la neurociencia del mindfulness y la meditación, el principal interés de los investigadores era determinar la medida en la que los estados meditativos representaban una forma específica de la experiencia consciente. En el primero de esos estudios los científicos se centraron en evaluar los cambios fisiológicos y psicológicos que tenían lugar durante la meditación (Cahn y Polich, 2006). Sin embargo, no fue hasta la década de los 1960 cuando los científicos empezaron a utilizar las electroencefalografías para examinar los cambios en la actividad cerebral durante la práctica de la meditación. Una electroencefalografía mide los cambios de la actividad eléctrica en el cerebro y puede distinguir entre distintas frecuencias de señales eléctricas, asociadas con distintos tipos de actividad cerebral.

A pesar de la gran cantidad de estudios realizados, los resultados de las electroencefalografías no son consistentes y esas diferencias se deben en parte a los distintos tipos de meditación estudiados, así como a diferencias metodológicas. Así pues, un resumen claro y conciso de los hallazgos de las electroencefalografías sigue siendo difícil de lograr (Cahn y Polich, 2006). Parece ser que los sujetos que practican meditación prolongadamente tienen unos niveles iniciales más elevados de actividad de las ondas alfa y teta, asociadas con el sueño y el descanso (Aftanas y Golocheikine, 2005; Andresen, 2000; J.M. Davidson, 1976; Delmonte 1984; Jevning, Wallace y Beidebach, 1992; Schuman, 1980; West, 1979; Woolfolk, 1975). Por su parte, algunos estudios han demostrado que los aumentos de la potencia de las ondas alfa se asocian con la entrada en un estado meditativo (Banquet, 1973; Hirai, 1974; Kasamatsu y Hirai, 1966; Taneli y Krahne, 1987), mientras que otros indican disminuciones de las ondas alfa (G.D. Jacobs y Lubar, 1989; Pagano y Warrenburg, 1983), y también hay quien indica que no existen diferencias entre meditación y no meditación en los mismos sujetos (Cuthbert, Kriteller, Simons, Hodes, Lang, 1981; Delmonte, 1985). Además se han constatado ampliamente aumentos de la potencia teta durante la práctica de la meditación y, de hecho, son algo más consistentes (Cahn y Polich, 2006).

Lehmann et al. (2001) estudiaron a un lama budista muy avanzado mientras practicaba cinco ejercicios distintos. Si bien todos los ejercicios eran de concentración, el estudio mostró

claramente en un único sujeto que prácticas de meditación distintas provocan patrones de actividad cerebral diferentes. Además, las regiones activadas resultaron ser consistentes con lo que se conocía sobre las funciones de dichas regiones cerebrales (i.e.; uso de áreas de lenguaje activadas por mantras y áreas visuales activadas por imágenes), lo que ayuda a comprobar que la actividad neuronal del sujeto era consistente con su informe subjetivo.

Una posible explicación de los resultados discrepantes de las electroencefalografías es que estilos de meditación diferentes pueden producir patrones de actividad determinados. Las prácticas de meditación que enfatizan en la relajación física profunda son más proclives a producir mayores niveles de actividad teta y delta (más asociadas al sueño profundo), mientras que las prácticas que se centran más en la concentración intensa y en el mindfulness tendrán más potencia alfa y beta. Esta hipótesis no se ha comprobado completamente, ya que son pocos los estudios que se han esforzado por comparar directamente diferentes estilos de meditación, un fenómeno que puede deberse a la tendencia a favor de estudiar a meditadores expertos, que cuentan con una experiencia significativa en un estilo de meditación particular. Sin embargo, un estudio realizado con meditadores no expertos logró contrastar estilos de meditación de relajación, de concentración y mindfulness. Esos investigadores observaron que el nivel basal de relajación se asociaba a un mayor aumento de delta y teta, al comparar con la meditación de concentración y meditación mindfulness, pero que el resultado de ambos tipos de meditaciones era un aumento de potencia alfa y beta 1. Resulta interesante observar que la meditación mindfulness se asociaba a un mayor aumento de alfa y beta 1, en comparación con la meditación de concentración (Dunn, Hartigan y Mikulas, 1999). Este estudio apoya la interpretación de que los diferentes estilos de meditación pueden afectar de manera significativa los datos de las electroencefalografías resultantes, a pesar de que la mayoría de prácticas de meditación, si no todas, utilizan técnicas que se solapan.

Para terminar, un estudio reciente que compara a los monjes budistas tibetanos con controles normales indica que la relación de actividad de ondas gama comparada con la actividad oscilatoria lenta era inicialmente más elevada en los monjes durante el reposo. Diferencia que aumentaba bruscamente cuando los monjes empezaban a practicar la meditación de amor incondicional. Los autores concluyeron que esos datos avalan la posibilidad de que la meditación pueda promover cambios a corto y largo plazo en el funcionamiento neuronal (Lutz

et al.; 2004).

Estudios de neuroimagen de los estados meditativos

Como confirmaban las primeras electroencefalografías y estudios de la conducta más recientes, parece que la meditación y el mindfulness representan patrones exclusivos de funcionamiento neuronal. Aunque las electroencefalografías permiten a los científicos ver cambios rápidos en los tipos de actividad cerebral, el principal inconveniente de esta técnica es la limitadísima información espacial que proporciona. Uno no puede aseverar con demasiada confianza de qué parte del cerebro procede la actividad observada.

Al contrario, dos técnicas de neuroimagen desarrolladas en los últimos 10 o 15 años, fMRI (imagen por resonancia magnética funcional) y PET (tomografía por emisión de positrones), tienen una resolución espacial excelente pero no aportan información sobre los distintos tipos de activación de las neuronas. La cantidad de información que aportan estas herramientas de regiones específicas del cerebro ha revolucionado la neurociencia y permite a los científicos identificar actividad en el interior del cerebro durante una amplia variedad de tareas. Siguiendo el cada vez mayor interés en las técnicas de mindfulness, se han publicado varios estudios que utilizan esas herramientas para investigar la meditación.

Igual que con las electroencefalografías de antes, los estudios de neuroimagen han variado significativamente en su diseño y en el tipo de meditación estudiado y, por lo tanto, a menudo presentan resultados contradictorios. A pesar de todo ello, han surgido varios resultados consistentes. El primero es la activación de la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), una zona asociada con las funciones ejecutivas, la toma de decisiones y la atención. Este área se activaba en 5 de los 14 estudios y aparecía en una gama de estilos de meditación, como el yoga Kundalini (Lazar et al.; 2000), la meditación mindfulness (Baerentsen, 2001), la meditación de visualización budista tibetana (Newberg et al.; 2001), la recitación de salmos (Azari et al.; 2001) y la meditación Zen (Ritskes, Ritskes-Hoitinga, Stodkilde-Jorgensen, Baerentsen y Hartman, 2003). Nuestro laboratorio detectó cambios de mindfulness como rasgo de un mayor grosor de la corteza en ese área, consistente con una mayor utilización (Lazar, 2005). Juntos, estos resultados sugieren que la meditación produce cambios de estado de

mayor activación en la DLPFC.

Otro hallazgo frecuente es que la meditación lleva a una mayor activación en la corteza cingulada, particularmente en la subdivisión anterior (ACC). Se sabe que la ACC desempeña un papel fundamental en la integración de la atención, la motivación y el control motor (Paus, 2001). También se ha propuesto una subdivisión funcional de la ACC en una área dorsal y otra superior, en la que la porción superior se activa más mediante tareas cargadas emocionalmente y la dorsal se activa más con tareas cognitivas (Bush, Luu y Posner, 2000). Dado que la ACC suele asociarse con la dirección de la atención, podemos esperar que los meditadores con más experiencia muestren mayor activación que los novatos. O bien, como los meditadores con más experiencia suelen indicar que pueden mantener períodos de atención ininterrumpida durante más tiempo que los recién iniciados, el resultado puede ser una necesidad menor de actividad de la ACC. Esto quedaba recogido recientemente en un estudio llevado a cabo por Brefczynski-Lewis et al. en 2007 en el que también se halló que los meditadores recién iniciados mostraban más actividad en la ACC en comparación con los monjes budistas (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson y Davidson, 2007). Sin embargo, cuando Hölzel et al. intentaron reproducir esos resultados utilizando individuos experimentados en la práctica de la introspección (mindfulness), el resultado obtenido fue que esos participantes mostraban *más* actividad en la ACC en comparación con los no practicantes (Hölzel et al.; 2007). Esta discrepancia puede ser fruto del hecho que Brefczynski-Lewis et al. utilizaron a monjes muy preparados, mientras que Hölzel et al. utilizaron a meditadores laicos con experiencia, cuya capacidad para mantener la atención está sin lugar a dudas menos desarrollada que en el caso de los monjes.

Por último, parece que la corteza insular o ínsula también se activa durante la meditación (Brefczynski-Lewis et al.; 2007). La ínsula se asocia a la interocepción, o suma de sentimientos viscerales e intuitivos que experimentamos en un momento dado, y también se ha propuesto como principal región del cerebro implicada en el procesamiento de sensaciones físicas pasajeras, contribuyendo así a nuestra experiencia de “sí mismo” (Craig, 2004). Una hipótesis que explicaría la mayor activación de la ínsula durante la meditación es que refleja la atención cuidadosa del meditador por el aumento y el descenso de sensaciones internas. La subregión de la ínsula identificada en esos estudios también está muy implicada en varias

psicopatologías (Phillips, Drevets, Rauch y Lane, 2003). La materia gris de esa zona es significativamente menor entre los pacientes con esquizofrenia, en comparación con los controles (Crespo-Facorro et al.; 2000; Wright et al.; 2000). También se observa actividad insular entre sujetos con depresión y sanos durante la inducción de un estado de tristeza (Liotti, Mayberg, McGinnis, Brannan y Jerabek, 2002), y al experimentar dolor (Casey, Minoshima, Morrow y Koepp, 1996) o disgusto (Wright, He, Shapira, Goodman y Liu, 2004). Algunos estudios también han destacado el rol de la ínsula en las emociones generadas internamente (Reiman, Lane, Ahern y Schwartz, 1997), así como durante la culpa (Shin et al.; 2000). Estos resultados sugieren que las anomalías en la función insular pueden desempeñar un papel esencial en varios trastornos psiquiátricos.

Además de las regiones del cerebro que se activan durante la meditación, las técnicas de neuroimagen también pueden utilizarse para identificar diferencias específicas en la estructura del cerebro. En 2005, nuestro grupo publicó un estudio que apoyaba con firmeza la hipótesis de que la práctica del mindfulness tiene efectos a largo plazo en la estructura cerebral. Veinte meditadores de mindfulness con amplia experiencia a través de los años y 15 controles participaron en una comparación del grosor de la corteza mediante la utilización de una resonancia magnética de alta resolución. Los meditadores y los controles coincidían en sexo, edad, raza y años de educación formal. Se detectó que los meditadores con amplia experiencia tenían un mayor grosor de la corteza en la ínsula anterior, en la corteza sensorial y en la corteza prefrontal. Debido a la importancia que se le da a la observación de las sensaciones internas que tienen lugar durante la meditación, el engrosamiento de esas regiones es consistente con los informes de la práctica de mindfulness (Lazar et al.; 2005). Un estudio más reciente confirmaba y ampliaba los resultados de nuestro grupo, indicando una mayor densidad de materia gris en la ínsula anterior derecha, además de en el hipocampo y en el giro temporal izquierdo entre los meditadores mindfulness en comparación con los no meditadores (Hölzel et al.; 2008).

Mecanismos de acción

Con la publicación de más investigaciones sobre las redes neuronales subyacentes implicadas

en la meditación, los investigadores están empezando a estudiar los mecanismos neurológicos que pueden explicar cómo esas redes promueven los cambios conductuales y clínicos que se reportan con la práctica de mindfulness. Al hacerlo, los científicos esperan entender mejor el mindfulness explorando cómo se relaciona con otros tipos de actividades mentales.

Aunque es un trabajo que se encuentra en una etapa muy incipiente, dos estudios recientes merecen especial atención. El primero de ellos examina cómo el entrenamiento de reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) podría repercutir en las redes neuronales implicadas en la experiencia de referencia del sí mismo. Históricamente la referencia del sí mismo se ha dividido en dos formas distintas: autoconciencia momentánea centrada en la experiencia del momento presente y una referencia del sí mismo ampliada en términos de características perdurables (p. ej.: soy alto, por lo general soy optimista, etc.). Farb et al. (2007) plantearon la hipótesis de que el entrenamiento en mindfulness podía ayudar a los individuos a diferenciar mejor entre esas dos formas de referencia del sí mismo. Utilizando fMRI (imagen por resonancia magnética funcional), los autores investigaron las redes neuronales que se activaban durante una situación con un enfoque en la experiencia en la que los sujetos se centraban en las experiencias del momento, en comparación con una situación con un enfoque narrativo en el que los sujetos consideraban sus rasgos de personalidad. Farb et al. hallaron que aunque el grupo control mostraba un solapamiento significativo en regiones del cerebro que se activaban entre el enfoque en la experiencia y el narrativo, no era así en el grupo de mindfulness. Estos datos sugieren que un posible mecanismo de acción para la meditación mindfulness es la disociación de dos redes neuronales de referencia del sí mismo que normalmente están integradas, y un reforzamiento de la red vinculada a la experiencia consistente con los objetivos del entrenamiento de reducción del estrés basado en mindfulness.

Un segundo estudio exploraba la relación entre el mindfulness autoinformado y la identificación de emociones expresadas en estímulos faciales en estudiantes universitarios que no practican la meditación (Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman, 2007). Este estudio es exclusivo porque se centra en el mindfulness como habilidad/rasgo fuera del contexto de la práctica de la meditación. Los autores descubrieron la correlación entre mindfulness rasgo, medido por el autoinforme, y aumentos de la actividad de la corteza prefrontal medial (mPFC), así como disminuciones simultáneas de actividad en la amígdala durante una tarea de

etiquetado de las emociones. Con ello, proponen que el mindfulness puede asociarse a una mejor regulación prefrontal de las respuestas límbicas y que puede ayudar a explicar en parte por qué el mindfulness es un componente útil de la terapia.

Si bien estos estudios resultan alentadores, son preliminares. De una manera significativa, harán falta más estudios para elucidar los medios por los que las prácticas de mindfulness pueden aportar sus potenciales beneficios cognitivos, emocionales y psicológicos. En la última sección abordaremos brevemente algunas de las implicaciones clínicas de los estudios que se han revisado hasta el momento.

Implicaciones clínicas

El objetivo de esta sección no es revisar las investigaciones clínicas de intervenciones basadas en mindfulness; lo que deseamos es analizar cómo estudios recientes neurobiológicos de meditación y mindfulness pueden ser relevantes para las aplicaciones clínicas. A continuación ofrecemos un resumen de resultados clínicos importantes.

Más tiempo “viviendo el momento presente”

Una de las características distintivas de los meditadores expertos es su capacidad para experimentar emociones negativas sin quedarse necesariamente “atrapados” en ellas. Capacidad que tiene implicaciones significativas para el tratamiento de formas comunes de psicopatologías, en particular trastornos de ansiedad y de estado de ánimo. Ambas familias de trastornos implican formas excesivas de rumiación de pensamientos negativos. El mindfulness incorpora técnicas que ayudan a los individuos a reducir su tendencia a la rumiación (Jain et al.; 2007). Si, de hecho, el mindfulness puede ayudarles a disociar la experiencia del momento presente del sentido del si mismo narrativo que se mantiene a largo plazo como sugiere Farb et al. (2007), eso puede explicar cómo ayuda a los individuos a centrarse en su experiencia actual en lugar de hacerlo en los pensamientos negativos relacionados con experiencias pasadas o con preocupaciones futuras.

Mayor afecto positivo

Si bien en los individuos que practican meditación a largo plazo se observan niveles más elevados de ecuanimidad y de bienestar como resultado de la práctica, una medición objetiva del tentador vínculo entre mindfulness y afecto positivo resulta difícil de cuantificar. Sin embargo, algunos estudios sugieren que la práctica del mindfulness puede ayudar a fomentar un afecto positivo, incluso en las poblaciones clínicas.

Richard Davidson y sus colegas realizaron electroencefalografías para medir los patrones en reposo en sujetos sanos antes y después de una intervención de MBSR (reducción del estrés basada en mindfulness) de ocho semanas de duración, y compararon los resultados con un grupo de control (Davidson et al.; 2003). Davidson había demostrado previamente que los pacientes con depresión y ansiedad mostraban una actividad mayor en la electroencefalografía en la mitad derecha del cerebro cuando descansaban tranquilamente, mientras que los sujetos sin trastorno psicológico mostraban mayor actividad en el lado izquierdo. Aunque se trata de un estudio pequeño, los resultados indicaban un cambio hacia la izquierda en el nivel de activación en las electroencefalografías en reposo tras 8 semanas de práctica, cambio que persistía durante los 3 meses posteriores a finalizar el estudio. Más importante todavía es la correlación de los cambios observados con una mejor función inmune.

Además, un estudio reciente de las electroencefalografías en un grupo de MBCT (Terapia Cognitiva basada en Mindfulness) de 22 pacientes con riesgo suicida agudo dio como resultado que el estilo afectivo positivo medido por la actividad de la electroencefalografía aumentaba significativamente en el caso de la MBCT comparado con el tratamiento habitual. Eso sugiere que el éxito de la MBCT puede deberse en parte a que ayuda a los individuos a mantener un patrón emocionalmente estable de actividad cerebral (Barhofer et al.; 2007).

Menos reactividad de estrés

Cultivar la ecuanimidad aumenta la capacidad del que lo practica de experimentar los acontecimientos negativos con menor reactividad. Goleman y Schwartz (1976) plantean la hipótesis de que los meditadores deberían demostrar menos reactividad fisiológica ante

estímulos desagradables, en comparación con los controles. Para probar esta hipótesis midieron las respuestas de conductancia de la piel (SCR) o respuesta galvánica de la piel de meditadores y controles mientras los sujetos veían imágenes de accidentes producidos en una carpintería. La SCR mide la cantidad de sudor producido como indicador de una activación autónoma. Comparados con los controles, los sujetos meditadores experimentaban un aumento inicial de SCR ligeramente superior, pero regresaban a los niveles basales más rápidamente, lo que indica que tenían respuestas más intensas ante las imágenes negativas pero que eran capaces después de "dejar ir" rápidamente esas imágenes y regresar a un estado de calma y equilibrio mental. Es de suponer que esos sujetos están menos "atrapados" en pensamientos recurrentes que prolongarían su activación autonómica.

Mejor vitalidad cognitiva

Otra ventaja que puede ser importante de la meditación practicada en forma regular es que protege contra la disminución de la corteza cerebral que ocurre normalmente en la vejez. En nuestro estudio de 2005 descubrimos entre los meditadores una pequeña región de la corteza prefrontal que parecía no ser afectada por la disminución de la corteza cerebral normal relacionada con la edad. Esto sugiere que la meditación puede proteger contra la disminución de la corteza cerebral típicamente relacionada con la vejez. Un estudio reciente similar que compara el grosor de la corteza cerebral de un grupo de practicantes de meditación zen con un grupo de no meditadores también presenta la correlación entre la edad y la disminución del grosor de la corteza en el grupo control, pero no en el grupo de meditadores (Pagnoni, comunicación personal, 2007). Hacen falta más estudios para comprobar si efectivamente es el caso. De ser así, la meditación podría ser una intervención potencialmente poderosa contra algunos de los deterioros cognitivos debidos a la edad en los adultos mayores.

Resumen

El propósito de este capítulo ha sido aportar una visión general de los estudios neurobiológicos recientes sobre meditación mindfulness, así como algunas de las aplicaciones

clínicas de este trabajo. Ahora disponemos de suficientes pruebas para demostrar que la meditación es un estado mental único –distinto de los estados de reposo– y que parece promover cambios funcionales y estructurales a largo plazo en regiones del cerebro importantes para llevar a cabo funciones relevantes desde un punto de vista clínico. Al identificar esos cambios neurobiológicos y relacionarlos con las ventajas clínicas y de comportamiento, podremos entender mejor cómo la práctica de la meditación y del mindfulness funcionan a nivel cerebral, algo que puede ayudar a validar su utilización y a identificar los trastornos que podrían responder más favorablemente a las intervenciones basadas en mindfulness.

Dada la heterogeneidad de las técnicas de meditación, hacen falta más estudios comparativos que ayuden a elucidar tanto los mecanismos comunes como los efectos diferenciales asociados con estilos distintos de práctica de la meditación. Especialmente cuando se trabaja con población clínica, se suele observar que hay formas diferentes de meditación más o menos adecuadas para ayudar a los individuos con un tipo de trastorno específico. Aprender a seleccionar la forma correcta de meditación que mejor se adapta a un paciente determinado es un siguiente paso muy importante en la aplicación clínica del tratamiento basado en mindfulness. Algo de vital importancia en este esfuerzo será utilizar diseños de estudio longitudinales, en los que los científicos puedan comparar los cambios clínicos y neurobiológicos de los individuos en evaluaciones realizadas pre y post intervención.

Los profesionales de la salud deberían estar entusiasmados por los resultados de la investigación neurobiológica sobre meditación. Si bien es cierto que todavía hay muchas cosas que no entendemos, los resultados de la investigación por lo general apoyan la utilización de la meditación como una técnica poderosa en la práctica clínica.

Referencias

AFTANAS, L.I.; GOLOCHEIKINE, S.A. (2005). “Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions”. *International Journal of Neuroscience*, 115, 893-909.

- ANDRESEN, J. (2000). "Meditation meets behavioral medicine: The story of experimental research on meditation". *Journal of consciousness Studies*, 7, 17-73.
- AUSTIN, J.H. (1998). *Zen and the Brain: Toward an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press.
- AZARI, N.P.; NICKEL, J.; WUNDERLICH, G.; NIEDEGGEN, M.; HEFTER, H.; TELLMANN, L; et al. (2001). "Neural correlates of religious experience". *European Journal of Neuroscience*, 13, 1649-1652.
- BAERENTSEN, K.B. (2001). "Onset of meditation explored with fMRI". *Neuroimage*, 13, S297.
- BAER, R.A. (Ed.) (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- BANQUET, J.P. (1973). 2Spectral analysis of the EEG in meditation". *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 35, 143-151.
- BARNHOFER, T.; DUGGAN, D.; CRANE, C.; HEPBURN, S.; FENNELL, M.J.; WILLIAMS, J.M. (2007). "Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals". *Neuroreport*, 18(7), 709-812.
- BECKER, D.E.; SHAPIRO, D. (1981). "Physiological responses to clicks during zen, yoga, and TM meditation". *Psychophysiology*, 18(6), 694-699.
- 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". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104(27), 11483-11488.
- BUSH, G.; LUU, P.; POSNER, M.I. (2000). "Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex". *Trends in Cognitive Sciences*, 4(6), 215-222.
- CAHN, B.R.; POLICH, J. (2006). "Meditation states and traits: Eeg, erp, and neuroimaging studies". *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- CASEY, K.L.; MINOSHIMA, S.; MORROW, T. J.; KOEPPE, R. A. (1996). "Comparison of human cerebral activation pattern during cutaneous warmth, heat pain, and deep cold pain". *Journal of Neurophysiology*, 76(1), 571-581.

CRAIG, A.; (2004). "Human feelings: Why are some more aware than others?". *Trends in Cognitive Sciences*, 8(6), 231-241.

CRESPO-FACORRO, B.; KIM, J.; ANDREASEN, N.C.; O'LEARY, D.S.; BOCKHOLT, H.J.; MAGNOTTA, V. (2000). "Insular cortex abnormalities in schizophrenia: A structural magnetic resonance imaging study of first-episode patients". *Schizophrenia Research*, 46(1), 35-43.

CRESWELL, J.D.; WAY, B.M.; EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D. (2007). "Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling". *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560-565.

CUTHBERT, B.; KRITELLER, J.; SIMONS, R.; HODES, R.; LANG, P.J. (1981). "Strategies of arousal control: Biofeedback, meditation, and motivation". *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 518-546.

DAVIDSON, J.M. (1976). "The physiology of meditation and mystical states of consciousness". *Perspectives in Biology and Medicine*, 19, 345-379.

DAVIDSON, R.J.; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENKRANZ, M.; MULLER, D.; SANTORELLI, S.F.; et al. (2003). "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation". *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

DELMONTE, M.M. (1984). "Physiological responses during meditation and rest". *Biofeedback and Self Regulation*, 9, 181-200.

DELMONTE, M.M. (1985). "Effects of expectancy on physiological responsivity in novice meditators". *Biological Psychology*, 21, 107-121.

DUNN, B.R.; HARTIGAN, J.A.; MIKULAS, W.L. (1999). "Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness?". *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(3), 147-165.

FARB, N.A.S.; SEGAL, Z.V.; MAYBERG, H.M.; BEAN, J.; McKEON, D.; FATIMA, Z.; ANDERSON, A.K. (2007). "Attending to the present: mindfulness reveals distinct neural modes of self-reference". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313-322.

GOLEMAN, D.J.; SCHWARTZ, G.E. (1976). "Meditation as an intervention in stress reactivity". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(3), 456-466.

- HIRAI, T. (1974). *Psychophysiology of Zen*. Tokyo: Igaku Shoin.
- HOLZEL, B.K.; OTT, U.; HEMPEL, H.; HACKL, A.; WOLF, K.; STARK, R.; et al. (2007). "Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators". *Neuroscience Letters*, 421(1), 16-21.
- JACOBS, G.D.; LUBAR, J.F. (1989). "Spectral analysis of the central nervous system effects of the relaxation response elicited by autogenic training". *Behavioral Medicine*, 15, 125-132.
- JAIN, S.; SHAPIRO, S.L.; SWANICK, S.; ROESCH, S.C.; MILLS, P.J.; BELL, I.; et al. (2007). "A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction". *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.
- JEVNING, R.; WALLACE, R.K.; BEIDEBACH, M. (1992). "The physiology of meditation: A review. A wakeful hypometabolic integrated response". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 415-424.
- JHA, A.P.; KROMPINGER, J.; BAIME, M.J. (2007). "Mindfulness training modifies subsystems of attention". *Cognitive Affective and Behavioral Neurosciences*, 7(2), 109-119.
- KASAMATSU, A.; HIRAI, T. (1966). "An electroencephalographic study on the Zen meditation (zazen)". *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 20, 315-336.
- KASAMATSU, A.; HIRAI, T. (1973). "An electroencephalographic study on the Zen meditation (zazen)". *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 14, 107-114.
- LAZAR, S.W.; BUSH, G.; GOLLUB, R.L.; FRICCHIONE, G.L.; KHALSA, G.; BENSON, H. (2000). "Functional brain mapping of the relaxation response and meditation". *NeuroReport*, 11, 1581-1585.
- LAZAR, S.W. (2005). "Mindfulness research". En R.D. SIEGEL, P.R. FULTON, (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 220-238) Nueva York, NY, EE.UU.: Guilford Press.
- LAZAR, S.W.; KERR, C.; WASSERMAN, R.J.; GRAY, J.R.; GREVE D.; TREADWAY, M.T. et al.; (2005). "Meditation experience is associated with increased cortical thickness". *NeuroReport* 16(17):1893-1897.
- LEHMANN, D.; FABER, P.L.; ACHERMANN, P.; JEANMONOD, D.; GIANOTTI, L.R.; PIZZAGALLI, D. (2001).

“Brain sources of EEG gamma frequency during volitionally meditation-induced, altered states of consciousness, and experience of the self”. *Psychiatry Research*, 108(2), 111-121.

LIOTTI, M.; MAYBERG, H.S.; McGINNIS, S.; BRANNAN, S.L.; JERABEK, P. (2002). “Unmasking disease-specific cerebral blood flow abnormalities: Mood challenge in patients with remitted unipolar depression”. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1830-1840.

LUTZ, A.; GREISCHAR, L.L.; RAWLINGS, N.B.; RICARD, M.; DAVIDSON, R.J. (2004). “Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice”. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the USA*, 101(46), 16369-16373.

MURPHY, M.; DONOVAN, S.; TAYLOR, E. (1997). *The physical and psychological effects of meditation: A review of contemporary research 1991-1996*. Petaluma, CA: Institute of Noetic Sciences.

NEWBERG, A.; ALAVI, A.; BAIME, M.; POURDEHNAD, M.; SANTANNA, J.; D'AQUILI, E. (2001). “The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study”. *Psychiatry Research*, 106(2), 113-122.

PAGANO, R.R.; WARRENBURG, S. (1983). “Meditation: In search of a unique effect”. En R.J. DAVIDSON, G.E. SCHWARTZ; D. SHAPIRO (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (Vol. 3, pp. 152-210). Nueva York: Plenum Press.

PAGNONI, G.; CEKIC M. (2007) “Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation”. *Neurobiol Aging*, 28(10), 1623-7.

PAUS, T. (2001). “Primate anterior cingulate cortex: Where motor control, drive and cognition interface”. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(6), 417-424.

PHILLIPS, M.L.; DREVETS, W.C.; RAUCH, S.L.; LANE, R. (2003). “Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders”. *Biological Psychiatry*, 54(5), 515-528.

REIMAN, E.M.; LANE, R.D.; AHERN, G.L.; SCWARTZ, G.E. (1997). “Neuroanatomical cor-relates of externally and internally generated human emotion”. *American Journal of Psychiatry*, 154, 918-925.

RITSKES, R.; RITSKES-HOITINGA, M.; STODKILDE-JORGENSEN, H.; BAERENTSEN, K.; HARTMAN, T. (2003). “MRI scanning during Zen meditation: The picture of enlightenment?”. *Constructivism in the*

Human Sciences, 8, 85-90.

SCHUMAN, M. (1980). "The psychophysiological model of meditation and altered states of consciousness: A critical review". En J.M. DAVIDSON; R.J. DAVIDSON (Eds.), *The psychobiology of consciousness* (pp. 333-378). Nueva York: Plenum Press.

SHAPIRO, K.L.; ARNELL, K.A.; RAYMOND, J.E. (1997). "The attentional blink". *Trends in Cognitive Sciences, 1*, 291-296.

SHIN, L.M.; DOUGHERTY, D.D.; ORR, S.P.; PITMAN, R.K.; LASKO, M.; MACKLIN, M.L.; et al. (2000). "Activation of anterior paralimbic structures during guilt-related script-driven imagery". *Biological Psychiatry, 48*(1), 43-50.

SLAGTER, H.A.; LUTZ, A.; GREISCHAR, L.L.; FRANCIS, A.D.; NIEUWENHUIS, S.; DAVIS, J.M.; et al. (2007). "Mental training affects distribution of limited brain resources". *PLoS Biology, 5*(6), e138.

TANELI, B.; KRAHNE, W. (1987). "EEG change of transcendental meditation practitioners". *Advances in Biological Psychiatry, 16*, 41-71.

VALENTINE, E.R.; SWEET, P.L.G. (1999) "Meditation and attention: a comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention". *Mental Health, Religion & Culture, 2*(1), 59-70.

WEST, M.A. (1979). "Meditation". *British Journal of Psychiatry, 135*, 457-467.

WOOLFOLK, R.L. (1975). "Psychophysiological correlates of meditation". *Archives of General Psychiatry, 32*, 1326-1333.

WRIGHT, I.C.; RABE-HESKETH, S.; WOODRUFF, P.W.R.; DAVID, A.S.; MURRAY, R.M.; BULLMORE, E.T. (2000). "Regional brain structure in schizophrenia: A meta-analysis of volumetric MRI studies". *American Journal of Psychiatry, 157*, 16-25.

WRIGHT, P.; HE, G.; SHAPIRA, N.A.; GOODMAN, W.K.; LIU, Y. (2004). "Disgust and the insula: MRI responses to pictures of mutilation and contamination". *Neuroreport, 15*(15), 2347-2351.

4

Hacia una fenomenología del mindfulness: experiencia subjetiva y correlatos emocionales [\[1\]](#)

Kirk Warren Brown y Shari Cordon

Objetos naturales... deben experimentarse antes de poder teorizar sobre ellos.

Husserl, E. (1981)

Desde su presentación a la comunidad científica hace 25 años, el interés por el mindfulness ha crecido rápidamente. Mucho de ese interés se ha manifestado entre los investigadores que se han dedicado a realizar estudios en los que se analizó la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness o intervenciones que integran Mindfulness para varios trastornos y poblaciones, y este libro es testigo de la vitalidad de la investigación y de la diversidad del conocimiento aplicado que ahora existe en este campo. En los últimos cinco años aproximadamente, los investigadores también se han interesado por describir y operacionalizar el constructo de mindfulness en si mismo y esta línea de trabajo más reciente es importante por cuatro razones. En primer lugar, por el principio científico básico de que un fenómeno sólo puede estudiarse si puede definirse y medirse correctamente. En segundo lugar, la investigación del mindfulness crea oportunidades para investigar el rol *específico* de esta cualidad en la experiencia y el comportamiento subjetivos mediante metodologías derivadas de la ciencia básica que pueden complementar la investigación aplicada y de intervención. En tercer lugar, y en la misma línea, se asume que la eficacia de las intervenciones de mindfulness se debe, en gran parte, a la mejora de las capacidades conscientes mediante la práctica; pero es algo que solamente puede comprobarse con definiciones y operacionalizaciones claras del mindfulness. En cuarto lugar, y más esencialmente, el estudio del mindfulness puede ayudar a ampliar el espectro del estudio de la conciencia humana y sus modos de procesar la experiencia. Así, el estudio del mindfulness puede ayudar a obtener información sobre la naturaleza de la conciencia, su papel fundamental en el funcionamiento humano y sobre cómo

sus procesos pueden refinarse para mejorar ese funcionamiento.

Este capítulo tiene dos objetivos básicos que apuntan a destacar el valor que tiene la investigación sobre el concepto de mindfulness. El primero es que intentamos situar el mindfulness en el debate académico que viene de mucho tiempo atrás del procesamiento consciente para una mejor comprensión de la naturaleza del fenómeno. Un esfuerzo importante, creemos, porque el concepto de mindfulness no se entiende bien en la ciencia conductual contemporánea, probablemente debido en parte a su relativa novedad como materia de estudio científico. Al contrario, los anales del discurso filosófico y psicológico están repletos de discusiones acerca de la conciencia que pueden ayudar y brindar información para la construcción de una teoría muy específica sobre el significado y las consecuencias funcionales del mindfulness. El segundo objetivo de este capítulo es destacar los hallazgos de la investigación reciente sobre esas consecuencias funcionales del mindfulness, en particular los que se refieren a los estados emocionales y al bienestar. El estudio de la emoción en el contexto de la conciencia es importante por varias razones, como el hecho que las emociones sean una característica primaria y permanente de la conciencia que se tiene cotidianamente y, como veremos más adelante, que el valor, la duración y otros aspectos de la emoción dependen de los modos mediante los cuales se procesan los acontecimientos y las experiencias. Además, las emociones pueden influir significativamente en la experiencia cognitiva y en el comportamiento, esto no resulta casual si se considera que la emoción es el ámbito en el que se han llevado a cabo muchas de las investigaciones existentes sobre el constructo mindfulness.

La naturaleza del mindfulness

Uno de los aspectos primordiales que deben tenerse en cuenta a la hora de describir la naturaleza y los efectos del mindfulness es poseer una definición clara de la variable. En la ciencia psicológica actual existe bastante confusión respecto de su conceptualización y del uso que se hace de ella (Brown, Ryan y Creswell, 2007; Lutz, Dunne y Davidson, 2007). Existe el acuerdo general, tanto en el discurso psicológico y filosófico contemporáneo como en el histórico, de que el mindfulness está arraigado en las capacidades fundamentales de la

conciencia, es decir, en la atención y en la (meta)conciencia. Además, dado que la conciencia es un área de estudio complicada, lograr una compresión clara del mindfulness resulta más difícil. En este capítulo intentaremos aclarar la naturaleza del mindfulness recurriendo a expertos que se han dedicado a estudiar su naturaleza experiencial. En particular, hablaremos de estudios que han intentado deconstruir la conciencia humana en sus modos primarios de procesamiento. Observarlo a través de la experiencia puede facilitar una comprensión del mindfulness en tanto capacidad humana básica (p. ej. Goldstein, 2005; Kabat-Zinn, 2003) y no simplemente como práctica terapéutica. Así, la tarea de entender el mindfulness *per se*, aparte de las actitudes y las técnicas utilizadas para cultivarlo en la práctica clínica y en otras, puede simplificarse considerablemente (cf. Olendzki, 2005). Eso también ayudará a avanzar a la ciencia del mindfulness, en la medida en que el objetivo es aclarar la confusión de sus antecedentes, consecuencias y aplicaciones específicas en la práctica clínica y la investigación.

En este debate nos basamos en dos tradiciones de pensamiento contemporáneo e histórico muy ricas, a saber, la fenomenología, en especial con la escuela Husserliana, y el budismo, con la tradición Theravada, que tiene y continúa teniendo un fuerte interés en el mindfulness. Empezaremos con la fenomenología Husserliana. Esta tradición filosófica vital ofrece un rico análisis de los estados subjetivos de la mente que puede iluminar nuestro entendimiento de la psicología budista sobre el mindfulness. De hecho, los varios puntos de intersección entre esas escuelas de pensamiento pueden ayudar a mostrar qué características de la experiencia consciente relevantes para el mindfulness se extienden más allá de las tradiciones culturales y de la práctica del budismo. Un diálogo así puede facilitar la investigación científica del mindfulness y de los estados de conciencia relacionados. Por cuestiones de limitación de espacio no intentaremos elaborar un análisis detallado de tales paralelismos descriptivos, sino que simplemente indicaremos los puntos de conexión básicos que, como sugieren las investigaciones y la teoría recientes, pueden generar más investigación al respecto.

Una perspectiva fenomenológica

Si bien parece que el concepto de Mindfulness fue descrito por primera vez en Asia, su

naturaleza fenomenológica resulta notablemente familiar para las escuelas de pensamiento filosófico y psicológico occidentales. La fenomenología, en particular en la escuela Husseriana (p. ej. Husserl, 1999), cuenta con una literatura muy relevante para comprender la naturaleza experiencial del mindfulness. La psicología budista y la fenomenología convergen naturalmente en su interés por descubrir el funcionamiento de la mente a través de la experiencia en primera persona, concretamente a través de la observación atenta de nuestras experiencias sensoriales y subjetivas (Dreyfus y Thompson, 2007). La fenomenología, y más recientemente la ciencia cognitiva, proponen que hay dos modos primarios de procesamiento consciente. Husserl los denominaba actitud natural y actitud fenomenológica. La *actitud natural* –el modo de procesamiento por defecto– es una orientación hacia nosotros mismos, hacia los demás y hacia el mundo en la que los acontecimientos y las experiencias se tratan como objetos sobre los que se llevan a cabo las operaciones cognitivas. En este modo, lo que llega a la conciencia a través de los sentidos o de la mente se experimenta subjetivamente como impresión sensorial, imagen, sentimiento, etc.; y se filtra a través de operaciones cognitivas, por lo general de naturaleza habitual –por ejemplo, evaluación, rumiación del mismo– todo ello para revelar el contenido de lo que experimentamos, y en particular lo que representa (o podría representar) *a mí o para mí*. Este modo de procesamiento se expresa de diferentes maneras. Una muy común es la presunción rápida de la verdad sobre algún fenómeno en el que la mente discursiva realiza construcciones cognitivas que dicen, en efecto, “Sé qué es esto” o “Sé lo que está ocurriendo” sin observación atenta, o a veces tan solo echando un vistazo (cf. Langer, 2002). En esta actitud o modo conceptual, similar a lo que se ha llamado procesamiento de segundo orden (Lambie y Marcel, 2002) y procesamiento proposicional (Teasdale, 1999), nuestra realidad toma forma de representación mental, es decir, nuestra experiencia se convierte en lo *conceptualizamos acerca de ella*.

La ciencia cognitiva contemporánea y la ciencia cognitiva social han prestado su apoyo a la afirmación fenomenológica de que la actitud natural puede considerarse como un modo por defecto de procesamiento consciente porque lo que llega a la conciencia a menudo sólo se mantiene en el foco de la atención brevemente y, si es el caso, antes de que se produzca alguna reacción cognitiva o emocional. Estas reacciones rápidas de percepción tienen varias características relevantes para la experiencia subjetiva y el funcionamiento. En primer lugar

suelen ser de naturaleza evaluativa, en el sentido en que se realiza una evaluación primaria del objeto, básicamente “buena”, “mala”, o “neutra”, y por lo general en referencia al sí mismo y con un tono afectivo de, la mayoría de las veces, agrado o desagrado. En segundo lugar, suelen estar condicionadas por la experiencia pasada del objeto sensorial o de otros objetos suficientemente similares para evocar una asociación en la memoria. En tercer lugar, la experiencia sensorial se asimila fácilmente o, mediante más operaciones cognitivas sobre el objeto, se llega a asimilar en esquemas cognitivos existentes.

La consecuencia psicológica de tal procesamiento es que se suelen imponer conceptos, etiquetas, ideas y juicios, en ocasiones automáticamente, en todo lo que se encuentra (p. ej. Bargh y Chartrand, 1999). Sin embargo esto no implica que los humanos simplemente procesemos el mundo de manera pasiva sino que los esquemas cognitivos, las creencias y las opiniones también dirigen nuestra atención y el consecuente procesamiento cognitivo de las cosas a las que atendemos (Leary, 2004; 2005). Este modo de procesamiento tiene ventajas adaptativas, como lo son el establecimiento y el mantenimiento de un orden en los acontecimientos y la experiencia de relevancia para el sí mismo, y la simplificación de todas las actividades que se requieren para poder seguir un objetivo y lograrlo. Sin embargo, también significa que no experimentamos la realidad con imparcialidad, como es verdaderamente, sino a través de filtros cognitivos que naturalmente suelen ser en forma de hábitos y condicionamientos. Son filtros que pueden proporcionar maneras de interpretar la realidad superficiales, incompletas o distorsionadas, y que tienden a presentar un tinte emocional particular. Por ejemplo, un sesgo o una predisposición optimistas pueden inducir a la esperanza o al entusiasmo; mientras que una visión pesimista puede tener como resultado la frustración, el miedo o la tristeza.

Husserl denominó al segundo modo de procesamiento la *actitud fenomenológica*, en la que nuestra atención se orienta hacia la realidad simplemente como aparece o se nos presenta, es decir, como un simple flujo de fenómenos o de impresiones Además, Husserl denominó a la manera de hacerlo *reducción fenomenológica*, que no significa ni sustituir ni eliminar nuestras operaciones cognitivas típicas de la realidad sino “tomar distancia” de la manera habitual en la que procesamos para recibir las experiencias como se nos manifiestan. De esta manera, todo permanece –impresiones sensoriales, sentimientos, imágenes y pensamientos– pero se

percibe de manera distinta, es decir, estrictamente como aparece (Thompson y Zahavi, 2007). En este tomar distancia de la actitud natural a través de una “suspensión” o una “puesta entre paréntesis” de nuestro modo conceptual habitual de procesamiento, la mente revela cómo se “constituye” la realidad en el momento presente y en la estructura de nuestras mentes conscientes.

Este modo de procesamiento, similar al procesamiento de primer orden (Lambie y Marcel, 2002) y al procesamiento implicacional amortiguado (Teasdale, 1999), implica un estado mental receptivo en el que la atención realiza un mero registro de los hechos observados. Una sencilla ilustración (Kriegel, 2007) sugiere que es posible: Un individuo mira al cielo con un tono de azul particular que denominaremos azul-17. Cuando más tarde se le presentan dos tonos de azul, azul-17 y azul-18, es incapaz de reconocer el tono que había visto antes. Esto sugiere que carece del concepto de azul-17 y que su experiencia de ese color es no conceptual. Otro ejemplo que ayuda a distinguir entre la actitud natural y la actitud fenomenológica es el de Varela y Depraz (2003):^[2]

Cuando percibo un peral en el jardín y su florecimiento gradual durante el principio de la primavera, el árbol está ahí, justo delante de mí. Puedo tocarlo si estiro el brazo, puedo oler su perfume y escuchar el sonido del viento en sus ramas. Asisto a la situación por completo en carne y hueso, de manera directa y concreta. Si, por el contrario, cierro los ojos e intento obtener una imagen mental del árbol y de lo que le rodea, quizás pueda describir con exactitud la escena que acabo de vivir, si he estado suficientemente atento a su desarrollo, pero lo más seguro es que olvide algunos elementos de la experiencia y que añada otros.

En este punto, puede resultar aparente que, en primer lugar, si uno no está completamente atento a la escena, tanto la calidad subjetiva de la experiencia como el recuerdo de la misma serían bastante distintos a si se le hubiera prestado atención plena. Cuando la atención se utiliza para establecer un contacto directo o desnudo con el mundo, las capacidades básicas de conciencia –atención y conciencia– permiten al individuo “estar presente” en la realidad tal cual es en lugar de reaccionar ante ella en forma habitual. Hasta las reacciones psicológicas habituales que pueden ocurrir cuando prestamos atención –pensamientos, imágenes, verbalizaciones, emociones, impulsos para actuar, etcétera– pueden observarse como parte del flujo continuo de conciencia. Por ejemplo, en la experiencia momento a momento de enojo o

de alguna otra emoción, ésta puede conocerse a través de sus manifestaciones cognitivas, afectivas, somáticas y conativas.

Cabe destacar que la suspensión del modo de procesamiento de segundo orden aquí descrito no implica la cosificación ni la disociación de nuestra experiencia; de hecho, el proceso es exactamente el opuesto. Cuando las elaboraciones cognitivas se dejan aparte, la actitud fenomenológica crea una intimidad con la experiencia consciente, una visión del mundo “desde dentro” (Varela y Shear, 1999) en lugar de alejarse de ella como un observador independiente (Legrand, 2007; Thompson y Zahavi, 2007). De hecho, y como se indicaba antes, desde esta perspectiva íntima pueden experimentarse atentamente no sólo eventos externos sino también experiencias internas, como las operaciones de la mente.

Esto plantea la pregunta de quién está mirando o, dicho de otro modo, quién es el sí mismo que simplemente asiste a lo que acontece. Varias tradiciones filosóficas proponen la existencia de dos sí mismos que corresponden a los modos de procesamiento que aquí se citan (p. ej. Gallagher, 2000). El “yo narrativo” está compuesto por las actividades cognitivas coherentes que establecen y mantienen una narrativa continua o conjunto de historias sobre nosotros mismos y nuestro lugar en el mundo. Un modelo conceptual del yo y del mundo que forma un potente filtro cognitivo mediante el cual puede tener lugar un procesamiento de segundo orden; tan potente que Dennett (1992) lo denomina “centro de gravedad narrativa”. En cambio, el “yo mínimo” es nuestra experiencia básica e inmediata de la realidad; es la característica de la conciencia que constituye nuestra experiencia de “lo que sentimos” al ver como se acerca un amigo, sentir alegría o tristeza, tener un insight creativo y, sin embargo, ser un receptor activo de aquello a lo que la conciencia dirige nuestra atención (Legrand, 2007).

Decir que se es un receptor activo de la experiencia es sugerir que la actitud fenomenológica tiene aspectos tanto activos como pasivos. Husserl apuntaba que la conciencia es intencional, en el sentido en que va dirigida o pretende algo más allá de sí misma; no se encuentra cerrada en si misma (Thompson y Zahavi, 2007). Esto no debe confundirse con la utilización más familiar del término que implica la búsqueda de un objetivo en particular. Para Husserl, nuestra actividad intencional más fundamental es estar activamente receptivos a la realidad, darnos cuenta prestando atención a lo que nos afecta. Hablar de “lo que nos afecta” es

reconocer que la atención está sujeta a diferentes influencias, que tiende a dirigirse hacia lo que se destaca en un momento dado o, dicho de otro modo, hacia estímulos suficientemente fuertes como para activar la mente consciente. Así pues, en este modo somos activamente receptivos a lo que llega a la mente, y esta dinámica forma nuestra manera fundamental de estar abiertos a la realidad (Thompson y Zahavi, 2007).^[3]

Una fenomenología básica del mindfulness

El análisis detallado de Husserl de la actitud natural y de la actitud fenomenológica ofrece una introspección importante sobre cómo podemos entender el mindfulness, en particular en cuanto a su funcionamiento en el marco de la vida cotidiana. De hecho, el estudio de la naturaleza del mindfulness es inherentemente fenomenológico ya que se refiere a la naturaleza subjetiva y a los usos de la mente consciente. Por otra parte, el mindfulness comparte varias similitudes sorprendentes con la actitud fenomenológica que describía Husserl, algo que esperamos aclarar en nuestro esfuerzo por caracterizar el mindfulness.

Muchos académicos contemporáneos e históricos utilizan el término mindfulness (*sati* en pali) para referirse a la mayor atención y específicamente a focalizar en forma sostenida la mente en un objeto o en una experiencia (p. ej. Lutz et al.; 2007; Wallace, 1999). Como indican Analayo (2003) y Bodhi (2000), académicos reconocidos dentro de la tradición Theravada, el mindfulness es, en su forma más sencilla, la *atención desnuda*, o atención plena en el presente. Nyanaponika (1973) utilizó esa expresión por primera vez y la atención es desnuda cuando no se ve perturbada o capturada por el pensamiento ni por el lenguaje habitualmente discriminativo de la mente –evaluaciones, elaboraciones conceptuales, etcétera. Así, el objetivo del mindfulness es *desnudar* los acontecimientos y las experiencias lo más claramente posible (Bodhi, 2000; cf. Dreyfus y Thompson, 2007). Por ejemplo, los pensamientos y las emociones se experimentan como acontecimientos psicológicos y somáticos, no como episodios dentro de una narrativa o drama personal (Bodhi, 2000). Aunque la atención puede pasar de un acontecimiento o experiencia a otro, cada uno de ellos recibe atención consciente.

La atención focalizada es el significado tradicional y central que se otorga al mindfulness. Sin

embargo, el pensamiento Theravada, al igual que la ciencia cognitiva contemporánea, reconoce que atención y conciencia se entrelazan en la vida cotidiana. Es decir, la atención por lo general extrae “figuras” del “fondo” de estímulos sensoriales e internos que proceden de la conciencia. En la práctica tradicional de Mindfulness, una vez que el estudiante se encuentra familiarizado con la atención focalizada, ésta se complementa con metaconciencia (pali: *sampajanna*). Este término tiene múltiples significados; el más sencillo es conocer el estado de la mente en un momento dado, incluida la cualidad de la atención de uno mismo. Un significado más profundo es la introspección o *insight*, que permite ver con claridad la naturaleza de los fenómenos a los que se presta atención. Dicha introspección aparece cuando la atención es cada vez más sutil y el campo de la experiencia se observa de manera más precisa, lo que permite un descubrimiento en profundidad de los elementos que constituyen la experiencia –por ejemplo, el hecho que pensamientos, emociones y otros eventos mentales fluyan constantemente (Analayo, 2003; Bodhi, 2000, 2006).

Sati y *sampajanna*, a pesar de que a menudo se abordan teóricamente por separado, en la práctica pueden funcionar juntos (pali: *satisampajanna*; Analayo, 2003). Por ejemplo, en la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR) y demás tratamientos basados en mindfulness, se anima al estudiante a tomar una sensación física como objeto de atención –por lo general la respiración. Cuando surge la conciencia de que la mente se ha alejado de ese objeto, la atención se devuelve poco a poco a su objeto de atención. De esta manera, la atención se afina mientras la conciencia se vuelve más sensible a lo que está ocurriendo en un momento dado, siendo éstas, habilidades centrales que se encuentran interrelacionadas para ejercerlas en la vida cotidiana. Por ejemplo, uno puede ser consciente de lo que resulta sobresaliente en un momento dado y puede utilizar la metaconciencia para centrar la atención en un estímulo o un fenómeno determinado (Kornfield, 1993). De este modo, el mindfulness implica una regulación voluntaria y fluida de la atención. Este modo consciente de procesar puede resultar especialmente valioso para el mantenimiento y el tratamiento de la salud física y mental, donde una conciencia más sensible puede llevar a descubrir realidades somáticas o psicológicas (quizás problemáticas) a las que se puede prestar atención como una forma de investigar, procesar más ampliamente y, en consecuencia, regularlas mejor o superarlas.

Nyanaponika (1973) destacaba que cuando atención y metaconciencia trabajan juntas de esta

manera, el mindfulness alcanza su propósito^[4]. Bodhi (2006) denomina esta conjunción de atención y conciencia “atención sabia integrada”. La experiencia subjetiva de esta mejora en las habilidades básicas de la conciencia es la *presencia* (Bodhi, 2006; Tsoknyi, 1998; Uchiyama, 2004) –la inmediatez de la experiencia en la medida en que sucede. Como ya apuntábamos (Brown et al.; 2007), la mente es experta en “viajar en el tiempo” hacia recuerdos del pasado, fantasías sobre el futuro y, en general, lejos de la realidad del presente. Este viaje en el tiempo puede llevar a cabo el importante propósito regulador de proteger, mantener y mejorar el yo, por ejemplo, en la búsqueda de objetivos (Sheldon y Vansteenkiste, 2005), pero se olvida fácilmente de que nosotros y nuestros pensamientos sólo existimos en el momento presente, sin tener una experiencia directa ni del pasado ni del futuro. Con la conciencia habitando en la realidad tal y como se presenta, en lugar de atrapada en explicaciones generadas por pensamientos sobre el pasado, el presente y el futuro, es más probable que la realidad se vea objetivamente, tal cual es, en lugar de ignorarla o controlarla conceptualmente y, por lo tanto, sólo experimentada parcialmente. De hecho, en este modo experiencial de procesamiento, los pensamientos del pasado, del presente y del futuro pueden observarse atentamente igual que otros fenómenos, es decir, sin la pérdida de autonomía psicológica que confiere la presencia de la mente.

Este debate sugiere que el concepto budista de mindfulness tiene varios puntos de conexión significativos con la actitud fenomenológica de Husserl: en primer lugar, en ambas tradiciones la experiencia de lo que acontece en el presente se convierte en algo de sumo interés, tanto si dicha experiencia surge del cuerpo-mente o a través de los sentidos. En segundo lugar, ambas proponen que el acceso a esa presencia tiene lugar mediante la suspensión de la manera habitual o automatizada de procesar la experiencia en favor de una atención abierta y receptiva que simplemente procesa lo que ocurre momento a momento. En ambas tradiciones se observan dos actividades involucradas: la suspensión de la inmersión desatenta en la experiencia a través de la metaconciencia y el dirigir la atención hacia las cosas tal cual surgen. Ambas tradiciones postulan que esta flexibilidad de la atención aporta frescura y claridad a la experiencia subjetiva (Thompson, 2007; Varela y Depraz, 2003). En tercer lugar, y relacionado con lo anterior, como estado experiencial, esta atención es activamente receptiva a lo que entra en la mente en lugar de ponerse al servicio de una manipulación

cognitiva de ese contenido mental. En cuarto lugar, ambos sistemas de pensamiento proponen que la presencia puede cultivarse (ampliarse, profundizarse, etc.) con la práctica, aunque históricamente esas tradiciones hayan diferido en el énfasis sobre la aplicación práctica de la atención para investigar la experiencia en primera persona. Recientemente los representantes de la fenomenología han querido delinear más explícitamente enfoques pragmáticos del estudio de la experiencia consciente desde una perspectiva en primera persona (Depraz, 1999; Thompson y Zahavi, 2007), pero el mindfulness y otras prácticas de atención han brindado un aporte central y fundamental a través de la filosofía y la psicología budistas durante siglos.

Históricamente esas tradiciones también han recibido distintos grados de atención por parte de los científicos interesados en las ventajas del modo experiencial de procesamiento y de la manera de estar en el mundo, quizás debido en parte a los distintos enfoques en la aplicación práctica. Recientemente, investigadores con una orientación fenomenológica han empezado a examinar las correlaciones neurológicas y los efectos que tiene la estabilidad de la atención en la percepción y demás características de las posturas experienciales aquí descritas (véase Thompson, 2007 para un resumen). En cambio, los investigadores del mindfulness hasta el momento han priorizado el estudio de las presuntas consecuencias relevantes para la salud física y mental de este estado. La gran mayoría de esta investigación se ha llevado a cabo utilizando las intervenciones basadas en mindfulness o que integran mindfulness descritas en otros capítulos de este libro, pero ha habido un aumento del interés por el estudio de la naturaleza y los efectos del fenómeno mismo. En lo que queda del capítulo destacaremos los últimos hallazgos de esta investigación reciente sobre las correlaciones emocionales y las consecuencias del mindfulness, tanto como estado mental inducido, por lo general realizado en laboratorio (mindfulness estado), y como una disposición a la experiencia cotidiana (mindfulness rasgo). Como sugerimos, ambos modos de procesamiento presentados tienen implicaciones distintas para la experiencia emocional, y la investigación sobre el mindfulness como estado o rasgo ha empezado a ofrecer un aval a esa afirmación. Antes de hablar de esa evidencia, presentaremos brevemente los resultados de la operacionalización del constructo mindfulness.

Operacionalizaciones del mindfulness

Si bien la capacidad de tener presencia mental es inherente a los seres humanos, esta experiencia puede variar considerablemente: desde elevados estados de claridad y sensibilidad a niveles bajos, como sucede en hábitos automáticos e inconscientes a nivel de los pensamientos y las acciones (Wallace, 1999). Esto sugiere que los individuos pueden diferir en la frecuencia en la que utilizan las capacidades conscientes, debido a la capacidad inherente en cada uno, la inclinación o la disciplina, y también que existen variaciones en cada individuo en cuanto a su capacidad de atención plena. Así, este estudio investiga el mindfulness como un atributo que varía tanto en las personas como entre ellas, y examina el significado de ambos tipos de variaciones en los correlatos emocionales y de otro tipo para finalmente analizar sus consecuencias.

Mindfulness estado y mindfulness rasgo

El estudio de las diferencias individuales del mindfulness se basa en el consenso científico actual de que el “Mindfulness como rasgo” refleja la capacidad de habitar y permanecer con una mayor frecuencia en el estado experiencial descrito antes. Recientemente se han publicado varios resultados obtenidos a partir de instrumentos autoadministrables, en un intento por evaluar la predisposición al mindfulness y las habilidades para su práctica; algunos de ellos son revisados por Baer en estas páginas^[5]. También se han desarrollado instrumentos autoadministrables para la medición de estados de conciencia momentáneos (Brown y Ryan, 2003; Lau et al.; 2006), aunque hasta el momento no han sido probados de manera intensiva en estudios científicos. La mayoría de la investigación en mindfulness se ha realizado en contexto de laboratorio entrenando a los participantes en diferentes técnicas de mindfulness para examinar sus efectos a corto plazo en la regulación de conductas significativas que se asocian a la salud mental, en particular el afecto. La mayor parte de los estudios experimentales han utilizado instrucciones guiadas diseñadas para dirigir la atención y profundizar la conciencia momento a momento de las experiencias a nivel físico, emocional y cognitivo. Los ejercicios utilizados hasta el momento, por lo general de entre 5 y 10 minutos de duración, están diseñados para facilitar la observación atenta de los eventos y de las experiencias momento a

momento para que las realidades del presente puedan observarse claramente y sin interferencias cognitivas. Una variante de esas estrategias, es la utilización de instrucciones muy breves (2-3 oraciones) que simplemente instan a los individuos a entrar en un estado experiencial de presencia similar al mindfulness. Este enfoque permite estudiar las manifestaciones y los efectos del procesamiento experiencial en tiempo real.

Mindfulness y experiencia emocional

La experiencia emocional y su regulación es, por supuesto, central para la salud mental. Está íntimamente ligada a la cognición y a la conducta asociadas con la salud mental. Por lo tanto, los estudios centrados en cómo el mindfulness, entendido como rasgo y como estado, explican cambios en la regulación de las emociones y puede contribuir a nuestra comprensión de cómo el mindfulness puede promover la salud mental de manera más amplia.

Elementos de la experiencia emocional

La emoción puede entenderse tanto en términos de su contenido –lo que se siente– como de sus procesos neurobiológicos subyacentes o sus causas (Barrett, Mesquita, Ochsner y Gross, 2007). En esencia, el contenido emocional se refiere a los sentimientos subjetivos de placer y malestar, y se denomina *núcleo afectivo*. Existen evidencias considerables de que las personas representan las emociones en esos términos (p. ej.; Posner, Russell y Peterson, 2005; Russell, 1980) pero, como indican Barrett et al. (2007), la experiencia de las emociones por lo general también es *sobre* algo; es decir, es un estado intencional que depende del nivel de activación, del significado relacional y del significado situacional, que ayudan a crear experiencias psicológicamente diferentes de alegría, calma, miedo, tristeza, enfado, etc. Por lo general el estudio del contenido emocional y de la regulación de las emociones se lleva a cabo con relación al significado asignado a las situaciones (i.e. evaluaciones cognitivas).

Barrett et al. (2007) destacan que las teorías más influyentes sobre emoción asumen que las experiencias de emoción –igual que otros acontecimientos mentales– están arraigadas en

procesos neurológicos (aunque no necesariamente se reducen a ellos). En su estado actual, la neurociencia no puede identificar con exactitud las regiones del cerebro ni los tipos de actividad neuronal que activan contenidos emocionales específicos, pero sí ha podido demostrar qué partes del cerebro están activas durante experiencias emocionales agradables y desagradables y en otras emociones en particular. La investigación en el campo de la neurociencia también ha empezado a perfeccionarse en aquellas regiones del cerebro que parecen ser importantes en la regulación de la afectividad en especial en las emociones desagradables.

¿Por qué asociar mindfulness y bienestar emocional?

A partir del debate anterior acerca de la naturaleza subjetiva o fenomenológica del mindfulness se desprenden varias razones para proponer que esta cualidad de atención tenga un particular contenido emocional y correlatos regulatorios, que se centran en la naturaleza experiencial de este modo de procesamiento. En primer lugar, dado que el mindfulness implica una desconexión del procesamiento conceptual de evaluación que se realiza en forma habitual, debería conducir a estados afectivos más equilibrados. Es decir, debería relacionarse a una afectividad menos desgradable y quizás también menos agradable, aunque la frescura y la inmediatez del contacto con la experiencia puede, en algunos casos, añadir un tono afectivo agradable (como en el ejemplo anterior de Varela y Depraz (2003); véase también Brown y Ryan, 2003; Csikszentmihalyi, 1990; Deci y Ryan, 1985). En segundo lugar, con la percepción más clara y objetiva que se espera del mindfulness, es menos probable que los eventos y las experiencias potencialmente problemáticas se vean distorsionadas por sesgos cognitivos o interpretaciones equivocadas que puedan generar respuestas emocionales desagradables. Por ejemplo, una dificultad para respirar puede “verse” simplemente tal cual es, en lugar de interpretarse ansiosamente como un ataque de pánico. Del mismo modo, un pensamiento egoísta o lujurioso se observa como lo que es –un pensamiento– en lugar de tomarlo como una prueba deprimente de cuan indigno esto puede ser para alguien (Claxton, 1999). Por lo tanto, este movimiento de retroceso del “cursor de la conciencia” (Claxton, 1999) hacia un estado más inmediato y menos elaborado no sólo debería ayudar a disminuir la experiencia afectiva desgradable sino que también debería inhibir la reacción emocional a estímulos desafiantes.

En tercer lugar, sabemos que la cualidad de la atención influye en los modos de regulación emocional (p. ej.; Gross y Thompson, 2007). Dado que el mindfulness implica una atención abierta y sostenida a los fenómenos externos e internos tal cual se presentan, no debería potenciar modos de regulación emocional desadaptativos como la rumiación y la supresión de pensamientos que implican cierta confusión cognitiva. Por el contrario, debería potenciar la exposición voluntaria a eventos y a experiencias desagradables o problemáticas que se ha demostrado promueven la regulación emocional adaptativa (p. ej.; Felder, Zvolensky, Eifert y Spira, 2003; Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004; Sloan, 2004).

Exsiten estudios que muestran evidencia concreta respecto de la relación entre el mindfulness rasgo/estado con el contenido emocional, en particular la efectividad, y su regulación emocional. Los resultados provienen de investigaciones empíricas que utilizaron diseños transversales con muestreros estratificados basados en la aplicación de entrenamiento en contextos controlados y de intervención. La pregunta fundamental sobre ese tipo de estudios es: ¿se asocia el mindfulness a un tono afectivo más equilibrado o positivo (una afectividad menos desagradable y más agradable)? Los métodos antes descritos se han utilizado principalmente para abordar el rol del mindfulness como rasgo en la experiencia del núcleo afectivo. Tanto los estudios transversales como los basados en entrenamiento también empiezan a mostrar cómo los rasgos y los estados de conciencia alteran la evaluación primaria y la regulación de eventos y experiencias que se encuentran cargadas emocionalmente. Finalmente, los estudios realizados en las intervenciones basadas en Mindfulness han empezado a mostrar si la experiencia afectiva nuclear y su regulación pueden modificarse. Los estudios sobre los procesos afectivos son incipientes, pero los dedicados a los rasgos y a los estados conscientes han empezado a descubrir sustratos neuronales tanto para la experiencia subjetiva como para la regulación de las emociones que pueden desarrollarse con el mindfulness. A continuación revisamos uno a uno los estudios en todas esas áreas.

Mindfulness, afectividad y contenido emocional

Núcleo afectivo. Las mediciones de mindfulness como rasgo muestran una correlación con varios indicadores afectivos (y cognitivos) de salud mental y bienestar en estudiantes

universitarios, población adulta y muestras clínicas. Por ejemplo, las distintas medidas existentes de mindfulness y de las habilidades de práctica del Mindfulness se asocian con una mayor nivel de emociones agradables, menores niveles de emociones desagradables y un nivel bajo de malestar emocional (p. ej. síntomas de depresión, ansiedad y estrés), junto con otros indicadores relacionados con la salud mental como la satisfacción con la vida y el bienestar eudaimónico (p. ej. vitalidad, autoactualización o autorealización) (p. ej. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006; Beitel, Ferrer y Cecero, 2004; Brown y Ryan, 2003; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008; Carlson y Brown, 2005; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007; Frewen, Evans, Maraj, Dozois y Partridge, en presa; McKee, Zvolensky, Solomon, Bernstein y Leen-Feldner, 2007; Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht y Schmidt, 2006). Existen indicadores de que las relaciones entre la predisposición al mindfulness (medida con la escala Mindful Attention Awareness Scale [MAAS; Brown y Ryan, 2003]) y varios indicadores emocionales y de salud mental no pueden descartarse por sesgos relacionados con la deseabilidad social ni por varianzas compartidas con rasgos de personalidad globales que tienen un impacto conocido en el bienestar emocional, como el neurocitismo y la extroversión (Brown y Ryan, 2003; Wupperman, Neumann y Axelrod, en prensa).

Este estudio correlacional parece sugerir la gran influencia que la predisposición al mindfulness pueden tener en la experiencia emocional, pero existen limitaciones conocidas respecto de los instrumentos autoadministrables, como su naturaleza retrospectiva, que introduce un espacio para los sesgos de la memoria y demás errores a la hora de informar sobre experiencias subjetivas (p. ej. Brown y Moskowitz, 1998; Stone y Shiffman, 1994). Los instrumentos de medición autoadministrables también tienden a involucrar al conocimiento semántico o a las creencias sobre pensamientos, emociones y demás experiencias subjetivas, por lo que no queda claro si reflejan con precisión el contenido propiamente dicho de esas experiencias en tiempo real (Barrett et al.; 2007; Barrett, 1997; Robinson y Clore, 2002).

Esas experiencias en tiempo real pueden evaluarse mediante la recolección de experiencias y la aplicación de técnicas ecológicas de evaluación del momento en conjunto, con el fin de captar la experiencia conductual abierta y subjetiva en cuanto ocurre, por lo general en entornos naturales del individuo y en períodos de días o semanas. Existen dos estudios que

demuestran que el mindfulness rasgo evaluado con la escala MAAS predice la experiencia afectiva nuclear (Brown y Ryan, 2003). En un estudio de tres semanas de duración con adultos, se pidió a los participantes que registraran la presencia y la intensidad de su experiencia afectiva varias veces al día a medida que recibían mensajes en su buscápersonas. El resultado fue que la conciencia plena entendida como rasgo, predecía menos afectividad desgradable día a día (sin encontrarse relación o incremento de los afectos agradables). Se obtuvieron resultados similares en un estudio de 2 semanas de duración que se realizó con estudiantes universitarios. En ese mismo estudio también se averiguó que estar en un estado de mindfulness (según la escala MAAS de estado) se asocia a una mayor afectividad agradable y a una menor afectividad desgradable tras controlar la varianza atribuible a la escala MAAS de rasgo. Son efectos independientes, lo que sugiere que los beneficios del mindfulness no deben limitarse a los de una predisposición general hacia el mismo. Sin embargo, este estudio también indica que aquellas personas con un mindfulness rasgo más elevado poseían mayores estados de mindfulness a diario.

También se han llevado a cabo estudios experimentales para explorar el efecto del estado de mindfulness en las experiencias afectivas nucleares. En un estudio en el que se contrastaban los efectos de diferentes estados de control (mindfulness, distracción y no instrucción) sobre la lectura que hacían las personas de la experiencia y sobre el rendimiento en dicha tarea, Brown y Ryan (2007) descubrieron que los individuos a los que se asignó aleatoriamente la condición de mindfulness inducido indicaron un mayor interés y disfrute de la tarea en comparación con los que estaban en condiciones de distracción y no inducción, tras controlar el interés y el disfrute en una tarea de lectura básica (previo al entrenamiento propiamente dicho).

Regulación de las emociones. Si bien las emociones, tanto las agradables como las desgradables, pueden servir para varios propósitos adaptativos, no siempre es así, y una respuesta emocional óptima suele requerir la regulación de la experiencia o de la expresión de la emoción (Barrett y Gross, 2001). Este fenómeno ocurre casi siempre en las emociones desgradables, y la regulación de los estados emocionales negativos es importante para la salud mental (Barrett, Gross, Christensen y Benvenuto, 2001; Gross y Munoz, 1995; Ryan, 2005). Barrett y Gross (2001) indican que una regulación efectiva de las emociones requiere

dos capacidades principales: un seguimiento preciso de los estados emocionales y saber cuándo y cómo intervenir para alterar dichos estados cuando sea necesario. Existen diferencias considerables entre individuos en dichas habilidades; diferencias que a su vez tienen consecuencias para el funcionamiento social y psicológico adaptativo.

Existen pruebas de que el mindfulness puede potenciar el uso efectivo de ambas habilidades. Por ejemplo, el mindfulness rasgo se ha asociado positivamente a medidas sobre la claridad de la experiencia emocional (p. ej.; Baer et al.; 2006; Brown y Ryan, 2003). Los estudios también indican que el mindfulness puede relacionarse con una mayor autoconciencia emocional, medida con instrumentos construidos a partir de las nociones de sí mismo emocional implícito y explícito. El concepto de sí mismo emocional implícito hace referencia (por lo general) a las disposiciones emocionales no conscientes que se desarrollan mediante experiencias de aprendizaje repetidas. Existe un debate importante acerca de si los individuos pueden ser conscientes de las emociones implícitas y otros procesos (Wilson, Lindsey y Schooler, 2000) así como, una manifestación del grado de concordancia entre las asociaciones implícitas y explícitas del sí mismo con las emociones. Brown y Ryan (2003) descubrieron que, en general, las personas muestran poca o ninguna concordancia entre las referencias explícitas e implícitas de su sí mismo emocional. Sin embargo, los individuos con mayor clasificación en la escala MAAS de mindfulness muestran una mayor concordancia entre los aspectos emocionales explícitos e implícitos, lo que sugiere que pueden tener una mayor conciencia del sí mismo emocional. Este resultado se adecua a la naturaleza fenomenológica del mindfulness de la que hablábamos antes, pero se trata de un estudio preliminar y se necesitan replicaciones y extensiones antes de poder concluir que el mindfulness fomenta la conciencia emocional.

Existen más estudios sobre las otras capacidades reguladoras de las emociones primarias, como la alteración de las respuestas emocionales. En primer lugar, el mindfulness rasgo y las capacidades de práctica del mindfulness se han asociado con menos supresión de pensamientos, rumiación, impulsividad y pasividad, todas las formas desadaptativas de regulación vinculadas con una peor salud mental (Baer et al.; 2006; Brown y Ryan, 2003; Cardaciotto et al.; 2008; Chambers, Lo y Allen, 2008; Feldman et al.; 2007; Frewen et al.; en prensa; McKee et al.; 2007; Shapiro, Brown y Biegel, 2007; Wupperman et al.; en prensa). Al

contrario, el mindfulness y las habilidades de mindfulness se han asociado positivamente con estrategias de regulación adaptativas, incluida la aceptación y el dejar ir los pensamientos negativos (p. ej. Baer et al.; 2006; Brown y Ryan, 2003; Frewen et al.; en prensa). La naturaleza adaptativa de la aceptación de las experiencias emocionales y demás experiencias subjetivas coincide con la noción de que en ocasiones es más adaptativo experimentar o expresar una emoción que alterar su trayectoria (Barrett y Gross, 2001).

Más allá de esos estudios preliminares de la predisposición a determinadas tendencias de regulación emocional, algunos estudios basados en rasgos han comprobado la eficacia del mindfulness para atenuar la experiencia de emociones negativas en situaciones emocionalmente provocadoras. Entre las situaciones con mayor carga emocional en las que los individuos se encuentran están las que implican conflictos interpersonales. Se sostiene que la atención receptiva que caracteriza al mindfulness puede potenciar una mayor capacidad o voluntad de interesarse por los pensamientos y las emociones de la otra persona que participa en la comunicación y que también puede mejorar la capacidad de prestar atención al contenido de dicha comunicación, al tiempo que se es consciente del tono afectivo (a veces sutil) y del comportamiento no verbal del otro (Goleman, 2006). Al mismo tiempo, esa persona puede ser más consciente de sus propias respuestas cognitivas, emocionales y verbales en la comunicación. Boorstein (1996) postula que el mindfulness potencia la capacidad de ser testigo de los pensamientos y emociones de modo que no se reaccione impulsivamente ni destrutivamente. Se han llevado a cabo estudios guiados por esa teoría en el ámbito de las relaciones amorosas, en los que se ha estudiado si el mindfulness puede afectar en el tono emocional de los conflictos amorosos y, en relación con ello, mejorar la comunicación que tiene lugar en ese tipo de relaciones.

Barnes, Brown, Krusemark, Campbell y Rogge (2007) y Wachs y Cordova (2007) descubrieron que una puntuación mayor en la escala MAAS de mindfulness rasgo predecía una mayor satisfacción en las relaciones y una mayor capacidad de respuesta constructiva ante situaciones de estrés en parejas casadas y no casadas sin problemas. En el segundo estudio de la serie con parejas de novios, Barnes et al. (2007) sometieron a prueba la fiabilidad de esos resultados en un momento de conflicto de pareja. Utilizando un paradigma metodológico y validado (p. ej. Gottman, Coan, Carrere y Swanson, 1998), los autores afirmaron que mayores

niveles en la escala MAAS predecían una menor respuesta de estrés emocional ante el conflicto (ansiedad y hostilidad con ira), efecto que se explica por el nivel inferior de estrés emocional antes de la discusión. Esto corrobora otros estudios transversales y en los que se recolectaron las experiencias subjetivas, ya citadas, las cuales demuestran que los individuos con mayor predisposición al mindfulness son menos susceptibles a estados emocionales negativos en general, lo que sugiere que esta menor susceptibilidad se extiende al contexto específico de las interacciones de pareja. Es interesante ver como los resultados de Barnes et al. (2007) muestran que en lugar de detener los efectos de la respuesta emocional durante el conflicto, el mindfulness ayuda a inocular dicha respuesta. La capacidad del mindfulness para inhibir las reacciones ante el conflicto también son evidentes en los juicios cognitivos de cada miembro de la pareja; aquéllos con mayor mindfulness rasgo muestran un cambio antes y después del conflicto más positivo (o menos negativo) en su percepción del otro miembro de la pareja y de la relación. Este estudio también apoya la importancia del mindfulness en los problemas de comunicación, pues el encontrarse en el estado de mindfulness lleva a una mejor calidad de los intercambios, tal como evalúan los clasificadores objetivos de los conflictos grabados en vídeo.

La influencia del mindfulness en las evaluaciones afectivas también se ha probado experimentalmente en dos estudios utilizando inducciones para el logro del estado de mindfulness. Arch y Craske (2006) utilizaron un ejercicio de respiración centrada para inducir un estado de mindfulness, mientras que dos grupos de control experimentales recibieron inducciones de atención y preocupación no centradas. En relación con los controles experimentales, las personas que recibieron inducción de mindfulness mostraron una reactividad menos negativa y menos volatilidad emocional al visionar unas diapositivas con carga afectiva, y una mayor voluntad de mantener el contacto visual con las imágenes más desagradables. Esto podría constituirse en prueba para un proceso teórico que explicara los efectos saludables del mindfulness en la regulación de las emociones y en la salud mental, sobre todo, en la voluntad de exponerse a información amenazadora. Es interesante observar que este estudio también revela que los individuos que reciben instrucciones de mindfulness mantienen respuestas moderadamente positivas de manera consistente frente a las imágenes neutras, mientras que los grupos inducidos por atención y preocupación descentrada responden

más negativamente a dichas imágenes, proporcionando así una base para afirmar que el mindfulness ayuda a proteger contra un tipo de procesamiento de la experiencia con connotaciones negativas.

Los resultados obtenidos por Barnes et al. (2007), Wachs y Cordova (2007), y Arch y Craske (2006) sugieren que el mindfulness puede influir en el contenido emocional alterando el significado situacional a través de un proceso de evaluación primaria, en concreto reduciendo la reactividad emocional negativa ante estímulos difíciles. Otras pruebas sugieren que un estado de mindfulness puede alterar el intervalo de tiempo de la emoción facilitando la recuperación posterior a una provocación. Broderick (2005) descubrió que, en comparación con los trastornos de distracción y rumiación, las personas que experimentan inducción de mindfulness muestran una recuperación emocional más rápida a partir de un estado de tristeza inducida. Aunque preliminares, estos resultados sobre la reactividad reducida y la aceleración de la recuperación a partir de experiencias emocionales desagradables apoyan las consecuencias hipotéticas del modo receptivo y no evaluativo de procesar que caracteriza al mindfulness, y también resulta prometedor para la investigación clínica ya que sugiere un medio para superar emociones difíciles cuando surgen (Broderick, 2005).

Relaciones dinámicas entre mindfulness y contenido y regulación emocional. Como se ha visto en otros capítulos de este libro, cada vez son más los estudios que indican que las intervenciones basadas en mindfulness pueden tener un impacto positivo en la salud mental. Las intervenciones de mindfulness pretenden aumentar el mindfulness de los participantes, y se cree que eso es el responsable de los efectos positivos de las intervenciones en los indicadores cognitivos, emocionales y de conducta de la salud mental. Sin embargo por ahora son pocos los estudios que examinan si el mindfulness se ve mejorado por esos tratamientos multimodales y si esas mejoras se relacionan con el contenido emocional, la regulación de las emociones y demás resultados de salud mental observados. Estudios como estos no sólo ayudan a abordar cuestiones básicas sobre el rol del mindfulness en la salud mental sino que también pueden informar de los procesos por los que las intervenciones de mindfulness logran sus efectos beneficiosos. En gran medida la falta de atención a tales cuestiones se debe a que los instrumentos de medición de mindfulness se han desarrollado recientemente, pero desde entonces los estudios de las intervenciones han empezado a comprobar la relación dinámica

entre cambios de mindfulness y cambios en los indicadores cognitivos y emocionales de salud mental en poblaciones sanas, estresadas y clínicas.

Varios estudios sin grupo control muestran resultados que sugieren que la predisposición al mindfulness y la capacidad de práctica aumentan significativamente en el transcurso de intervenciones de MBSR y otras similares en muestras de personas sanas y angustiadas (p. ej. Carmody y Baer, 2008; Cohen-Katz et al.; 2005; Frewen et al.; en prensa; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller, 2007). En un estudio llevado a cabo con adultos sanos que participaron en un curso intensivo de mindfulness de 10 días de duración, Chambers et al. (2008) descubrieron que, en comparación con los participantes del grupo de control, los que siguieron el curso mostraron aumentos significativos en la escala MAAS de mindfulness antes y después del curso y reducciones importantes en afectividad negativa, rumiación reflexiva y síntomas depresivos. Los aumentos de mindfulness en el periodo de estudio se asocian a una disminución de la ansiedad, los síntomas depresivos y la rumiación reflexiva, y a aumentos en la afectividad positiva y la memoria útil.

Otros estudios de intervención para probar esas asociaciones dinámicas se han centrado en profesionales de la salud y en formadores, cuyas ocupaciones los pueden colocar en una situación de riesgo de padecer varios trastornos relacionados con el estrés tales como depresión, ansiedad, cansancio emocional y saturación profesional (Sherwin et al.; 1992; Tyssen, Vaglum, Gronvold y Ekeberg, 2001). En un estudio de reducción del estrés basada en mindfulness con controles realizado con psicoterapeutas en formación, Shapiro et al. (2007) descubrieron que los participantes en intervenciones experimentaban aumentos significativos en la escala MAAS de mindfulness a las 8 semanas, además de aumentos en afectividad positiva y disminuciones en estrés percibido, afectividad negativa, ansiedad estado y rasgo y rumiación en comparación con los controles. Por otra parte, la mejora del mindfulness se asocia con una disminución de la ansiedad y la angustia además de con una tendencia reducida a utilizar la rumiación para regular las emociones. También se han empezado a probar estas asociaciones en poblaciones clínicas. En un estudio de reducción del estrés basada en mindfulness sin grupo control realizada en pacientes con diagnóstico de cáncer, Brown y Ryan (2003) hallaron que los aumentos en la escala MAAS de mindfulness rasgo iban relacionados con disminuciones del estrés y de la ansiedad, síntomas depresivos y demás indicadores de

trastornos del estado de ánimo (cf. Carlson y Brown, 2005).

Resumiendo, los estudios preliminares basados en rasgos sugieren que el mindfulness va asociado con una variedad de indicadores afectivos (y cognitivos) de bienestar, mientras que los estudios basados en rasgo como en estado sugieren que el mindfulness va asociado a una afectividad más agradable y, en particular, una experiencia afectiva menos desagradable. Los individuos más predispuestos y con mindfulness estado parecen experimentar una afectividad desagradable con menos intensidad día a día y, cuando se encuentran en estado de mindfulness, reaccionan con menos intensidad ante estímulos de provocación emocional. Esta menor reactividad, combinada con pruebas iniciales de una recuperación más rápida de estados de ánimo desagradables inducidos (tristeza), sugiere que el mindfulness promueve una regulación de las emociones más eficaz, que puede ayudar a explicar los estados emocionales más positivos que se le asocian. A su vez, este estudio también apoya varias teorías que destacan la importancia de la sensibilidad atenta para indicaciones psicológicas y de otra índole, para el funcionamiento autorregulado (p. ej. Baumeister, Heatherton y Tice, 1994; Carver y Scheier, 1998; Deci y Ryan, 1985).

Mindfulness y procesos afectivos

Los estudios sobre los procesos afectivos subyacentes a las correlaciones emocionales aparentemente saludables de mindfulness son incluso más recientes que los centrados en el núcleo afectivo, en los contenidos emocionales específicos y en las evaluaciones cognitivas, pero vale la pena destacar esos pocos estudios disponibles porque pueden ayudar a corroborar los estudios sobre mindfulness y experiencias emocionales subjetivas ya descritas además de sugerir sustratos neurológicos para los mismos.

Los procesos emocionales implican una serie de procesos neurológicos correlacionados y diversos (Anderson, 2007), pero son dos las áreas del cerebro –la amígdala y el córtex prefrontal (PFC) las que parecen ser importantes tanto para la experiencia como para la regulación de las emociones. Existen datos que señalan que la activación de la amígdala se asocia con las experiencias emocionales negativas (en particular el miedo), aumentando la sensibilidad perceptual ante estímulos negativos (Barrett, Bliss-Moreau, Duncan, Rauch y

Wright, 2007). La activación del PFC, en particular de las regiones lateral y dorsal, se asocia con una menor activación de la amígdala y con la disminución deliberada de las respuestas emocionales negativas (i.e.; regulación de las emociones), quizás a través de las regiones ventral y medial del PFC (Phelps, 2006; Urry et al.; 2006). Juntos, el análisis de la amígdala y de las regiones del PFC aportan una visión de los procesos de reactividad y regulación emocional, que abren a su vez oportunidades para el estudio de las correlaciones neuronales del procesamiento consciente de estímulos emocionalmente provocativos.

En un estudio sobre este tema, Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman (2007) examinaron si los individuos más conscientes mostraban menos reactividad a estímulos en forma de imágenes emocionalmente amenazantes (negativas), midiendo para ello el nivel de activación de la amígdala mediante resonancia magnética funcional y una regulación más potente de las respuestas emocionales a través de mecanismos de la corteza prefrontal. Este estudio indica que en relación con los sujetos menos conscientes, los que obtuvieron mejores resultados en la escala MAAS son menos reactivos a los estímulos emocionales amenazantes, según indica la respuesta atenuada de la amígdala bilateral y la mayor activación de la corteza prefrontal (en PFC dorsomedial, ventrolateral izquierda y derecha, medial y dorsolateral derecha PFC) durante el etiquetado de dichos estímulos. Además se observó una mayor asociación inversa entre esas áreas del PFC y la amígdala derecha entre los individuos con mayor puntaje en la escala MAAS. Este resultado sugiere la posibilidad de obtener una mayor capacidad de regulación de las emociones mediante mindfulness a través de un aumento en la inhibición cortical prefrontal de las respuestas de la amígdala. Ochsner, Bunge y Gross (2002) sugieren que este patrón de activaciones puede asociarse con una “reducción” de los procesos de evaluación, es decir, cambiar de un modo emocional de análisis de los estímulos a uno no emocional. Algo que coincide con la fenomenología receptiva y no evaluativa del mindfulness ya descrita, en la que los objetos y los acontecimientos de la atención focalizada simplemente se observan, sin intentar alterarlos ni analizarlos.

También existen algunas evidencias de que el mindfulness puede disminuir la reactividad ante las amenazas y el malestar procedente de situaciones sociales, y en particular la que suele surgir cuando la conectividad se pierde debido a exclusión social, una experiencia que las personas están muy motivadas a evitar (p. ej. Allen y Knight, 2005). Creswell, Eisenberger y

Lieberman (2007) comprobaron si la atención consciente generaba ventajas protectoras contra el malestar al ser excluido por parte de los miembros de un grupo y si esta mayor ecuanimidad frente a la exclusión podría llegar a reducir la reactividad ante esta forma de amenaza social, medida con imágenes de las regiones del cerebro conocidas por su implicación en la experiencia del dolor y el malestar a nivel social.

Estudiantes universitarios participaron en un juego virtual de lanzamiento de pelota con otros dos “participantes” (un ordenador, de hecho) mientras se sometían a un estudio de imagen por resonancia magnética funcional. En el primer bloque de tareas, cada participante se incluía en el juego de pasar la pelota, mientras que en el segundo bloque, el participante era excluido durante la mayoría de los pases. Tras la tarea, los participantes indicaron sus percepciones de rechazo social durante la exclusión. Los resultados muestran que el mindfulness valorado según la escala MAAS predice una menor percepción de rechazo. Además, esta asociación está parcialmente mediada por una reducción de la actividad en la corteza cingulada anterior dorsal (dACC), la región que se activa durante el malestar social (Eisenberger, Lieberman y Williams, 2003). Estos resultados coinciden con el estudio de los conflictos de pareja descrito antes ya que sugieren que el mindfulness predice una respuesta más tenue ante una amenaza social, en este caso, el rechazo aparente por parte de pares y que esa respuesta atenuada se debe, en parte, a una reducción en la evaluación reactiva que se realiza de dicha amenaza.

Los resultados también ofrecen una visión del rol del mindfulness en la modificación de la expresión del si mismo en contextos sociales. La teoría y la investigación sugieren que la identidad personal, o el auto-concepto, está muy influenciada por las opiniones y las reacciones de los demás, y que las reacciones frente a la evaluación negativa ante el rechazo se producen porque el sentido de valoración de uno mismo involucra o está sujeto a la validación de los demás (e.g.; Leary, 2004). Sin embargo, si el sentido del si mismo basado en un procesamiento experiencial resulta operativo, los hechos que vulneran el concepto del si mismo, como el rechazo, pueden resultar menos amenazadores de lo que podrían ser (Brown, Ryan, Creswell y Niemiec, 2008).

Si bien esta noción requiere más estudio, existen pruebas iniciales que apuntan a que el enfoque experiencial (EF) descrito tanto por teóricos del mindfulness y de la fenomenología

tiene referentes neurológicos distintos del enfoque narrativo y conceptual que por lo general es el modo de procesamiento por defecto. Farb et al. (2007) han llevado a cabo un estudio con personas que habían finalizado un programa MBSR y con estudiantes que recién comenzaban su entrenamiento en dicha técnica, entrenados para utilizar dos tipos de enfoque de la atención las cuales debían aplicar sobre estímulos específicos (rasgos de personalidad positivos y negativos) diseñado para activar la auto referencia. El enfoque experiencial (EE) implica una atención centrada en el presente y no conceptual ante pensamientos, emociones y sensaciones físicas, utilizando la metaconciencia para redirigir la atención a la experiencia presente cuando se distrae debido a pensamientos o recuerdos (i.e.; mindfulness). El enfoque narrativo (EN) se caracteriza por el análisis del significado de las palabras que describen el rasgo y su aplicación al si mismo en un flujo continuo de pensamientos que también resulta característico de la rumiación, la divagación de la mente y la atención tranquila. Entre otros resultados, este estudio concluye que el EE daba lugar a una reducción de la actividad en la región media de la corteza asociada con el EN tanto en los practicantes recién iniciados de mindfulness como en los que han recibido el entrenamiento, en particular en la corteza prefrontal medial (mPFC). Estas reducciones en la mPFC son mayores y más marcadas en las personas que ya han sido entrenadas en mindfulness.

Aunque todavía incipiente, este estudio basado en procesos neurológicos converge con el estudio subjetivo basado en autoinformes que veíamos antes porque sugiere que el modo fenomenológico o consciente de procesamiento se asocia a una disminución de la reactividad emocional ante estímulos negativos y una mejor regulación de la respuesta emocional, quizás a través de prestar atención a la experiencia inmediata, que permite una simplificación de las redes conceptuales que vinculan las experiencias subjetivas en el tiempo para promover ansiedad, arrepentimiento, tristeza y demás emociones desagradables y autoreferenciales. Este estudio de procesos también ofrece una visión de los mecanismos neurológicos que pueden subyacer a la experiencia subjetiva más ecuánime que fomenta el mindfulness (p. ej.; Analayo, 2003; Brown y Ryan, 2003).

Conclusiones y lineamientos para el futuro

Este capítulo tuvo dos objetivos principales: en primer lugar, buscamos aclarar la naturaleza del mindfulness adoptando una “visión desde el interior” de los modos duales de procesamiento de la experiencia consciente. La fenomenología de Husserl y las teorías budistas convergen en varios puntos en la descripción de una fenomenología de la experiencia en la que la naturaleza subjetiva del mindfulness puede entenderse mejor. En segundo lugar, buscábamos describir las implicaciones de este enfoque práctico de la vida para un elemento clave de la experiencia subjetiva, a saber, las emociones. Los resultados de los estudios recientes en los que se utilizan medidas de rasgos e inducciones de estados de mindfulness coinciden en mostrar que esta cualidad de presencia va asociada a un contenido emocional más equilibrado, en particular una disminución de experiencias emocionales desagradables. El mindfulness también parece promover menos reactividad ante acontecimientos que pueden provocar malestar emocional y una regulación más eficiente de ese malestar cuando se produce. Los estudios que utilizan imágenes neurológicas han empezado a ofrecer pistas sobre los sustratos de la corteza y la subcorteza en el caso de experiencias subjetivas más optimistas de las que hablan más individuos conscientes.

Estos estudios del contenido emocional y del proceso aportan una mayor introspección de los mecanismos por los que el mindfulness promueve el bienestar emocional y, por ello, la salud mental. Se cree que el mindfulness promueve el bienestar emocional a través de múltiples medios (p. ej. Baer, 2003; Brown et al.; 2007; Shapiro et al.; 2007), y este texto sugiere que el mindfulness se asocia a una menor evaluación de los estímulos (que también se ha llamado aceptación y no juzgar), quizás mediante la inmediatez del contacto con los mismos. Otra explicación de las ventajas emocionales del mindfulness es el procesamiento receptivo y no defensivo de las experiencias que presentan desafíos emocionales. Los estudios analizados aquí sugieren que la exposición voluntaria, una mayor voluntad a tolerar o a permanecer presente ante estímulos desagradables sin reaccionar cognitivamente, puede ayudar a explicar el rol del mindfulness en la producción de un mayor equilibrio emocional y una regulación de las emociones más efectiva frente a eventos y experiencias emocionalmente problemáticos o difíciles.

Sin embargo estas conclusiones descriptivas y explicativas deben considerarse como provisionales ya que existen relativamente pocos estudios de mindfulness rasgo/estado,, las

muestras que existen son pequeñas, y la mayoría de los estudios utilizan diseños correlacionales –factores todos ellos que limitan la posibilidad de extraer conclusiones causales acerca del mindfulness y la experiencia emocional y el bienestar. A medida que el campo del estudio del mindfulness madura, las oportunidades para crear una base de conocimiento más firme son numerosas. Aquí apuntamos dos brevemente. Primero, hace falta ajustar las conceptualizaciones de los rasgos de mindfulness a fin de reflejar con más precisión las descripciones académicas de este modo de procesamiento. Para ello, el estudio de ambos estados de conciencia y de la ciencia cognitiva es de un valor incalculable para detallar la calidad subjetiva de la experiencia que implica el mindfulness. Segundo, la llegada de la investigación experimental para estudiar los estados conscientes ofrece excelentes oportunidades para observar la naturaleza y los resultados de un procesamiento experiencial o consciente en tiempo real. La importancia de esos estudios no radica solamente en publicar la naturaleza y el significado funcional del mindfulness sino que también ayuda a abordar cuestiones fundamentales acerca de cómo se experimentan los procesos mentales conscientes y cómo ese procesamiento puede optimizarse para mejorar la experiencia emocional y el bienestar humano en general.

Agradecimientos: La preparación de este capítulo ha contado con una ayuda parcial de la beca de NIH R01 AG025474-02 para el primer autor. Damos las gracias a Melissa Glennie, Laura Kiken, Jonathan Shear y Evan Thompson por sus útiles comentarios y sugerencias en el borrador previo.

Referencias

- ARCH, J.J.; CRASKE, M.G. (2006). “Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction”. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- ALLEN, N.B.; KNIGHT, W. (2005). “Mindfulness, compassion for self, and compassion for others”. En P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research, and use in psychotherapy* (pp. 239-262). Nueva York: Routledge.
- ANALAYO, B. (2003). *Satipatthana: The direct path to realization*. Birmingham, Reino Unido: Windhorse.

- ANDERSON, A.K. (2007). "Feeling emotional: The amygdala links emotional perception and experience". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 71-72.
- BAER, R.A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- 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, 27-45.
- BARGH, J.A.; CHARTRAND, T.L. (1999). "The unbearable automaticity of being". *American Psychologist*, 54, 462-479.
- BARNES, S.; BROWN, K.W.; KRUSEMARK, E.; CAMPBELL, W.K.; ROGGE, R.D. (2007). "The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress". *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 482-500.
- BARRETT, L.F. (1997). "The relationship among momentary emotional experiences, personality descriptions, and retrospective ratings of emotion". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1100-1110.
- BARRETT, L.F.; BLISS-MOREAU, E.; DUNCAN, S.L.; RAUCH, S.L.; WRIGHT, C.I. (2007). "The amygdala and the experience of affect". *Social Cognitive and Affective Neuro-science*, 2, 73-83.
- BARRETT, L.F.; GROSS, J.J. (2001). "Emotion representation and regulation: A process model of emotional intelligence". En T. MAYNE; G. BONNANO (Eds.), *Emotion: Current issues and future directions* (págs. 286-310). Nueva York: Guilford.
- BARRETT, L.F.; GROSS, J.; CHISTENSEN, T.C.; BENVENUTO, M. (2001). "Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation". *Cognition & Emotion*, 15, 713-724.
- BARRETT, L.F.; MESQUITA, B.; OCHSNER, K.N.; GROSS, J.J. (2007). "The experience of emotion". *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- BAUMEISTER, R.F.; HEATHERTON, T.F.; TICE, D.M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- BEITEL, M.; FERRER, E.; CECERO, J.J. (2004). "Psychological mindedness and awareness of self and

- others". *Journal of Clinical Psychology*, 61, 739-750.
- BODHI, B. (2000). *The connected discourses of the Buddha*. Boston, MA: Wisdom Publications.
- BODHI, B. (2006). En B.A. Wallace (Ed.), *The nature of mindfulness and its role in Buddhist meditation: A correspondence between B. Alan Wallace and the Venerable Bhikkhu Bodhi*. Manuscrito inédito, Santa Barbara Institute for Consciousness Studies, Santa Barbara, CA.
- BOORSTEIN, S. (1996). *Transpersonal psychotherapy*. Albany, NY: State University of New York Press.
- BRODERICK, P.C. (2005). "Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction". *Cognitive Therapy and Research*, 29, 501-510.
- BROWN, K.W.; MOSKOWITZ, D.S. (1998). "It's a function of time: A review of the process approach to behavioral medicine research". *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 1-11.
- 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, 822-848.
- BROWN, K.W.; RYAN, R.M. (2007). *The effects of mindfulness on task engagement, performance, and subjective experience*. Manuscrito inédito, Virginia Commonwealth University.
- BROWN, K.W.; RYAN, R.M.; CRESWELL, J.D. (2007). "Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects". *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.
- BROWN, K.W.; RYAN, R.M.; CRESWELL, J.D.; NIEMIEC, C.P. (2008). "Beyond Me: Mindful responses to social threat". En H.A. WAYMENT; J.J. BAUER (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (págs. 75-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- CARDACIOTTO, L.; HERBERT, J.D.; FORMAN, E.M.; MOITRA, E.; FARROW, V. (2008). "The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale". *Assessment*, 15, 204-223.
- CARLSON, L.E.; BROWN, K.W. (2005). "Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a

- cancer population". *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- CARMODY, J.; BAER, R.A. (2008). "Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms, and well-being in a mindfulness-based stress reduction program". *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.
- CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Nueva York: Cambridge University Press.
- CHAMBERS, R.; LO, B.C. y ALLEN, N.B. (2008). "The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect". *Cognitive Therapy and Research*, 33, 302-322.
- CLAXTON, G. (1999)." Moving the cursor of consciousness: Cognitive science and humanwelfare". En F.J. VARELA; J. SHEAR (Eds.), *The view from within: First-person approaches to the study of consciousness* (págs. 219-222). Bowling Green, OH: Imprint Academic.
- 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, 26-35.
- CRESWELL, J.D.; EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D. (2007). *Neurobehavioral correlates of mindfulness during social exclusion*. Manuscrito inédito, University of California, Los Angeles.
- CRESWELL, J.D.; WAY, B.M.; EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D. (2007). "Neural correlates of mindfulness during affect labeling". *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-565.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper/Collins.
- DECI, E.L.; RYAN, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nueva York: Plenum.
- DENNETT, D.C. (1992) "The self as a center of narrative gravity". En F. KESSEL, P. COLE; D. JOHNSON (Eds.), *Self and consciousness: Multiple perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

DEPRAZ, N. (1999). "The phenomenological reduction as praxis". *Journal of Consciousness Studies*, 6, 95-110.

DREYFUS, G.; THOMPSON, E. (2007). "Asian perspectives: Indian theories of mind". En P.D. ZELAZO, M. MOSCOVITCH; E. THOMPSON (Eds.), *The Cambridge handbook of consciousness* (págs. 89-114). Nueva York: Cambridge University Press.

EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D.; WILLIAMS, K.D. (2003). "Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion". *Science*, 302, 290-292.

FARB, N.A.S.; SEGAL, Z.V.; MAYBERG, H.; BEAN, J.; MCKEON, D.; FATIMA, Z.; ANDERSON, A.K. (2007). "Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 313-322.

FELDMAN, G.; HAYES, A.; KUMAR, S.; GREESON, J.; LAURENCEAU, J. (2007). "Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.

FELDER, M.T.; ZVOLENSKY, M.J.; EIFERT, G.H.; SPIRA, A.P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using bio-logical challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.

FREWEN, P.A. EVANS, E.M.; MARAJ, N.; DOZOIS, D.J.; PARTRIDGE, K. (en prensa). "Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking". *Cognitive Therapy and Research*.

FORMAN, E.M.; HERBERT, J.D.; MOITRA, E.; YEOMANS, P.D.; GELLER, P.A. (2007). "A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression". *Behavior Modification*, 31, 772-799.

GALLAGHER, S. (2000). "Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science". *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 14-21.

GOLDSTEIN, J. (2005). *Un único Dharma: El emergente budismo occidental*. Barcelona: La liebre de marzo.

GOLEMAN, D. (2006). "Social intelligence: The new science of human relationships". Nueva York: Bantam.

- GOTTMAN, J.M.; COAN, J.; CARRERE, S.; SWANSON, C. (1998). "Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions". *Journal of Marriage and the Family*, 60, 5-22.
- GROSS, J.J.; MUÑOZ, R.F. (1995). "Emotion regulation and mental health". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- GROSS, J.J.; THOMPSON, R.A. (2007). "Emotion regulation: Conceptual foundations". En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (págs. 3-24). Nueva York: Guilford.
- HUSSERL, E. (1981). En P. McCORMICK; F.A. ELLISTON (Eds.), *Husserl: Shorter works*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- HUSSERL, E. (1999). *The essential Husserl: Basic writings in transcendental phenomenology* (D. Welton, Ed.). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- KABAT-ZINN, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- KORNFIELD, J. (1993). *A path with heart*. Nueva York: Bantam.
- KRIESEL, U. (2007). "Philosophical theories of consciousness: Contemporary Western perspectives". En P.D. ZELAZO, M. MOSCOVITCH; E. THOMPSON (Eds.), *The Cambridge handbook of consciousness* (págs. 35-66). Nueva York: Cambridge University Press.
- LAMBIE, J.A.; MARCEL, A.J. (2002). "Consciousness and the varieties of emotion experience: A theoretical framework". *Psychological Review*, 109, 219-259.
- LANGER, E. (2002). "Well-being: Mindfulness versus positive evaluation". En C.R. SNYDER; S.J. LOPEZ (Eds.), *Handbook of positive psychology* (págs. 214-230). Nueva York: Oxford University Press.
- LAU, M.A.; BISHOP, S.R.; SEGAL, Z.V.; BUIS, T.; ANDERSON, N.D.; CARLSON, L.; et al. (2006). "The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation". *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- LEARY, M. R. (2004). *The curse of the self: Self-awareness, egotism, and the quality of human life*. NY: Oxford University Press.
- LEARY, M. R. (2005). "Nuggets of social psychological wisdom". *Psychological Inquiry*, 16,

- LEGRAND, D. (2007). "Pre-reflective self-as-subject from experiential and empirical perspectives". *Consciousness and Cognition*, 16, 583-599.
- LEVITT, J.T.; BROWN, T.A.; ORSILLO, S.M.; BARLOW, D.H. (2004). "The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder", *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- LUTZ, 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* (págs. 499-551). Nueva York: Cambridge University Press.
- MCKEE, L.; ZVOLENSKY, M.J.; SOLOMON, S.E.; BERNSTEIN, A.; LEEN-FELDNER, E. (2007). "Emotional-vulnerability and mindfulness: A preliminary test of associations among negative affectivity, anxiety sensitivity, and mindfulness skills". *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 91-100.
- NYANIPONIKA (1973). *The heart of Buddhist meditation*. Nueva York: Weiser Books.
- OCHSNER, K.N.; BUNGE, S.A.; GROSS, J.J. (2002). "Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion". *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 1215-1229.
- OLENDZKI, A. (2005). "The roots of mindfulness". En GERMER, C.K.; SIEGEL, R.D.; FULTON, P.R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (págs. 241-261). Nueva York: Guilford.
- PHELPS, E.A. (2006). "Emotion and cognition: Insights from studies of the human amygdala". *Annual Review of Psychology*, 57, 27-53.
- POSNER, J.; RUSSELL, J.A.; PETERSON, B.S. (2005). "The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology". *Development and Psychopathology*, 17, 715-734.
- ROBINSON, M.; CLORE, G.L. (2002). "Episodic and semantic knowledge in emotional self-report: Evidence for two judgment processes". *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 198-215.
- RUSSELL, J. A. (1980). "A circumplex model of affect". *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.

RYAN, R.M. (2005). "The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders". *Development and Psychopathology*, 17, 987-1006.

SHAPIRO, S.L.; BROWN, K.W.; BIEGEL, G. (2007). "Teaching self-care to caregivers: The effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the mental health of therapists in training". *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.

SHELDON, K.M.; VANSTEENKISTE, M. (2005). "Personal goals and time travel: How are future places visited, and is it worth it?". En A. STRATHMAN Y J. JOREMAN, (Eds.), *Understanding behavior in the context of time: Theory, research, and application* (págs. 143-163). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

SHERWIN, E.; ELLIOTT, T.; RYBACZYK, B.; FRANK, R.; HANSON, S.; HOFFMAN, M. (1992). "Negotiating the reality of caregiving: hope, burnout, and nursing". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 129-139.

SLOAN, D.M. (2004). "Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance". *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.

STONE, A.A.; SHIFFMAN, S. (1994). "Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine". *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 199-202.

TEASDALE, J.D. (1999). "Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression". *Behaviour Research and Therapy*, 37, 53-77.

THOMPSON, E. (2007). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge, MA: Belknap Press.

THOMPSON, E.; ZAHAVI, D. (2007). "Philosophical issues: Phenomenology". En P.D. ZELAZO, M. MOSCOVITCH; E. THOMPSON (Eds.), *The Cambridge handbook of consciousness* (pp. 67-87). Nueva York: Cambridge University Press.

TSOKNYI, D. (1998). *Carefree dignity: Discourses on training in the nature of mind*. Hong Kong: Rangjung Yeshe Publications.

TYSSEN, R.; VAGLUM, P.; GRONVOLD, N.T.; EKEBERG, O. (2001). "Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and

- longitudinal study". *Medical Education*, 35, 110-120.
- UCHIYAMA, K. (2004). *Opening the hand of thought*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- URRY, H.L.; VAN REEKUM, C.M.; JOHNSTONE, T.; KALIN, N.H.; THUROW, M.E.; SCHAEFER, H. S.; et al. (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". *Journal of Neuroscience*, 26, 4415-4425.
- VARELA, F.J.; DEPRAZ, N. (2003). "Imagining: Embodiment, phenomenology, and transformation". En B.A. WALLACE (Ed.), *Buddhism and science: Breaking new ground* (págs. 195-232). Nueva York: Columbia University Press.
- VARELA, F.J.; SHEAR, J. (1999). *The view from within: First-person approaches to the study of consciousness*. Bowling Green, OH: Imprint Academic.
- WACHS, K.; CORDOVA, J.V. (2007). "Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships". *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 464-481.
- WALACH, H.; BUCHHELD, N.; BUTTENMULLER, V.; KLEINKNECHT, N.; SCHMIDT, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- WALLACE, B.A. (1999). "The Buddhist tradition of *Samatha*: Methods for refining and examining consciousness". En F.J. VARELA; J. SHEAR (Eds.), *The view from within: First-person approaches to the study of consciousness* (págs. 175-187). Bowling Green, OH: Imprint Academic.
- WILSON, T.D.; LINDSEY, S.; SCHOOLER, T.Y. (2000). "A model of dual attitudes". *Psychological Review*, 107, 101-126.
- WUPPERMAN, P.; NEUMANN, C.S.; AXELROD, S.R. (in press). "Do deficits in mindfulness underlie Borderline Personality features and core difficulties?". *Journal of Personality Disorders*.

[1.](#) Fragmentos de este capítulo extraídos de Brown, Ryan y Creswell (2007).

2. NdT: traducción libre.

3. Es importante destacar que también se produce una dinámica activa-pasiva en el procesamiento de segundo orden orientado a objeto, pero que en ese caso la actividad no es tanto abrirse a lo que es sino que tiene más que ver con la evaluación, la discriminación y otras actividades cognitivas a las que se ha orientado la atención afectivamente.
4. Esta integración de atención y metaconciencia es la que ayuda a distinguir el mindfulness de la concentración. Según indica Georges Dreyfus (comunicación personal del 17 de octubre de 2007), la atención puede centrarse en un objeto pero sin suficiente claridad o presencia como para retener ese enfoque. Eso quiere decir que la mente puede concentrarse pero que sin metaconciencia que ayude a preservar esa atención centrada, no habrá mindfulness.
5. Por “habilidades para la práctica de mindfulness” entendemos los diversos apoyos sobre los que se basa la práctica para la expresión de la atención consciente, como la actitud de aceptación hacia la experiencia, la descripción discursiva de las experiencias subjetivas a medida que van surgiendo (p. ej.; etiquetado), etc.

Parte II

Aplicaciones clínicas:

questiones generales, fundamentos y fenomenología

5

Mindfulness y psicopatología: formulación de problemas

Nancy L. Kocovski, Zindel V. Segal y Susan R. Battista

No hay mayor impedimento al progreso de las ciencias que el deseo de que éste ocurra demasiado deprisa.

Georg Christoph Lichtenberg (1742-1799)

En la actualidad, las intervenciones basadas en mindfulness se están utilizando con varias poblaciones para tratar una amplia gama de trastornos físicos y psicológicos. Por ejemplo, los Programas de Reducción del Estrés Basados en Mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 2004) se han utilizado para tratar el dolor crónico y la ansiedad, entre otras enfermedades. La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002) se ha utilizado para prevenir la recaída en casos de depresión. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) incluye elementos de mindfulness y se ha utilizado con una gran variedad de pacientes. Por último, la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT; Linehan, 2003) incorpora el mindfulness como habilidad central en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Dado el número cada vez mayor de intervenciones basadas en mindfulness y de evidencias a favor de la utilización de algunas de esas intervenciones, es comprensible que los profesionales estén interesados en continuar aplicando el mindfulness a una gran variedad de casos. Sin embargo, existe el peligro de caer en una aplicación excesiva del mindfulness como tratamiento para psicopatologías. Además, la aplicación de un programa de mindfulness genérico para varias dolencias puede resultar menos eficaz que trabajar con intervenciones de mindfulness a medida para un problema específico. Por otra parte, En este sentido, la elaboración de programas integradores para problemas específicos podrían obtener mejores resultados siempre y cuando la incorporación del mindfulness se produzca de manera consistente con sus bases teóricas y además si se analiza la efectividad basada en evidencias

concretas.

El principal objetivo de este capítulo es destacar la importancia de adoptar una óptica de formulación de problemas para el desarrollo y la utilización de las intervenciones de mindfulness. Un segundo objetivo, relacionado con el anterior, es revisar la teoría actual y los estudios sobre los mecanismos de cambio de las intervenciones de mindfulness en la reducción del malestar psicológico y también potenciar más investigación en el área. De manera complementaria, se busca que los terapeutas entiendan claramente cómo las intervenciones de mindfulness llevan a la obtención de resultados positivos. Esto resulta esencial, ya que eso implicará una mejora en la formulación de problemas.

Formulación de problemas

Las pruebas que avalan la eficacia de las intervenciones de mindfulness en una amplia variedad de poblaciones pueden llevar a algunos a extraer como conclusión que los grupos de mindfulness son una “tecnología terapéutica general” muy rentable (Teasdale, Segal y Williams, 2003). Teasdale y sus colegas proponen que si bien ha habido resultados favorables para las intervenciones de mindfulness, a menudo esos estudios han tenido instructores que encarnaban, a veces implícitamente, visiones bastante específicas de la naturaleza del malestar emocional y de las maneras de reducir ese malestar. Además postulan que para que las intervenciones de mindfulness tengan éxito, los profesionales deben disponer de una formulación clara del trastorno que se está tratando y de cómo una intervención de mindfulness podría resultar útil para el mismo. También creemos que entender los mecanismos de cambio es necesario para un enfoque de formulación de problemas para la utilización de intervenciones de mindfulness.

Teasdale et al. (2003) establecieron seis consideraciones relacionadas con el mindfulness que requieren más estudio. Varias de esas consideraciones mejorarían con la comprensión de los mecanismos de cambio de las intervenciones de mindfulness para un trastorno en particular. En primer lugar, la práctica del mindfulness puede resultar inútil. Existen trastornos en los que la meditación mindfulness puede no resultar beneficiosa o incluso puede empeorar el trastorno

o problema. Por ejemplo, los primeros estudios realizados sobre el uso de la meditación en pacientes con trastornos psicóticos no resultaron prometedores (p. ej. Walsh y Roche, 1979); sin embargo, estudios posteriores con ACT para psicosis dieron como resultado menores niveles de de rehospitalización en comparación con el grupo de control (Bach y Hayes, 2002). El *Melbourne Academic Mindfulness Interest Group* (2006) revisó otros efectos adversos que recoge la literatura médica, que por lo general aparecen con la meditación trascendental y retiros de meditación más largos, y que incluyen un aumento de los síntomas de depresión y ansiedad. Relacionado con lo anterior, las intervenciones de mindfulness a menudo implican una inversión de tiempo significativa que se manifiesta en al menos una reunión semanal en grupo de dos horas de duración durante ocho semanas como mínimo, incluyendo además tiempos de desplazamientos hacia y desde las reuniones y el compromiso de trabajo en casa de al menos cuarenta y cinco minutos diarios. Algunos programas también incluyen un día completo de práctica de mindfulness en grupo. Este compromiso de tanto tiempo puede considerarse como una consecuencia adversa si un paciente no se beneficia de la intervención (*Melbourne Academic Mindfulness Interest Group*, 2006).

En segundo lugar, compartir una formulación clara con los pacientes es importante, y eso implica entender cómo el mindfulness puede suponer un cambio para el problema de ese paciente en concreto. Algunos enfermos pueden tener ideas preconcebidas de lo que implica el mindfulness y juzgarlo como una visión no apropiada. Una conversación sobre cómo el mindfulness puede resultar una intervención adecuada puede ayudar a contrarrestar esas ideas preconcebidas.

La tercera consideración va relacionada con la aparente sencillez del mindfulness. El mindfulness parece un procedimiento simple, pero el estilo es tan importante como la técnica. Entender los mecanismos de cambio para un problema en concreto puede dar información sobre los ejercicios de mindfulness elegidos para la intervención, el estilo de trabajo y el énfasis para la investigación.

En cuarto lugar, el mindfulness se desarrolló originalmente como parte de un abordaje, no como un fin en si mismo. A menudo existen técnicas bien estudiadas y avaladas para un trastorno en particular que pueden integrarse con intervenciones de mindfulness. Sin embargo,

excluir técnicas establecidas previamente en favor de una visión de mindfulness puro puede resultar en detrimento para los pacientes. Suele haber terapias cognitivas y comportamentales tradicionales que cuentan con apoyo empírico para determinadas poblaciones y uno de los problemas de integrar el mindfulness con esas intervenciones es que los fundamentos basados en aceptación del mindfulness pueden estar en desacuerdo con los basamentos de las intervenciones cognitivas y comportamentales tradicionales (véase un resumen en Lau y McMain, 2005). Sin embargo, es un problema que puede superarse y que se ha superado (p. ej. MBCT; Segal et al.; 2006), destacando que, aunque pueda parecer difícil, es posible lograr una integración teórica con enfoques aparentemente muy distintos. Así pues, en lugar de abandonar tratamientos empíricamente avalados a favor de una intervención de mindfulness puro, la integración puede ser el enfoque más efectivo. Además, entender los mecanismos de cambio mejorará el desarrollo de enfoques multicomponente que incluyan intervenciones de mindfulness.

En quinto lugar, algunos componentes de la práctica del mindfulness pueden ser más relevantes para algunos trastornos que para otros. Entender los mecanismos de cambio para un trastorno en particular da información sobre qué componentes de mindfulness son más relevantes para dicho trastorno.

La sexta y última consideración señalada por Teasdale et al. (2003) es que si bien la práctica de mindfulness puede afectar a procesos comunes para varios trastornos, una aplicación indiscriminada de técnicas de mindfulness entre trastornos no es la mejor manera de proceder. Todavía queda lugar para especificaciones, aún si el proceso es similar para varios trastornos.

La MBCT como ejemplo del enfoque de formulación de problemas

El desarrollo de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT; Segal et al.; 2006) es un ejemplo del enfoque de formulación de problemas. Segal y sus colegas buscaron desarrollar un programa para analizar la naturaleza recurrente de la depresión. Los pacientes que pasan por un episodio de depresión tienen una probabilidad del 50% de recaer una segunda vez, y aquéllos que han vivido dos episodios de depresión tienen una probabilidad de

entre el 70 y el 80% de sufrir un tercero. Segal y sus colegas desarrollaron la MBCT, una intervención en grupo de ocho semanas de duración, para pacientes que habían sufrido una depresión pero que en la actualidad estaban bien. Integraron aspectos de terapia cognitiva para depresión con práctica de mindfulness, todo ello siguiendo una base lógica clara de lo que esperaban que resultara útil dados los datos actuales sobre depresión y mindfulness. El énfasis de la MBCT radica en cambiar la relación con el pensamiento, en lugar de cambiar el contenido del pensamiento.

Es un hecho que la MBCT ayuda a pacientes con tres o más episodios de depresión, pero no a aquéllos con sólo dos (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000; Ma y Teasdale, 2004). Ma y Teasdale detectaron que las personas con un historial de dos episodios manifestaron un inicio más tardío de la depresión y menos maltrato infantil en sus historiales, lo que sugiere que podían representar una población con características únicas, en comparación con las personas con un mayor número de episodios depresivos. Esto ilustra la necesidad de estudiar exactamente cómo funcionan las técnicas de mindfulness en determinadas poblaciones ya que pueden no resultar beneficiosas en todos los casos (Teasdale et al.; 2003). Además, mientras que la MBCT se desarrolló para pacientes que habían sufrido de depresión pero que ya estaban bien, cada vez existen más pruebas de que esta terapia puede resultar efectiva para pacientes deprimidos y ansiosos en el ámbito de la atención primaria (Finucane y Mercer, 2006) y para pacientes deprimidos resistentes a los tratamientos (Kenny y Williams, 2007).

Otros ejemplos del enfoque de formulación de problemas

Otros ejemplos de cómo los componentes del mindfulness se han incorporado en tratamientos existentes siguiendo un enfoque de formulación de problemas son: el componente de mindfulness en DBT para trastorno límite de personalidad (Linehan, 2003), la terapia comportamental basada en aceptación para el trastorno de ansiedad generalizada (Roemer y Orsillo, 2007), la terapia cognitivo-comportamental basada en mindfulness para trastornos de adicción en comorbilidad con trastornos del estado del ánimo (Hoppes, 2006) y la terapia de grupo basada en aceptación y en mindfulness (MAGT) para trastornos de ansiedad social

(Kocovski, Fleming y Rector, 2007).

Observando con más detenimiento el trastorno de ansiedad social generalizada, Koszycki, Benger, Shlik y Bradwejn (2007) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio en el que comparaban la terapia MBSR y la terapia de grupo cognitivo-comportamental (CBGT; Heimberg y Becker, 2002). El resultado obtenido fue que la CBGT, la intervención grupal estándar de referencia para el trastorno de ansiedad social, resultaba superior a la MBSR en varias de las variables criterio. Sin embargo, observaron que la MBSR es útil, con tamaños del efecto de medianos a grandes. También aportaron una base lógica para utilizar la MBSR con esta población de pacientes, pero el programa MBSR no resultó adaptado para pacientes con trastorno de ansiedad social y fue administrado por un instructor que solía impartir cursos de mindfulness. Aunque se obtuvieron efectos positivos con el programa de MBSR, el estándar de asistencia habitual resultó ser superior y por lo tanto permanece como la intervención grupal psicológica de primera elección. Sin embargo, se han hecho otros intentos, algunos de ellos exitosos, por integrar MBSR y CBGT. Por ejemplo, Kocovski y sus colaboradores (2007) han incorporado técnicas de mindfulness junto con estrategias basadas de exposición y aceptación utilizando un enfoque de formulación de problemas. Los grupos piloto han demostrado que esta óptica es factible y aceptable para los pacientes, y existen pruebas preliminares que apoyan su efectividad. Se está llevando a cabo un ensayo que compara este tratamiento (i.e.; MAGT) con la CBGT. Por otra parte, Bögels, Sijbers y Voncken (2006) obtuvieron resultados positivos de un pequeño estudio piloto en el que integraban MBCT y otra intervención, concentración de tareas, para el tratamiento del trastorno de ansiedad social.

En general, aunque existen varios resultados positivos relacionados con las técnicas de mindfulness (Baer, 2003), es importante estudiar exactamente cómo funciona el mindfulness para cada trastorno. De hecho, puede ser útil en términos de desarrollo de una formulación de problemas para un trastorno en concreto o para el apoyo de una formulación existente. La siguiente sección expone los mecanismos de cambio concretos que se han teorizado y/o avalado empíricamente.

Mecanismos de cambio: factores biológicos

Los estudios que examinan los beneficios físicos de la meditación son muchos (p. ej.; Aftanas y Golosheykin, 2005; Hankey, 2006; Orme-Johnson, Schneider, Son, Nidich y Cho, 2006; Travis y Arenander, 2006). Sin embargo, la investigación a menudo se centra en meditadores experimentados con muchos años de práctica. Por ejemplo, Travis y Arenander (2006) estudiaron una muestra de individuos que había practicado meditación trascendental un promedio de 22 años. Después, esos grupos con tanta experiencia se compararon con individuos sin experiencia en meditación. Los resultados obtenidos de este tipo de estudios son positivos y diversos Travis y Arenander observaron que los meditadores con experiencia tienen una mayor asimetría alfa frontal y una mayor coherencia electroencefalográfica que los no meditadores. La asimetría alfa frontal se asocia con la respuesta afectiva (Davidson y Irwin, 1999) y con patrones particulares de asimetría detectados en individuos con depresión (Gotlib, Ranganath y Rosenfeld, 1998). La coherencia electroencefalográfica indica coordinación cerebral y se vincula a la inteligencia (Cranson et al.; 1991), a la creatividad (Orme-Johnson y Haynes, 1981) y a la salud mental (Travis y Arenander). Asimismo, existe evidencia obtenida a partir de electroencefalogramas que avalan la idea de que la meditación a largo plazo lleva a una mejor capacidad de moderación de la intensidad de la respuesta emocional (Aftanas y Golosheykin, 2005). Además, en un segundo estudio Travis y Arenander detectaron que la coherencia electroencefalográfica se incrementaba luego de que los individuos practicaran meditación trascendental, lo que indica que incluso una experiencia mínima en meditación puede llevar a un mejor funcionamiento del cerebro.

Otros resultados físicos que se han observado en los meditadores con experiencia son los siguientes: disminución de la hipertensión (Orme-Johnson y Walton, 1998), mayor agudeza sensorial (Carter et al.; 2005), menor presión arterial sistólica (Wallace, Dillbeck, Jacobe y Harrington, 1982) y una menor respuesta cerebral al dolor (Orme-Johnson et al.; 2006). Una revisión completa del estudio en este área superaría el alcance de este capítulo (véase Cahn y Polich, 2006, para una revisión de encefalogrías, ERP y estudios de neuroimagen en varias formas de meditación; véase también Newberg e Iversen, 2003, para un modelo que integra datos sobre sustratos neurotransmisores y neuroquímicos que pueden ser subyacentes a la

meditación). En suma, existen pruebas de que una práctica intensiva de la meditación tiene beneficios en la salud física. Sin embargo, es importante preguntarse si esos beneficios son exclusivos para los meditadores muy experimentados o si también son evidentes en personas que practican formas de meditación más breves en el tiempo (i.e.; programas de práctica de mindfulness como MBSR o MBCT).

Los estudios que examinan específicamente cómo las técnicas de mindfulness afectan al cerebro son limitados. Davidson et al. (2003) estudiaron los cambios cerebrales e inmunes en participantes asignados aleatoriamente para recibir MBSR (Kabat-Zinn, 2004) o para formar parte del grupo de control. En comparación con este último grupo, los participantes que recibieron MBSR manifestaban una mayor activación izquierda-anterior inmediatamente después de que finalizara la intervención de mindfulness y en la evaluación de seguimiento de cuatro meses. Además, ese mismo grupo también manifestó una mayor activación izquierda-anterior tras escribir sobre experiencias vitales positivas y negativas. La mayor activación izquierda-anterior se asocia con las emociones positivas (Davidson, 1992), tanto desde la predisposición como durante las inducciones a un estado de ánimo positivo. También se asocia con una respuesta adaptativa frente a acontecimientos negativos o estresantes (Davidson, 2000), lo que puede explicar por qué los individuos del grupo de mindfulness mostraron una mayor activación de la zona izquierda-anterior incluso después de escribir sobre hechos negativos de sus vidas. Este estudio también analizó cómo la práctica del mindfulness afecta al sistema inmunológico. Se suministró a todos los participantes una vacuna contra la gripe tras finalizar la práctica de mindfulness (o sin ella en el grupo de control), y se analizaron los niveles de anticuerpos en dos puntos en el tiempo. Los resultados mostraron un aumento significativamente mayor de los anticuerpos entre el momento uno y el momento dos en el grupo de mindfulness, en comparación con el grupo de control. Este estudio proporciona una base inicial para la idea de que incluso una práctica de mindfulness breve en el tiempo puede tener amplios beneficios físicos en las personas. Sin embargo, cabe destacar que la muestra utilizada por Davidson y sus colegas no estaba formada por individuos que buscaban tratamiento para ningún trastorno clínico sino que representaban a población sana.

Dado que las técnicas de mindfulness se están utilizando en muestras clínicas para el tratamiento de varios trastornos, es importante examinar los mecanismos de cambio biológicos

específicos del problema que se está tratando. Barnhofer et al. (2007) reunieron a una muestra de personas con historial de depresión con intento de suicidio y les asignaron aleatoriamente MBCT (Segal et al.; 2002) o tratamiento habitual. Se les realizaron electroencefalogramas antes y después del periodo de tratamiento, que duró ocho semanas, y no se detectaron cambios en la asimetría prefrontal en el grupo que recibió MBCT. Sin embargo, el grupo que recibió el tratamiento habitual manifestó unos niveles inferiores de asimetría prefrontal en el encefalograma realizado a las ocho semanas. Los investigadores concluyeron que el grupo MBCT había desarrollado un patrón más equilibrado de activación prefrontal, mientras que el otro grupo había experimentado más activación en la parte derecha del cerebro, patrón asociado con la evitación. Los investigadores sugieren que desarrollar un patrón más equilibrado de activación prefrontal, y por lo tanto un estilo de respuesta más equilibrado desde el punto de vista afectivo, puede ayudar a prevenir las recaídas en depresión al disminuir la posibilidad de replegarse en un estilo cognitivo negativo. Este estudio aporta información preliminar sobre los cambios biológicos potenciales resultantes de una intervención de mindfulness específica y sobre cómo esos factores biológicos pueden relacionarse con el trastorno que sufre la persona. Esperamos que las investigaciones futuras vayan en esta misma línea, es decir, la de investigar una intervención específica de mindfulness y los cambios biológicos que ocurren en comparación con un grupo de control, y quizás yendo un paso más allá, con una intervención con base empírica como grupo de comparación. Para terminar, y en referencia a los mecanismos biológicos de cambio, existen estudios recientes que examinan las regiones del cerebro implicadas en la tendencia de la mente a divagar y que pueden ayudar con este tipo de investigación (Mason et al.; 2007).

Mecanismos de cambio: factores psicológicos

Cada vez son más las pruebas que indican que el mindfulness tiene varios efectos positivos sobre el bienestar. Aunque resulta difícil señalar exactamente cómo el mindfulness lleva a esos resultados positivos, parece que los responsables son varios mecanismos psicológicos. Hasta el momento, varios de los mecanismos propuestos no se han estudiado empíricamente sino que permanecen teóricos. Resulta de vital importancia que las investigaciones futuras se

centren en el examen experimental de cada mecanismo psicológico y que vinculen cada uno de los mecanismos a trastornos específicos. Además, para que una variable se considere como mediadora de los resultados del tratamiento en un ensayo controlado aleatorio, es importante demostrar que la variable se vea afectada por el tratamiento antes de que se produzcan cambios en la variable de resultados (Kraemer, Stice, Kazdin, Oxford y Kupfer, 2001). En la actualidad, ni siquiera las variables que fueron estudiadas empíricamente cumplen este requisito temporal. En esta sección se presentarán brevemente los mecanismos psicológicos que han recibido atención empírica y que cumplen algunos de los criterios que avalan la mediación, además de los que son teóricos y que justifican más investigación.

Mayor conciencia metacognitiva, descentramiento, repercepción y defusión

Conciencia metacognitiva (Teasdale et al.; 2002), descentramiento, repercepción (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006), y defusión (Hayes et al.; 1999) son términos que describen un concepto similar de la práctica del mindfulness. Básicamente hacen referencia a la medida en la que las personas pueden ver sus pensamientos como acontecimientos mentales pasajeros o como reflejos verdaderos de la realidad (Teasdale et al.; 2002). Shapiro et al. (2006) afirmaron que la práctica del mindfulness enseñaría a cambiar la perspectiva del individuo para que los pensamientos y las experiencias pudieran verse más objetivamente. Existen pruebas de que mayores niveles de conciencia metacognitiva, descentramiento, repercepción y/o defusión van asociados con resultados positivos en la práctica de mindfulness. Por ejemplo, Teasdale y sus colegas examinaron los efectos de la MBCT en una muestra de individuos con un historial de depresiones profundas recurrentes y el resultado fue que los que se sometieron a MBCT experimentaron un aumento de conciencia metacognitiva con menor posibilidad de recaída, en comparación con los que recibieron el tratamiento habitual. Sin embargo, se desconoce si el aumento de la conciencia metacognitiva fue responsable directo de la reducción en los niveles de recaída.

Menor rumiación

La rumiación es la medida en la que uno piensa en las consecuencias emocionales de un hecho, y se pudo vincular a esta variable como factor que contribuye al desarrollo de la depresión y

la ansiedad (Nolen-Hoeksema, 1991; Kocovski y Rector, 2007). Jain et al. (2007) compararon determinadas variables de un grupo de alumnos angustiados que habían participado en un programa de meditación mindfulness con otro grupo que había participado en un programa de relajación. Los resultados revelaron que ambos programas reducían el malestar y aumentaban el estado de ánimo positivo, en comparación con un control. Sin embargo, sólo el grupo de meditación experimentó una reducción significativa de la rumiación en comparación con el grupo control. Además se observó que la disminución de la rumiación funcionó como mediadora en la relación entre trastorno (meditación mindfulness o control) y menor malestar, de modo que el grupo de meditación mindfulness manifestaba menos malestar al final del tratamiento, debido en parte a una reducción de los niveles de rumiación. Como indican los autores del estudio, solamente evaluaron la rumiación antes y después de la intervención, por lo que no pudieron probar la existencia de cambios en la rumiación antes de los cambios en el malestar. Así pues, es necesario llevar a cabo más estudios para determinar si la rumiación es un mediador real. Un estudio previo elaborado por Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid (2004) también presenta datos que avalan la hipótesis de que el mindfulness influye al menos parcialmente en la reducción de la rumiación. Examinaron a individuos que habían sufrido depresión previamente antes y después de someterse a MBSR (Kabat-Zinn, 1982) y descubrieron que la MBSR producía un descenso de la rumiación y que dicho descenso era responsable de las reducciones de los síntomas de ansiedad y depresión. Además, comparando con el grupo de control, Chambers, Lo y Allen (en prensa) descubrieron que un grupo de meditadores sin mucha experiencia y sin trastornos psicológicos manifestaba mejoras significativas en varias de las variables, incluida la de rumiación.

En el área de la ansiedad, existe una tendencia a favor de seguir examinando la rumiación como mecanismo de cambio. Los pacientes con ansiedad social que participaron en la terapia de grupo basada en mindfulness y aceptación manifestaron una reducción significativa de los niveles de rumiación antes durante y después del tratamiento, así como tras el tratamiento y la fase de seguimiento posterior (Kocovski et al.; 2007). Sin embargo, la intervención comprendía otros elementos además de la práctica de mindfulness; no hubo grupo de control y no se probó ningún modelo de mediación. Por otra parte, estas variables se analizaron en una muestra de estudiantes trasversal y se apoyó el modelo de mediación, de modo que la

rumiación mediaba parcialmente la relación entre ansiedad social y mindfulness (Kocovski, Vorstenbosch y Rogojanski, 2007). También se observó la atención centrada en el yo con esta muestra de estudiantes y también resultó mediar parcialmente en la relación entre ansiedad social y mindfulness. En ambos casos se observó una disminución en los niveles de mindfulness con un crecimiento en los niveles de las variables mediadoras (rumiación, atención centrada en el yo) que, a su vez, se asoció con unos mayores niveles de ansiedad social. Estos resultados deben replicarse en una muestra clínica que haya sido sometida a una intervención de mindfulness.

Control de la atención

La práctica del mindfulness requiere, de manera inherente, que los individuos orienten su atención para que se centre más en el momento presente. Chambers y sus colegas (en prensa) analizaron específicamente cómo un retiro de meditación mindfulness de 10 días afectaba a la atención sostenida en meditadores sin experiencia y no clínicos. Los participantes mostraron unos tiempos de reacción menores en tareas de atención tras asistir al retiro de meditación comparado con sus tiempos iniciales. Esta disminución no se observó en el grupo de control de participantes que no se sometió a la práctica de mindfulness. Además, se observó una correlación significativa entre la disminución de los tiempos de reacción y una disminución de los resultados de depresión, lo que indica que las mejoras del funcionamiento cognitivo pueden asociarse con un mejor estado de ánimo. Sin embargo, la práctica de mindfulness no generó un mejor rendimiento en una tarea de cambio de la atención, y los modelos de mediación no se comprobaron. Jha, Krompinger y Baime (2007) también estudiaron el efecto de la práctica del mindfulness en la atención. Se compararon meditadores que participaban en un retiro, participantes en un curso de MBSR sin experiencia previa en meditación y un grupo de control. Al principio, los participantes con experiencia en mindfulness (i.e.; los del grupo de retiro) mostraron un mejor rendimiento en el control de conflictos que los otros dos grupos. En el segundo punto de evaluación, los participantes del grupo de MBSR mejoraron en su capacidad de orientar la atención en comparación con los otros dos grupos, mientras que los que participaron en el retiro mejoraron en las alertas externas, comparado con los otros dos grupos. Así pues, varios subcomponentes de la atención pueden verse afectados

diferencialmente en función del tipo de meditación y quizás del tiempo de experiencia en meditación.

Mayor aceptación

Los tratamientos de mindfulness dan mucha importancia a la aceptación de los síntomas en lugar de su evitación o supresión (Baer, 2003; Brown y Ryan, 2003; Hayes et al.; 1999). Por ejemplo, la ACT o Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al.; 1999) está muy arraigada en la creencia de que con una mayor aceptación puede experimentarse una mejor salud psicológica. Existen estudios que demuestran que las terapias basadas en mindfulness y en aceptación aumentan, de hecho, la aceptación. Por ejemplo, Roemer y Orsillo (2007) administraron el cuestionario de aceptación y acción (cuestionario AAQ) antes y después de la intervención para determinar si existió cambio como producto de la aplicación de la terapia comportamental basada en aceptación en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y observaron niveles inferiores de evitación experiencial (i.e.; mayores niveles de aceptación) en los pacientes que seguían el tratamiento. Cuando se observan tareas de tolerancia al dolor, existen varios estudios que avalan que la utilización de estrategias de aceptación genera unos mayores niveles de tolerancia (Hayes, Bissett et al.; 1999) y más predisposición a persistir en la tarea (Gutiérrez, Luciano y Fink, 2004), en comparación con las estrategias basadas en control. Levitt, Brown, Orsillo y Barlow (2004) asignaron aleatoriamente a pacientes con trastorno de pánico a una breve intervención de aceptación, supresión o distracción y a continuación se les sometió a aire enriquecido con dióxido de carbono. El resultado obtenido fue que los que habían recibido la intervención de aceptación estaban más predisuestos a formar parte de la tarea y mostraban unos niveles de ansiedad inferiores en comparación con los que recibieron la intervención de supresión o de distracción. En general parece ser que los niveles de aceptación aumentan después del tratamiento y existen estudios de laboratorio en los que se ha manipulado la aceptación y cuyo resultado es menor malestar y mayor voluntad de aceptación.

Otros mecanismos psicológicos: clarificación de valores, exposición, menor ansiedad, mayor estabilidad emocional y mayor flexibilidad psicológica

Existen otros mecanismos de cambio posibles que tienen muy poco, o ningún, apoyo empírico en la actualidad. Uno de esos mecanismos de acción posibles de la práctica del mindfulness es la posibilidad de tomar correctamente decisiones que reflejen nuestros valores reales (Shapiro et al.; 2006). A menudo, cuando funcionamos “con el piloto automático” tomamos decisiones rápidas que pueden no estar en la línea de nuestras necesidades y/o valores. A través de la práctica del mindfulness podemos adoptar una perspectiva más objetiva y tomar decisiones más congruentes con nuestros valores. Avalando este mecanismo de cambio potencial, Brown y Ryan (2003) descubrieron que las personas que obtienen mayor puntuación en una escala que mide al mindfulness como estado se muestran más comprometidas en comportamientos e intereses más vinculados con sus valores. En segundo lugar, el mindfulness puede potenciar la exposición. Ésta se ha caracterizado como un componente clave en la práctica del mindfulness (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982). Al centrar la conciencia en los síntomas emocionales sin emitir juicios de valor, el mindfulness puede ayudar a prevenir la evitación o la escapada. Cuando uno siente plenamente los síntomas emocionales temidos puede observar las consecuencias de los mismos y formular estrategias más efectivas para hacerles frente. De esta manera, el mindfulness puede desempeñar un papel en la extinción de la respuesta de miedo (Baer, 2003). En tercer lugar, y conjuntamente con las diferencias biológicas entre meditadores y no meditadores, Travis y Arenander (2006) descubrieron que las personas con experiencia en meditación también mostraban niveles significativamente inferiores de ansiedad estado y rasgo en comparación con los que no tenían experiencia en meditación. Los individuos con experiencia en meditación también resultaron más estables emocionalmente. Un mecanismo de acción final puede ser que el mindfulness promueve la adopción de un estilo comportamental, emocional y cognitivo más flexible en general (Shapiro et al.; 2006), o una mayor flexibilidad psicológica en general (Hayes et al.; 1999).

Mecanismos de cambio: consideraciones y limitaciones

Existen varias limitaciones y consideraciones en este área de investigación. Es importante distinguir entre mindfulness y técnicas de relajación, y sólo algunos estudios lo han intentado (p. ej. Jain et al.; 2007). Además, contar con definiciones y descripciones claras de las intervenciones concretas de mindfulness utilizadas resulta esencial a la hora de examinar los

mecanismos de cambio (Dimidjian y Linehan, 2003). Existen varias formas distintas de meditación, y los resultados que se obtienen pueden depender de la técnica utilizada (Hankey, 2006). Así pues, sería interesante examinar los componentes específicos de la meditación y cómo llevan a los resultados que se obtienen. Además, las técnicas de mindfulness no se suelen estudiar independientemente de los otros componentes implicados en el tratamiento, y eso no permite extraer conclusiones sobre lo que resulta específicamente útil del mindfulness (Dimidjian y Linehan, 2003). Es importante tener presente que si bien algunos de los estudios realizados en este campo ponen a prueba los mecanismos de acción, la mayoría muestran que las intervenciones de mindfulness generan un aumento o una disminución de una variable, pero sin probar dicha variable como mediador de cambio. Incluso los estudios que involucran mecanismos de cambio a menudo no cumplen los criterios metodológicos estrictos, es decir, demostrar que el cambio en la variable mediadora se produce antes del cambio en la variable resultante (Kraemer et al.; 2001).

Como indican Teasdale et al. (2003), el mindfulness puede tener como objetivo procesos que afectan a varios trastornos (sexta consideración). En lugar de interpretar la noción de que el mindfulness puede aplicarse indiscriminadamente como tratamiento para varios trastornos, es correcto considerar que la naturaleza exacta de cada componente variará dependiendo del trastorno. Por ejemplo, la rumiación es común tanto en pacientes deprimidos como con ansiedad social. Sin embargo, el contenido de la rumiación puede ser distinto (p. ej.; preocuparse por los síntomas depresivos frente a preocuparse por la inadecuación social) y las consecuencias también pueden ser diferentes (p. ej.; recaer frente a eludir o mayor ansiedad). Así pues, saber que la rumiación puede reducirse mediante intervenciones de mindfulness puede ser un punto de partida. Sin embargo, la formulación exacta del problema puede variar de un trastorno a otro cuando el objetivo terapéutico sea la rumiación.

Más allá de los mecanismos de cambio

Además de entender los mecanismos de cambio de las intervenciones de mindfulness para trastornos específicos, existen otros factores que requieren atención. Los factores de personalidad también pueden desempeñar un rol en la compresión de qué pacientes pueden

beneficiarse de un tratamiento con mindfulness. Por ejemplo, en nuestro trabajo de ansiedad social, nuestros primeros pacientes en terapia de grupo basada en aceptación y mindfulness ya habían recibido CBT. Sin embargo, seguían experimentando síntomas clínicamente significativos y estaban interesados en recibir más tratamiento. Dado que se beneficiaron de manera significativa de nuestro enfoque de aceptación y mindfulness, esos pacientes en concreto pudieron resultar más adecuados para este enfoque. En cambio, otros pacientes no mostraron interés por escuchar CD o cintas de mindfulness fuera de las sesiones de grupo y no se mostraron especialmente abiertos a este tipo de intervenciones. Son muy pocos los estudios que analizan la personalidad como predictor del resultado del tratamiento en intervenciones de mindfulness y, como tal, es una dirección importante para próximos estudios.

Conclusión

El mindfulness es una técnica antigua a la que recientemente se le ha prestado mucha atención en la investigación psicológica y que cuenta con un nivel prometedor de aval empírico. Sin embargo, y como ya hemos comentado, es importante ser cautos en su aplicación y no esperar que sea una intervención “cura todo”. Abogamos por los siguientes pasos básicos para los profesionales que estén considerando la utilización del mindfulness en su práctica profesional: (1) Considerar con detenimiento la población con la que se trabaja y el entendimiento en cuanto a la etiología y al mantenimiento del trastorno que se esté tratando. (2) Determinar cómo el mindfulness puede resultar útil con esa población, haciendo referencia a los mecanismos de búsqueda de cambio. (3) Evaluar si la práctica del mindfulness puede integrarse con otras intervenciones que posean apoyo empírico. (4) Incluir una base lógica a los pacientes para los componentes del mindfulness. Los estudios recientes que evalúan empíricamente las intervenciones de mindfulness y las primeras investigaciones sobre la identificación de mediadores de cambio son muy interesantes. Desde luego hace falta continuar con la evaluación empírica de la integración de componentes de mindfulness con otras intervenciones. Además, y como hemos visto antes, mucha de la investigación sobre mediadores sólo apoya parcialmente determinadas variables, ya que son pocas las pruebas de mediación completas llevadas a cabo hasta el momento. Esperamos que los próximos estudios

de evaluación de mediadores posibles sean más rigurosos. En general, las intervenciones de mindfulness cada vez están ganando más importancia y con la proliferación de estudios sobre cómo funcionan y sobre las maneras más beneficiosas de incorporarlas, esta tendencia seguirá con resultados prometedores.

Referencias

- AFTANAS, L.; GOLOSHEYKIN, S. (2005). "Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions". *International Journal of Neuroscience*, 115, 893-909.
- 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, 1129-1139.
- BAER, R.A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- BARNHOFER, T.; DUGGAN, D.; CRANE, C.; HEPBURN, S.; FENNEL, M.J.V.; WILLIAMS, J.M.G. (2007). "Effects of meditation on frontal-asymmetry in previously suicidal individuals". *Neuroreport*, 18, 709-712.
- BÖGELS, S.M.; SIJBERS, G.F.; VONCKEN, M. (2006). "Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 33-44.
- 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, 822-848.
- CAHN, B.R.; POLICH, J. (2006). "Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies". *Psychological Bulletin*, 132, 180-211.
- CARTER, O.L.; PRESTI, D.E.; CALLISTEMON, A.; UNGERER, Y.; LUI, G.B.; PETTIGREW, J.D. (2005). "Meditation alters perceptual rivalry in Tibetan Buddhist monks". *Current Biology*, 15, 412-413.
- CHAMBERS, R.; LO, B.C.; ALLEN, N.B. (2008). "The impact of intensive mindfulness training on

- attentional control, cognitive style and affect". *Cognitive Therapy and Research*.
- CRANSON, R.W.; ORME-JOHNSON, D.W.; GACKENBACH, J.; DILLBECK, M.C.; JONES, C.H.; ALEXANDER, C.N. (1991). "Transcendental Meditation and improved performance on intelligence related measures: A longitudinal study". *Personality and Individual Differences* 12, 1105-1116.
- DAVIDSON, R.J. (1992). "Emotion and affective style: Hemispheric substrates". *Psychological Science*, 3, 39-43.
- DAVIDSON, R.J. (2000). "Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity". *American Psychologist*, 55, 1196-1214.
- DAVIDSON, R.J.; IRWIN, W. (1999). "The functional neuroanatomy of emotion and affective style". *Trends in Cognitive Neuroscience*, 3, 11-21.
- DAVIDSON, R.J.; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENKRANZ, M.; MULLER, D.; SAKI, F.; et al. (2003). "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation". *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- DIMIDJIAN, S.; LINEHAN, M.M. (2003). "Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171.
- 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*, 6:14.
- GOTLIB, I.H.; RANGANATH, C.; ROSENFELD, J.P. (1998). Frontal EEG alpha asymmetry, depression, and cognitive functioning. *Cognition and Emotion*, 12, 449-478.
- GUTIÉRREZ, O.; LUCIANO, C.; FINK, B.C. (2004). "Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain". *Behavior Therapy*, 35, 767-784.
- HANKEY, A. (2006). "Studies of advanced stages of meditation in the Tibetan Buddhist and vedic traditions. I: A comparison of general changes". *Complementary and Alternative Medicine*, 3, 513-521.
- HAYES, S.C.; BISSETT, R.T.; KORN, Z.; ZETTLE, R.D.; ROSENFARB, I.S.; COOPER, L.D.; et al. (1999). "The

impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance". *The Psychological Record*, 49, 33-47.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford.

HEIMBERG, R.G.; BECKER, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Nueva York: Guilford.

HOPPES, K. (2006). "The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders". *CNS Spectrum*, 11, 829-851.

JAIN, S.; SHAPIRO, S.L.; SWANICK, S.; ROESCH, S.C.; MILLS, P.J.; BELL, I.; et al. (2007). "A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction". *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11-21.

JHA, A.P.; KROMPINGER, J.; BAIME, M.J. (2007). "Mindfulness training modifies subsystems of attention". *Cognitive, Affective, and Behavioural Neuroscience*, 7, 109-119.

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. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairos

KENNY, M.A.; WILLIAMS, J.M.G. (2007). "Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy". *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.

KOCOVSKI, N.L.; FLEMING, J.; RECTOR, N.A. (2007). "Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: Preliminary evidence from four pilot groups". Póster aceptado para presentarlo en la 41^a convención anual de la *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* (ABCT) en Filadelfia del 15 al 18 de noviembre de 2007.

KOCOVSKI, N.L.; RECTOR, N.A. (2007). "Predictors of post-event rumination related to social anxiety". *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 112-122.

KOCOVSKI, N.L.; VORSTENBOSCH, V.; ROGOJANSKI, J. (2007). "Mindfulness and social anxiety: An examination of mediating variables". Póster presentado en la 68^a convención anual de la Asociación canadiense de psicología en Ottawa del 7 al 9 de junio de 2007.

KOSZYCKI, D.; BENGER, M.; SHLIK, J.; BRADWEJN, J. (2007). "Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518-2526.

KRAEMER, H.C.; STICE, E.; KAZDIN, A.; OFFORD, D.; KUPFER, D. (2001). "How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors". *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

LAU, M.A.; McMAMIN, S.F. (2005). "Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance-and change-based strategies". *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 863-869.

LEVITT, J.T.; BROWN, T.A.; ORSILLO, S.M.; BARLOW, D.H. (2004). "The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder". *Behavior Therapy*, 35, 747-766.

LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.

MA, S.H.; TEASDALE, J.D. (2004). "Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects2". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.

MASON, M.F.; NORTON, M.I.; VAN HORN, J.D.; WEGNER, D.M.; GRAFTON, S.T.; MACRAE, N. (2007). "Wandering minds: The default network and stimulus-independent thought". *Science*, 315, 393-395.

MELBOURNE ACADEMIC MINDFULNESS INTEREST GROUP. (2006). "Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.

NEWBERG, A.B.; IVERSEN, J. (2003). "The neural basis of the complex mental task of meditation: Neurotransmitter and neurochemical considerations". *Medical Hypotheses*, 61, 282-291.

- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991). "Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes". *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- ORME-JOHNSON, D.W.; HAYNES, C.T. (1981). "EEG phase coherence, pure consciousness, creativity, and TM-Sidhi experiences". *The International Journal of Neuroscience, 13*, 23-29.
- ORME-JOHNSON, D.W.; SCHNEIDER, R.H.; SON, Y.D.; NIDICH, S.; CHO, Z. (2006). "Neuroimaging of meditation's effect on brain reactivity to pain". *Cognitive Neuroscience and Neuropsychology, 17*, 1359-1363.
- ORME-JOHNSON, D.W.; WALTON, K. (1998). "All approaches to preventing or reversing effects of stress are not the same". *American Journal of Health Promotion, 12*, 297-299.
- 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*, 433-455.
- ROEMER, L.; ORSILLO, S.M. (2007). "An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder". *Behavior Therapy, 38*, 72-85.
- TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- SHAPIRO, S.L.; CARLSON, L.E.; ASTIN, J.A.; FREEDMAN, B. (2006). "Mechanisms of mindfulness". *Journal of Clinical Psychology, 62*, 373-386.
- TEASDALE, J.D.; MOORE, R.G.; HYHURST, H.; POPE, M.; WILLIAMS, S.; SEGAL, Z.V. (2002). "Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 275-287.
- TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. (2003). "Mindfulness training and problem formulation". *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 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*, 615-623.

TRAVIS, F.; ARENANDER, A, (2006). "Cross-sectional and longitudinal study of effects of transcendental meditation practice on interhemispheric frontal asymmetry and frontal coherence". *International Journal of Neuroscience*, 116, 1519-1538.

WALLACE, R.K.; DILLBECK, M.; JACOBE, E.; HARRINGTON, B. (1982). "The effects of transcendental meditation and TM-Sidhi program on the aging process". *International Journal of Neuroscience*, 16, 53-58.

WALSH, R.; ROCHE, L. (1979). "Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 136, 1085-1086.

6

Memoria emocional, mindfulness y compasión

Paul Gilbert y Dennis Tirch

Pero cuando el universo se convierte en ti mismo, cuando amas al mundo como a ti mismo, la realidad se convierte en tu puerto y te reinventa como tu propio cielo.

Lao Tsé

Memoria emocional, mindfulness y compasión

En este capítulo se analiza el papel que el mindfulness y la compasión pueden desempeñar en ayudar a las personas procedentes de orígenes difíciles y traumáticos. Se trata de personas que a menudo tienen un sentimiento de amenaza muy elevado –tanto procedente del exterior (lo que los demás puedan hacerles) como del interior (se sienten abrumados por sentimientos o recuerdos de rechazo; o por el propio disgusto/descontento con ellos mismos). El punto de vista básico es que los orígenes traumáticos sensibilizan a las personas, que acaban dependiendo demasiado del procesamiento a partir de sus sistemas de amenaza.

Para analizarlo con más detalle necesitamos destacar brevemente una idea: el cerebro ha desarrollado diferentes tipos de sistemas de regulación de los comportamientos afectivos/emocionales (Panskepp, 1998). Se trata de sistemas que coordinan la atención, los pensamientos, las emociones y las acciones. Una manera de conceptualizar esas regulaciones afectivas es como sistemas básicos (Depue y Morrone-Strupinsky, 2005). Son los siguientes: (1) Sistema de amenaza-protección, (2) Sistema de conducción, búsqueda y recompensa y (3) Sistema de satisfacción-relajación. Los tres están en estados constantes de corregulación y se muestran en la Figura 6.1.

Tipos de sistemas de regulación afectiva

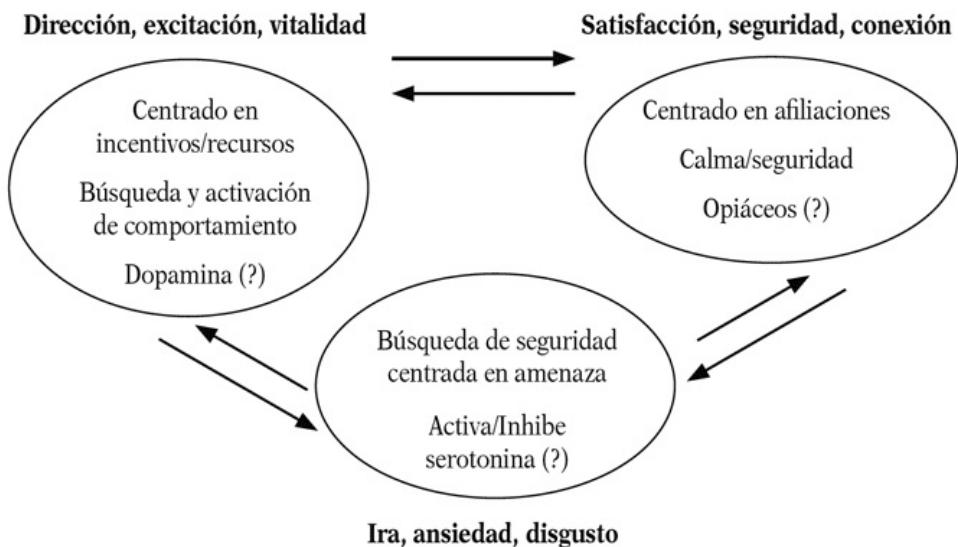


Figura 6.1. Tipos de sistemas de regulación afectiva

Se han sugerido y descrito otras subdivisiones (Panksepp, 1998), pero el enfoque de los tres sistemas ofrece una metodología útil para la terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2005, 2007a, b). Visto así, podemos entender que nuestro sistema de amenazas tiene ciertas emociones defensivas (p. ej. la rabia, la ansiedad y el disgusto), varias opciones comportamentales (p. ej. la lucha, la huida, la congelación y la sumisión; Marks, 1991) y varios sesgos de procesamiento y atención que apuntan a la protección (Gilbert, 1998). También existen sistemas fisiológicos claros que apoyan al sistema de amenazas (LeDoux, 1999). Cuando estos sistemas se activan crean reacciones fisiológicas en el cuerpo que apuntan a reforzar las experiencias sentidas, dirigen el pensamiento y guían el comportamiento. El sistema de impulsos, por otra parte, nos orienta hacia cosas que implican una recompensa (p. ej. comida, sexo, dinero y estatus). Está asociado con aquellos afectos positivos vinculados a la excitación que se activan frente a estímulos específicos. En cambio, el “sistema de satisfacción” permite a los animales estar inactivos cuando ya no necesitan conseguir recursos y no se encuentran bajo ninguna amenaza. Este sistema parece estar asociado a un sentimiento de paz y bienestar (relajación). Durante la evolución, el sistema de satisfacción pasa a ser un sistema de relajación que puede activarse mediante estímulos sociales de afecto, amor y atención (Carter, 1998; Depue y Morrone-Strupinsky, 2005).

El desarrollo, la coordinación y la corregulación de esos tres sistemas básicos dependen de

interacciones genética-aprendizaje. De hecho, los organismos biológicos están diseñados para que las experiencias de la vida los cambien y los moldeen. Las distintas experiencias potencian y refuerzan algunas conexiones neuronales y debilitan otras (LeDoux, 2002). Por ejemplo, hoy en día se sabe que los orígenes duros, negligentes y/o abusivos tienen un impacto importante en el cerebro en fase de maduración de los niños, especialmente en aquellas áreas que regulan las emociones como las conexiones entre la corteza prefrontal (PFC) y la amígdala (Cozolino, 2007; Schore, 1994; Siegel, 2001). Las experiencias vitales se codifican como *recuerdos emocionales*, vinculados a la sensibilización sináptica en un nivel –mediante los complejos sistemas cerebrales de los distintos tipos y formas de memoria– como la memoria episódica, semántica, a corto y largo plazo (LeDoux, 2002).

Entender cómo esas experiencias vitales dan forma a las distintas sensibilidades del cerebro en los sistemas de afectividad positiva y de amenazas, y recuerdos emocionales, es importante porque sabemos que los trastornos emocionales están vinculados a la sensibilización afectiva temprana y a los recuerdos emocionales. De hecho, algunos terapeutas sitúan la activación de los recuerdos emocionales, tanto a nivel implícito como explícito, en el centro de la psicopatología (Brewin, 2006). Por otra parte, teóricos psicodinámicos (Greenberg y Mitchell, 1983) y del comportamiento (Ferster, 1973) han debatido mucho que los recuerdos emocionales, las asociaciones y los condicionamientos no necesitan ser conscientes pero sí muy influyentes en cómo procesamos y respondemos a acontecimientos y situaciones de la vida.

La mayoría de las personas que experimentan problemas psicológicos y que requieren de algún tipo de intervención se sienten amenazados por varios aspectos de sus vidas (p. ej. en las relaciones sociales) o por sus experiencias internas (p. ej. sentirse abrumado por emociones, recuerdos o pensamientos negativos recurrentes). Así pues, trastornos como depresión, ansiedad, paranoia, trastornos alimentarios, fobias, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo están relacionados con un procesamiento centrado en la amenaza y en los esfuerzos por regular esa amenaza y sentirse a salvo. Por lo tanto, la mayoría de terapias psicológicas tienen como objetivo ayudar al paciente a reconocer los orígenes reales y tempranos que intensifican la sensación de amenaza y de pérdida, los sentimientos y pensamientos que vienen automáticamente a la mente, sus maneras de procesar las

amenazas/pérdidas de la memoria (Brewin, 2006), representaciones esquemáticas del yo y de los demás (Beck, Freeman, Davis et al.; 1995) y estrategias para abordarlo (p. ej. vigilancia y evitación). A través de varias intervenciones que pueden implicar relación terapéutica, exposición, cambio cognitivo y emocional, y nuevas estrategias comportamentales, las terapias intentan reducir las sensaciones de amenaza/pérdida y el procesamiento de las mismas. Así, los estímulos internos y externos que activan los sistemas de procesamiento de amenaza/pérdida pierden la capacidad de hacerlo.

Algo que aumenta la sensibilidad a la amenaza y que centra el procesamiento de la misma son nuestras capacidades metacognitivas humanas (Wells, 2000). Es algo que nos ha dado enormes ventajas a la hora de ser capaces de planificar, anticipar y cooperar y que además es el origen de la cultura, la civilización y la ciencia –aunque son capacidades que tienen un costo. Los chimpancés probablemente no se preocupan de que un dolor en el pecho pueda ser un ataque al corazón, ni de que comer demasiado les hará engordar y que es posible que sean rechazados en determinados grupos sociales; no se preocupan por su futuro familiar o profesional. Los humanos, en cambio, vivimos al mismo tiempo en el mundo de “lo que es” (vinculado a las experiencias sensoriales directas) y en el mundo de “la imaginación y la metacognición”, en el que podemos centrarnos en el pasado y en el futuro, en lo temido, lo perdido y lo esperado (Gilbert, 2007a; Singer, 2009). Podemos idear planes y situaciones en nuestra mente y después responder como estímulos reales (Wells, 2000). Nuestra imaginación no es neutral desde un punto de vista fisiológico y son las fantasías (p. ej. sexuales) las que pueden estimular los sistemas fisiológicos y producir respuestas (p. ej. fantasías sexuales). Cuando nuestra atención es absorbida en este mundo interior de pensamiento, imaginación o de sentirse abrumado por recuerdos emocionales, dejamos de estar abiertos para vivir “en” el momento presente. De hecho, somos arrastrados del “momento presente” porque otros sistemas de nuestros cerebros están tirando del campo de la conciencia solicitando atención. Por ejemplo, los distintos recuerdos emocionales y condicionamientos significan que reaccionamos rápidamente ante las cosas –nuestros cuerpos pueden empezar a reaccionar ante una situación antes de que seamos conscientes de la misma, y entonces nuestras emociones nos precipitan y centran nuestros pensamientos y comportamientos.

Mindfulness

El mindfulness se ocupa de todos esos problemas. Podemos aprender a estar atentos a las emociones y a los pensamientos en cuanto surgen, a fin de verlos como vinculados a recuerdos emocionales y condicionamientos. Pasamos a un modo “observador” –ser capaces de darnos cuenta y de describir lo que ocurre en nuestro interior en lugar de ser capturados. Muchas terapias ayudan a la gente a pasar a este modo de atención observador-descriptor. El mindfulness también nos ayuda a ser más conscientes de cómo nuestras mentes vagan del momento presente a soñar despiertos, del pasado al futuro y con arrepentimiento, anticipación o aprensión. Cuando uno se da cuenta de la manera como la conciencia es “tomada por esas preocupaciones internas” afectando a nuestras emociones, es capaz de hacer que la atención regrese, reduciendo y calmando los bucles de retroalimentación entre el inicio de la amenaza y los efectos de mantenimiento de ciertas metacogniciones y rumiaciones.

Durante más de 2.500 años la psicología budista ha considerado que la psicología humana está dominada por los esfuerzos de nuestras mentes para poder con la inevitabilidad de las amenazas, las pérdidas y los daños que dan lugar a sufrimiento; nadie es inmune a las frustraciones de la vida, a las adversidades, a la decadencia final y a la muerte, tanto la propia como la de nuestros seres queridos. En el núcleo de la filosofía budista se encuentra la idea de trabajar la mente de manera que nos permita “hacer frente” y también “fluir con” las realidades duras de la vida. Las dos tareas más importantes de este trabajo de la mente son las del mindfulness y la compasión.

En los últimos 20 años el mindfulness ha atraído mucha atención como manera de promover el bienestar y también como proceso terapéutico para dificultades específicas (p. ej. depresión recurrente). Además, la mayoría de estas teorías se centran en cómo trabajar la atención para aprender a prestar atención al momento presente sin juzgar. Así las cosas, el mindfulness es un modo de experimentar y se sugiere que es un estado psicológico fundamental que está implicado en el alivio del sufrimiento (Corrigan, 2004; Martin, 1997; Fulton y Seigel, 2005). El maestro contemporáneo de meditación tibetana Yongyey Mingyur Rinpoche (2008) describía el mindfulness como “la clave, el *cómo* de la práctica budista, está en aprender simplemente a reposar en una sutil conciencia de los pensamientos, sentimientos y

percepciones a medida que ocurren”.

Los humanos dependemos del procesamiento lingüístico-verbal y lógico-matemático en muchas de nuestras interacciones con el entorno. Sin embargo, y como se ha explicado antes, el dominio de esos mecanismos de procesamiento en la experiencia consciente humana puede generar una desconexión de la experiencia del momento actual y una concretización de experiencias emocionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Hayes, Strohsl, Wilson, 1999). Dado que los humanos tenemos capacidades metacognitivas, podemos planificar (qué ocurrirá si hago X; cómo puedo obtener Y) y temer (qué ocurrirá si ocurre X) –todo ello en base meramente de nuestros pensamientos, atribuciones, excepciones y anticipaciones. El resultado es que a menudo pasamos mucho tiempo respondiendo a pensamientos, predicciones y recuerdos intrusivos como si fueran acontecimientos reales. Esta “literalización” de las representaciones mentales se conoce como “ fusión cognitiva” (Hayes et al.; 1999).

El malestar que puede surgir en presencia de pensamientos literalizados dolorosos y recuerdos emocionales es claro y obvio. Sin embargo, la manera como las personas intentan abordar las sensibilidades emocionales, las intrusiones, las rumiaciones y los recuerdos –que tiran de sus procesos mentales– pueden ser más significativos todavía. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que los intentos por eliminar o evitar pensamientos (estrategias muy comunes) a menudo sólo sirven para aumentar la frecuencia y la intrusividad de los pensamientos dolorosos, de los sentimientos y las predicciones (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Wegner, Schneider, Knutson y McMahon, 1991). En esas condiciones, nuestros recuerdos emocionales, los patrones de aprendizaje mediante asociación y la naturaleza de la respuesta relacional humana crean una prisión paradójica en la que nuestros intentos por rechazar e ignorar las experiencias dolorosas sólo sirven para arrastrar nuestra atención de nuevo a las construcciones internas que rigen nuestro sufrimiento. La psicología budista describe ese fenómeno como *Samsara* (existencia cíclica); un ciclo de reexperimentar persistentemente (p.ej. reencarnación) el sufrimiento apegándonos a lo que no podemos tener y rechazando lo que no queremos experimentar. Históricamente esta re-experiencia se construía como un regreso a las vidas de sufrimiento tras la muerte. Sin embargo, en un postmoderno siglo XXI, la perspectiva occidental puede interpretar esta *Samsara* como una descripción muy apta y concisa de una vida vivida, desde un punto de vista de la experiencia, en fusión con

recuerdos emocionales y pensamientos disfuncionales. El mindfulness es una manera de reconocer las erupciones de pensamientos y sentimientos, el tira y afloja de nuestro pensamiento que enlaza con nuestras sensibilidades personales. También entrena a la mente para que esté con ellos pero no “en” ellos.

Antes apuntábamos que muchas de nuestras sensaciones de amenaza personales y los vínculos entre pensamientos y emociones pueden entenderse como emergentes para la interacción de varios sistemas neurofisiológicos. La investigación del mindfulness se ha centrado en sus efectos neurofisiológicos. De hecho, estudios realizados en varios niveles de análisis, desde neuroimagen a estudios de resultados clínicos, han demostrado la efectividad de la práctica basada en mindfulness para ayudar a las personas a cambiar la relación con sus emociones. Un estudio experimental reciente ilustra que una inducción de respiración focalizada de 15 minutos, similar en algunos aspectos con la práctica de mindfulness, resultó en una mayor capacidad de regulación emocional y una mayor voluntad de permanecer en presencia de estímulos emocionalmente adversos (Arch y Craske, 2006). De un modo similar, la investigación ha demostrado que un grupo de personas que llevó a cabo una intervención de práctica de mindfulness de ocho semanas experimentó pensamientos automáticos negativos con menor frecuencia y creía ser más capaz de “dejar pasar” esos pensamientos mejor cuando los experimentaban. Este resultado está avalado por una investigación sobre mindfulness disposicional que indica que las personas con un mayor nivel de este mindfulness disposicional manifiestan menos pensamientos automáticos negativos y se consideran capaces de “dejarlos pasar” (Frewen, Evans, Maraj, Dozois y Partridge, 2006).

Los estudios de neuroimagen demuestran que los meditadores adeptos que practican ejercicios de respiración de mindfulness manifiestan una mayor activación en la corteza cingulada anterior (ACC) durante prácticas de mindfulness de la respiración comparado con los controles (Holzel, et al. 2007). Existe la hipótesis de que la diferencia de este grupo pueda atribuirse a un procesamiento más efectivo de acontecimientos que distraen y puede implicar un procesamiento más efectivo de los recuerdos emocionales. En teoría, la ACC se ve implicada en la resolución de conflictos, en el autocontrol emocional y en las respuestas adaptativas ante condiciones cambiantes (Allman, Hakeem, Erwin, Nimchinsky y Hof, 2001). También se ha postulado la posible participación de la ACC en un mecanismo homeostático

neuronal que regula la respuesta del individuo ante el malestar (Corrigan, 2004).

Las personas se presentan con diferentes niveles de mindfulness, ya sea como predisposición o rasgo innato, lo que refleja su capacidad para implementar un estado de conciencia que les permite abordar mejor las experiencias emocionales difíciles y adaptarse a la presencia de sus recuerdos emocionales. Los datos obtenidos por resonancia magnética funcional sugieren que la predisposición al mindfulness está correlacionada con una mayor actividad general de la corteza prefrontal y una actividad reducida de la amígdala bilateral durante el acto de etiquetado de las emociones (Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman, 2007). La práctica del mindfulness a menudo implica el etiquetado de experiencias emocionales (p. ej. tras experimentar un sentimiento de tristeza el meditador puede etiquetar la experiencia como “tristeza”). Esos resultados sugieren un posible componente de mindfulness, a saber, una mejor regulación prefrontal de la afectividad debido al hecho de sentir y etiquetar ese afecto –algo que requiere trabajo cognitivo.

Por su parte, datos recientes de neuroimagen también sugieren que la efectividad del mindfulness puede implicar un cambio en la percepción del yo que se experimenta durante la meditación. Además, las resonancias magnéticas funcionales permiten contrastar los correlatos neuronales implicados en un modo “narrativo” de autoreferencia y un modo “experiencial” de autoreferencia (Farb et. al.; 2007). Un sentido “narrativo” del yo corresponde en términos generales a la visión occidental convencional del yo como identidad individual separada, constante y dominante que resiste a lo largo del tiempo y de las situaciones. Se sabe que el modo narrativo de autoreferencia está correlacionado con la corteza prefrontal medial (mPFC), que se encarga de mantener un sentido de yo en el tiempo, comparando los rasgos de uno con los de los demás, y del mantenimiento del autoconocimiento (Farb et. al.; 2007). El “modo experiencial” de autoreferencia corresponde a la conciencia centrada en el momento presente que encontramos en la meditación mindfulness y representa el modo de ser que se ha descrito como “El yo observador” (Deikman, 1986).

El estudio de Farb et al. (2007) examinaba la actividad neurológica implicada en esos modos de autoreferencia en meditadores con experiencia y en novatos, en un curso de mindfulness de 8 semanas de duración. Los meditadores novatos manifestaron una reducción en la actividad

de la mPFC mientras mantenían un enfoque experiencial, lo que puede reflejar una reducción en un sentido narrativo de autoreferencia. Los practicantes con más experiencia en mindfulness manifestaron reducciones más importantes en esta actividad de la mPFC. Además, este segundo grupo también manifestó más actividad en el área derecha de la corteza, incluida la PFC lateral, las zonas viscerosomáticas y el lóbulo parietal inferior. Esta actividad parece correlacionarse con una fenomenología de “yo observador” y puede indicar un modo más efectivo de procesamiento emocional de los recuerdos desde una instancia consciente. Además, los meditadores novatos manifestaron un mayor acoplamiento entre las áreas de la PFC implicadas en la autoreferencia narrativa (mPFC) y las que pueden implicarse en la traducción de estados emocionales viscerales en emociones conscientes (i.e. ínsula derecha) (Damasio, 2001).

Los meditadores con más experiencia manifestaron un menor acoplamiento entre esas áreas, algo que puede reflejar la capacidad de desconectar la conexión habitual existente entre un sentido del yo identificado en el tiempo y el procesamiento emocional de los recuerdos, dando lugar a los aspectos beneficiosos de la práctica del mindfulness antes descritos.

Esto último apunta hacia varias posibilidades mediante las cuales el mindfulness podría ayudar a las personas entrenar sus cerebros para surcar mejor las olas del flujo constante de emociones y pensamientos, además de ofrecer maneras para que podamos organizar mejor nuestros sistemas de regulación afectiva.

Compasión

Algunos practicantes de mindfulness sugieren que la compasión es una cualidad emergente de la mente que se desarrolla con la “práctica consciente”. Eso se debe en parte a que el mindfulness nos ayuda a experimentar la ilusión de un yo y un ego apegados y limitados, y en su lugar experimentar introspecciones o insights y sensaciones de que todo forma parte integrante de una conciencia unificada que domina el universo. Sin embargo, otras escuelas del budismo (p. ej. Mahayana) sugieren que es importante centrarse específicamente y cultivar el desarrollo de una “mente compasiva”. Para ello han desarrollado una serie de conceptos sobre

la naturaleza y las ventajas de la compasión, así como formas de pensar y de comportarse para practicar y mejorar la compasión, incluida una serie de meditaciones centradas en la compasión y ejercicios de visualización (Leighton, 2003). Es interesante observar que muchos de los escritos del *Dalai Lama* (p. ej. 2003, 2004) se han centrado menos en los procesos de mindfulness y mucho más en la naturaleza y el valor de desarrollar compasión.

Se han estudiado mucho las visiones de la compasión que se tienen en oriente y en occidente y cómo mejorarla en todas las etapas de la vida además de personalmente (Davidson y Harrington 2002; Neff, 2003 a, b). En algunas formas de práctica de mindfulness, las meditaciones de amor incondicional (compasión) se añaden a los procedimientos estándar y puede ser uno de los ingredientes clave del cambio (p. ej. Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005). Las terapias centradas en la compasión también están haciendo surgir ese enfoque específico en el desarrollo de la compasión para uno mismo y para los demás como proceso terapéutico (Gilbert, 2000; Gilbert y Procter, 2006; Leary, Tate, Adams, Allen y Hancock, 2007). Si bien algunas de ellas están directamente relacionadas con tradiciones budistas (p. ej. Neff, 2003a; Leary et al.; 2007), otras se centran en la psicología evolutiva (p. ej. teoría del apego), en la neurociencia social y en la regulación afectiva (Gilbert, 2005, 2007).

La mayoría de los teóricos ven la compasión como un proceso múltiple. Por ejemplo, McKay y Fanning (1991) entienden la compasión como algo que implica el desarrollo de comprensión, aceptación y perdón. Neff (2003 a, b), desde la tradición budista y de la psicología social, ha desarrollado una escala de autocompasión que la analiza en términos de constructos bipolares relacionados con la bondad, la humanidad compartida y el mindfulness. La bondad implica entender las dificultades de uno y ser amable y cálido frente al fracaso o los reveses en lugar de juzgar con dureza y ser autocrítico. La humanidad compartida implica ver la experiencia individual como parte de la condición humana en lugar de sentirlo como algo personal, que aísla y que es vergonzoso. Por su parte, la aceptación consciente implica conciencia plena y aceptar los pensamientos y sentimientos dolorosos en lugar de identificarse en exceso con ellos. Neff, Kirkpatrick y Rude (2007) han demostrado que la autocompasión es diferente a la autoestima y que se asocia a muchos indicadores de bienestar.

El modelo evolutivo de Gilbert (1989, 2005, 2007 a, b) sugiere que el potencial de compasión

evolucionó con el componente de cuidado propio del sistema de apego. Así pues, recibir compasión tiene los mismos efectos que cuando nos cuidan –es decir, estimula los sistemas de relajación (véase la Figura 6.1) de la persona que recibe la compasión y ayuda a sentirse seguro y calmo. En este modelo, la compasión humana surge a través de la mejora por medio del entrenamiento de habilidades específicas como la motivación, la emoción y la cognición. Los seis componentes principales de la compasión son los siguientes:

1. Desarrollar una motivación para cuidar del bienestar de uno mismo y del de los demás. Este aspecto de motivación también se extiende a la propia identidad –es decir, ser más compasivo. Con esta motivación, las personas pueden participar en la búsqueda de “conocimiento” y desarrollar habilidades de compasión, que incluirán:
 2. Desarrollar la sensibilidad de uno mismo por su propio malestar, sus necesidades y los de los demás; reconocer cómo las propias emociones de amenaza (p. ej. ira, ansiedad) pueden bloquear esa sensibilidad.
 3. Desarrollar la compasión, que implica la posibilidad de abrirse emocionalmente y conmoverse por los sentimientos, el malestar y las necesidades de los demás.
 4. Desarrollar la capacidad de tolerar el malestar y las emociones, vinculado a la capacidad de “estar con” emociones dolorosas y adversas de uno mismo o de los demás sin evitarlas ni intentar atenuarlas. Esto también va ligado a las habilidades de aceptación.
 5. Desarrollar empatía, que implica mayores habilidades cognitivas y de imaginación para poder “ponerse en la piel del otro” y desarrollar *insight* o introspección para entender por qué los otros pueden sentirse o actuar como lo hacen. Esta idea también está relacionada con lo que en ocasiones se llama mentalización, o teoría de la mente.
 6. Desarrollar el no juzgar es una manera de abstenerse de condenar y acusar. Es una evolución para el desarrollo de la empatía y para profundizar en la manera en que comprendemos la condición humana en lugar de adoptarla como “una instrucción”. No significa no tener preferencias. Por ejemplo, al *Dalai Lama* (2004) le encantaría que el mundo fuese más compasivo.

Cuando estas cualidades y habilidades se desarrollan, todas ellas se cultivan en una atmósfera

emocional de calidez y bondad. Así pues, en este sistema la calidez y también el mindfulness son maneras de desarrollar cualidades y habilidades de compasión. De hecho, se ven como cualidades interconectadas e interdependientes –como se observa en la Figura 6.2.

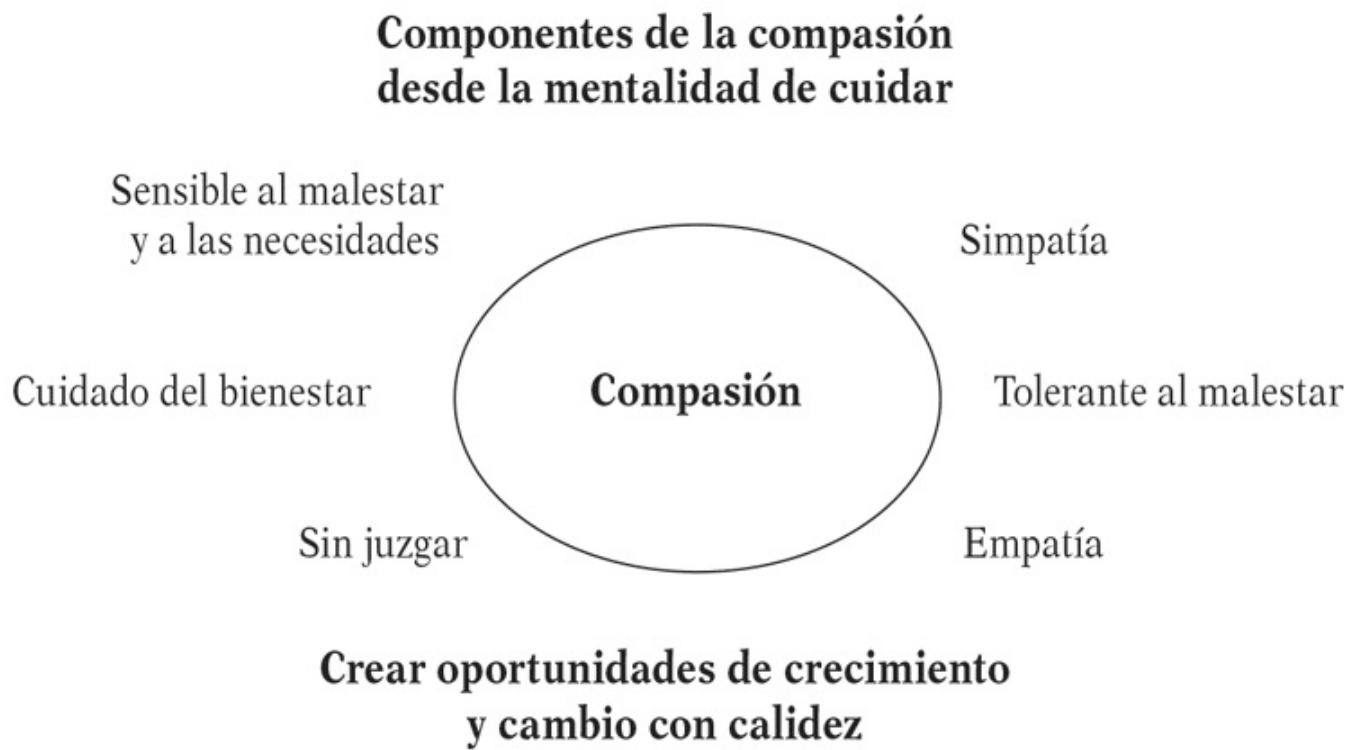


Figura 6.2. Círculo de la compasión

El entrenamiento en la compasión implica desarrollar esas cualidades “para el si mismo” y que pueden utilizarse cuando nos sentimos estresados y también para promover un sentimiento de bienestar y de satisfacción. Esto ocurre porque entrenar a nuestras mentes en la compasión puede ayudarnos a estimular esos sistemas emocionales y de alguna manera facilitar un sentido de bienestar.

Así pues, y a diferencia del mindfulness que no está planteado para estimular ningún sistema afectivo particular (sino más bien para desarrollar el yo observador), el trabajo de la compasión es estimular al sistema de relajación que evolucionó con el apego. Y esto se debe a que, como se indicaba antes, es el sistema el que funciona como un regulador natural de los sistemas de amenazas y motor, y es la base para sentimientos de satisfacción, conexión y

bienestar.

Existen muchos ejercicios y procesos que pueden utilizarse terapéuticamente para estimular la compasión para los demás y para uno mismo. Todos ellos involucran a la relación terapéutica (Gilbert 2007b) y ayudan a las personas a desarrollar atención compasiva, pensamiento compasivo, comportamiento compasivo y sentimientos compasivos. Centrarse en el cuerpo y en la respiración, las técnicas de método-actuación, las visualizaciones y escribir cartas compasivas son prácticas que pueden utilizarse para avanzar en esas capacidades (Gilbert 2007a en prensa; Gilbert y Irons 2005). La terapia centrada en la compasión utiliza el mindfulness pero también es muy centrada y activa y, por lo tanto, difiere del mindfulness tanto en la formulación como en el proceso. Lo básico en la práctica de la compasión es que todo lo que uno emprende y prueba para facilitar el cambio lo hace creando sentimientos de calidez y de sostén dentro de uno mismo. Aunque los estudios son limitados, existen pruebas que indican que el desarrollo de la compasión es útil (Gilbert y Procter, 2006; Mayhew y Gilbert, 2008). Sin embargo, cabe destacar que mucho del trabajo terapéutico suele centrarse en el miedo, la resistencia o la incapacidad a sentir compasión por el yo.

Conclusión

En este capítulo se ha estudiado el modelo neurofisiológico de las sensibilidades psicológicas y se han explorado las maneras en las que las terapias basadas en mindfulness y en compasión pueden incidir en los sistemas neurofisiológicos. El mindfulness funciona a través de la práctica atenta que, a su vez, facilita distintos estados cerebrales y nos permite obtener nuevas introspecciones y gestionar pensamientos, sentimientos y recuerdos que generan angustia. Las terapias centradas en la compasión utilizan el mindfulness al servicio de crear emociones y pensamientos compasivos en uno mismo. Una de las razones para hacerlo es que intentar generar sentimientos compasivos en uno mismo estimula un tipo específico de sistema afectivo que tiene cualidades de relajación. También se ha sugerido que un sistema como este surge con el apego y da lugar a sentimientos asociados al apego como la calma, el sentimiento de conexión y la empatía por los demás.

El mindfulness enseña a observar sin juzgar la creación y el surgimiento de pensamientos y emociones en la pantalla de nuestra conciencia. El entrenamiento de una mente compasiva utiliza todo eso pero también se centra en (re)direccionar la atención, centrándose en intentar generar sentimientos de calidez, de amabilidad y de bondad (Gilbert, 2000; Gilbert e Irons, 2005). Cuando las personas se sienten amenazadas y traumatizadas y tienen pocos recuerdos o esquemas emocionales en los que reciben ayuda, son amados o queridos, es posible que no puedan acceder a su sistema afectivo de relajación y tranquilidad. A través de los procesos que implican aprender a cultivar la atención compasiva, el pensamiento, las visualizaciones, el comportamiento y los sentimientos, podemos prepararnos para desarrollar una orientación de autocompasión para nosotros mismos y las dificultades. El objetivo de esta orientación es desplazar el enfoque del sistema de amenazas al de relajación y puede resultar especialmente útil frente a emociones intensas y cuando se experimentan recuerdos emocionalmente dolorosos.

Referencias

- ALLMAN, J.M.; HAKEEM, A.; ERWIN, J.M.; NIMCHINSKY, E.; HOF, P. (2001). “The Anterior cingulate cortex: The evolution of an interface between emotion and cognition”. *Annals of The New York Academy of Science*, 935, 107-117
- ARCH, J.J.; CRASKE M.G. (2006). “Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction”. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- BECK, A.T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D.D.; ASOCIADOS. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós.
- BIFULCO, A.; MORAN, P. (1998). *Wednesday's child: Research into women's experiences of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. Londres: Routledge.
- BREWIN, C.R. (2006). “Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account”. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- CARTER, C.S. (1998). “Neuroendocrine perspectives on social attachment and love”. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.

- CORRIGAN, F.M. (2004). "Psychotherapy as assisted homeostasis: Activation of emotional processing mediated by the anterior cingulate cortex". *Medical Hypotheses*, 63, 968-973.
- COZOLINO, L. (2007). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. Nueva York: Norton.
- CRESWELL, J.D.; WAY, B.M.; EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D. (2007). "Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling". *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-5.
- DALAI LAMA (2003). *El arte de la compasión*. España: Debolsillo.
- DALAI LAMA (2004). *Con el corazón abierto*. España: Debolsillo.
- DAMASIO, A.R. (2001). *La sensación de lo que ocurre: Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate.
- DAVIDSON, R.J.; HARRINGTON, A. (2002, Eds). *Visions of compassion: Western scientists and tibetan buddhists examine human nature*. Nueva York: Oxford University Press.
- DEIKMAN, A. (1986). *El yo observador. Misticismo y psicoterapia*. Fondo de cultura económica editorial.
- DEPUE, R.A.; MORRONE-STRUPINSKY, J.V. (2005). "A neurobehavioral model of affiliative bonding". *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-395.
- FARB, N.A.S.; SEGAL, Z.V.; MAYBERG, H.; BEAN, J.; McKEON, D.; FATIMA, Z.; ANDERSON, A.K. (2007). "Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference". *Social Cognitive Affective Neuroscience Advance Access*. 1-10.
- FERSTER, C.B. (1973). "A functional analysis of depression". *American Psychologist*, 28, 857-870.
- FREWEN, A.P.; EVANS, E.M.; MARAJ, N.; DOZOIS, D.J.A.; PARTRIDGE, K. (2006). "Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking". *Cognitive Therapy and Research*. En prensa. "
- FULTON, P.R.; SEIGEL, R.D. (2005). "Buddhist and Western psychology: Seeking common ground". En C.K. GERMER, R.D. SEIGEL; P.R. FULTON (Eds.) *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 55-72) Nueva York: Guilford Press.
- GERHARDT, S. (2008). *El amor maternal*. España: Editorial Albesa.

- GILBERT, P. (1989). *Human nature and suffering*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- GILBERT, P. (1998) "The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions". *British Journal of Medical Psychology*, 71, 447-463
- GILBERT, P. (2000). "Social Mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy". En P. GILBERT; K.G. BAILEY (Eds.) *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (p. 118-150). Hove: Psychology Press.
- GILBERT, P. (2005). "Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach". En P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 9-74). Londres: Routledge.
- GILBERT, P. (2007a). *Psychotherapy and counselling for depression*: 3^a edición. Londres: Sage.
- GILBERT, P. (2007b). "Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship". En P. GILBERT; R. LEAHY (Eds.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (p. 106-142). Londres: Routledge.
- GILBERT, P.; IRONS, C. (2005). "Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking". En P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 263-325). Londres: Routledge.
- GILBERT, P.; PROCTER, S. (2006). "Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach". *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- GILBERT, P. (en prensa). "The Compassionate Mind. A New Approach to life's Challenges". Londres Constable-Robin.
- GREENBERG, J.R.; MITCHELL, S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Mass.: Harvard University press.
- HAYES, S.C.; BARNES-HOLMES, D.; ROCHE, B. (2001) *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD, E.V.; FOLLETTE, V.M.; STROSAHL, K.; (1996). “Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

HOLZEL, B.K.; OTT, U.; HEMPEL, H.; HACKL, A.; WOLF, K.; STARK, R.; VAITL, D. (2007). “Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators”. *Neuroscience Letters*, 421(1), 16-21.

LEARY, M.R. TATE, E.B.; ADAMS, C.E.; ALLEN, A.B.; HANCOCK, J. (2007). “Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.

LEDOUX, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel: Planeta.

LEDOUX, J. (2002). *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. Nueva York: Penguin.

LEIGHTON T.D. (2003). *Faces of compassion: Classic bodhisattva archetypes and their modern expression*. Boston: Wisdom Publications.

MARTIN, J.R. (1997). “Mindfulness: A proposed common factor”. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 291-312.

MARKS, I.M. (1991). *Miedos fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca.

MAYHEW, S.; GILBERT, P. (2008). “Compassionate Mind Training with people who hear malevolent voices: A case series report”. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

MCKAY, M. Y FANNING, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.

MINGYUR, Y. (2008). *La alegría de la vida. Describa el secreto y la ciencia de la felicidad*. España: Editorial Norma.

NEFF, K.D. (2003a). “Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself”. *Self and Identity*, 2, 85-102.

NEFF, K.D. (2003b). “The development and validation of a scale to measure self-compassion”. *Self and Identity*, 2, 223-250.

NEFF, K.D.; KIRKPATRICK, K. Y RUDE, S.S. (2007). “Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning”. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

- PANSKEPP, J. (1998). *Affective neuroscience*. Nueva York: Oxford University Press.
- SCHORE, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: N.J. Lawrence Erlbaum.
- SHAPIRO, S.L.; ASTIN, J.A.; BISHOP, S.R.; CORDOVA, M. (2005). "Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomised control trail". *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- SIEGEL, D.J. (2001). "Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight" and neural integration". *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- SINGER, J.L. (2009). *Imaginería en psicoterapia*. México: Manual moderno.
- WEGNER, D.M.; SCHNEIDER, D.J.; KNUTSON, B.; McMAHON, S.R. (1991). "Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression of the mind's environment". *Cognitive Therapy and Research*, 15, 141-151.
- WELLS, A.; (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

Utilización de la metáfora para establecer aceptación y mindfulness

Alethea A. Varra, Claudia Drossel y Steven C. Hayes

Mis enseñanzas son como un dedo apuntando a la luna. No confundáis el dedo con la luna.

Buda

El lenguaje figurativo desempeña dos papeles distintos en la psicología clínica: por una parte se trata de una herramienta clínica útil y por otra, guía a los profesionales en la conceptualización de los problemas y las intervenciones posteriores (véase Leary, 1990, sobre la metáfora en la historia de la psicología). Dada su utilidad, no es de extrañar que encontremos metáforas, alegorías, símiles, analogías, dichos y máximas en las intervenciones terapéuticas (Blenkiron, 2005; Eynon, 2002; Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Otto, 2000). Este capítulo se centra en las funciones del lenguaje figurativo que están especialmente relacionadas con las teorías basadas en aceptación y en mindfulness. Destacamos la terapia de aceptación y compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) porque la conocemos bien y porque parece plantear cuestiones clave que pueden ser relevantes en los abordajes que integran Mindfulness en general.

La ACT es un enfoque terapéutico centrado en crear flexibilidad psicológica disminuyendo el impacto sobreamplificado del lenguaje y el conocimiento literal, temporal y evaluativo del ser humano. La teoría básica de la ACT considera la capacidad verbal de los humanos como un arma de doble filo que nos permite solucionar problemas cotidianos y crear un mundo cómodo, al tiempo que nos permite traer nuestro pasado doloroso al presente, ver las repercusiones emocionales de nuestra historia como un problema por solucionar, compararnos con un ideal irreal y proyectar futuros aterradores.

La metáfora como marco conceptual de trabajo del científico-profesional

Si bien es importante entender las metáforas específicas que resultan útiles en terapia, también es importante reconocer cuáles son las metáforas arraigadas en el marco conceptual de trabajo de un profesional determinado. Se trata de algo especialmente importante en la práctica basada en la aceptación y el mindfulness porque los supuestos fundamentales a menudo son distintos de los que predominan en gran parte de la práctica psiquiátrica y médica.

Pepper (1970) identifica cuatro “metáforas raíz” que describen visiones comunes de la afectividad humana, el comportamiento y la cognición, y su relación con otros acontecimientos. Todas las preguntas científicas, los programas de investigación que se desprenden, y las intervenciones posteriores pueden caracterizarse en función de esas metáforas (Rosnow y Georgoudi, 1986; Hayes, Hayes, Reese y Sarbin, 1993). Dos de ellas resultan especialmente interesantes para la psicología clínica. La metáfora de la *máquina* ve a los seres humanos y a sus problemas como un complejo reloj de pared que insta a examinar cómo funcionan las piezas y las fuerzas para culminar en una cadena percibida explicativa de los eventos. Esta metáfora es la base del modelo médico y aporta una guía para la intervención como una manera de dar con la pieza rota y repararla.

Por otra parte, una metáfora contextualista ve todos los acontecimientos humanos como una acción que tiene un propósito y que se sitúa en el tiempo, como hacer las compras o hacer el amor. Esta metáfora destaca la naturaleza *anidada, histórica y continua* de las acciones humanas e introduce un enfoque en el contexto y en la posibilidad de trabajar dicho contexto. En una metáfora contextualista no hay nada que esté necesariamente roto y que necesite arreglo, sino que existe un interés en cómo funciona una acción determinada, dada la historia y la situación actual de la persona. A diferencia de otras metáforas, la metáfora de las acciones históricas con un propósito concreto no asume ni un análisis completo ni final, ni tampoco una “manera correcta” de llevar a cabo el análisis en cuestión. De hecho, y a la luz de la metáfora raíz en sí, el análisis no es más que otra acción continua, integrada en niveles incontables de contexto y de historia:

[El análisis en sí mismo] es categóricamente un evento [...] En el análisis ampliado de cualquier evento nos encontramos a nosotros mismos en el contexto de dicho evento, y así

sucesivamente de un evento a otro siempre que así lo deseemos, que puede ser por siempre o hasta que nos cansemos [...] existen muchas maneras igual de reveladoras de analizar un evento (Pepper[1], 1942).

La ACT en particular y la psicología contextual en general han adoptado explícitamente esta metáfora (Hayes, Hayes y Reese, 1988). Representan una visión del comportamiento humano en su contexto, como acontecimientos interconectados, anidados, históricos y continuos. Para la redacción de este capítulo nos basamos en gran medida en los supuestos de una visión contextual.

El concepto de mindfulness tiende fácilmente hacia la perspectiva contextualista, ya que el hecho de centrarse en cada momento se encuentra en la naturaleza fundamentalmente interrelacionada de la experiencia humana. Este entendimiento contextual se parece a las enseñanzas de muchas escuelas filosóficas orientales que cultivan un conocimiento intuitivo y casi no verbal de la cualidad de interrelación que uno experimenta en el mundo mediante la práctica de la meditación y del mindfulness. La psicología contextual evita superponer las prácticas de mindfulness de las tradiciones orientales en una metáfora raíz esencialmente mecanicista. En cambio, el mindfulness es una extensión natural de los principios de la psicología contextual procedentes del estudio básico y aplicado de la afectividad, la cognición y el comportamiento humanos (Drossel, Waltz y Hayes, en prensa).

Resulta importante reconocer explícitamente la influencia de las metáforas raíz en las actividades científicas y clínicas ya que de lo contrario esos supuestos se presentan, falsamente, como datos sobre el éxito de un enfoque. Las metáforas raíz son la base del análisis, no el resultado del mismo, deben apropiarse y expresarse, y no pueden empuñarse como armas intelectuales en la batalla contra otros puntos de vista. Así pues, la utilización del lenguaje figurativo para lograr cambios clínicos se integra en las metáforas, más profundas todavía, del trabajo clínico y científico. Cuando consideramos el valor del mindfulness en el trabajo clínico, debemos hacerlo con los supuestos que adoptamos y que permiten valorarlo y considerarlo una guía útil para la actividad intelectual; estos supuestos deben ser comprendidos claramente. En criaturas tan limitadas desde un punto de vista cognitivo como los seres humanos, parece que la mejor manera de hacerlo es comprender nuestros supuestos como elementos integrados en una metáfora raíz.

Entender el lenguaje figurativo en la ACT

La ACT intenta alterar las relaciones normales cultural y lingüísticamente establecidas entre afecto, cognición y comportamiento a fin de debilitar las barreras del cambio. Si bien la metáfora de la *máquina* del comportamiento humano asume una cadena causal que lleva de la sensación a la percepción, pasa por la emoción y la cognición y termina en el comportamiento, los contextualistas sostienen que los cambios de comportamiento son posibles sin un requisito previo de alteración de la forma ni de la frecuencia de los pensamientos, las emociones o los recuerdos (p. ej. Harmon, Nelson y Hayes, 1980; Jacobson et al.; 1996). Ni la forma ni la frecuencia deben cambiar porque el impacto de la experiencia se integra en el contexto. Con un cambio de contexto, el impacto de la experiencia puede cambiar incluso cuando la forma del pensamiento o de la emoción sigue siendo el mismo.

Lo entendemos perfectamente en la vida cotidiana, pero a menudo se pierden las implicaciones. Una persona en una montaña rusa puede estar aterrada, pero el terror no es dañino. Una persona que sufre un ataque de pánico puede estar aterrada, pero ese terror, si se mantiene en el tiempo, puede limitar la vida. La diferencia no está tanto en el terror en si como en el contexto psicológico en el que se produce.

Desde la perspectiva de la ACT, muchos de los contextos funcionales más importantes para los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones son los que se integran en el lenguaje humano. Por ejemplo, las comunidades lingüísticas consideran útil establecer las funciones sociales y prácticas del lenguaje para tratar las palabras ampliamente como si fueran sus referentes. Una persona a la que se le indica cómo caminar hacia un destino por lo general no sufrirá perjuicio por considerar la descripción y las imágenes que evoca como si fuese la experiencia en sí de caminar hacia ese destino. Las palabras y sus referentes se vierten juntos, o “fusionados”, sin daño. Pero una persona que hace lo mismo mientras piensa “soy malo” puede verse envuelto en una lucha eterna con sentimientos de vergüenza y culpa, sin tan solo darse cuenta que la ilusión del lenguaje es la responsable de que esta lucha se lleve a cabo. La persona tiene el pensamiento de “soy malo” –sin experimentar la maldad– pero si eso falta, las funciones de ese pensamiento se alteran radicalmente. Desde la perspectiva de la ACT, la cognición y las emociones funcionan como barreras en la vida cuando nosotros –terapeutas,

pacientes y personas en general— las tomamos literalmente y las tratamos como objetos estáticos que deben evitarse o con los que hay que consentir, o que constituyen “buenas razones” para iniciar determinadas acciones y retirarse del contacto con los demás, o que prueban más juicios y evaluaciones de uno mismo o del mundo.

Evitar, alterar o terminar con los pensamientos, las emociones o los recuerdos no deseados suele ser inútil e incluso contraproducente (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Wenzlaff y Wegner, 2000) pero, como esos efectos son contextuales, se suelen experimentar como algo automático y no como una conducta elegida. La cultura occidental alienta esa evitación experiencial como estrategia, a través de los medios de comunicación y la publicidad en particular. Está claro que desvincularse de las experiencias particulares proporciona un alivio a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, los procesos lingüísticos garantizan que exactamente esas experiencias que uno quiere evitar se produzcan con más frecuencia o tengan una mayor influencia.

Por ejemplo, la regla “no debería pensar x” contiene un elemento verbal (“x”) que tenderá a evocar a x y así, seguir esa regla es probable que sólo funcione temporalmente. En cuanto la persona que la sigue intente ver si funciona, habrá dejado de hacerlo. El resultado de esos procesos es una falta de flexibilidad y de percepción de vitalidad, y la gente se siente “atascada” (Chödrön, 2009).

El motivo por el que el lenguaje figurativo se utiliza con tanta frecuencia en la ACT es porque resulta difícil alterar las funciones de los procesos verbales normales utilizando procesos verbales. La teoría en la que se basa la terapia ACT, teoría de los marcos relationales (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), proporciona una salida. Dicha teoría divide las funciones del lenguaje en las que establecen los significados de las palabras en función de sus relaciones con otras cosas (cf.; Sidman, 1994), y las que les dan a las palabras un impacto conductual. La mayoría de los enfoques terapéuticos de la cognición se centran en el contexto relacional, es decir, en los métodos que incitan relaciones diferentes entre las palabras y entre las palabras de otros hechos. Dicho de otro modo, son métodos que intentan cambiar los patrones de pensamiento. En cambio, la ACT se centra en el contexto funcional, es decir, en métodos que alteran el grado en el que los hechos verbales evocan la conducta. Utilizando

otras palabras, son métodos que intentan cambiar el impacto del pensamiento.

Además, algunos de esos métodos, como las técnicas de defusión, tienen como objetivo los contextos funcionales. Por ejemplo, repetir una palabra en voz alta disminuye rápidamente la verosimilitud y la respuesta emocional de dicho término (Masuda et al.; 2004). Pero también es posible utilizar el contexto relacional de manera que altere un contexto funcional. El lenguaje figurativo es un ejemplo. Desde un punto de vista de RFT, el lenguaje figurativo aúna dos o más series de relaciones verbales. El número de relaciones derivadas resultantes es asombroso, y es posible que las funciones que dominan en una red relacional estén disponibles con relación a otra pero a menudo la persona influida por la metáfora no puede describirla con facilidad. Por ejemplo, la metáfora “la ansiedad es como las arenas movedizas” puede traer funciones que existen en relación con las arenas movedizas (p. ej. no luchar contra ellas; maximizar el contacto tumbándose) para superar la ansiedad.

Las intervenciones basadas en la “metáfora de la máquina” asumen que los problemas de los pacientes se deben a errores atípicos de la maquinaria que remiten con la corrección del error (Mojtabai, 2000). Los procesos de la ACT mantienen la metáfora raíz de los hechos anidados, históricos y continuos. Así pues, el lenguaje figurativo en la teoría ACT ha sido diseñado no tanto para cambiar el pensamiento como para cambiar el contexto de ese pensamiento. El lenguaje figurativo se utiliza para reformular pensamientos, evaluaciones, juicios, recuerdos y emociones como actividades humanas continuas, y para disociar el vínculo culturalmente establecido entre esas experiencias y el comportamiento evidente, de modo que una transformación de la vida es posible aunque la experiencia interna no deseada persista.

Lenguaje figurativo versus instrucción directa

La teoría ACT utiliza varios componentes del lenguaje figurativo, como muestra la Tabla 7.1. A diferencia de otras terapias que pueden utilizar lenguaje figurativo como herramienta retórica para convencer o persuadir, el lenguaje figurativo en ACT evita las instrucciones directas o las reglas detalladas. En la década de los 80, un grupo de investigadores (p. ej. Barrett, Deitz, Gaydos y Quinn, 1987; Catania, Matthews y Shimoff, 1982; Hayes, Brownstein,

Zettle, Rosenfarb y Korn, 1986) demostraron que las personas son menos dadas a cumplir con los pedidos de cambiar las situaciones tras haber recibido instrucciones explícitas. Básicamente, el hecho de tener que seguir un exceso de reglas puede resultar limitante, y puede disminuir la flexibilidad necesaria para dominar los desafíos que plantea la vida. Por el contrario, unas reglas verbales más estratégicas o menos detalladas pueden preservar la flexibilidad. La alegoría budista del dedo y la luna (Watts, 1998) aporta un ejemplo: seguir meticulosamente las instrucciones (i.e.; atender cuando alguien apunta con el dedo) puede impedir el contacto con las condiciones que prevalecen (ver lo que hay que ver).

Tabla 7.1. Tipos y ejemplos de lenguaje figurado.

Figura lingüística	Definición	Ejemplos (de Kittay, 1987)	Ejemplos de ACT
Símiles	"Figura que consiste en comparar expresamente una cosa con otra, para dar idea viva y eficaz de una de ellas" (Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición en línea)	"Un zorro es como un perro" (símil literal) vs "Un hombre es como un zorro" (símil figurado)	Luchar con la ansiedad es como luchar en arenas movedizas (Stewart y Barnes-Holmes, 2001)
Analogías	"Razonamiento basado en la existencia de atributos semejantes en seres o cosas diferentes" (DRALE en línea)	"De la misma manera que el pie derecho y el pie izquierdo tienen la misma fuerza porque deben soportar la misma carga del resto del cuerpo, [...] la mano derecha y la mano izquierda podrían comportarse igual si se entrenaran igual" (p. 276)	Igual que las "cosas" pueden describirse, abordarse, manipularse o "comprarse", lo mismo puede hacerse con los pensamientos y los sentimientos
Metáforas	Aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación (con otro objeto o concepto) y facilitar su comprensión; p. ej., el átomo es un sistema solar en miniatura (DRALE en línea)		
Convencional	Los orígenes metafóricos pasan desapercibidos (Kittay, 1987)	Morderse la lengua (pág. 51)	Omnipresente en el discurso vernáculo; la ACT resalta el origen metafórico o de las palabras (p. ej., discusión de "responsabilidad")
Conceptual	Se aplican conceptos a varias expresiones pertenecientes al mismo tema (Lackoff y Johnson, 1980)	"El amor es una fuerza física" (p. 90)	La afectividad, el comportamiento, y la cognición humanos son hechos anidados, históricos y continuos (Hayes, Wilson y Strosahl, 1999, pp. 18-26)
Creativa	La similitud se genera y no existe previamente (Black, 1962)	"El jardín era una pocilga de flores" (pág. 17)	Emociones, pensamientos e impulsos son el carguero de los trenes que avanzan por vías paralelas en nuestra mente (Hayes y Smith, 2005)
Alegorías	"Figura que consiste en hacer patentes en el discurso, por medio de varias metáforas consecutivas, un sentido recto y otro figurado, ambos completos, a fin de dar a entender una cosa expresando otra diferente" (DRALE en línea)	<i>Alegoría de la caverna de Platón</i>	La historia de la persona en el agujero (Hayes et al., 1999)
Máximas	Expresa una "regla, principio o proposición generalmente admitida por quienes profesan una facultad o ciencia" (DRALE en línea)		Si no lo deseas, lo tienes (Hayes et al., 1999)

Los ejercicios prácticos combinados con el lenguaje figurativo de la ACT han sido explícitamente diseñados para minimizar el rol de la instrucción y maximizar el compromiso personal con las situaciones sociales sutiles y complejas. Minimizan el rol de experto (y potencialmente coercitivo) del terapeuta, amplifican la importancia de la experiencia

individual, y crean un espacio en el que el paciente puede empezar a experimentar los hechos “libremente y sin defensa” (Hayes et al.; 1999). El enfoque flexible, en lugar de la evitación rígida, caracteriza el compromiso con la vida que la terapia ACT pretende promover. En línea con esta idea, e independientemente de las evidencias de la ACT y de la utilidad demostrada del enfoque, los terapeutas tienen que evaluar si la utilización del lenguaje figurativo tiene el impacto deseado en el paciente.

Teorías del lenguaje figurativo

Los teóricos modernos caracterizan el lenguaje figurativo como la “forma constitutiva” de lenguaje y su “principio omnipresente” (Richards, 1936). Si bien los símiles y las analogías amplían explícitamente las relaciones y las proporciones comparativas a otras áreas temáticas y no tienen demasiado interés para los lingüistas, las metáforas siempre han recibido más atención académica porque parecen surgir de un proceso creativo y aleatorio que implica un mal uso intencionado, “degenerativo, secundario o no convencional” (Ritchie, 2006) del lenguaje. Después de que Lakoff y sus colegas destacaran la ubicuidad de las metáforas conceptuales en el proceso lingüístico (Lakoff y Johnson, 1986, 1999), los lingüistas empezaron a distinguir las “metáforas convencionales” –firmemente arraigadas en el uso vernáculo y que comparten experiencias no verbales o una base conceptual– de las “metáforas creativas” y su extraordinaria construcción retórica en el habla, en la poesía y en la literatura (Knowles y Moon, 2006; Rozik, 2007).

La teoría de marcos relacionales (RFT, Hayes et al.; 2001) reconcilia esos puntos de vista en apariencia divergentes (Stewart y Barnes-Holmes, 2001). De hecho, muestra: (1) Cómo las correlaciones entre distintos tipos de experiencias no verbales y verbales pueden influir en las descripciones y (2) Cómo pueden surgir nuevas referencias a hechos que no existen de relaciones construidas verbalmente. Por ejemplo, cuando un niño comenta que al tomar agua con gas es como cuando “se me duerme un pie” sería un ejemplo del primer tipo de extensión metafórica (Skinner, 1981, p. 106), mientras que la cita de Shakespeare “¡Oh, mi señor, cuidado con los celos! Es el monstruo de ojos verdes que se divierte con la vianda que le nutre” (pág. 73) es un ejemplo del segundo tipo. La RFT integra acontecimientos no verbales

con acontecimientos verbales y proporciona una explicación de cómo hechos que nunca antes se han experimentado (p. ej. un monstruo de ojos verdes) acaban ejerciendo un significado cognitivo además de efectos a nivel emocional. A diferencia de las teorías actuales, compartmentalizadas y discontinuas del lenguaje figurativo, la RFT aporta una explicación consistente y comprensible del lenguaje y de la cognición que se extiende sistemáticamente a todos los tipos de discurso literal y figurativo, desde descripciones de símiles a metáforas creativas.

Aplicación de la metáfora

La ACT es una terapia guiada por la teoría y basada en el contexto en la que la intervención apropiada difiere mucho en función de cada paciente y del problema que presenta. Cuando hablamos de metáforas comunes en ACT, animamos a los terapeutas a identificar el propósito de la metáfora y a adaptar la historia o la técnica a la experiencia de su paciente en particular. De hecho, es congruente con el estudio que sugiere que la efectividad clínica de las metáforas aumenta cuando éstas se producen en colaboración con el paciente, cuando se repiten frecuentemente y cuando son pertinentes con la situación (Martin, Cummings y Hallberg, 1992). Así pues, si bien cada una de las siguientes metáforas suele ser utilizada por terapeutas ACT, se les anima a que creen sus propias metáforas similares conjuntamente con sus pacientes.

Socavar o evitar la justificación

El enfoque de la ACT para entender el sufrimiento humano postula que el lenguaje es la base para gran parte del dolor emocional y del comportamiento inflexible. Uno de los impedimentos comunes del cambio comportamental es la justificación. A las personas les parece difícil hacer algo nuevo porque tienen una historia bien desarrollada sobre por qué lo hacen como lo hacen. Un ejemplo clásico es hablar sobre por qué una persona sigue utilizando determinada estrategia que está claro que no funciona. Una posibilidad sería identificar la

estrategia y las razones por las que esa persona debería hacerlo de otra manera. Desde la perspectiva ACT, esto simplemente refuerza el hecho de dar justificaciones como una estrategia de afrontamiento apropiada y deja a los pacientes más arraigados aún en su sufrimiento original. Consideremos la siguiente metáfora:

Metáfora del hombre en el pozo

La situación en la que se encuentra se parece a este caso. Imagine que lo sitúan en un campo, con los ojos vendados y le dan una bolsa con herramientas. Le dicen que tiene que ir dando vueltas por el campo, con los ojos vendados. Así se supone que tiene que vivir la vida, y usted hace lo que le dicen. Pero sin que usted lo sepa, en ese campo hay varios pozos bastante profundos y separados entre sí. Al principio no lo sabe, es ingenuo, de modo que empieza a correr y antes o después cae en un agujero enorme. Palpa un poco y se da cuenta de que no puede trepar y de que no puede encontrar una salida. Probablemente lo que haría en tal aprieto es tomar la bolsa de herramientas que le dieron y ver lo que hay dentro; quizás haya algo que pueda utilizar para salir del pozo. Ahora suponga que en la bolsa hay una herramienta, pero que lo que le dan es una pala. Al parecer es todo lo que tiene. Así que empieza a cavar obedientemente, pero pronto se da cuenta de que no sale del pozo. Así pues, intenta cavar cada vez más rápido, pero sigue en el pozo. Intenta con grandes paladas, o pequeñas, o lanzando las paladas lejos, o no. Pero permanece en el pozo. Tras todo el esfuerzo y todo el trabajo curiosamente el pozo cada vez es más grande. ¿No es así? Entonces usted viene a consultarme pensando “quizás tiene una pala enorme; una pala mecánica chapada en oro”. Pues no. Y aunque así fuera, no la utilizaría, porque cavar no es la manera de salir de un pozo –cavar es lo que hace el pozo. Así que quizás no hay lugar para la esperanza: no puede cavarse una salida, eso lo único que hace es dejarlo dentro del pozo.

(Hayes et al.; 1999, pág. 101-102)

Una función de esta metáfora es debilitar el dar razones o justificar. La metáfora reconoce que la persona puede tener razones y que esas razones son bastante lógicas. Sin embargo, también pone en primer plano el tema de si lo que la persona está haciendo funciona o no. Las razones quedan debilitadas en tanto que resultan menos importantes que el grado en que la conducta funcione. El terapeuta no debe debatir las razones del individuo ni convencer a sus pacientes de la supremacía de otras razones.

Socavar o evitar la “ pliance”^[2]

Como decíamos antes, aunque seguir reglas puede hacer disminuir la flexibilidad necesaria para manejar los desafíos de la vida, unas reglas suficientemente vagas pueden preservar un estilo de afrontamiento más flexible. Las metáforas son particularmente útiles para debilitar la “pliance” debido, en parte, a esa razón. A menudo no hay una respuesta correcta tras una metáfora. Es algo que en ACT a veces se aborda directamente al hablar de la relación terapéutica. Veamos un ejemplo:

Metáfora de las dos montañas

Es como si estuviera escalando una montaña que tiene muchos lugares peligrosos. Mi trabajo es cuidarle y darle indicaciones si veo lugares en los que podría resbalar o hacerse daño. La pregunta es ¿cómo puedo hacerlo de la mejor manera posible? Si me sitúo en la cima de su montaña, la verdad es que no le veo muy bien. Si estoy delante suyo, tengo la misma visión que usted y eso no es de demasiada ayuda. De hecho, me situaré en mi propia montaña, justo al otro lado del valle. Desde aquí tengo una buena visión de su camino. No tengo que saber nada sobre cómo se siente exactamente escalar su montaña para ver por donde va a pasar. Usted es el experto de su montaña y de lo que se siente estando ahí. Yo tengo la ventaja de poder ver desde otra perspectiva. Juntos podremos descubrir una manera de escalar.

En otros momentos, la metáfora se utiliza para trasmitir un mensaje concreto, pero el cambio esperado en el comportamiento no lo articula el terapeuta.

Metáfora del martillo de goma

Es como si va al médico y le dice que tiene un terrible dolor de cabeza y el doctor le mira y ve que se está golpeando en la cabeza con un martillo de goma. Quizás no sepa que se está golpeando a usted mismo, o quizás tenga una excelente razón para hacerlo. Sin embargo, lo primero que le dirá el doctor seguramente sea “se está golpeando en la cabeza con un martillo y probablemente le seguirá doliendo la cabeza hasta que pare”.

En esta situación, el paciente debe decidir qué es el martillo y qué significa dejar de golpearse

en la cabeza con él. La pliance se reduce porque el terapeuta no define explícitamente la regla. El efecto resultante se parece más a un moldeado de contingencia que a una regla directa ya que una gran variedad de acciones podrían ser relevantes para la metáfora.

Debilitar las funciones literales del lenguaje

Debido al énfasis que la ACT hace del lenguaje, existen muchas metáforas que se orientan específicamente hacia las funciones literales del mismo. Esas metáforas se utilizan para destacar los riesgos de tomar nuestros pensamientos y el lenguaje asociado de manera literal e intentar establecer contextos en los que sea menos probable. Veamos un ejemplo:

Metáfora de los dos ordenadores

Imagine dos ordenadores, uno junto al otro, cada uno de ellos con un operador delante. Son máquinas idénticas, contienen los mismos programas y los mismos datos. Funcionan de la siguiente manera: se les introducen determinados datos y ellos generan otros. Supongamos que pulsamos una tecla de ambas máquinas y que aparece un mensaje en ambas pantallas. Imaginemos que lo que aparece es, “En el fondo, hay algo en mí que no funciona”. Ahora imaginemos dos situaciones diferentes. En la situación nº 1, el operador está completamente perdido en cuanto al funcionamiento del ordenador. Es como meterse en una película; uno no la mira, está en la película, y cuando alguien aparece de detrás de una puerta, pega un salto. Es lo mismo. El operador está sentado justo delante del monitor, con la nariz pegada a la pantalla, absorto en la lectura e incapaz de distinguir entre la máquina y la persona que la hace funcionar. El operador olvida que existe una diferencia. Entonces aparece el mensaje “En el fondo, hay algo en mí que no funciona”. Y desde ese lugar –con el operador indiferenciado de la máquina– la única opción de éste es intentar reprogramarla. ¿Quién va a aceptar que en el fondo hay algo que no funciona en ellos? Es como decir que no pasa nada si nos come el tigre. Situación nº 2: El mismo ordenador, la misma programación, todo es lo mismo. Aparece el mismo mensaje, “En el fondo, hay algo en mí que no funciona”. Pero en este caso la persona está un poco recostada, y está muy claro que existe una diferencia entre la máquina y la persona. Él es el operador de la máquina, trabaja con la máquina, pero no es la máquina. El operador ve el mensaje con claridad, pero como existe una diferenciación entre su persona y la máquina, el mensaje no tiene necesariamente que cambiar. Podría avisar a sus colegas y decir “Mirad esto. Escribo x y mirad lo que aparece en pantalla. Interesante, ¿verdad?”. Es así. Su mente ha sido programada por todo tipo de personas. En un momento dado,

aparece mamá y trabaja un rato escribiendo en el teclado, y más tarde viene papá. En varias ocasiones, su esposo (o esposa), sus profesores, sus hijos, sus amigos, sus colegas de trabajo –todos pasan un poco de tiempo en el ordenador. Y en determinadas situaciones –si se introduce lo correcto– aparece determinado mensaje. E incluso usted podría pensar que es verdadero. Por ejemplo, la pantalla dice, “Chico, ¡necesito una dosis de heroína!”. Puede resultar adecuado o no. La cuestión no es si el mensaje es verdadero o falso. La cuestión es si existe una diferenciación entre la persona y la maquinaria mental. ¿Hay alguna diferencia entre usted y las cosas que ocurren en su vida?

El objetivo de esta metáfora es debilitar las funciones literales del lenguaje a múltiples niveles. En primer lugar, iguala pensamiento y lenguaje asociado como el mensaje de un ordenador más que como verdad real. En segundo lugar, introduce la idea de que esos pensamientos y ese lenguaje pueden estar muy influenciados por el “input” o lo que las otras personas aportan, más que por la propia experiencia del paciente. En tercer lugar, destaca la diferencia entre la persona y sus productos verbales, aumentando un sentido de elección incluso en presencia de formulaciones verbales determinadas.

Aportar un modelo de sentido común de los procesos paradójicos

Muchos conceptos de la terapia ACT no tienen un sentido lógico aunque sí tengan un sentido psicológico. No es que la ACT sea ilógica sino que la utilidad de sus conceptos depende más de la experiencia que del análisis. Las metáforas aportan un modelo de sentido común que puede tranquilizar y guiar al paciente al abordar conceptos paradójicos. Consideremos el siguiente ejemplo:

Metáfora del sonido de acople

¿Conoce ese horrible ruido de acople que a veces hace un megáfono? Ocurre cuando hay un micrófono demasiado cerca de un altavoz. En ese caso, cuando una persona que se encuentra en el escenario hace el mínimo ruido, éste entra por el micrófono, el sonido sale por los altavoces amplificado y regresa al micrófono, un poco más fuerte que la primera vez que se emitió, y a la velocidad del sonido y de la electricidad, cada vez es más fuerte, hasta que en cuestión de segundos, es insoportablemente fuerte. Sus luchas con sus pensamientos y sus emociones son como quedar atrapado en sonidos de acople.

¿Entonces qué hace? Lo que haría cualquiera. Intenta vivir la vida [susurrando] *muy bajito*, siempre susurrando, siempre de puntillas. No se puede vivir sin hacer ruido. Pero observe que en esta metáfora el problema no es cuanto ruido hace. El problema es el amplificador. Nuestro trabajo en este caso no es ayudarle a vivir silenciosamente, sin incomodidades emocionales ni pensamientos molestos, nuestro trabajo es dar con el amplificador y sacarlo del circuito de retroalimentación

Esta metáfora se utiliza para describir las complejas implicaciones de la evitación experiencial al tiempo que se introduce la idea de aceptación. El modelo de sentido común del sonido de acople es más claro que una descripción en profundidad de cómo las reglas interactúan con las experiencias directas para producir circuitos de emociones y pensamientos que se autoamplifican.

Aportar pruebas sin argumentos

Esto permite al paciente experimentar un concepto sin tener que convencer a la persona. Un ejemplo en ACT es hablar sobre nuestros límites a la hora de lograr el control interno y emocional.

Metáfora del polígrafo

Supongamos que lo tengo conectado al mejor polígrafo del mundo. Es una máquina perfecta, la más sensible de todas. Una vez conectado a ella, es imposible que se active o se muestre ansioso sin que la máquina lo sepa. Así, le indico que su tarea es muy sencilla: todo lo que tiene que hacer es permanecer relajado. Si usted está minimamente ansioso, lo sabré. Sé que lo quiere intentar con todas sus fuerzas, pero le daré un incentivo adicional: también tengo un revólver Mágnum 44 que mantendré apoyado en su cabeza. Si permanece relajado, no le volaré la tapa de los sesos, pero si se pone nervioso (y lo sabré porque está conectado a esta máquina perfecta), tendré que matarle. Su cerebro quedará desparramado por las paredes. Así que ¡relájese!... ¿Qué cree que ocurrirá? Imagine qué ocurriría. ¡Bang! ¿Cómo podría ocurrir lo contrario? La más mínima muestra de ansiedad sería aterradora. Moriría “¡Dios mío! ¡Me estoy poniendo nervioso! ¡Llegó el momento fatal!”. ¡Bang! Es hombre muerto. ¿Cómo podía ser de otra manerar? (Hayes et al.; 1999).

En este ejemplo es fácil para el paciente imaginar que se pone nervioso, a pesar de todos los esfuerzos por controlar su ansiedad. La naturaleza extrema de la metáfora permite al profesional demostrar claramente el concepto sin tener que convencer al paciente del resultado a través de la lógica ni discutir si se ajusta a su situación actual.

Estructurar los procesos experienciales

Desde la perspectiva de la ACT, el mindfulness implica aceptación, defusión, centrarse en el momento presente y un sentido trascendente del yo. Los ejercicios de mindfulness a nivel experiencial suelen utilizarse con regularidad en la ACT. Las metáforas pueden utilizarse para ayudar a guiar al paciente en el uso de esos ejercicios de mindfulness de manera que se centre en esos cuatro procesos de ACT. La siguiente metáfora tiene como objetivo ayudar al paciente a observar sus pensamientos con conciencia plena.

Metáfora de las hojas en el arroyo

Imagine que está sentando en la orilla de un arroyo. Está sentado, disfrutando de un día precioso y relajado bajo un enorme roble. Es otoño y puede observar como muchas de sus hojas caen y flotan sobre las aguas del arroyo. Mientras lo imagina, quiero que preste atención a los pensamientos que tiene en cada momento. Observe el vaivén de pensamientos como las hojas que vienen y van, e imagine que sus pensamientos están escritos en las hojas que flotan en el agua. En una hoja puede poner, “Esto lo estoy haciendo bien”, y en otra puede poner “Hoy estoy cansado”. Independientemente del pensamiento que tenga, visualícelo en una de las hojas y no la pierda de vista mientras desaparece, sin tirar de ella ni empujarla. En algún momento puede tener la sensación de que ya no está haciendo el ejercicio, que está atrapado en los pensamientos en lugar de simplemente observar como pasan. Cuando esto ocurra, quiero que se detenga unos segundos y vea si puede reconectar con lo que estaba haciendo justo antes de que se detuvieran las hojas. A continuación prosiga, siéntese debajo del árbol y vuelva a poner pensamientos en las hojas. Ahora permaneceré callado mientras inicia el proceso [a continuación, varios minutos de silencio] (Hayes et al.; 1999).

En este ejercicio, los cuatro procesos ACT que se enseñan para definir el mindfulness se sitúan en una imagen figurada. La “persona bajo el árbol” representa un sentido trascendente

del yo; mirar a un pensamiento como se mira una hoja potencia la defusión; el hecho de ni tirar de ni empujar la hoja es una metáfora de la aceptación; y observar los pensamientos a medida que surgen es centrarse en el momento presente. El silencio posterior permite la práctica del ejercicio, pero la metáfora lo estructura para que funcione en términos de ACT.

Resumen

Hemos revisado la importancia de la metáfora en ACT, desde el modelo que subyace a su filosofía de la ciencia hasta la utilización de lenguaje figurativo para potenciar los procesos de ACT. Hemos argumentado que la metáfora es una herramienta clínica muy útil en la práctica basada en aceptación y en mindfulness en general porque aborda aquellos aspectos que las terapias contextuales esperan poder abordar. La metáfora se utiliza mucho en terapia ACT y trata el impacto del lenguaje en el sufrimiento humano debilitando o, por lo menos evitando, la justificación y la “pliance” debilitando las funciones literales del lenguaje; aportando modelos de sentido común de los procesos paradójicos; demostrando conceptos experiencialmente y ayudando a estructurar y a guiar correctamente procesos en forma más experiencial.

Referencias

- BARRETT, D.M.; DEITZ, S.M.; GAYDOS, G.R.; QUINN, P.C. (1987). “The effects of programmed contingencies and social conditions on response stereotypy with human subjects”. *Psychological Record*, 37, 489-505.
- BLENKIRON, P. (2005). “Stories and analogies in cognitive behaviour therapy: A clinical review”. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 45-59.
- CATANIA, A.C.; MATTHEWS, B.A.; SHIMOFF, E. (1982). “Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding”. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38(3), 233-248.
- CHÖDRÖN, P. (2009). *Cuando todo se derrumba: Palabras sabias para momentos difíciles*. Madrid: Gaia, Mega S.L. Distribuciones.

DROSSEL, C.; WALTZ, T.; HAYES, S.C. (en prensa). “An introduction to principles of behavior”. En D. Woods.; J. Kanter (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*. Reno, NV: Context Press.

EYNON, T. (2002). “Cognitive linguistics”. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 399-407.

HARMON, T.M.; NELSON, R.O.; HAYES, S.C. (1980). “Self-monitoring of mood versus activity by depressed clients”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 30-38.

HAYES, S.C.; BARNES-HOLMES, D.; ROCHE, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

HAYES, S.C.; BROWNSTEIN, A.J.; ZETTLE, R.D.; ROSENFARB, I.; KORN, Z. (1986). “Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding”. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256.

HAYES, S.C.; HAYES, L.J.; REESE, H.W. (1988). “Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper’s ‘World hypotheses: A study in evidence’”. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97-111.

HAYES, S.C.; HAYES, L.J.; REESE, H.W.; SARBIN, T.R. (Eds.). (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: The Guilford Press.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD, E.V.; FOLLETTE, V.M.; STROSAHL, K.; (1996). “Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

JACOBSON, N.S.; DOBSON, K.S.; TRUAX, P.A.; ADDIS, M.E.; KOERNER, K.; GOLLAN, J.K.; GORTNER, E.; PRINCE, S.E. (1996). “A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.

KNOWLES, M.; MOON, R. (2006). *Introducing metaphor*. Nueva York: Routledge.

LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (1986). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.

- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (1999). *Philosophy in the Flesh: The embodied mind and its challenges to western thought*. Nueva York: Perseus Books.
- LEARY, D.E. (1990). *Metaphors in the history of psychology*. Cambridge: Cambridge Studies in the History of Psychology.
- LYDDON, W.J.; CLAY, A.L.; SPARKS, C.L. (2001). "Metaphor and change in counseling". *Journal of Counseling and Development*, 79, 269-274.
- MARTIN, J.; CUMMINGS, A.L.; HALLBERG, E.T. (1992). "Therapists' intentional use of metaphor: Memorability, clinical impact, and possible epistemic/motivational functions". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 143-145.
- MASUDA, A.; HAYES, S.C.; SACKETT, C.F.; TWOHIG, M.P. (2004). "Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique". *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.
- MOJTABAI, R. (2000). "Delusion as error: The history of a metaphor". *History of Psychiatry*, 11, 3-14.
- OTTO, M. (2000). "Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy". *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- PEPPER, S.C. (1970). *World Hypotheses: Prolegomena to systematic philosophy and a complete survey of metaphysics*. Berkley: University of California Press.
- RICHARDS, I.A. (1936). *The philosophy of rhetoric*. Londres: Oxford University Press.
- RITCHIE, L.D. (2006). *Context and connection in metaphor*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- ROSNOW, R.L.; GEORGODI, M. (Eds.). (1986). *Contextualism and understanding in behavioral science*. Nueva York: Praeger.
- ROZIK, E. (2007). "Cognitive theories of metaphor". *The European Legacy*, 12(6), 745-748.
- SIDMAN, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston: Authors Cooperative.
- SKINNER, B.F. (1981). *Conducta verbal*. México DF: Editorial Trillas, S.A.

STEWART, I.; BARNES-HOLMES, D. (2001). “Understanding metaphor: A relational frame perspective”. *The Behavior Analyst*, 24(2), 191-200.

WATTS, A. (1998). “El dedo y la luna”. En WATTS, A. (Ed.), *Conviértete en lo que eres*. España: Oniro.

WENZLAFF, R.M.; WEGNER, D.M. (2000). “Thought suppression”. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

1. NdT: traducción libre
2. Nos referimos con “pliance” a aquellas reglas en que las consecuencias las pone quien dicta la regla. Son características en la historia de la relación con los padres.

Mindfulness y sensación de vacío

Fabrizio Didonna y Yolanda Rosillo González

Nada es tan insopportable para el hombre que el reposo total; sin pasión, sin ocupación, sin hacer alguna tarea. En ese estado de reposo el hombre toma conciencia de que es nada, de su abandono, su insuficiencia, su dependencia, su impotencia y su vacío. Sin control, desde la profundidad de su alma surge el aburrimiento, la oscuridad, la tristeza, el rencor y la desesperación.

Blaise Pascal

Introducción

El sentimiento de vacío es un síntoma o experiencia fenomenológica común que encontramos en la práctica clínica con varios tipos de trastornos. Sin embargo, lo que resulta más difícil es encontrar a dos pacientes que describan esta sensación de la misma manera. Los pacientes expresan sensaciones distintas: “Me siento vacío”, “todo parece vacío”, “siento que estoy cayendo en un enorme vacío”, “nada tiene sentido debido al vacío”, etcétera. Aunque a simple vista puedan parecer muy similares, una observación más detallada revela algunas características específicas y distintivas. Los diagnósticos que comprenden esas manifestaciones pueden ser múltiples y son recurrentes en relación con una serie de trastornos: desde episodios depresivos comunes a trastornos de personalidad, incluso con comorbilidad con otras patologías.

Se trata de un fenómeno que parece ser una sensación humana universal y que no siempre parece directamente vinculado a una patología. Todos, en algún momento de nuestras vidas, podemos experimentar un “sentimiento de vacío” sin sufrir un trastorno mental. Igual que muchos otros síntomas no específicos, el sentimiento de vacío no es motivo necesario ni

suficiente para un diagnóstico manifiesto aunque se haya convertido en uno de los criterios nosológicos de inclusión/exclusión del trastorno límite de personalidad en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 2000).

La sensación de vacío ha despertado el interés de eruditos muy conocidos y se ha convertido en el tema principal de sus obras aunque, por desgracia, son muy pocos los estudios exhaustivos o rigurosos que se han centrado específicamente en el vacío. De hecho, puede deberse a los distintos problemas metodológicos que implica ese tipo de estudio. Por ejemplo, ¿qué queremos decir con sensación de vacío? ¿Es un sentimiento que se presenta siempre de la misma manera? ¿Varía en función del trastorno que se diagnostica? Aunque intentaremos responder a esas preguntas en este capítulo, por lo menos en parte, el principal objetivo es acompañar al lector en una reflexión teórica sobre la posible utilización clínica del mindfulness para aliviar, reducir o eliminar el sufrimiento causado por la sensación de vacío como síntoma patológico.

Psicología y vacío

Aquél que tiene un porqué para vivir se puede enfrentar a casi todos los cómo

Nietzsche

La sensación de vacío no es algo que sólo hayan estudiado los psicólogos; varias categorías de eruditos, como filósofos y teólogos, se han mostrado y se siguen mostrando interesados por este fenómeno de la experiencia humana. Sin embargo, si nos centramos específicamente en la psicología, podemos destacar algunas teorías epistemológicas que, más que otras, han intentado explicar esta experiencia psicológica. La teoría cognitivo-conductual (Linehan, 1993; Young, 1987), la psicología existencialista (Frankl, 2006, 1991; May, 1950, 1974) y el psicoanálisis (Kernberg, 1979; Kohut, 2001, 2001) son algunas de las perspectivas teóricas que han contribuido en gran medida a la comprensión de la sensación de vacío. Contribuciones todas ellas que se expondrán detalladamente a continuación.

La teoría cognitivo-conductual y los sentimientos de vacío

Son varios los autores cognitivo-conductuales que sugieren que la sensación de vacío puede ser una especie de estrategia de evitación disfuncional en una situación de profundo sufrimiento subjetivo (Beck, Freeman et al.; 1995; Linehan, 2003; Young, 1987). Linehan (2003) basa su modelo terapéutico en la idea de que la incapacidad de regular y modular las emociones dolorosas es un elemento esencial para explicar las dificultades comportamentales de pacientes con trastorno límite de personalidad. Son pacientes que presentan una especie de intolerancia a las emociones negativas: “Muchos pacientes borderline intentan controlar sus emociones simplemente forzándose *por no sentir* lo que están experimentando” (Linehan, 2003). Otros investigadores, como Fiore y Semerari (2003), hablan de un estado de *anestesia emocional* para evitar cualquier sufrimiento y mediante el cual los pacientes se distancian de todo y de todos.

Young, Klosko y Weishaar (2003) identifican varios *modos*, es decir, las emociones, cogniciones y comportamientos específicos activos en una persona en ese preciso momento y lugar. Entre esos modos, el *modo protector desapegado* tiene como objetivo aislar a la persona de sus necesidades y emociones, creando una especie de desapego con fines protectores. Los principales síntomas de este modo son la despersonalización, la autolesión, el aburrimiento y los sentimientos de vacío. Esas teorías pueden asociarse con las afirmaciones de Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996) sobre la *evitación experiencial*.

La evitación experiencial es un proceso patológico putativo reconocido por un gran número de orientaciones teóricas. Es el fenómeno que tiene lugar cuando una persona no desea permanecer en contacto con determinadas sensaciones internas (p. ej. sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos y predisposiciones comportamentales) y lleva a cabo acciones para alterar la forma o la frecuencia de esos hechos y de los contextos que los ocasionan. Solemos utilizar términos como *evitación emocional* o *evitación cognitiva* en lugar de la expresión más genérica *evitación experiencial* cuando está claro que son los aspectos de experiencia relevantes los que la persona pretende evitar, modificar o escapar. Reconocemos que los pensamientos, los recuerdos y las emociones están muy mezclados y que no implican una distinción rígida necesaria entre ellos (aunque algunas perspectivas teóricas

pueden establecer diferencias sin que ello suponga una amenaza para el principio subyacente de evitación experiencial) (Hayes et al.; 1996).

La pregunta que se plantea entonces es qué puede hacer un paciente si, según las hipótesis de los autores mencionados, el estímulo temido son sus propias emociones. ¿Cómo puede una persona evitar algo que no es externo sino que forma parte de su respuesta natural y teóricamente adaptativa al mundo exterior? Está claro que una posibilidad es intentar *no sentir*, como decíamos antes. Experimentar este “vacío” crea un desapego que lleva a acciones destinadas a distanciar al sujeto de la situación del estímulo, es decir, las emociones negativas, sustituyéndolas con dolor físico (autolesiones), somnolencia (abuso de alcohol o de otras sustancias), euforia (manifestación de conductas peligrosas), o gratificación física (promiscuidad sexual, crisis de bulimia); situaciones, todas ellas, manejables desde el punto de vista del sujeto.

En referencia al trastorno límite de personalidad (TLP), Linehan (2003) postula que la exposición a un entorno invalidante, en el que las respuestas inadecuadas e impredecibles son lo que le siguen a la expresión de las experiencias internas de una persona, lleva al *no reconocimiento* o a la *inhibición* de las emociones negativas. Esta inhibición continua de las emociones negativas tiene como resultado la evitación emocional. El paradigma, según la autora, es similar a aprender comportamientos de huida para evitar estímulos dolorosos. En este caso, las emociones, es decir, la respuesta compleja del cuerpo (activación del sistema nervioso central acompañada en un nivel neurovegetativo, comportamental y cognitivo por modificaciones específicas), parece estar condicionado. Este condicionamiento puede deberse a un proceso repetido de estímulos de asociación inversa como los descritos antes por Linehan en cuanto a un entorno invalidante. Si eso lo añadimos a circunstancias específicas, aumentos del miedo no causados por eventos experimentados por el sujeto sino por la simple presentación repetida de estímulos condicionados y discriminativos relacionados con dichos eventos (Sanavio, 1991), vemos que incluso sensaciones físicas simples, previamente asociadas con emociones negativas, pueden producir un fenómeno conocido como *incubación del miedo*. La sensación de vacío puede desencadenarse por la simple aparición de uno de esos estímulos discriminativos, anterior a la activación de las emociones negativas, que el sujeto evita y que en ocasiones no logra reconocer.

Psicología existencial

Viktor Frankl acuñó el término “vacío existencial” (1991; 1957) y algunos aspectos del significado de esa expresión se aproximan al significado de la palabra “vacuidad” tal y como lo describimos en este capítulo. Frankl propone que los seres humanos tienen un “deseo de sentido”, igual de básico que la voluntad de poder o de placer. La frustración de la voluntad de sentido tiene como resultado, según estima Frankl, una “neurosis noógena” –una experiencia extrema (Hazell, 2003). Si la significación es lo que uno desea, la ausencia de significación es un agujero, un vacío, en nuestras vidas. Y por supuesto, cuando uno tiene un vacío, las cosas se precipitan hacia él para llenarlo. Frankl (1991) sugiere que una de las señales más evidentes de vacío existencial en nuestra sociedad es el aburrimiento. Señala que a menudo la gente, cuando por fin tiene tiempo para hacer lo que quiere, no parece querer hacer nada y, por ejemplo, caen en picado cuando se jubilan; los estudiantes se emborrachan durante el fin de semana, y hay quien se sumerge en entretenimientos pasivos cada noche. Lo denomina la “neurosis del domingo” y lo define como “esa especie de depresión que aflige a las personas conscientes de la falta de contenido de sus vidas cuando el trajín de la semana se acaba y ante ellos se pone de manifiesto su vacío interno” (Frankl, 1991, p. 109). El resultado es un intento por llenar nuestros vacíos existenciales con “cosas” que, dado que aportan cierta satisfacción, esperamos que también aporten la satisfacción última. Por ejemplo, es posible que intentemos llenar nuestras vidas con placer, comiendo más de lo necesario, practicando sexo promiscuo, viviendo “la buena vida”; también es posible que busquemos poder, en especial el poder representado por el éxito económico, que queramos llenar nuestras vidas con ocupaciones, conformidad y convencionalismos; o que queramos llenar el vacío con ira y odio y que pasemos los días intentando destruir lo que creemos que nos está haciendo daño. También podemos llenar nuestras vidas con ciertos “círculos viciosos” neuróticos, como la obsesión por los gérmenes y la limpieza, o la obsesión movida por el miedo con un objeto fóbico. La cualidad definitoria de esos círculos viciosos es que hagamos lo que hagamos nunca es suficiente.

Frankl llevó a cabo varios estudios en los que entrevistaba a personas sobre el “vacío existencial” (2006). En el Hospital policlínico de Viena observó que el 55% de los pacientes

había experimentado una pérdida en el sentido de la vida, y un estudio estadístico demostró que el 25% de los estudiantes europeos y el 50% de los americanos había vivido esa experiencia. Para Frankl, la sensación de vacío está compuesta por dos sentimientos: uno de que la vida no tiene sentido y uno de vacío interior. Esta caracterización dual de la sensación de vacío existencial a veces no se diferencia de otros conceptos como el aburrimiento o la depresión: “Este vacío existencial se manifiesta sobre todo en un estado de tedio” (Frankl, 1991, pág. 108). Otro representante importante de la psicología existencialista, Rollo May (1950, 1974), ilustra algunas ideas útiles sobre el concepto de la sensación de vacío. En su primera obra, May (1950) relaciona la sensación de ansiedad con la amenaza de no ser, es decir, la ansiedad es la sensación de autoafirmarse contra el no ser: “Así pues, vacío y soledad son las dos fases de la experiencia básica de ansiedad”. En 1974, escribía: “...el principal problema de esta década del siglo XX es el vacío. Con eso quiero decir que la gente no sólo no sabe lo que quiere sino que a menudo no tienen una idea clara de lo que siente... no tiene una experiencia definida de sus deseos o de sus voluntades”. May relaciona la sensación de vacío con el consumo de drogas o con la práctica del sexo mecánicamente: “...el problema más común ahora no son los tabú sociales sobre la actividad sexual ni los sentimientos de culpabilidad por el sexo en sí, sino que el sexo para la mayoría es una experiencia vacía y mecánica” (May^[1], 1974). Este comportamiento, que se da con bastante frecuencia en algunos tipos de trastornos como el desorden límite de personalidad, suele deberse según los mismos pacientes a su propia sensación de vacío. Otras reflexiones interesantes del autor hacen referencia a la relación entre la sensación de vacío y de impotencia (May, 1974). La sensación de vacío por lo general procede del sentimiento de impotencia de hacer algo efectivo con la vida o con el mundo en el que se vive. El vacío interior es el resultado acumulado a largo plazo de la convicción particular que una persona tiene de sí misma, es decir, no poder actuar como ente para dirigir su propia vida y, dado que lo que quiere o lo que siente no cambia nada, uno se rinde y no desea ni siente. La apatía y la falta de sentimiento también son defensas contra la ansiedad (May, 1974).

Psicoanálisis y vacío

En lo que a psicoanálisis se refiere, echaremos un vistazo al trabajo de Otto Kernberg (1979)

sobre la sensación de vacío. Kernberg utilizó la teoría psicodinámica de las relaciones objetales para explicar las distintas formas que puede tener la experiencia. Para él, la sensación de vacío surge cuando hay una pérdida de lo que Jacobson (1964) denomina “sentimiento del sí mismo”. Kernberg indica que aunque existen varias formas de sensación de vacío, hay dos grandes reacciones: la actuación o “acting out”, en un intento forzado por recobrar una sensación de vida interior, y la de someterse a la sensación de vacío y llevar a cabo las actividades cotidianas de manera mecánica y escindida (Hazell, 2003).

Kernberg (1979) también destaca la diferencia entre ambos conceptos, vacío y soledad, que en ocasiones pueden confundirse en un contexto clínico: “en la soledad intervienen componentes de anhelo y la sensación de que hay otros cuya presencia y cuyo amor son necesarios, pero que ahora parecen inaccesibles”. Si este anhelo estuviese presente, la persona no se sentiría vacía. El vacío es la falta de los demás sin darse cuenta de la falta o de la añoranza de llenar esa carencia (Hazell, 2003). En general, Kernberg (1979, p. 197) propone que: “... esta vivencia representa una pérdida temporaria o permanente de la normal relación del sujeto con las representaciones objetales, es decir, con el mundo de objetos internos que fija intrapsíquicamente las experiencias significativas con los demás y constituye un ingrediente básico de la identidad del yo... Por consiguiente, todos los pacientes con el síndrome de difusión de la identidad (pero no con crisis de identidad) son propensos a sufrir vivencias de vacío”. El autor plantea la hipótesis de que la sensación de vacío podría ser distinta dependiendo de la personalidad del sujeto, y describe la que puede producirse en cuatro tipos de personalidad (depresiva, esquizoide, narcisista y fronteriza), indicando que la forma, intensidad y etiología variarán de un tipo a otro. Mientras Kernberg interpreta en gran medida la sensación en términos de relaciones objetales, Heinz Kohut (1980) utiliza el marco de trabajo de la “psicología del sí mismo” para explicar esta sensación: “La psicología del sí-mismo es necesaria para explicar la patología del sí-mismo fragmentado (...) y del sí-mismo vaciado (depresión vacía, es decir, el mundo de ambiciones sin imagen espejular, el mundo vacío de ideales)”. Asimismo argumenta que la sensación de vacío es un síntoma de los trastornos narcisistas de la personalidad. La estructura del sí mismo madura gradualmente en respuesta a fallos óptimos de reflejo y de figuras idealizadas; si los fallos son sub-óptimos, la estructura del sí mismo se vuelve más lábil y se desintegra. Una de las experiencias que

emergen es la sensación de vacío, especialmente frente a críticas o a la falta de calidez o de elogios por parte del entorno. Kohut indica que muy a menudo y en respuesta a fallas del entorno traumáticas y tempranas se desarrollan reacciones, con frecuencia en forma de un mecanismo para tranquilizarse a si mismo, para afrontar y aliviar el dolor del vacío interior (Hazell, 2003). De vez en cuando, una persona desarrollará “una superficie psíquica fuera de contacto con un self nuclear activo” (Kohut, 1980). Este concepto suena extremadamente próximo al del “falso self” propuesto por Winnicott (1993 y 1980) y desarrollado por Laing (1964). El falso self es como una máscara o un ropaje que uno se pone para adaptarse a la sociedad pero que aísla del yo real, que permanece oculto, incluso para el self de los individuos. Este estado psicológico puede dar lugar a frecuentes sensaciones de vacío: cuando el individuo intenta descubrir sus “sentimientos verdaderos”, está tan distanciado de los mismos por costumbre que no obtiene ningún resultado y se siente vacío (Hazell, 2003).

Entre las respuestas sintomáticas a la sensación de vacío, Kohut enumera las siguientes: un interés excesivo por las palabras, pseudovitalidad, sexualidad compulsiva, adicciones y delincuencia. Cada una de ellas es una reacción a la sensación interior de vacío y tiene lugar como manera de contrarrestar de alguna manera esa experiencia. Kohut también insiste en que los jóvenes adultos y las personas de mediana edad son el terreno de pruebas crítico para la cohesión del sentido del self o de sí mismo y, así, hay momentos en los que el individuo es especialmente propenso a las sensaciones de vacío.

Existen otros trabajos en los que pueden encontrarse variaciones sutiles de estas explicaciones psicodinámicas para la sensación de vacío, básicamente procedentes de la “teoría de la relación de objetos”. Bowlby (1983) se adhiere a la idea de Winnicott y relaciona el sentimiento de vacío con la sensación de pérdida. “Embotamiento” y “vacío” son, en el modelo de Bowlby, las primeras fases de la reacción del ser humano ante una pérdida. Para el autor, esta pérdida se reduce a la pérdida a través de la muerte. Sin embargo, indica que una pequeña pérdida puede ser el desencadenante para una pérdida previa y más seria. Bowlby también insinúa una explicación para el sentimiento de vacío o de embotamiento aunque no la propone como tal. Cita la interrupción de las respuestas habituales que se produce en la persona que acaba de sufrir la pérdida. Algo que, a su vez, produce una leve sensación de desorientación, muy parecida a la desorientación que menciona Bowlby en sus obras

anteriores sobre apego y separación (Bowlby, 1983).

Sentimientos de vacío y necesidades básicas

Otras hipótesis muy valiosas son las que sugieren Almaas (1987) y Trobe-Krishnananda (1999). Almaas (1987), en el capítulo titulado “La teoría de los agujeros”, describe cómo se desarrollan agujeros energéticos en nuestro interior cuando de niño no se cubre una necesidad básica. Un agujero es una sensación de vacío interior relacionada con algún aspecto de nuestro ser que no ha sido alimentado y que, por lo tanto, no se ha desarrollado. Según Trobe-Krishnananda (1999), dado que sentir esos agujeros es aterrador y molesto, dedicamos mucho tiempo y energía en nuestra vida diaria en intentar llenarlos inconscientemente. Así, gran parte de nuestro comportamiento va dirigido a hacer que los demás los colmen. Puede haber muchas razones por las que existen esos agujeros, muchas de ellas difíciles de explicar, pero probablemente estén directamente relacionadas con necesidades básicas que permanecen sin cubrir. Aunque en realidad sólo hay un agujero interior, el autor realiza algunas distinciones para ser más claro. Las personas que no recibieron el apoyo necesario para averiguar quién son pueden desarrollar un *agujero de apoyo*. Cuando no recibimos el reconocimiento que necesitábamos, tenemos un *agujero de reconocimiento*. Además, podemos tener un *agujero de autoestima* cuando sentimos que no somos suficientemente buenos como personas o cuando no nos sentimos especiales o respetados. En este último caso, estamos ávidos de alguien que nos confirme con la esperanza de poder colmar ese agujero. Podemos desarrollar agujeros relacionados con el hecho de ser perfeccionistas y autocríticos o de tener miedos profundos de supervivencia; también podemos tener agujeros relacionados con el hecho de sentirnos no deseados y abandonados o para recibir calidez, contacto y cercanía; en ese caso, nos volvemos dependientes de alguien para que nos lo aporte. También podemos tener un agujero relacionado con la confianza cuando sentimos que abrirnos y ser vulnerables nos expone al maltrato, al control o a la manipulación de otra persona.

La intensidad y los efectos de esos agujeros y el grado en el que pueden afectar al desarrollo y a la vida de una persona pueden depender de la manera específica en la que ésta sea capaz de abordar esa sensación. En algunos casos, esos agujeros crean una *codependencia* en la que los

individuos apartan continuamente a los demás al tiempo que desean cercanía. Nuestros agujeros crean una profunda ansiedad y nuestra vida se convierte en una obligación constante e inconsciente para colmarlos. Cada agujero crea de alguna manera una dependencia hacia el exterior, bien al desear que alguien o una situación lo colme, bien al evitar a una persona o una situación debido al agujero. Nuestros agujeros tienen un efecto potente en el tipo de personas y de situaciones a las que atraemos. Nos vemos obligados a crear situaciones que motiven a nuestros agujeros porque a menudo es la única manera de ser conscientes de su existencia. Así podemos aprender y desarrollar lo que falta. Necesitamos el desafío para crecer (Trobe-Krishnananda, 1999).

Cuando no tenemos conciencia o no entendemos nuestros agujeros y la manera en la que afectan a nuestras vidas, sentimos naturalmente que algo en el exterior debe cambiar para ser felices. Es una de las creencias fundamentales de lo que Trobe-Krishnananda denomina el “niño emocional” –una experiencia interior del sí mismo, derivada de las heridas y las experiencias negativas de la infancia de miedo, culpa, desconfianza y cubierto con un comportamiento compulsivo. Por ejemplo, uno puede encontrarse repitiendo los mismos patrones de relación dolorosos sin entender por qué; puede perderse en un comportamiento adictivo, o sufrir accidentes o enfermedades recurrentes, o incluso sabotear su vida repetidamente (Trobe-Krishnananda, 1999). Debido al vacío interior, cuando el individuo se identifica con el *niño emocional*, se expresa como necesitado. No es real, pero le hace creer que la vida o los demás tienen que colmar el agujero. La gente tiene que empezar a tratarle mejor o darle más reconocimiento, amor, espacio, atención, etcétera. Otra reacción es que los individuos intentan colmar los agujeros con cosas que les hacen sentir mejor como drogas, objetos o entretenimiento. Puede resultar muy difícil encontrar otras maneras de acabar con la incomodidad, el dolor, la ansiedad y el miedo que causan los agujeros, sin colmarlos desde el exterior. Uno puede darse cuenta de que los esfuerzos para colmar los agujeros desde el exterior nunca funcionan –solamente crean mayor frustración. Lo que sí funciona es empezar a entender nuestros agujeros –qué son, de dónde proceden y cómo podemos colmarlos. Para ello, sería útil echar un vistazo a lo que el autor denomina “las necesidades básicas”.

Cuando somos niños, tenemos necesidades básicas (véase también Bowlby, 1983). Cuando esas necesidades no son colmadas, podríamos vivir en un estado constante de privación. La

privación es el agujero interior que busca ser colmado. Si bien su grado y tipos varían, todos compartimos de alguna manera una experiencia común de privación. Desde nuestra privación, proyectamos inconscientemente nuestras necesidades no cubiertas a nuestros seres queridos, a nuestros hijos, amigos cercanos y a las personas con las que trabajamos –de hecho, a todas las personas con las que nos relacionamos. Cuanto más estrecha sea la relación, más profunda es la proyección. La experiencia de estar privado de algo es universal y constituye un rito de paso importante. Normalmente empiezan en un estado de negación en el que ni siquiera son conscientes de que fueron privados de ciertas necesidades básicas ni de cómo ocurrió. Trobe-Krishnananda (1999) destaca algunas de las *necesidades básicas* de las personas: la necesidad de sentirse querido, especial y respetado; la necesidad de que nuestras emociones, pensamientos y percepciones sean validadas (véase también el Capítulo 11 de este libro); la necesidad de ser alentados para descubrir y explorar nuestras aptitudes y peculiaridades exclusivas, sexualidad, recursos, creatividad, alegría, silencio y soledad; la necesidad de sentirnos seguros, protegidos y apoyados; la necesidad de contacto físico con una presencia amorosa; la necesidad de ser inspirados y motivados para aprender; la necesidad de saber lo que está bien, de cometer errores y aprender de ellos; la necesidad de presenciar amor e intimidad; la necesidad de ser animados y apoyados poder separarse; y la necesidad de que nos establezcan límites firmes y cariñosos. De esta lista procede la privación de un individuo, y siempre está presente. Es interesante observar que cuando uno empieza una relación con otra persona, muy a menudo se experimentan de manera inconsciente esas necesidades no cubiertas. Cuando no hay conciencia, el individuo pasa automáticamente a uno de los cinco patrones de comportamiento del niño emocional: reacción y control, expectativas y merecimiento, compromiso, adicción y pensamiento mágico (Trobe-Krishnananda, 1999). Para este autor, el punto de partida para superar esos agujeros, y los sentimientos de vacío, es reconocer cómo las personas intentan automáticamente colmarlos desde el exterior. Este proceso de observar y entender libera energía para romper el comportamiento automático y sólo estar con la sensación de vacío cuando se provoca. Esto significa sentirlo y dejarlo ser sin intentar arreglar ni cambiar nada. El mindfulness, como veremos en la última parte de este capítulo, puede ser la estrategia central para desarrollar esta actitud no reactiva.

Mindfulness y vacío: la “paradoja” de la meditación

Si dice que es alguien, está identificado con el nombre y la forma y, por tanto, merecerá treinta golpes. Si, por el contrario, dice que no es nadie, está apegado a la vacuidad y también merecerá treinta golpes. ¿Qué puede uno hacer en tal caso?

Soen Sa Nim (citado en J. Kabat-Zinn,
La práctica de la atención plena)

Como indicábamos en la introducción, el objetivo de este capítulo es teorizar sobre un posible uso clínico del mindfulness para tratar el sentimiento patológico de vacío. Para poder hablar de la relación entre el mindfulness y el vacío es esencial saber cómo se concibe en las teorías y tradiciones psicológicas y filosóficas que dieron origen a la práctica de la meditación.

El concepto de vacío en la psicología y la cultura orientales no tiene nada que ver con el de occidente, sobre todo teniendo en cuenta el valor negativo que se suele atribuir aquí. Un análisis de los textos clásicos del taoísmo o del budismo chino basta para concluir que los conceptos cristiano-occidentales son básicamente opuestos a los ilustrados en el pensamiento oriental.

La mayoría de escuelas budistas comparten una serie de principios comunes básicos. Lo que nos interesa se denomina *Sunyata* (en sánscrito), y generalmente se traduce como “vacío” o “vacuidad”. Es un concepto sumamente importante en la enseñanza del Buda ya que la realización directa del Sunyata es un requisito para lograr la liberación del ciclo de existencia (*samsara*) y la iluminación total. Muy mal planteada como doctrina de nihilismo, la enseñanza del vacío de los individuos y los fenómenos es exclusiva del budismo y constituye una crítica metafísica importante del teísmo con profundas implicaciones para la epistemología y la fenomenología.

Sunyata significa que todo lo que nos encontramos en la vida está vacío de identidad absoluta, permanencia o “sí mismo”. La razón es porque todo está interrelacionado y es mutuamente dependiente –nunca completamente autosuficiente ni independiente. Todo se encuentra en un estado de flujo constante en el que energía e información fluyen continuamente en el mundo

natural, generando en las personas transformaciones importantes con el paso del tiempo. Esta enseñanza nunca connota nihilismo –el nihilismo es, de hecho, una creencia o punto de vista que el Buda enseñó explícitamente como incorrecto– una falsa ilusión, igual que la visión del materialismo es una falsa ilusión. En español, la palabra vacío sugiere ausencia de significado espiritual o sentimiento personal de alienación, mientras que en el budismo, el vacío de los fenómenos permite liberarse de las limitaciones de forma en el ciclo de renacimiento no controlado. Kabat-Zinn (2007, pág. 184) explica el concepto:

Hay quienes, cuando escuchan esto, se asustan creyendo que se trata de una suerte de nihilismo, pero nada más lejos de la realidad, porque el vacío en cuestión se refiere al vacío de toda existencia inherente o, dicho en otras palabras, a la inexistencia de persona, asunto, nación y átomo que posea entidad duradera, aislada, absoluta e independiente de todo lo demás. ¡No existe absolutamente nada así! Todo se deriva de una compleja interrelación de causas y condiciones que se hallan en continuo cambio. Ésta es una visión muy profunda sobre la naturaleza.

Más adelante propone que “el vacío está íntimamente ligado a la plenitud. La vacuidad no se refiere a un vacío absurdo [...] La vacuidad, muy al contrario, significa y posibilita la plenitud, porque la vacuidad es el “espacio” invisible e intangible en el que emergen y se desarrollan todos los eventos. En ausencia de ese vacío no podría haber plenitud, así de sencillo”.

Rawson (1996) afirma que una metáfora potente para el Vacío, utilizada a menudo en el arte tibetano, es el cielo. Del mismo modo que el cielo es el vacío que ofrece nubes a nuestra percepción, el Vacío es el “espacio” en el que los objetos se nos aparecen en respuesta a nuestros apegos y nuestros anhelos. La utilización japonesa del carácter chino que significa *sunyata* también se utiliza para cielo o aire.

Sunyata es un tema clave del *Sutra del Corazón* (uno de los Sutras Mahayanas de Perfección de la Sabiduría), muy recitado por los budistas mahayana de todo el mundo. El *sutra del corazón* declara que los skandhas, que constituyen nuestra existencia mental y física, están vacíos de tal naturaleza o esencia. Sin embargo, también afirma que ese vacío es igual a la forma (lo que denota plenitud); un vacío que no es distinto del tipo de realidad que normalmente atribuimos a los hechos y que no es un vacío nihilista que socava nuestro mundo sino un vacío “positivo” que lo define.

La incapacidad de experimentar el vacío (sunyata), considerada como la naturaleza verdadera de la realidad, representaría una especie de ignorancia primordial del ser humano (avidya). Cuando esto ocurre, se denomina *nirvana* (despertar) en budismo. Este concepto es un elemento central de toda la psicología budista, tanto que las enseñanzas del budismo sobre la naturaleza de la realidad se desarrollan para ayudar a entender este vacío. Mark Medweth (2007) explica esta noción de vacío en el budismo: el término de “vacío” se ha utilizado para describir varios estados psicológicos en Occidente, como el de embotamiento confuso del psicótico, los sentimientos incompletos de los trastornos de personalidad, la difusión de identidad y la ausencia de significación existencial (Epstein, 1989). Sin embargo para los budistas el vacío es la realidad última. El vacío asume un rol definitorio en la noción de “sí mismo”; es la experiencia de vacío la que destruye la idea de una naturaleza individual, independiente y continua. A diferencia de varias malinterpretaciones occidentales, el vacío no es un fin en si mismo ni se considera real en un sentido concreto sino meramente una negativa específica al concepto de existencia inherente (Epstein, 1988). Mientras que la conciencia ordinaria percibe las cosas como permanentes e independientes, los budistas rebatirían que esos fenómenos percibidos son interdependientes y, por lo tanto, vacíos de permanencia y sin una identidad basada en su propia naturaleza asumida (Komito, 1984). En relación con el sentimiento de si mismo, en budismo el vacío no implica (como los occidentales han interpretado a menudo) ni el abandono ni la aniquilación del ego, del “sí mismo” ni del “yo”, sino simplemente un reconocimiento de que ese “sí mismo” de hecho nunca ha existido (Epstein, 1989). El budismo no es una vía de escape del mundo sino simplemente el rechazo de ampliar o exagerar la importancia de la realidad convencional. Al hacerlo, la mente se libera de luchas, permitiéndonos ver las cosas como son en sentido último. Así pues, en psicología budista, la cualidad de vacuidad de la mente se ve como la verdadera naturaleza de una persona. Por consiguiente, la traducción de este estado mental y experiencial en términos occidentales es lo que denominamos “vacío de la mente”.

El sentimiento de vacío como un indicador de psicopatología

Existen varios trastornos psicológicos en los que el sentimiento de vacío por lo general se

presenta como un síntoma transitorio (p. ej. trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de estrés postraumático, esquizofrenia), o como una enfermedad fenomenológica más bien estable (trastornos de personalidad). Describir todos esos trastornos supera el objeto de este capítulo, por lo que nos limitaremos a patologías en las que el sentimiento de vacío suele aparecer como sensación central y recurrente.

Trastornos de personalidad y vacío

Todos los profesionales que han trabajado con trastornos de personalidad están familiarizados con la relación entre este tipo de trastorno y la sensación, a menudo expresada por los pacientes durante las sesiones, del sentimiento de vacío. Las descripciones, las causas hipotéticas y las consecuencias de experimentar estas sensaciones varían mucho en los distintos trastornos del eje II (DSM-IV, 1994). A continuación intentaremos explicar lo que significa “vacío” cuando nos encontramos con un paciente con un trastorno de personalidad específico.

Trastorno límite de la personalidad

Las principales características del trastorno límite de la personalidad (TLP), según recoge el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV; APA, 2000), son un trastorno de inestabilidad constante de las relaciones interpersonales, la autoestima y el estado de ánimo y una impulsividad marcada, con inicio al principio de la edad adulta y que ocurre en varios contextos. Entre todos los criterios de diagnóstico de este trastorno, el criterio 7 especifica que estos individuos pueden verse afectados por sentimientos crónicos de vacío, que se aburren con facilidad y que buscan continuamente algo que hacer. Este estado, igual que el de la ira, es una característica específica de este trastorno desde que se formalizaran por primera vez las descripciones empíricas (Fiore y Semerari, 2008). Kernberg (1979), en su análisis descriptivo, lo considera un criterio menor. Otros autores importantes, como Gunderson y Singer (1975) o Spitzer (1975), consideran este criterio de diagnóstico una característica diferencial de este trastorno.

Como decíamos antes, son varios los autores del campo de la terapia cognitivo-

comportamental los que piensan que la sensación de vacío en TLP puede ser una especie de estrategia de evitación disfuncional en situaciones de sufrimiento subjetivo claro y asociado a un riesgo importante de abuso o de daño a sí mismo y a los demás (Beck, Freeman et al.; 1995; Linehan, 2003 y Young, 1987). Según Fiore y Semerari (2008), en este tipo de paciente, la percepción del “sí mismo que no vale nada” y del “sí mismo vulnerable” puede exponerle a una presión intolerable. En ocasiones los pacientes logran escapar a esta presión, distanciándose de todos y de todo y entrando en un estado de embotamiento. Es el trastorno en el que ocurren con más frecuencia intentos de suicidio y autolesiones, lo que representa un estado de desvinculación total del mundo o una manera de evocar esa desvinculación. En otros casos, y según esos autores, el vacío puede percibirse como “un sentimiento doloroso de falta de propósito”. En esos casos, los pacientes tienden a reaccionar elevando sus niveles de activación, buscando, por ejemplo, relaciones sexuales promiscuas, conductas peligrosas y abusando de sustancias o de alcohol hasta un punto de no retorno o de crisis bulímicas.

Desde una perspectiva psicodinámica, Pazzagli y Monti (2000) consideran con fines de investigación que dos de los criterios enumerados en el DSM-IV para el diagnóstico del TLP, las sensaciones crónicas de vacío y los esfuerzos para evitar el abandono, pueden agruparse apropiadamente bajo los conceptos de “soledad y vacío”. Según esos autores, la persona borderline funciona vía osmosis: está vacía pero, al mismo tiempo, no tolera una soledad en la que no deja de buscar objetos con los que colmar su sentimiento interior de vacío. La soledad del paciente con TLP es, de hecho, una intolerancia a la soledad verdadera, la soledad de ser capaz de estar solo. Es una soledad dominada por la vacuidad: un vacío en el mundo exterior, compuesto por objetos inadecuados, relaciones esporádicas, tormentosas y superficiales propensas a rupturas repentinamente, y un vacío en el mundo interior, siempre sujeto a la amenaza de ruptura y a la pérdida de límites.

En un estudio llevado a cabo por Rogers, Widiger y Krupp (1995) destinado a identificar las diferencias cualitativas de la depresión diagnosticada en pacientes con TLP y otros, los aspectos más frecuentes asociados con la depresión resultaron ser el autorreproche, el vacío, el miedo al abandono, la autodestructividad y la desesperanza. Los autores concluyen que la depresión asociada con la patología borderline es exclusiva en ciertos aspectos. Además, las implicaciones del estudio destacan la importancia de considerar los aspectos fenomenológicos

de la depresión en el TLP, entre los que se encuentra la sensación de vacío. En otro estudio, Leichsenring (2004) concluye que las observaciones clínicas sugieren que las sensaciones depresivas en pacientes con trastorno límite de personalidad tienen una cualidad específica; son sensaciones caracterizadas por el vacío y la ira (“depresión con enfado”). En ese mismo estudio, la observación se comprobó empíricamente. Westen et al. (1992) descubrieron una “depresión límite o borderline” interpersonal y caracterizada desde un punto de vista fenomenológico por vacío, soledad, desesperación y una afectividad negativa inestable. La cualidad de la depresión también puede tener consecuencias para la terapia farmacológica (Westen et al.; 1992, pág. 391). La experiencia cualitativa de la depresión (p. ej. vacío o enfado) puede influir en la reacción del paciente ante los fármacos en mayor medida que el diagnóstico (depresión).

Trastorno narcisista de la personalidad

La caracterización básica del TNP es una imagen omnipresente de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía con un comienzo al principio de la edad adulta y presente en varios contextos (DSM-IV, APA, 2000). En general podemos decir que los autores que estudian este trastorno pueden dividirse en los que describen algunos subtipos (Gabbard, 1989; Millon, 1999) y los que se inclinan más por una interpretación de tipo Horowitz y que asumen que el individuo experimenta múltiples estados mentales distintos. Esos autores observan cómo los narcisistas oscilan entre estados de grandiosidad, vacío, culpabilidad, depresión con angustia y desregulación afectiva con tendencia a presentar actuaciones o “acting-out”. (Horowitz, 1989; Young y Flanagan, 1998; Dimaggio et al.; 2002). Existe un acuerdo sustancial entre los distintos autores: lo más probable es que las experiencias narcisistas en todos los estados mentales descritos en la literatura y el subtipo diagnosticado se caractericen por los estados mentales más importantes y manifiestos. Dimaggio et al. (2002) identifican en su trabajo cuatro estados mentales: grandiosidad, transición, depresión aterradora y vacío desvitalizado. En éste último, la experiencia emocional se cierra completamente; no sólo se pueden “escotomizar” (se oscurecen, se nublan) los sentimientos de debilidad y fragilidad, sino también los sentimientos en general. Los individuos se sienten fríos, desapegados, distanciados de los demás y de sus propias sensaciones internas, y perciben un mundo casi irreal; sus cuerpos están irritantemente lejos y son anhedónicos. La

sensación no es en absoluto intensamente molesta; durante mucho tiempo los narcisistas viven en ese estado en el que son intocables, no están sujetos a fluctuaciones de autoestima ni a las demandas complejas, molestas e incomprensibles de los demás.

La fantasía de éxito y de sentirse todopoderoso puede llenar la vida mental aunque esos sujetos carezcan de los ecos triunfantes que abruman al estado de grandiosidad. Los objetivos son, en mayor parte, inactivos. Este estado coincide en gran medida con las descripciones clínicas de Modell (1989), que describe a los pacientes como encerrados en un “capullo”. A largo plazo, el estado se convierte en egodistónico: el individuo percibe la vida como vacía y aburrida, el frío emocional le toca, y su necesidad de establecer relaciones que no estaba confesada sale a la superficie (Dimaggio, Petrilli, Fiore y Mancioppi, 2008).

La sensación de vacío como experiencia importante y distintiva en el TNP ha sido expresada por gran cantidad de autores. Forman (1975) elaboró un resumen de las características que emergen de las descripciones de Kohut (2001) y las más importantes son: baja autoestima, una tendencia a tener episodios hipocondríacos y un sentimiento de vacío o una deficiencia en la fuerza vital. Millon (1998) plantea la siguiente descripción del prototipo narcisista a nivel biopsicológico en la práctica clínica: “El prototipo narcisista manifiesta un aire general de indiferencia, imperturbabilidad y fingida tranquilidad... excepto cuando se ve amenazada su confianza narcisista, momento en el que aparecen breves muestras de ira, vergüenza o sentimientos de vacío”. Millon identifica la racionalización como un mecanismo de defensa en TNP. Si la racionalización fracasa, esos individuos suelen sentirse rechazados y avergonzados, además de experimentar sentimientos de vacío. Kernberg (1979) explica cómo la sensación de vacío en narcisistas se caracteriza por presentar también fuertes sentimientos de aburrimiento y de agitación: “... los pacientes con personalidad depresiva y más aún los esquizoides son capaces de empatizar profundamente con emociones y experiencias que involucran a otras personas, y se pueden sentir dolorosamente excluidos y a la vez ser capaces de empatizar amorosamente e incluyendo a otras personas... Los pacientes con una personalidad narcisista, en cambio, son incapaces de empatizar en profundidad con la vivencia humana. La vida social, en la que encuentran la oportunidad de confirmar en la realidad o en la fantasía su necesidad de ser admirados y de gratificar directamente sus instintos, suele dar un sentido inmediato a sus vidas, pero sólo de manera temporaria. Cuando

las gratificaciones cesan, reaparece la sensación de vacío, desasosiego y hastío. El mundo se transforma entonces en una prisión, de la que sólo pueden escapar mediante nuevas experiencias que signifiquen excitación, admiración, control, triunfo o incorporación de suministros. Las respuestas emocionales profundas frente al arte, la categatización de sistemas de valores o de lo creativo, más allá de la gratificación de sus objetivos narcisistas, son experiencias que están fuera de su alcance o directamente desconocidas para ellos" (1979, pág. 195-196).

Trastorno esquizoide de la personalidad

Las características fundamentales del trastorno esquizoide de personalidad son un permanente desapego de las relaciones sociales y una gama restringida de sensaciones y expresiones emocionales en contextos interpersonales. Este trastorno aparece al principio de la edad adulta y está presente en varios contextos (DSM-IV, APA, 2000).

Kernberg (1979), como indicábamos antes, piensa que la sensación de vacío varía en forma, intensidad y etiología en función del tipo de trastorno de personalidad que afecte al paciente. Incluso en trastornos esquizoides, es obvia la presencia de características específicas de vacío. Según el autor, esos individuos pueden experimentar el vacío como cualidad innata que les diferencia de los demás: "Contrariamente a otras personas, no pueden sentir nada y pueden sentirse culpables por carecer de los sentimientos de amor, odio, ternura, anhelo o duelo que detectan y comprenden en los demás, pero que ellos mismos no pueden experimentar" (1979, pág. 193). Para esos pacientes esquizoides, la sensación de vacío puede ser menos dolorosa que para los que sufren depresión ya que el contraste entre los períodos en los que sienten el vacío y los períodos en los que les gustaría establecer vínculos emocionales con los demás es menos violento. El sentimiento de fluctuación interior, de irreabilidad subjetiva, y la contemporización que se desprende de esa misma irreabilidad hacen que la sensación de vacío sea más aceptable para los esquizoides, y eso a su vez les permite llenar su tiempo teniendo mayor conciencia de la realidad externa en vez de atender a sus experiencias subjetivas.

Depresión y vacío

Muchas de las personas que asisten a terapia se quejan de que sus vidas no tienen sentido. Sus palabras expresan una idea de “vacío” profundo y angustiante que les hace desear la muerte como liberación. Esos pacientes a menudo sufren depresión, y lo que se ha descrito es solamente la manifestación de uno de los muchos síntomas emocionales, cognitivos y físicos que definen a esta enfermedad. Maureta Reyes (2007) define este vacío existencial como:

el vacío existencial es la sensación de falta de sentido de la vida, de tedio, de no saber para qué se vive, y que lleva al aislamiento y enrarecimiento de la relación con la familia y la sociedad [...] los pacientes con este problema experimentan habitualmente momentos de alteración, tensión o ansiedad sin que haya algo que los provoque; la persona siente que le preocupa todo, pero a la vez nada en específico. Ha perdido la motivación y el interés por lo que ocurre y ello hace que crea que vivir es lo peor que le puede pasar; es de suponer que cuando dicha situación se prolonga y es muy intensa, llega a desencadenar el suicidio.

Este tipo de experiencia, descrito como tal, aparece con mayor frecuencia en ciertos períodos de la vida, por ejemplo, durante la vejez, la jubilación, o en el transcurso de una enfermedad terminal, o incluso en el denominado síndrome del nido vacío, cuando los hijos adultos abandonan el hogar familiar. En ese último caso, las mujeres, al ver que su rol de madres finaliza –sus hijos ya casi no las necesitan y sus esposos, ocupados en el trabajo, pasan poco tiempo con ellas– son más propensas a experimentar síntomas depresivos y una sensación de vacío. Sin embargo, la vejez es sin duda un periodo en el que este tipo de sentimiento de vacío se encuentra más presente. Frente a los miedos asociados al hecho de envejecer, como el aislamiento, la soledad, el deterioro físico, el dejar de ser deseados, la inutilidad, la pérdida de todos los roles en la sociedad o en la familia, y la enfermedad, es fácil imaginar cómo la falta de un sentido de la vida lleva a experimentar una sensación de vacío.

Es un sentimiento que en la depresión suele asociarse con experiencias significativas de pérdida (véase también Bowlby, 1998), sobre todo conjuntamente con un primer episodio depresivo (véase también el Capítulo 12). En algunos casos, el sentimiento de vacío está relacionado no sólo con lo que ya no está, sino también con lo que dejará de estar en el futuro.

En el siguiente ejemplo, una paciente de 41 años con depresión describe su profundo sentimiento de vacío debido a la pérdida de un hijo de 15 años que falleció en un accidente

automovilístico:

Nunca hubiese pensado que de un día para el otro la vida pudiese cambiar de forma tan violenta y destructiva. Con la muerte de N. tengo que reinventarlo todo, luchar contra la dura realidad, con todas sus emociones y sentimientos. Es impensable que ya no esté aquí conmigo y que haya dejado este inmenso vacío precisamente en este momento: toda una vida por delante que termina de repente por un destino injusto.

El dolor es tan grande que con su presencia se convierte en dolor físico cada vez que pienso en las cosas que N. hacía y que le gustaban, su determinación y su deseo de vivir. Es como abrir de repente una puerta sin esperar encontrar a nadie al otro lado: un escalofrío, un shock que me sube por los pies y que por un momento no me deja creer que todo esto me esté pasando a mí. Una enorme debilidad que queda atrás y un sentimiento de pérdida domina mis brazos y mis manos. Siento un hormigueo que se convierte en dolor de estómago, como si tuviera un nudo. Son momentos muy difíciles que me hacen darme cuenta de que nunca volveré a tenerlo conmigo. Este enorme vacío que siento se proyecta no tanto en mis recuerdos del pasado que están vivos, sino en el hecho de que nunca más experimentaré situaciones ni las compartiré con él. Sólo hay vacío cuando pienso que nunca más podré escuchar sus secretos, que nunca más me pedirá consejo, que no podré verle crecer, convertirse en un hombre. No podré vivir su primer amor, su primer desengaño, una derrota o una victoria. Sólo quedará la ausencia de relación que se basaba en participación, en una conexión afectiva, en una unión de fuerzas que estaba empezando y que realmente yo estaba esperando. ¿Por qué se me ha negado todo eso? Todo se ha convertido en nada, en vacío, cuando pienso en todo lo que ha quedado suspendido: es como una condición anormal en mi vida que no sé cuánto durará. Es como si, mientras miro un programa de televisión, cambia de repente y me quedo ahí, esperando en vano a que todo regrese a la normalidad, al programa anterior.

En este caso, como en otras personas que sufren de depresión profunda, el sentimiento profundo y abrumador de vacío viene determinado por una parte por lo que ya no existe en su vida y, por otra parte, por la pérdida de lo que ya no existirá en el futuro ni habrá, es decir, la interrupción inevitable de un plan, *una pérdida en el futuro*.

¿Cómo puede ayudar el mindfulness a abordar y superar el sentimiento de vacío?

El algo no existe en mayor medida que la nada

El mindfulness como estrategia de antievitación

Si planteamos la hipótesis del sentimiento de vacío como una especie de evitación emocional de una situación que presenta un estímulo fóbico (emoción negativa), entonces es correcto pensar que el tratamiento debería incluir la exposición al estímulo que provoca el miedo en ausencia de las consecuencias temidas. Durante la exposición, se pide al paciente que preste atención a los estímulos que suele evitar sistemáticamente de manera controlada, y se le muestran los mismos estímulos (en la imaginación o en vivo), dificultando así la evitación para que el paciente pueda experimentar que el estímulo es inofensivo.

Se asume que con la exposición el individuo se habitúa al estímulo o se genera un proceso de extinción de las reacciones evitadas, favoreciendo así el manejo de las emociones, es decir, le prepara para hacer frente a las emociones que se generan ante situaciones temidas. Baer (2003) afirma que entre los mecanismos que explican la efectividad clínica del mindfulness, uno de los más importantes es experimentar mediante ejercicios una especie de “exposición” a varios tipos de información (exteroceptiva e interoceptiva) que suelen evitarse y/o suprimirse. Kabat-Zinn (1982) utilizó el mindfulness en pacientes con dolor crónico. El autor afirma que guiar a los pacientes para que desarrollaran una actitud que no juzga las sensaciones de dolor, y ayudarles a observarlas con curiosidad, sin reaccionar con impaciencia ni intolerancia, redujo significativamente el sufrimiento, no en relación con la percepción sensorial del dolor sino con su propia reactividad emocional (aversión) hacia las sensaciones percibidas. Eso puede considerarse como una forma de exposición ampliada asociada con una actitud de aceptación del dolor físico. El resultado sería un aumento de la tolerancia al sufrimiento y una reducción de la reactividad emocional.

Linehan (2003) parte del supuesto teórico de que el malestar emocional del TLP procede principalmente de respuestas secundarias (p. ej. profunda vergüenza, ansiedad, ira o culpa) a emociones primarias que, en cambio, a menudo deberían ser adaptativas y adecuadas al contexto. De hecho, la reducción de este estrés secundario requiere una exposición a emociones primarias en circunstancias en las que no son enjuiciadas. En un contexto similar, la

conciencia y la atención sin juzgar hacia las respuestas emocionales de uno mismo pueden considerarse como exposición. El concepto básico es que la exposición a emociones intensas o dolorosas, sin asociar consecuencias negativas, extinguirá su capacidad de estimular emociones negativas secundarias. Si un paciente juzga las emociones negativas como “malas” o “erróneas”, es evidente que cada vez que las experimente tendrá sentimientos de culpa, ira y/o ansiedad. Añadir esos sentimientos a una situación ya negativa no hará otra cosa que aumentar el malestar del paciente y dificultar que pueda soportar la angustia. El mindfulness es la capacidad de garantizar, o las posibilidades de poder garantizar, que el paciente pueda poner en acción este tipo de percepción, aprovechando todos los supuestos necesarios para que sea efectiva. Durante la práctica del mindfulness podemos controlar la frecuencia y la duración de la exposición. Los ejercicios pueden pautarse para que sean específicos y duren lo suficiente. También puede controlarse la intensidad haciendo que los pacientes fijen su atención y su conciencia sin juzgar en elementos externos a ellos mismos y alejados de los estímulos generadores de ansiedad. Así, a medida que avanzan en el proceso, cada vez se acercan más a sus sensaciones físicas, pensamientos y, en última instancia, a sus emociones negativas. Además, durante la práctica del mindfulness, un entorno que valida la experiencia permite que se pueda aceptar cualquier vivencia originada en la práctica e informa a los pacientes de que aceptar la realidad no significa necesariamente aprobarla o estar de acuerdo.

Probablemente la exposición no es el único factor activo en el proceso que lleva a la efectividad clínica del mindfulness en lo que se refiere a la sensación de vacío. Los mecanismos que implementan esos efectos están, en nuestra opinión, estrechamente relacionados con el desarrollo y el inicio de procesos metacognitivos relacionados con la experiencia antes mencionada.

Desapego y descentramiento

Uno de los procesos más importantes en el estado de mindfulness es el desapego (*mindfulness de desapego*; Wells, 1997, 2000, 2006; véanse también los capítulos 5 y 11 de este volumen). Según el autor, esta actitud debería caracterizarse por una metaconciencia (una forma de conciencia objetiva de los pensamientos), un descentramiento cognitivo (la conciencia

adquirida de que los pensamientos son solamente pensamientos, no hechos), una flexibilidad atenta (autorregulación de la atención con *atención sostenida y habilidades para el cambio*, y metaatención; véanse también la siguiente sección y el capítulo 11 de este volumen), niveles bajos de procesamiento conceptual (niveles bajos de diálogo interno) y un nivel bajo de formas de afrontamiento destinadas a la evitación o a la reducción de la amenaza. Equivale a afirmar que el paciente es consciente de sus sentimientos sobre todo por su capacidad de observarlos, de descentrarse de los mismos y de desarrollar una mejor comprensión de su propio funcionamiento cognitivo.

Autorregulación de la atención

Bishop et al. (2004) consideran la autorregulación de la atención como un elemento central de los principales procesos cognitivos que llevan al mindfulness (véanse también los capítulos 5 y 11 de este libro). Wallace y Shapiro (2006) también indican que existen dos tipos de capacidades de la atención: una es la capacidad de mantener continuamente la atención en forma voluntaria en un objeto conocido sin olvidarse de ello o distraerse, mientras que la otra, denominada “metaatención”, se refiere a la capacidad de controlar la calidad de la atención reconociendo rápidamente si ha cedido a la pereza o la excitación. Así, el concepto de autorregulación de la atención incluiría tres subfunciones: la capacidad de dirigir la atención de un contenido a otro, la capacidad de permanecer centrado en un único objeto, y la capacidad de una metaatención que lleva a reconocer los momentos en los que la atención pasa a otros objetos mentales. En el proceso de esta dinámica, la autorregulación de la atención interactúa constantemente con dos factores más: una conducta con apertura incondicional hacia la experiencia (aceptación ecuánime) y la consideración continua de los objetivos funcionales de la tarea que se esté realizando en el momento presente (intención). La autorregulación de la atención se convierte en algo de gran utilidad para ayudar a los individuos a centrarse en los componentes de la sensación de vacío, superando las dificultades que se suelen presentar al descifrar su propio estado emocional y cognitivo.

Aceptación

La aceptación, otro componente básico del estado de mindfulness, desempeña un papel esencial a la hora de permitir al paciente permanecer en contacto con su propia sensación de vacío, permitiendo así la exposición a estímulos dolorosos, sean cuales sean. La aceptación permite al paciente, en un estado de apertura y disposición psicológica y a través de una curiosidad amable, acercarse a varias fuentes de estimulación aversiva que hasta ese momento le generaban patrones de conducta de huida, rechazo o evitación. Para Hayes (1994), la aceptación es una posición en la cual los hechos previos intrínsecamente dolorosos o problemáticos se convierten en una oportunidad de crecimiento y desarrollo personal. Donaldson (2003) y Wells (2002) lo consideran un proceso metacognitivo que funciona a un nivel superior que el de la experiencia inmediata, un “metanivel” que implica la percepción directa de pensamientos, sentimientos o intenciones.

Aceptar es recibir, dar la bienvenida y acoger la experiencia de cada momento, permaneciendo en contacto total con nuestros pensamientos, emociones y sensaciones físicas, sin reaccionar y desarrollando una capacidad descentrada para poder observarlos. La aceptación nos brinda la posibilidad de ver nuestra experiencia en el momento tal cual es realmente. Sin embargo, aceptar no significa apreciar lo que aceptamos. La sensación de vacío podría admitirse y aceptarse durante un periodo de tiempo determinado. Esto permitiría al paciente observar las consecuencias de este contacto sin etiquetarlas negativamente mediante juicios.

En un estado de aceptación, la persona reconoce que algunos aspectos de la experiencia no pueden cambiarse, al tiempo que logra darse cuenta de los elementos que sí pueden cambiar. Así pues, el paciente canaliza sus energías hacia esas últimas, intentando *responder*, en la medida de lo posible, con una acción que fue pensada y elegida, en lugar de *reaccionando* (con acciones automáticas e impulsivas) a la experiencia dolorosa con el fin de reducir, y a menudo neutralizar, el componente psicológico aversivo de la experiencia. Todas las señales que acompañan a la sensación de vacío suelen ser sometidas a una metaevaluación (un proceso metacognitivo) por parte del individuo, es decir, se les asigna un significado negativo considerado como altamente desagradable o intolerable y que lleva al individuo a varios intentos de eliminación o de evitación. La aceptación incondicional sería una forma distinta de relacionarse con la experiencia que reduciría la evitación cognitiva, eliminando así uno de los

factores responsables del sufrimiento (Didonna, 2007).

Dejar ir

Es una capacidad directamente relacionada con la aceptación que puede sentirse de inmediato cuando el paciente entra en contacto con determinados pensamientos o sentimientos desagradables. Kabat-Zinn (2007) afirma que en la práctica de la meditación, dejamos deliberadamente de lado esa parte de la mente que se aferra a determinados aspectos de nuestra experiencia y que rechaza otros. Este no apego, este dejar pasar, es una forma de aceptación de las cosas tal cual son. Es una habilidad que permite a los pacientes prestar la misma atención a todos los estímulos, independientemente de su necesidad de aferrarse o de distanciarse de aquellos aspectos de la sensación de vacío que producen sufrimiento, o “atrapándolos” en determinado estado mental.

No luchar

No luchar es la actitud en la que el paciente no persigue ningún objetivo preciso durante la práctica del mindfulness. No hay nada que debiera o no debiera hacer. Nada que deba lograrse. Basta con “ser” y permanecer en el presente, prestando toda la atención a uno mismo. Tenemos que pedir a los pacientes que no quieran lograr ningún cambio ni esperar modificar su propia sensación de vacío. Lo único que tienen que hacer es permanecer ahí y observar. El cambio, si ocurre, será paradójicamente el resultado de no haberlo buscado.

Identificar signos precoces de vacío

Otro mecanismo de cambio importante del mindfulness para la sensación de vacío podría ser la capacidad para identificar en forma temprana las sensaciones, pensamientos o situaciones que llevan a la sensación de vacío. El mindfulness permite a los pacientes reunir esas señales, que varían en función de la experiencia de cada paciente, desde el principio, ayudando así a identificar el momento indicado a fin de utilizar las estrategias de afrontamiento apropiadas y

no permanecer “atrapados” en el vacío que tiene como resultado tener que recurrir a soluciones disfuncionales. Baer (2003) sugiere que la práctica del mindfulness puede promover el reconocimiento de señales precoces de la existencia de un problema, en un momento en el que la aplicación de habilidades aprendidas previamente será sin duda efectiva en la prevención del problema.

Aplicación clínica del mindfulness para la sensación de vacío

Cuestiones prácticas

Una intervención basada en mindfulness con pacientes que sufren una “sensación patológica de vacío” deberá llevarla a cabo un terapeuta experto en la práctica de la meditación. Además, el terapeuta debería disponer de buenas habilidades clínicas para poder abordar todos los problemas psicológicos del paciente hacia los que se dirige la intervención. El terapeuta, por su parte, deberá estar preparado para abordar con eficacia las posibles reacciones intensas que pudieran activarse durante las sesiones, como crisis disociativas y estados intensos de ansiedad o de huida.

Muchos de los pacientes que sienten el vacío tienen un historial extenso de entornos invalidantes en los que sus emociones, sus sentimientos y sus necesidades han sido negados repetidamente, y el único criterio interno que les queda es el de etiquetar su propia experiencia del momento presente como algo peligroso y en lo que no se puede confiar. Por este motivo, resulta útil e importante ayudar a esos pacientes a confiar y a creer en lo que están sintiendo, en su propia experiencia a nivel cognitivo, emocional y físico; aprender a escucharse a si mismos. Además también es necesario que practiquen con regularidad el mindfulness fuera de la sesión terapéutica. Resulta vital que tengan la posibilidad de encontrar un período tiempo para dedicarlo a la práctica de la meditación todos los días (basta con 10-15 minutos). Esta intervención podría integrarse en un programa estructurado basado en mindfulness (p. ej. reducción del estrés basada en mindfulness, terapia cognitiva basada en mindfulness) o conformar una intervención independiente específica que pudiera

implementarse a nivel grupal o individual.

El objetivo final de esta práctica es hacer que el paciente explore y confronte sus propias emociones, sobre todo la ansiedad que, según la hipótesis planteada antes, parece estar estrechamente relacionada con el vacío experimentado en determinados tipos de trastornos. Como sugiere Trobe-Krishnananda (2004), el objetivo es penetrar en el temor en profundidad, pero de manera consciente, con compasión y comprensión, valorando las sensaciones y creando un espacio interno para que los pacientes puedan sentir, observar y aceptar.

Acceder a ese nivel de vulnerabilidad no es una tarea sencilla para los pacientes que sufren sensación patológica de vacío. Como ya hemos explicado, son personas que están acostumbradas a activar varias estrategias y mecanismos de evitación a fin de no sentir el sufrimiento. Esa “coraza” mantiene alejados el dolor y el miedo, incluso a costa de desarrollar alexitimia o de convertir el sufrimiento psicológico en físico, llegando en ocasiones a poner en peligro la vida del paciente.

En nuestra opinión, el acceso a la esfera emocional debería producirse gradualmente, con la mayor de las cautelas. La activación de las emociones a nivel neurovegetativo suele ser inespecífica y puede ser la misma para emociones distintas. Cualquier elemento de esa activación puede hacer que el paciente regrese a un estado de vacío, dado el fuerte potencial para evocar emociones asociadas. En una intervención así estructurada, cada sesión deberá incluir un aumento gradual del nivel de dificultad, es decir, acercar cada vez más el paciente a los estímulos, a las situaciones y a las sensaciones relacionadas con el vacío. Todo ello debe tener lugar en un marco de trabajo de aceptación completa y sin juzgar, para lo que sugerimos iniciar la intervención enseñando a los pacientes poder inicialmente centrar la atención en estímulos exteroceptivos que, por lo general, inducen menos ansiedad, haciendo prácticas como mindfulness al mirar o al escuchar, o mindfulness al caminar (meditación caminando) (véase el Anexo A). Sólo más adelante, en el transcurso del programa, se los acerca con conciencia hacia sus sensaciones internas y, por lo tanto, a las experiencias interoceptivas; prácticas como el escaneo corporal o la meditación sentado (véase el Anexo A) resultan adecuados a este fin (Didonna, 2007, artículo a la espera de su publicación).

Una vez consolidadas todas esas habilidades, por ejemplo el “dejar pasar”, el no juzgar las

experiencias propias, o “confiar” en las propias percepciones (véase también el capítulo 11), los pacientes deberían poder estar en contacto con pensamientos, sensaciones y disposiciones mentales negativas sin reactivar conductas evitativas. Además, durante el tratamiento, los pacientes tienen la oportunidad de observar su propio estado de vacío, tomar conciencia de sus componentes y, sobre todo, percibir cómo las emociones secundarias y el aumento de la reactividad emocional en esas situaciones han disminuido, reduciendo por su parte el nivel de sufrimiento ante esa experiencia. El paciente dejará de juzgar y de culparse por sentir lo que siente.

Permanecer en contacto con el sentimiento de vacío

En un momento dado del programa de tratamiento, el paciente deberá enfrentarse directamente a la sensación de vacío; de hecho, pueden desarrollarse prácticas específicas que le ayuden a entrar voluntariamente en un estado así. El miedo a sentir dolor puede mantener a los pacientes distanciados de sus propias sensaciones. Es necesario crear una atmósfera particular de aceptación, invitándolos amablemente a ponerse en contacto con lo que temen. Sin presiones ni juicios. Con el fin de recrear ese estado, podría bastar con pedir a los pacientes que recuerden la última vez que se sintieron así, o la vez en la que el sentimiento fue tan fuerte que hicieron algo en concreto para no sentirlo. Estar “con ellos mismos” en esos momentos no era una sensación agradable.

Estas experiencias pueden examinarse con la guía de un terapeuta que ayude a los pacientes a centrar su atención en determinados aspectos a fin de no dejarse ir y, por conseciente, evitar ser juzgados. Lo más importante es aprender a reconocer lo que está ocurriendo, algo íntimamente ligado con lo que se ha evitado previamente. Las instrucciones podrían invitar al paciente a centrar su propia atención en esos aspectos, permitiéndole permanecer en el interior de su experiencia, impidiendo la activación del comportamiento de huida, u observando cómo se percibe la sensación de amenaza, o simplemente examinando cuándo y qué tipo de impulsos se producen durante la sesión. Algo que, en determinados casos, podría ayudar a identificar incluso la naturaleza de su propio miedo en relación con la sensación de vacío (abandono, fracaso, violencia, juicio y el pensamiento de que ese temor nunca terminará), que se reconoce

con mayor facilidad al observar el contenido de los pensamientos en esta fase.

Para esos pacientes es natural tener miedo a sentirse abrumados por la sensación de vacío con la que se encuentran. La idea de estar en contacto y permanecer con el sentimiento es aterradora. Por eso, el método utilizado tiene que estar bien consolidado y ofrecer una “base segura” formada por experiencias y capacidades previamente adquiridas y necesarias para abordar esos estímulos que representan un mayor potencial aversivo para el paciente. El enfoque tiene que ser gradual, con la máxima sensibilidad y sin prisas, pero sabiendo que con la meditación mindfulness el individuo necesita atravesar la sensación de vacío si es que quiere ser libre.

Algunas posibles instrucciones que pueden utilizarse para que los pacientes comprendan mejor y puedan permanecer en contacto con la sensación de vacío, de manera consciente, son las siguientes (adaptadas de Trobe-Krishnananda, 1999):

1. Examine las necesidades básicas de su infancia. Pregúntese: “¿Tengo un agujero relacionado con esta necesidad?”.
2. Centrándose en este agujero en concreto, pregúntese: “¿Cómo afecta a la manera de relacionarme conmigo mismo” y “¿Cómo afecta a la manera en la que me relaciono con la gente y con la vida?”.
3. Sobre este mismo agujero, pregúntese: “¿Cómo lo siento en mi interior?” y “¿Qué sensaciones tengo ahora mismo y en qué parte del cuerpo?”. Preste atención a sus sensaciones en este momento y observe como son, sin embargo, son distintas a usted, no son usted... respire con ellas. Intente observarlas, sin juzgarlas, con un sentido de curiosidad amable hacia la sensación. Puede acercarse o alejarse de esas sensaciones para, finalmente, intentar dejarlas pasar.
4. Explore sus necesidades: “¿Qué pensamientos y qué sensaciones surgen cuando piensa en sus necesidades?” (p. ej.; “Si quiero esto, soy débil o necesitado” o “No creo que tenga derecho a querer o necesitar esto”). Garanticémosles la posibilidad y el tiempo necesario para que pasen por nuestra mente...; “Aceptamos y somos compasivos con esos pensamientos, y reconocemos que cuando se formaron sin duda tenían sentido y una

función aunque ahora los hayamos perdido... tratemos de pensar la medida en que nos necesitan para existir, sin nosotros no tendrían ni fuerza ni significado... dediquémonos a observarlos y entenderlos sin juzgar...”; “Démonos el permiso para sumergirnos en nuestra experiencia interna aunque duela, respirando juntos, atravesándola y dejando que nos envuelva para resurgir en un momento dado... intentemos observar lo que ocurre, lo que cambia... confiando en nuestra experiencia”.

- También podemos pedir al paciente que escriba, si es posible, sus creencias internas sobre tener o expresar esas necesidades.
- Incluso podríamos preguntar: “¿Qué le enseñaron de niño sobre tener y expresar necesidades?” (p. ej. “Es egoísta tener necesidades y deseos” y “Los hombres no deben tener necesidades ni deseos”). “Sea bueno y amable y no se juzgue ni a usted ni a sus propios pensamientos. Ahora mismo no hay nada que tenga o no tenga que hacer. Sólo permanezca consigo mismo y su respiración ahora, momento a momento...”.

Qué puede hacer el instructor

- **Considerar que el sentimiento patológico de vacío es solamente la manifestación de un rango más amplio de dificultades psicológicas del paciente.** Según Teasdale (2004), es necesario tener en mente la especificidad de los trastornos emocionales examinados, además de algunas intervenciones específicas que podrían ayudar al paciente en el esfuerzo por modificar los procesos (aparte de los contenidos) de sus propios modos mentales. El mindfulness debe utilizarse dentro de una estrategia terapéutica general, dentro de un marco de trabajo que permita tener una clara comprensión de los problemas emocionales del paciente.
- **Compartir con el paciente una nueva conceptualización/formulación de su problema,** ayudándole a formular una visión alternativa de la sensación de vacío mediante un modelo cognitivo-comportamental que le permita tener comprensión del funcionamiento de su problema. Algunas prácticas basadas en mindfulness, como la reducción del estrés, la terapia cognitiva o la terapia de aceptación y compromiso, utilizan tareas (ABC, formulario de automonitoreo, diarios, etc.) para explicar los distintos procesos cognitivos que son la

base del trastorno y de sus modos de funcionamiento cuando ocurren.

- **Acoger y dar la bienvenida a las dificultades que presenta el método según refiere cada paciente desde el principio.** Necesitamos utilizar las dificultades desde el principio como oportunidad para enseñar nuevas actitudes para hacer frente a los problemas. Relacionarse con las dificultades con curiosidad e interés, intentando aceptarlas en lugar de rechazarlas, sienta las bases para un enfoque que integra el mindfulness en la observación de los pensamientos y las emociones negativas, en especial las procedentes de las experiencias de vacío.
- **Compartir la propia experiencia durante la práctica de meditación, invitando a los pacientes a hacer lo mismo.** Segal, Willians y Teasdale (2006) hablan del enfoque y de la actitud que observaron de los instructores en el programa de reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR), la postura del instructor era la de alguien que “invitaba”. Además de que siempre se ha asumido la “continuidad” entre la experiencia de instructor y los participantes. El supuesto es sencillo: diferentes mentes funcionan de manera similar, y no hay motivo para diferenciar entre la mente de la persona que pide ayuda y la de la persona que la ofrece.

Conti y Semerari (2003) describen el *compartir* en un contexto terapéutico como un conjunto de intervenciones explícitas en las que se destaca que algunos aspectos de la experiencia del paciente son compartidos o compartibles entre el terapeuta y el paciente. Este tipo de intervenciones incluyen elementos tanto de validación como de autorevelación. Con esta técnica, de hecho, el terapeuta valida implícitamente la experiencia del paciente mediante la aceptación y el reconocimiento de la dimensión compartida y, al hacerlo, revela el propio estado mental. Sin embargo, esto no implica en absoluto que los pacientes deban sentirse forzados a informar de su propia experiencia. Debe quedar claro que es una opción libre que no afecta a la práctica. Basta con estar presente y escuchar para participar en esta intervención.

- **Eliminar cualquier tipo de juicio durante la práctica o en el compartir la experiencia, e invitar a los pacientes a hacer lo mismo.** A menudo, sobre todo al principio, los pacientes tienden a juzgar el “éxito” de los períodos de práctica, los cambios positivos o negativos, sus sensaciones en ese momento, o sus contenidos mentales. Siguiendo los ejemplos y las

instrucciones del líder, inicialmente aprenden a no juzgar la experiencia de los demás y, a medida que la práctica avanza lentamente, adquieren la capacidad de no juzgarse a sí mismos ni a su propia experiencia, algo mucho más complejo.

- **Comunicar claramente que meditar implica la aceptación incondicional de todo lo que surge momento a momento.** Lo primero que podemos sugerir a un paciente es observar y registrar (sin juzgarse a sí mismo) durante las primeras experiencias con la práctica de mindfulness los momentos en los que intentaría reaccionar (o reacciona) ante la experiencia perturbadora, observando el tipo de evaluaciones que llevan a la no aceptación y a las reacciones disfuncionales también.
- **Abstenerse de ofrecer soluciones o respuestas.** Durante la intervención individual o grupal se pide a los pacientes simplemente que tomen conciencia de sus dificultades y que permanezcan en contacto con ellas. El objetivo es promover la aceptación, “ser” y no “hacer”, sugiriendo la posibilidad de desapegarse de una modalidad reactiva, con el fin de que puedan obtener resultados y respuestas a cualquier problema.
- **Validar la sensación de vacío del paciente junto con todos los elementos que se relacionan con ella.** La validación, según Linehan (2003), es una estrategia terapéutica que consiste en valorar la experiencia subjetiva de un paciente. Resulta especialmente necesario cuando el individuo se encuentra en un *estado de autoinvalidación*, un estado mental en el que juzga negativamente o intenta suprimir cualquier aspecto de su propia experiencia, considerándola indigna, equivocada, horrible o inaceptable por parte de los demás. En estas condiciones, en las que se encuentra juzgando o negando, en lugar de comprendiendo sus propios estados mentales, el paciente no está en condiciones de reflexionar de manera constructiva al respecto. El simple hecho de poder compartir sus propias percepciones la sensación de vacío, poder sentir que son aceptados, sin recibir juicio alguno y sin sentir presión para modificar o encontrar una solución les valida la experiencia por sí misma.

Possible utilidad y efectos de la intervención

La observación clínica sugiere que una intervención basada en mindfulness puede ayudar al

paciente a abordar su sensación de vacío de varias maneras. Se trata de un punto de vista que puede permitir:

- Identificar los pródromos o los signos tempranos de vacío antes de que comience, además de las situaciones de riesgo.
- Lograr identificar los componentes del propio “vacío”: pensamientos, sensaciones físicas, estados emocionales e impulsos, adquiriendo mayor conciencia.
- Neutralizar la tendencia a autoinvalidar la propia experiencia, desarrollando la capacidad de atravesar el propio estado interno.
- Lograr permanecer en ese estado sin exacerbarlo a través de la activación de *emociones secundarias* (culpa, ira, vergüenza) o una escalada de ansiedad.
- Aceptar estar en contacto con la sensación de vacío sin activar conductas disfuncionales para escapar de la misma, gracias también a la toma de conciencia de su transitoriedad.
- Disminuir la intensidad y la frecuencia de la experiencia de sufrimiento que se vive en la sensación de vacío
- Lograr compartir con otros lo que siente el paciente y aceptar el apoyo de los demás.

Resumen y lineamientos para el futuro

La sensación de vacío puede ser uno de los fenómenos psicológicos más difíciles de explicar y describir, pero también es un síntoma habitual en la experiencia humana normal y patológica. En este capítulo los autores han intentado ilustrar los últimos elementos presentes en la literatura con respecto a la sensación de vacío y mostrar cómo ese concepto se utiliza de maneras radicalmente antagónicas en la psicología occidental en comparación con su significado en la psicología oriental.

Los autores proponen algunas hipótesis para explicar los posibles mecanismos de acción del mindfulness con respecto a la sensación de vacío a nivel clínico. La efectividad clínica potencial del mindfulness con respecto a las sensaciones de vacío se debe sobre todo a la exposición a los distintos estímulos que conforman la experiencia aversiva, normalmente evitada o suprimida, la mayoría de las veces disfuncionalmente. Está claro que también

existen otros mecanismos de cambio posibles de relevancia clínica potencial del mindfulness en la sensación de vacío. También se desarrollan y se refuerzan distintos procesos metacognitivos durante la utilización del mindfulness como el desapego o la autorregulación de la atención. Ser consciente de lo que uno siente realmente en una experiencia de vacío; identificar emociones, pensamientos y sensaciones relacionadas; ser capaz de observar a través de un mayor descentramiento; y reflexionar sobre el propio funcionamiento cognitivo y sobre las consecuencias de las conductas disfuncionales significa, de hecho, mejorar las funciones metacognitivas que implican controlar y regular los propios estados mentales.

Se han propuesto algunas pautas de tratamiento sobre el vacío patológico, pero es importante destacar que esas intervenciones nunca sustituyen un tratamiento psicológico para la patología que es la raíz de la sensación de vacío. Además, creemos que este tipo de intervención debe ser llevada a cabo por terapeutas expertos en el trastorno que presenta el vacío como síntoma y con una práctica de mindfulness extensa y regular. Actualmente existen unos pocos estudios sobre la experiencia fenomenológica de la sensación de vacío e incluso son menos los que han certificado la efectividad de los tratamientos aplicados.

Se necesitan más estudios que analicen con mayor profundidad este fenómeno clínico ya que es común en numerosos encuadres nosográficos extremadamente distintos entre sí. No podemos dejar de recordar la importancia de estudios con una base metodológica sólida en este área ya que podría llevar a una mejor comprensión de los mecanismos de activación y de mantenimiento del fenómeno, además de cómo una intervención terapéutica como la práctica del mindfulness, utilizada para patologías que presentan esos síntomas, modifica y mejora esta experiencia tan problemática e inhabilitante.

Estoy cansada de estar postrada en la cama con la sensación de que algo tiene que ocurrir.

No entiendo qué me está pasando. Nunca me ha dado miedo la oscuridad, pero quizás no es miedo a la oscuridad. He intercambiado el día y la noche. Por la noche subo las persianas y siempre dejo la luz encendida... de día, lo cierro todo para aislar me del pensamiento de que todo el mundo está trabajando o haciendo algo. Últimamente he empezado a acostarme vestida y a colocar la almohada encima de las mantas por el mayor grosor.

Quizás es sólo una costumbre, no puedo buscar un significado a todo lo que hago. Al hacerlo, me pierdo tantas cosas que podrían hacer que me sintiera viva... Bueno, todos esos pensamientos son, en parte, una defensa contra los sentimientos de vacío que de otro modo sentiría. Dicho con otras palabras, la verdad es que inventar todas esas pequeñas manías y miedos o elegir vivir la depresión es una forma más aceptable de decir que no sabes qué hacer contigo mismo y con tu vida.

Ángela, paciente de 21 años con depresión

Referencias

- AALMAS, A.H. (1987). *The diamond heart series book 1*. Boston: Shambala Publications.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición, texto revisado). Washington, DC.
- BAER, R.A.; (2003). “Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- BECK, A.T.; FREEMAN, A. et al.; (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- BISHOP, S.R.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.D.; CARMODY, J.; et al.; (2004). “Mindfulness: A proposed operational definition”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- BOWLBY, J.; (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- CONTI, L.; SEMERARI, A.; (2003). *Linee generali di trattamento dei disturbi della personalità*, en G. DIMAGGIO; A. SEMERARI (Eds.), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma: Editori Laterza (GLF).
- DIDONNA, F. (artículo pendiente de publicación). “Mindfulness and its clinical applications for severe psychological problems: Conceptualization, rationale and hypothesized cognitive mechanisms of change”. Artículo enviado a: *International Journal of Cognitive Therapy*.
- DIMAGGIO, G.; SEMERARI, A.; FALCONE, M.; NICOLÒ, G.; CARCIONE, A.; PROCACCI, M. (2002). “Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles. Proposal for an

- integrated narcissism model.” *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(4), 421-451.
- DIMAGGIO, G.; PETRILLI, D.; FIORE, D.; MANCIOPPI, S.; (2003). *Il disturbo narcisico tico di personalità: la malattia della grande vita*, en G. DIMAGGIO; A. SEMERARI (Eds.), *I disturbi di personalità* Roma: Editori Laterza. (GLF).
- DONALDSON, E.; (2003). “Psychological Acceptance: Why every OH/HR practitioner should know about it”. *Occupational Health Review*, 101, 31-33.
- DSM-IV, (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición). Washington, DC: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).
- EPSTEIN, M.; (1988). “The deconstruction of the self: Ego and “egolessness” in Buddhist insight meditation”. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 20(1), 61-69.
- EPSTEIN, M.; (1989). “Forms of emptiness: Psychodynamic, meditative and clinical perspectives”. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 21(1), 61-71
- FIORE, D.; SEMERARI, A.; (2008). *Trastorno límite de la personalidad: el modelo*, en G. DIMAGGIO; A. SEMERARI (Eds.), *Los trastornos de la personalidad. Modelo y tratamiento*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- FORMAN, M.; (1975). *Narcissistic personality disorders and the oedipal fixations*. Annual of Psychoanalysis, 3, 65-92. Nueva York: International Universities Press.
- FRANKL, V.E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- FRANKL, V.E. (1957). *Psicoanálisis y existencialismo*. México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FRANKL, V.E. (2006). *La presencia ignorada de Dios: Psicoterapia y religión*. Barcelona: Herder.
- GABBARD, G.O. (1989). “Two subtypes of narcissistic personality disorder”. *Bulletin of Meninger clinic*, 53, 527-532
- GUNDERSON, J.G.; SINGER, M.T.; (1975). “Defining borderline patients: an overview”. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-9.
- HAYES, S.C.; (1994). *Content, context and the types of psychological acceptance*. En S.C. HAYES,

N.S. JOACOBSON, V.M. FOLLETTE; M.J. DOUGHER (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (págs. 13-32), Reno NV: Context Press.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD, E.V.; FOLLETTE, V.M.; STROSAHL, K.; (1996). "Experiential avoidance and behaviour disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

HAZELL, C.; (2003). *The experience of emptiness*. Bloomington, IN: 1stBooks.

HOROWITZ, M.J.; (1989). "Clinical phenomenology of narcissistic pathology". *Psychiatric Clinic of North America*, 12, 531-539.

JACOBSON, E.; (1969). *El self y el mundo objetal*. Buenos Aires: Bota.

KABAT-ZINN, J.; (1982). "An outpatient program in behavioural medicine for chronic patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results". *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

KABAT-ZINN, J.; (1990). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

KABAT-ZINN, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.

KERNBERG, O.; (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós.

KOHUT, H.; (2001). *Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

KOHUT, H.; (1980). *La restauración del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.

KOMITO, D.R.; (1984). "Tibetan Buddhism and psychotherapy: Further conversations with the DALAI LAMA". *The Journal of Transpersonal Psychology*, 16(1), 1-24.

LAING, R. (1964). *El Yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

LEICHSENRING, F. (2004). "Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 9-22.

LINEHAN, M.; (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

MAURETA REYES, M. (2007). En Vacío existencial, un mal contemporáneo. Mejía, R. www.amapsi.org

MAY, R. (1950). *The meaning of anxiety*. Nueva York: Simon and Schuster.

MAY, R. (1974). *El hombre en busca de si mismo*. Buenos Aires: Ed. Central.

MEDWETH, M.; *Becoming Nobody*. Facultad de Psicología. Universidad Simon Fraser. Sitio web: www.purifymind.com/BecomingNobody.htm

MILLON, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, cop.

MILLON, T. (1999). *Personality-Guided therapy*. Nueva York: John Wiley & Sons.

MODELL, A.H.; (1989). *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Buenos Aires: Amorrortu.

PASCAL, B. (1998). *Pensamientos*, Madrid: Cátedra.

PAZZAGLI, A.; MONTI, M.R.; (2000). “Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder”. *Psychopathology*, 33(4), 220-226 Julio-Agosto.

RAWSON, P.; (1996). *El Tíbet sagrado*. España: Debate.

ROGERS, J.H.; WIDIGER, T.A.; KRUPP, A.; (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 268-270 Febrero.

SANAVIO, E.; (1991). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.; TEASDALE, J.D.; (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

SPITZER, R.L.; (1975). “Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development criteria”. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24

Sunyata (2007) es.wikipedia.org/wiki/%C5%A%C5%ABnyat%C4%81

TEASDALE, J.D.; (2004) *Minfulness and the third wave of cognitive-behavioural therapies*. Presentación en la 34^a conferencia anual del EABCT, Manchester, Inglaterra.

TROBE-KRISHNANANDA, T. (2004). *De la codependencia a la libertad: cara a cara con el miedo*. Madrid: Gulaab.

TROBE-KRISHNANANDA, T. (1999). *Stepping out of fear*. Verlag: Koregaon Publications.

WALLACE, A.B.; SHAPIRO, S.L.; (2006) Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and western psychology. *American Psychologist*, 61, 690-701.

WELLS, A.; (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: Wiley.

WELLS, A.; (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

WELLS, A.; (2002). Gad, metacognition and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 95-100.

WELLS, A.; (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 3, 337-335.

WESTEN, D.; MOSES, M.J.; SILK, K.R.; LOHR, N.E.; COHEN, R.; SEGAL, H. (1992). “Quality of depressive experiences in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression”. *Journal of Personality Disorders*, 6, 382-393.

WINNICOTT, D.W.; (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós SAICF.

WINNICOTT, D.W.; (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.

YOUNG, J.E.; (1987). “Schema-focused cognitive therapy for personality disorders”. *International cognitive therapy newsletter*, 4, 5, 13-14

YOUNG, J.E.; FLANAGAN, C. (1998). “Schema-focused therapy for Narcissistic Patients”, en E.F. RONNINGGSTAM (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Nueva York: American Psychiatric Press.

YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S.; WEISHAAR, M.; (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Publications.

1. NdT: traducción libre.

9

Evaluación del mindfulness

Ruth A. Baer, Erin Walsh y Emily L. B. Lykins

... la atención plena es una conciencia sin juicios que se cultiva instante tras instante mediante un tipo especial de atención abierta, no reactiva y sin prejuicios en el momento presente.

Kabat-Zinn (2007, p. 115)

Se han desarrollado intervenciones basadas en mindfulness para una amplia gama de problemas, trastornos y poblaciones y cada vez están más disponibles en una variedad de situaciones. Intervenciones con base empírica que tienen su fundamento o que incorporan la práctica del mindfulness son: la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la terapia dialéctico-conductual (DBT; Linehan, 2003), la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2006) y la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 2004). También se han descrito variaciones de esos enfoques, como la integración de la práctica del mindfulness en psicoterapia individual desde distintas perspectivas (Germer, Siegel y Fulton, 2005). Dado que cada vez hay más pruebas empíricas que demuestran la eficacia de estas intervenciones, la importancia de estudiar los mecanismos o los procesos por los que permiten obtener resultados beneficiosos cada vez cobra más reconocimiento (Bishop et al.; 2004; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006). Abordar esta cuestión requiere instrumentos de medición de mindfulness con propiedades psicométricas sólidas (Baer, Smith y Allen, 2004; Brown y Ryan, 2004; Dimidjian y Linehan, 2003). Sin esas mediciones es imposible determinar si la práctica del mindfulness genera unos mayores niveles de mindfulness ni si esos cambios son los responsables de las mejoras en el funcionamiento psicológico que a menudo se observan.

El desarrollo de herramientas para la evaluación del mindfulness requiere que su definición sea clara. Según Clark y Watson (1995), una medición sólida debe basarse en una concepción

precisa y detallada del constructo a medir. Aunque la literatura actual incluye muchas descripciones de mindfulness, son varios los autores que han destacado que el mindfulness es una construcción sutil y en cierto modo escurridiza y que definirlo en términos concretos resulta complicado (Block-Lerner, Salters-Pednault y Tull, 2005; Brown y Ryan, 2004). La tarea resulta aún más difícil si se quiere comprender constructos estrechamente vinculados como la aceptación y el descentramiento. A veces se describen como componentes o elementos de mindfulness (Block-Lerner y al.; 2005; Dimidjian y Linehan, 2003), mientras que otros aseveran que se entienden mejor como resultados de la práctica del mindfulness (Bishop et al.; 2004) o como habilidades que ayudan a fomentar el mindfulness (Brown, Ryan y Creswell, en prensa). Este capítulo ofrece un resumen de las definiciones y las descripciones actuales de mindfulness, los instrumentos que se han desarrollado para medirlo, y los resultados basados en la utilización de esos instrumentos. También se abordará la evaluación de la aceptación y el descentramiento, y se discutirán vías de investigación futuras para la evaluación del mindfulness.

Definiciones y descripciones de mindfulness

La definición más citada sea quizás la de Kabat-Zinn (2008), que describe el mindfulness como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar”. Existen otras definiciones similares. Por ejemplo, Marlatt y Kristeller (1999) describen el mindfulness como poner toda la atención en la experiencia presente momento a momento, y Brown y Ryan (2003) lo definen como el estado de prestar atención y ser consciente de lo que está aconteciendo en el presente. Existen otras descripciones un poco más detalladas; según Bishop et al. (2004), el mindfulness es un proceso de atención reguladora que tiene como fin de aportar una calidad de conciencia no elaborativa a la experiencia presente y de relacionarse con las experiencias propias con un sentido de curiosidad, apertura experiencial y aceptación. Segal y sus colaboradores (2006) apuntan que en la práctica del mindfulness, el enfoque de la atención se abre para admitir todo lo que se introduce en la experiencia, al tiempo que una postura de curiosidad permite a la persona investigar todo lo que aparece, sin ser víctima de juicios ni de reacciones automáticas. Esos

autores también afirman que el mindfulness puede contrastarse con un comportamiento mecánico, sin conciencia de las acciones que llevamos a cabo, de una manera que se suele denominar *piloto automático*. Kabat-Zinn (2003) comenta que el mindfulness incluye una cualidad amable y compasiva en la persona que presta atención, un sentimiento de presencia e interés amistosos y abiertos. De la misma manera, Marlatt y Kristeller (1999) sugieren que el mindfulness implica la observación de nuestras propias experiencias con una actitud de aceptación y de amabilidad bondadosa.

Las instrucciones que suelen utilizarse para enseñar mindfulness son coherentes con estas definiciones y descripciones. Se suele potenciar que las personas que participan en la práctica del mindfulness centren su atención en tipos de estímulos concretos, observables en el momento presente, como sonidos que puedan oírse en el entorno o los movimientos y las sensaciones de la respiración. Además, si surgen pensamientos, estados emocionales, impulsos u otras experiencias, se les pide que los observen detenidamente. A menudo también se utilizan etiquetas breves y encubiertas, con palabras o frases cortas, de las experiencias observadas. Por ejemplo, los participantes pueden decir en voz baja “tristeza”, “pensar”, “dolor”, “impulso” o “sonido” mientras observan fenómenos internos o externos. Por lo general se les pide que adopten una postura de aceptación, voluntad, permisividad, apertura, curiosidad, bondad y amistad hacia todas las experiencias observadas, y que se abstengan de hacer esfuerzos por evaluarlos, juzgarlos, cambiarlos o finalizarlos, aunque sean desagradables. En DBT (Linehan, 2003), el mindfulness se ha operacionalizado como un grupo de capacidades interrelacionadas: tres relacionadas con lo que se hace mientras se practica el mindfulness y tres relacionadas con cómo se hace. Las primeras incluyen *observar* (darse cuenta o prestar atención) la experiencia actual, *describir* (notar o etiquetar las experiencias observadas con palabras), y *participar* (centrar toda la atención en la actividad en curso). Las segundas que hacen referencia al cómo incluyen *sin juzgar* (aceptar, permitir o abstenerse de evaluar), *con conciencia plena* (prestando toda la atención) y *efectividad* (utilizando medios diestros).

Esta serie de definiciones, descripciones e instrucciones para practicar mindfulness sugieren que puede conceptualizarse de forma muy útil como una construcción multifacética que incluye prestar atención (observar o notar) a las experiencias del momento presente, etiquetarlas con

palabras y actuar con conciencia o evitando el piloto automático. Las cualidades particulares de la atención también parecen ser importantes. Los términos utilizados para capturar esas cualidades son aceptación, apertura, permisividad, no ser críticos, voluntad, bondad y curiosidad.

Instrumentos para medir el mindfulness

En los últimos años se han desarrollado varias mediciones del mindfulness. La mayoría son autoadministrables y evalúan la tendencia general a ser consciente en la vida cotidiana y se basan en una o más de las descripciones de mindfulness que acabamos de resumir. Se trata de unos instrumentos que han demostrado tener unas características psicométricas prometedoras y que han contribuido a la mayor comprensión de la naturaleza del mindfulness, de sus relaciones con otras variables y de los cambios que acontecen cuando los individuos practican la meditación mindfulness. Las siguientes secciones describen cuestionarios de mindfulness que se han desarrollado recientemente.

Inventario de mindfulness de Friburgo

El inventario de mindfulness de Friburgo (FMI; Buchheld, Grossman y Walach, 2001) es una herramienta de 30 elementos diseñada para evaluar la observación del momento presente sin juzgar y la apertura a experiencias negativas en meditadores experimentados. Entre los elementos de este inventario figuran “Observo mis sentimientos sin perderme en ellos” y “Estoy abierto a experimentar en el momento presente”. El FMI fue desarrollado con participantes en retiros intensivos de meditación mindfulness y tiene una elevada consistencia interna en esa muestra ($\alpha = 0,93$). La puntuación media antes y después del retiro aumenta aproximadamente una desviación estándar. Aunque los análisis factoriales revelan que el FMI captura varios componentes de mindfulness, la estructura factorial no es estable entre administraciones y los autores recomiendan una interpretación unidimensional.

En un estudio posterior, Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt (2006)

desarrollaron un formulario de 14 elementos del FMI para utilizarlo en muestras de personas no meditadoras. Esta versión demostró tener una consistencia interna entre adecuada y buena en varias muestras y reveló diferencias entre meditadores, no meditadores y grupos clínicos. Las puntuaciones más elevadas en ambas versiones del FMI apuntan a una mayor conciencia y conocimiento de uno mismo, una menor disociación y menos malestar psicológico en muestras de meditadores y de población adulta en general. Los autores recomiendan utilizar el formulario más largo en muestras familiarizadas con conceptos de mindfulness o budistas, y el breve en poblaciones carentes de esa experiencia.

En una muestra formada por estudiantes universitarios, Leigh, Bowen y Marlatt (2005) concluyeron que el FMI es consistente desde un punto de vista interno y que está ligeramente vinculado a mediciones de espiritualidad. Sorprendentemente, también concluyeron que las mayores puntuaciones en el FMI se asocian a un mayor consumo de alcohol y de tabaco, posiblemente debido a una mayor tendencia a sentir sensaciones corporales en las personas que consumen esas sustancias.

Escala de conciencia plena

La escala de conciencia plena (MAAS; Brown y Ryan, 2003) es un instrumento compuesto por 15 elementos que evalúa la tendencia general a estar atento y a ser consciente de las experiencias del momento presente en la vida cotidiana. Los elementos describen el estar en piloto automático, preocupado y sin prestar atención y puntuán a la inversa, de modo que una mayor puntuación representa un mayor nivel de mindfulness. Los análisis factoriales revelan una estructura de factor único. Ejemplos de elementos son: “Me parece difícil permanecer centrado en lo que está ocurriendo en este momento” y “Rompo o tiro cosas porque no tengo cuidado, no presto atención o estoy pensando en otra cosa”. En muestras universitarias y de población adulta general, la escala MAAS ha demostrado una buena consistencia interna ($\alpha = 0,82$ y $0,87$ respectivamente). Las pruebas de validez convergente y discriminatoria incluyen correlaciones positivas con apertura a la experiencia, inteligencia emocional y bienestar; correlaciones negativas con rumiación y ansiedad social; y una relación no significativa con el autocontrol. Además, los practicantes de budismo zen obtienen puntuaciones

significativamente más elevadas en la escala MAAS que los controles de comunidad correspondientes.

En estudios recientes, la estructura de factor único se ha seguido validando en una población de pacientes ambulatorios con diagnóstico de cáncer (Carlson y Brown, 2005) y en una amplia muestra de estudiantes universitarios (MacKillop y Anderson, 2007). Sin embargo, MacKillop y Anderson (2007) indican que la escala MAAS no discrimina entre meditadores que tienen poca experiencia e individuos sin experiencia previa en meditación. Las puntuaciones más elevadas en la escala MAAS se asocian a aumentos de la conciencia psicológica (Beitel, Ferrer y Cecero, 2005), a disminuciones en las alteraciones del estado de ánimo, en síntomas de estrés en pacientes ambulatorios con cáncer (Carlson y Brown, 2005), y a disminuciones en la tendencia a experimentar lapsus de atención (Cheyne, Carriere y Smilek, 2006).

Inventario de habilidades de mindfulness de Kentucky

El inventario de habilidades de mindfulness de Kentucky (KIMS; Baer et al., 2004) se basa en gran medida en la conceptualización de habilidades de mindfulness de la terapia dialéctico-comportamental (DBT) e incluye 39 elementos que miden cuatro dimensiones del mindfulness: observar, describir, actuar con conciencia y aceptar sin juzgar. El KIMS evalúa la tendencia general de ser consciente en la vida cotidiana y no requiere tener experiencia en meditación. Entre los elementos se encuentran: “Noto cuando empieza a cambiarme el estado de ánimo” (observar); “No me cuesta encontrar palabras para describir mis sentimientos” (describir); “Cuando hago cosas, mi mente vaga y me distraigo con facilidad” (actuar con conciencia); y “Me digo que no debería sentirme como me siento” (aceptación). Los autores destacan consistencias internas que van del 0,76 al 0,91 para las cuatro sub-escalas. La estructura de cuatro factores cuenta con el apoyo de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Por su parte, las pruebas de validez convergente y discriminante fueron aportadas por correlaciones con variables tales como como apertura a la experiencia, inteligencia emocional, alexitimia y evitación experiencial.

Escala de mindfulness cognitivo y afectivo

La escala revisada de mindfulness cognitivo y afectivo (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007) está compuesta por 12 elementos que miden la atención, el enfoque en el presente, la conciencia y la aceptación de los pensamientos y de los sentimientos en la experiencia cotidiana general. Son componentes que no se miden por separado sino combinados para proporcionar una puntuación total de mindfulness. Entre los elementos se encuentran: “Intento darme cuenta de mis pensamientos sin juzgarlos”, “me resulta fácil concentrarme en lo que estoy haciendo” y “soy capaz de aceptar los pensamientos y los sentimientos que tengo”. La consistencia interna de esta escala de 12 elementos va de 0,74 a 0,77, y los análisis factoriales confirmatorios respaldan el modelo propuesto. La escala CAMS-R fue correlacionada positivamente con el inventario FMI y la escala MAAS, bienestar, regulación de emociones adaptativas, flexibilidad cognitiva, análisis de problemas y ensayo de planes; y negativamente con síntomas de malestar, preocupación, rumiación, supresión de pensamientos, evitación experiencial y deliberación estancada.

Cuestionario de mindfulness de Southampton

El cuestionario de mindfulness de Southampton (SMQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley y Dagnan, 2005) es un inventario de 16 elementos que evalúa el grado en el que los individuos responden conscientemente a pensamientos e imágenes que los angustian. Aunque este SMQ tiene como objetivo capturar cuatro aspectos de mindfulness (observación consciente, carencia de aversión, carencia de juicios y dejar ir), los autores recomiendan utilizar una puntuación única total. Cada elemento empieza con “Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes que me angustian”, y va seguido de una afirmación como “soy capaz de darme cuenta, sin reaccionar” o “se apoderan de mi mente por mucho tiempo”. El SMQ demostró una buena consistencia interna ($\alpha = 0,89$), con una correlación significativa con la escala MAAS ($r = 0,57$), y diferenciaba entre individuos meditadores y no meditadores. Las puntuaciones obtenidas con este instrumento están correlacionadas positivamente con los estados de ánimo agradables y aumentan significativamente tras la participación en un curso de MBSR.

Escala de mindfulness de Filadelfia

Los 20 elementos de este instrumento (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2007) incluyen dos factores que se puntuán por separado: conciencia y aceptación. El primero se refiere al control continuado de la experiencia interior y exterior (p. ej. “Soy consciente de los pensamientos que tengo cuando me cambia el humor”). El segundo hace referencia a una actitud de no juzgar o de apertura en relación con la experiencia, y de abstenerse de intentar evitar o escapar de ella (p. ej. “Intento distraerme cuando siento emociones desagradables”). En varias muestras clínicas y no clínicas, mostró buenos niveles de consistencia interna; la mayoría de correlaciones con otras variables fueron significativas, y las muestras clínicas por lo general obtuvieron menos puntuación que las no clínicas.

Cuestionario de mindfulness de cinco facetas

Utilizando grandes muestras de estudiantes, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006) estudiaron cinco de los cuestionarios de mindfulness descritos hasta ahora (todos menos la escala de mindfulness de Filadelfia [PHLMS], que no estaba disponible) y detectaron la consistencia interna existente entre ellos, además de correlaciones significativas con varias variables adicionales que han mostrado gran capacidad predictiva del mindfulness como apertura a la experiencia, la inteligencia emocional, la supresión de pensamientos, la alexitimia y la evitación experiencial. Sin embargo, las diferencias en su contenido y las relaciones con otros constructos sugerían que esos cuestionarios podrían medir, en cierta manera, elementos o facetas distintos del mindfulness. La escala MAAS parecía enfatizar un aspecto del mindfulness que está inversamente asociado con la experiencia disociativa y la ausencia de conciencia, mientras que el SMQ resultaba más asociado (negativamente) a la evitación experiencial y a dificultades en la regulación de las emociones. Para examinar las facetas de mindfulness sistemáticamente, Baer et al. (2006) combinaron respuestas de los cinco cuestionarios en un único documento y llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio para examinar dimensiones subyacentes. Este análisis permitió combinar elementos de distintos instrumentos para formar factores, dando lugar a una integración empírica de esos intentos independientes de operacionalizar el mindfulness. Los resultados sugerían una solución de cinco factores. *Observar* incluye darse cuenta o prestar atención a estímulos internos y externos como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos y visiones.

Describir se refiere a etiquetar las experiencias observadas con palabras. *Actuar con conciencia* incluye prestar atención a las actividades del momento y puede contrastarse con el piloto automático, o con comportarse mecánicamente, sin conciencia de nuestras propias acciones. *No juzgar la experiencia interior* se refiere a adoptar una postura no evaluadora hacia los pensamientos y las emociones. *No reactividad a la experiencia interior* es la tendencia de permitir a los pensamientos y a los sentimientos ir y venir, sin dejarse llevar ni atrapar por ellos. El cuestionario de mindfulness de cinco dimensiones (FFMQ), que contiene 39 elementos, se creó seleccionando los siete u ocho elementos con mayor carga en sus factores respectivos y baja carga en el resto de factores. Las escalas de cinco dimensiones demostraron tener una consistencia interna entre adecuada y excelente (con alfas entre 0,75 y 0,91), y las relaciones entre las escalas y otras variables resultaron consistentes con las predicciones en la mayoría de casos (Baer et al.; 2006).

Resultados recientes obtenidos con el FFMQ avalan la utilidad de medir las facetas del mindfulness por separado y ayudan a aclarar las capacidades que se cultivan con la práctica de la meditación mindfulness. Baer et al. (2007) administraron el FFMQ en una muestra de meditadores experimentados y varias muestras de comparación de no meditadores. Las puntuaciones en cuatro de las dimensiones (todas excepto la de *actuar con conciencia*) tuvieron una correlación significativa en cuanto a la experiencia en meditación y los meditadores obtuvieron mayores puntuaciones que los no meditadores. En el grupo de meditadores con experiencia, todas las dimensiones mostraron correlaciones negativas con síntomas psicológicos y positivas con el bienestar psicológico. Varias de las dimensiones demostraron una validez incremental sobre las demás en la predicción de bienestar y contribuyeron a la mediación significativa de la relación entre experiencia meditadora y bienestar. Estos resultados respaldan la asunción común de que la meditación cultiva habilidades de mindfulness que, a su vez, facilita la salud psicológica. Los resultados también sugieren que el hecho de considerar múltiples facetas de mindfulness es útil para entender la relación entre mindfulness y ajuste psicológico.

En muestras de meditadores experimentados y no meditadores demográficamente similares, Lykins y Baer (en prensa) examinaron las relaciones entre la experiencia meditadora y varios mecanismos propuestos mediante los cuales la práctica del mindfulness puede ejercer

resultados beneficiosos. Mecanismos que incluyen una reducción de la rumiación (Segal et al.; 2006), desensibilización mediante la exposición a emociones negativas (Linehan, 2003) y una mejor capacidad para comportarse de forma constructiva al experimentar emociones o sensaciones desagradables (Kabat-Zinn, 1982). Lykins y Baer (en prensa) demostraron que las facetas de mindfulness de actuar con conciencia, *no juzgar* y *no reaccionar* median completamente en las relaciones entre experiencia meditadora y rumiación, temor a la emoción y la capacidad de manifestar un comportamiento orientado a objetivos al sentirse molesto. Dos de esas variables también parecen mediar parcialmente en las relaciones entre mindfulness y bienestar psicológico. En general, los resultados avalan la idea de que un mayor mindfulness mejora el funcionamiento psicológico ya que reduce la rumiación y el miedo a las emociones.

En otro estudio reciente, Carmody y Baer (2008) administraron el cuestionario FFMQ a 174 individuos con estrés, ansiedad y dolencias relacionadas con enfermedades que habían llevado a cabo un programa de MBSR grupal de 8 semanas de duración y basado en la práctica intensiva de varias formas de meditación mindfulness (véanse otros capítulos de este mismo libro para obtener más información). Las puntuaciones en las cinco facetas de mindfulness aumentaron significativamente entre antes y después del tratamiento. Para cuatro de las facetas (todas excepto *describir*), los aumentos estuvieron relacionados con la cantidad de ejercicios de meditación que los participantes practicaban en casa durante el programa. También se observó que el aumento en mindfulness mediaba la relación entre la cantidad de práctica en casa y la mejora de síntomas psicológicos y de niveles de estrés. En este caso, los resultados no apoyan la dimensión describir ya que la MBSR hace muy poco hincapié en el etiquetado verbal de las experiencias. En cambio, la DBT y la ACT incluyen ejercicios para etiquetar emociones, pensamientos y sensaciones. Con estas intervenciones, la dimensión *describir* presenta mejores resultados.

En términos generales, las pruebas preliminares procedentes de los estudios del FFMQ avalan dos conclusiones generales. En primer lugar, las cinco sub-escalas del FFMQ parecen medir capacidades que se cultivan con la práctica del mindfulness, tanto en meditadores con larga experiencia como en los relativamente inexpertos. En segundo lugar, los aumentos de los niveles de mindfulness parecen estar relacionados con cambios en otros aspectos del funcionamiento psicológico que promueven el bienestar.

Evaluación del mindfulness como estado

Los instrumentos de los que hemos hablado en las secciones anteriores miden al mindfulness como un rasgo, es decir, ser consciente en la vida cotidiana. En cambio, Bishop et al. (2004) ven el mindfulness como una cualidad de tipo estado que tiene lugar cuando la atención se dirige intencionalmente a sensaciones, pensamientos y emociones, con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación. La escala de mindfulness de Toronto (TMS; Lau et al.; 2006) evalúa el logro de un estado consciente durante una sesión de meditación inmediatamente anterior. Los participantes practican primero un ejercicio de meditación de unos 15 minutos y después puntúan la medida en la que han sido conscientes y han aceptado sus sensaciones durante el ejercicio. El instrumento tiene dos factores: el de *curiosidad* refleja el interés y la curiosidad por las experiencias internas e incluye elementos como “sentía curiosidad por ver dónde estaba mi mente en cada momento”. El factor de *descentramiento* pone el énfasis en la conciencia de las experiencias sin identificarse con ellas ni dejarse llevar por las mismas, e incluye elementos como “me he sentido como aparte de mis pensamientos y sentimientos cambiantes”. Los resultados muestran una buena consistencia interna para cada factor y correlaciones significativas con otras medidas de conciencia de uno mismo. Las puntuaciones aumentan con la participación en MBSR, y los resultados de descentramiento predicen reducciones en síntomas psicológicos y en los niveles de estrés. Esta medida tiene buenas propiedades psicométricas y parece útil en el estudio de la meditación mindfulness. Sin embargo, y como señalan los autores, las puntuaciones reflejan la experiencia del mindfulness durante una sesión de meditación en concreto y es posible que no esté relacionado con la tendencia a ser consciente en la vida normal cotidiana. Así, los autores también recomiendan evaluaciones múltiples porque la medida en la que un estado de conciencia se logra durante una única sesión de meditación puede que no refleje la tendencia general de los participantes a ser conscientes mientras meditan, debido a factores como el cansancio o el estrés en determinada ocasión.

El mindfulness como estado también ha sido evaluado con muestras de experiencias en participantes a los que se les pidió que llevaran un buscadoras durante unas pocas semanas (Brown y Ryan, 2003). Cuando se les enviaba un mensaje a intervalos casi aleatorios cada

día, los participantes respondían inmediatamente a un subconjunto de elementos MAAS sobre la medida en la que estaban prestando atención a sus actividades en ese momento o si se estaban comportando de manera automática. Los resultados mostraron que el mindfulness de estado momentáneo se correlaciona de manera significativa con niveles básicos de mindfulness rasgo, tal y como evalúa el formulario original de la MAAS. El mindfulness estado también predice niveles más elevados de emoción positiva y autonomía y niveles inferiores de emoción negativa al centrarse en la actividad del momento.

Evaluación de construcciones estrechamente relacionadas

Aceptación

La aceptación ha sido ampliamente descrita en textos sobre ACT (Hayes et al.; 1999; Hayes y Strosahl, 2004) y suele hacer referencia a la voluntad de experimentar una amplia gama de sensaciones internas (como sensaciones corporales, pensamientos y estados emocionales) sin intentar evitarlas, escapar de ellas o terminarlas, aunque sean desagradables o no deseadas. Por lo general, la aceptación es un problema cuando los intentos por evitar o escapar de esas sensaciones son dañinos o contraproducentes. Suele ser el caso en situaciones que implican contingencias que compiten o conflictos de evitación de punto de vista (Dougher, 1994). Por ejemplo, el hecho de entablar una conversación con un extraño puede entrañar consecuencias tanto de reafirmación como de castigo (interacción social y desarrollo de una relación *versus* vergüenza o humillación si hay rechazo) y, por lo tanto, puede provocar ansiedad. Evitar la ansiedad absteniéndose de conversar será contraproducente si perpetúa la soledad. Por su parte, los intentos por eliminar la ansiedad con alcohol o drogas pueden resultar dañinos si esas sustancias contribuyen a comportamientos socialmente inadecuados o no efectivos, o si tienen consecuencias negativas para la salud. Así pues, la aceptación de los sentimientos de ansiedad (permitiéndoles estar presentes al tiempo que se continúa con un comportamiento consistente con los objetivos) puede resultar más adaptativa.

El cuestionario de aceptación y acción (AAQ; Hayes, Strosahl, et al.; 2004) es un instrumento

autoadministrable con nueve elementos que describen aspectos de evitación experiencial, como la evaluación negativa y los intentos por controlar o evitar estímulos internos desagradables, y la incapacidad de llevar a cabo acciones constructivas mientras se experimentan esos estímulos. Si se puntúa inversamente, sirve de medida de la aceptación. Su consistencia interna resulta adecuada ($\alpha = 0,70$), y correlaciona con varias formas de psicopatología. Una versión revisada de Bond y Bunce (2003) incluye 16 elementos y tiene dos sub-escalas: voluntad y acción. La primera mide la voluntad de experimentar pensamientos y sentimientos negativos e incluye elementos como “intento con todas mis fuerzas evitar sentirme deprimido o ansioso”. La sub-escala de acción mide la capacidad de comportarse de manera consistente con los objetivos y los valores incluso mientras se tienen pensamientos y sentimientos desagradables, e incluye elementos como “cuando me siento deprimido o ansioso, soy incapaz de ocuparme de mis responsabilidades”. En la actualidad se está desarrollando una versión revisada de este cuestionario AAQ.

También se han desarrollado medidas basadas en este cuestionario pero modificadas para poblaciones específicas. Por ejemplo, el cuestionario de aceptación del dolor crónico (CPAQ; McCracken, 1998; McCracken y Eccleston, 2003; McCracken, Vowles y Eccleston, 2004) mide el reconocimiento de que el dolor no cambia, la capacidad de abstenerse de llevar a cabo esfuerzos infructuosos para evitar o controlar el dolor y el hecho de realizar actividades que dan valor a la vida a pesar de la presencia de dolor. Incluye elementos como “sigo en el negocio de vivir independientemente de mi nivel de dolor”. La consistencia interna es buena ($\alpha = 0,85$), las puntuaciones correlacionan positivamente con el nivel de actividad cotidiana y con un mejor estado laboral, y negativamente con la depresión, la ansiedad, la incapacidad, incluso cuando se controla la intensidad del dolor. Derivado también del AAQ, el cuestionario de aceptación y acción de la diabetes (AADQ; Gregg, Callaghan, Hayes y Glenn-Lawson, 2007) evalúa la aceptación de pensamientos y sentimientos relacionados con esa enfermedad y la capacidad de llevar a cabo acciones positivas mientras se experimentan esas sensaciones (p. ej. “no cuido mi diabetes porque eso me recuerda que tengo diabetes”). La consistencia interna es elevada ($\alpha = 0,94$), y las puntuaciones mejoran significativamente en un grupo de diabéticos que participan en un taller de ACT, pero no en los de control. Otras mediciones que se están desarrollando en la actualidad son el AAQ-peso (Lillis y Hayes, 2008) para casos de

pérdida de peso y de mantenimiento del mismo, y el cuestionario de evitación y fusión para jóvenes (AFQ-Y; Greco, Ball, Dew, Lambert y Baer, 2008), una medición para niños y adolescentes.

Descentramiento

Se define como la habilidad de observar los pensamientos y los sentimientos de uno mismo como acontecimientos temporales de la mente, en lugar de como reflejos del sí mismo que son necesariamente verdad (Fresco, Moore, et al.; 2007). Incluye adoptar hacia los pensamientos y los sentimientos una postura centrada en el presente y sin juzgar y aceptarlos como son (Fresco, Segal, Buis y Kennedy, 2007). El descentramiento (también denominado distanciamiento) se ha considerado durante mucho tiempo como un proceso importante en terapia cognitiva para la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1984), pero a menudo se ve como una fase del proceso de cambio del contenido de los pensamientos en lugar de verlo como un fin en sí mismo. Los pacientes en terapia cognitiva aprenden a adoptar una perspectiva descentrada de los pensamientos al verlos como ideas que deben comprobarse en lugar de como verdades (Hollon y Beck, 1979). Sin embargo, cuestionan pensamientos distorsionados y los generan más racionales. Varios autores sugieren que el descentramiento por si solo puede ser el ingrediente central de la efectividad de la terapia cognitiva para prevenir la recaída en depresión (Ingram y Hollon, 1986; Segal et al.; 2006). Se trata de un ingrediente básico de MBCT que utiliza la práctica intensiva de la meditación mindfulness para practicar descentramiento que, a su vez, reduce la rumiación y la posibilidad de recaída.

El descentramiento puede medirse con dos herramientas desarrolladas recientemente. La entrevista de autoconciencia y afrontamiento en memoria autobiográfica (MACAM; Moore, Hayhurst y Teasdale, 1996) es una entrevista clínica semiestructurada y basada en viñetas en la que se pide a los participantes que se imaginen en varias situaciones ligeramente deprimentes y que experimenten los sentimientos que se provocarían. A continuación se les pide que recuerden momentos concretos de sus propias vidas que les recuerden las viñetas y que los describan con detalle, incluidos sus sentimientos y cómo respondieron. Las respuestas se graban en cinta y profesionales entrenados las codifican en términos de presencia de

descentramiento o conciencia de pensamientos y sentimientos aparte del sí mismo. Teasdale et al. (2002) hallaron que las puntuaciones de descentramiento fueron superiores en un grupo de adultos que nunca había padecido depresión que en un grupo que sí la había sufrido. Los pacientes previamente deprimidos que habían participado en MBCT manifestaron mayores aumentos de descentramiento que un grupo de control que había recibido el tratamiento habitual. Para terminar, niveles más bajos de descentramiento predecían recaídas más tempranas tras el tratamiento para la depresión con terapia cognitiva o medicación. En general estos resultados avalan la idea de que la capacidad de adoptar una perspectiva descentrada de los pensamientos y los sentimientos está centralmente relacionada con la recuperación de la depresión y la prevención de recaídas.

Aunque la MACAM parece tener buenas propiedades psicométricas, resulta muy laboriosa y difícil de utilizar. Por esa razón, Fresco, Moore, et al. (2007) llevaron a cabo una evaluación psicométrica del cuestionario de experiencias (EQ), un instrumento autoadministrable diseñado por Teasdale para evaluar el descentramiento y la rumiación. Los análisis efectuados por Fresco et al. (en prensa) dieron lugar a un factor de descentramiento de 11 elementos que incluye algunos como “Puedo observar los sentimientos desagradables sin dejarme llevar por ellos” o “Puedo separarme de mis pensamientos y mis sentimientos”. Este EQ tiene una buena consistencia interna y está correlacionado con mediciones de rumiación depresiva, evitación experiencial, regulación de las emociones y depresión. Los pacientes deprimidos manifestaron niveles inferiores de descentramiento que los controles sanos (Fresco et al.; en prensa). En un segundo estudio, Fresco, Segal, et al. (2007) demostraron que los pacientes deprimidos que participaron en terapia cognitivo-comportamental manifestaron mayores niveles de descentramiento que los que recibieron tratamiento médico con éxito. Además, los niveles elevados de descentramiento tras el tratamiento se asocian a niveles inferiores de recaída durante un periodo de seguimiento de 18 meses.

Fresco, Moore, et al. (2007) apuntan que el EQ no se ha diseñado como medición de mindfulness. Sin embargo, las definiciones de descentramiento son muy similares a las descripciones de mindfulness que se han resumido antes. Todavía no se han realizado estudios empíricos de las relaciones entre el EQ y las mediciones de mindfulness.

Tareas basadas en rendimiento

Los instrumentos autoadministrables pueden tener inconvenientes tales como sesgos en las respuestas y dificultades en la elaboración de ítems, especialmente si no se tiene experiencia en meditación. Así las cosas, es importante desarrollar herramientas adicionales para evaluar el mindfulness que no se base solamente en instrumentos autoadministrables. Pero por desgracia, son muy pocos los estudios que han examinado la evaluación del mindfulness con ese método. Bishop et al. (2004) sugieren varias tareas de laboratorio o informáticas para las que el rendimiento puede reflejar aspectos de la tendencia o la capacidad para ser consciente. Por ejemplo, dado que la práctica del mindfulness debería cultivar tanto la atención sostenida como la flexibilidad de la misma, los individuos más conscientes deberían obtener mayores puntuaciones en las pruebas establecidas de vigilancia y de cambio de la atención. Además, el mindfulness potencia la observación de los estímulos sin procesamiento elaborativo secundario. Por consecuente, los individuos más conscientes deberían obtener mejor puntuación en tareas que requieren la inhibición de procesos semánticos, como la tarea emocional de Stroop (Williams, Mathews y MacLeod, 1996). El test de asociaciones implícitas (Greenwald, McGhee y Schwartz, 1998) podría aportar un método para evaluar la tendencia a asociar emociones negativas con evitación en lugar de con enfoque. Dado que la práctica del mindfulness potencia la aceptación y el hecho de permitir emociones negativas, esta tendencia debería ser inferior en las personas más conscientes.

Algunos autores sugieren que las respuestas a experiencias estresantes o desagradables en un ambiente de laboratorio pueden reflejar niveles de mindfulness o de aceptación. Varios estudios han demostrado que los participantes instruidos para adoptar una perspectiva consciente mientras experimentan dolor a corto plazo inducido en laboratorio, estado de ánimo negativo, o síntomas similares al pánico, manifestaron una recuperación más rápida o una mayor voluntad de repetir la experiencia que los que recibieron instrucciones de supresión, distracción o rumiación (p. ej. Broderick, 2005; Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004). Zettle y sus colegas descubrieron que los participantes con mayor puntuación en evitación experiencial (según medición del AAQ) también mostraron una menor tolerancia al dolor (Zettle et al.; 2005) y se angustiaban más por las sensaciones desagradables (Zettle, Peterson,

Hocker y Provines, 2007). Sin embargo, dilucidar si esas tareas proporcionan índices adecuados de los niveles de mindfulness o de aceptación de los individuos es algo que requiere más investigación.

Conclusión

Ningún método de evaluación psicológica puede proporcionar una imagen completa de la característica a la que debe medir. Cuestionarios de autoaplicación, entrevistas estructuradas, mediciones basadas en rendimiento, etcétera; todos tienen sus puntos fuertes y sus debilidades, y cada uno de ellos puede dar lugar a datos útiles que no aporten los demás (Meyer et al.; 2001). El mindfulness, como decíamos antes, parece ser excepcionalmente difícil de definir y conceptualizar, quizás porque se asocia con el “territorio misterioso” de la conciencia (Brown y Ryan, 2004, véase también el capítulo 4 de este libro) o porque la aceptación consciente es una forma atípica de afrontar la adversidad en nuestra cultura (Santorelli, 1999). Las intervenciones basadas en mindfulness abordan esas dificultades mediante la utilización extensiva de métodos experienciales y poniendo menos énfasis en el aprendizaje intelectual (Hayes et al.; 1999; Segal et al.; 2006). Dada la dificultad de traducir el mindfulness y la aceptación en las definiciones operacionales concretas que requieren los métodos científicos de evaluación y la importancia de entender cómo funcionan los tratamientos basados en mindfulness, es fundamental que continuemos trabajando para lograr la combinación más productiva de pensamiento crítico y de mentalidad abierta sobre cómo evaluar esos constructos.

Anexo: Cuestionario de mindfulness de cinco facetas

Puntúe cada una de las siguientes afirmaciones con la escala que se indica. Escriba el número que, en su opinión, mejor describa, lo que por lo general resulta cierto en su caso.

1 nunca o muy raramente

2 rara vez

3 a veces

4 a menudo

5 muy a menudo o siempre

- 1. Cuando estoy caminando, siento deliberadamente la sensación de mi cuerpo en movimiento.
- 2. No me cuesta encontrar palabras para describir mis sentimientos.
- 3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.
- 4. Percibo mis sentimientos y mis emociones sin tener que reaccionar ante ellos.
- 5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo con facilidad.
- 6. Cuando me baño o me ducho, permanezco alerta a la sensación del agua en mi cuerpo.
- 7. Tengo facilidad para expresar con palabras mis creencias, opiniones y expectativas.
- 8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, estoy preocupado o distraído.
- 9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.
- 10. Me digo a mi mismo que no debería sentirme como me siento.
- 11. Me doy cuenta de cómo la comida y la bebida afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.
- 12. Me cuesta encontrar palabras para describir lo que estoy pensando.
- 13. Me distraigo con facilidad.
- 14. Creo que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y que no debería pensar así.
- 15. Presto atención a las sensaciones, como la del viento en mi pelo o el sol en mi cara.

- _____ 16. Me cuesta pensar en las palabras adecuadas para expresar qué siento.
- _____ 17. Elaboro juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.
- _____ 18. Me cuesta permanecer centrado en lo que está ocurriendo en el presente.
- _____ 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes angustiosas, me “distancio” y soy consciente del pensamiento o de la imagen sin dejar que se apodere de mi.
- _____ 20. Presto atención a los sonidos, como el de las agujas de un reloj, el trino de los pájaros o los coches que pasan.
- _____ 21. En situaciones difíciles puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente.
- _____ 22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me resulta difícil describirla porque no encuentro las palabras adecuadas.
- _____ 23. Parece que “funciono en piloto automático” sin demasiada conciencia de lo que estoy haciendo.
- _____ 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes angustiosos, me siento tranquilo poco después.
- _____ 25. Me digo a mi mismo que no debería pensar como pienso.
- _____ 26. Siento los olores y los aromas de las cosas.
- _____ 27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro la manera de expresarlo con palabras.
- _____ 28. Hago muchas cosas rápidamente sin prestarles realmente atención.
- _____ 29. Cuando tengo imágenes o pensamientos angustiosos, soy capaz de sentirlos solamente, sin reaccionar.
- _____ 30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.
- _____ 31. Me doy cuenta de elementos visuales de arte o de la naturaleza, como los colores, las formas, las texturas o las luces y las sombras.
- _____ 32. Mi tendencia natural es expresar las sensaciones con palabras.

- _____ 33. Cuando tengo imágenes o pensamientos angustiosos, sólo lo veo y los dejo ir.
- _____ 34. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.
- _____ 35. Cuando tengo imágenes o pensamientos angustiosos, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del pensamiento o la imagen en cuestión.
- _____ 36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi comportamiento.
- _____ 37. Normalmente puedo describir cómo me siento en cada momento con un nivel de detalle considerable.
- _____ 38. Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.
- _____ 39. Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales.

Referencias

- BAER, R.A.; SMITH, G.T.; LYKINS, E.; BUTTON, D.; KRIETEMEYER, J.; SAUER, S.; WALSH, E.; DUGGAN, D.; WILLIAMS, J.M.G. (2007). “Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples”. *Assessment, 15*, 329-342.
- BAER, R.A.; SMITH, G.T.; ALLEN, K.B. (2004). “Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills”. *Assessment, 11*, 191-206.
- 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*, 27-45.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. (1984). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- BEITEL, M.; FERRER, E.; CECERO, J.J. (2005). “Psychological mindedness and awareness of self and others”. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 739-750.
- BISHOP, S.R.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.C.; CARMODY, J.; et al. (2004). “Mindfulness: A proposed operational definition”. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.

BLOCK-LERNER, J.; SALTERS-PEDNAULT, K.; TULL, M.T. (2005). "Assessing mindfulness and experiential acceptance: Attempts to capture inherently elusive phenomena". En: S.M. ORSILLO; L. ROEMER (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (págs. 71-100). Nueva York: Springer.

BOND, F.W.; BUNCE, D. (2003). "The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance". *Journal of Clinical Psychology*, 88, 1057-1067.

BRODERICK, P.C. (2005). "Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction". *Cognitive Therapy and Research*, 29, 501-510.

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, 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, 242-248.

BROWN, K.W.; RYAN, R.M.; CRESWELL, J.D. (2007). "Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects". *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.

BUCHHELD, N.; GROSSMAN, P.; WALACH, H. (2001). "Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)". *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.

CARDACIOTTO, L.; HERBERT, J.D.; FORMAN, E.M.; MOITRA, E.; FARROW, V. (2007). "The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale". *Assessment*, 15, 204-223.

CARLSON, L.E.; BROWN, K.W. (2005). "Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population". *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.

CARMODY, J.; BAER, R.A. (2008). "Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program". *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.

CHADWICK, P.; HEMBER, M.; MEAD, S.; LILLEY, B.; DAGNAN, D. (2005). "Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire". Manuscrito en proceso de revisión.

- CHEYNE, J.A.; CARRIERE, J.S.A.; SMILEK, D. (2006). "Absent-mindedness: Lapses of conscious awareness and everyday cognitions". *Consciousness and Cognition*, 15, 578-592.
- CLARK, L.A.; WATSON, D. (1995). "Constructing validity: Basic issues in objective scale development". *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- DIMIDJIAN, S.; LINEHAN, M.M. (2003). "Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171.
- DOUGHER, M.J.; (1994). "The act of acceptance". En S.C. HAYES; N.S. JOACOBSON; V.M. FOLLETTE; M.J. DOUGHER (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (págs. 37-45). Reno, NV: Context Press.
- FELDMAN, G.C.; HAYES, A.M.; KUMAR, S.M.; GREESON, J. G.; LAURENCEAU, J.P. (2007). "Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- FRESCO, D.M.; MOORE, M.T.; VAN DULMEN, M.; SEGAL, Z.V.; TEASDALE, J.D.; MA, H.; WILLIAMS, J.M.G. (2007). "Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: A self-report survey of decentering". *Behavior Therapy*, 38, 234-246.
- FRESCO, D.M.; SEGAL, Z.V.; BUIS, T.; KENNEDY, S. (2007). "Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 447-455.
- GERMER, C.K.; SIEGEL, R.D.; FULTON, P.R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- GRECO, L. A.; LAMBERT, W.; BAER, R.A. (2008). "Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth". *Psychological Assessment*, 20, 93-102.
- 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, 336-343.

GREENWALD, A.G.; MCGHEE, D.E.; SCHWARTZ, J.L.K. (1998). "Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test". *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.

HAYES, S.; STROSAHL, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Springer.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G.; BISSETT, R.T.; PISTORELLO, J.; TOARMINO, D.; et al. (2004). "Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model". *The Psychological Record*, 54, 553-578.

HOLLON, S.D.; BECK, A.T. (1979). "Cognitive therapy of depression". En P.C. KENDALL; S.D. HOLLON (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (págs. 153-203). Nueva York: Academic Press.

INGRAM, R.E.; HOLLON, S.D. (1986). "Cognitive therapy for depression from an information processing perspective". En R.E. INGRAM, (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (págs. 259-281). San Diego, California: Academic Press.

KABAT-ZINN, J. (1982). "An outpatient program in behavioural medicine for chronic patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results". *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.

KABAT-ZINN, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

LAU, M.A.; BISHOP, S.R.; SEGAL, Z.V.; BUIS, T.; ANDERSON, N. D.; CARLSON, L.; et al. (2006). "The Toronto mindfulness scale: Development and validation". *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.

- LEIGH, J.; BOWEN, S.; MARLATT, G.A. (2005). "Spirituality, mindfulness and substance abuse". *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.
- LEVITT, J. T.; BROWN, T. A.; ORSILLO, S.M.; BARLOW, D.H. (2004). "The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder". *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- LILLIS, J.; HAYES, S.C. (2008). "Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems". Manuscrito en proceso de revisión.
- LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- LYKINS, E.L.B.; BAER, R.A. (en prensa). "Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation". *Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- MACKILLOP, J.; ANDERSON, E.J. (2007). "Further psychometric validation of the Mindful Attention Awareness Scale". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 289-293.
- MARLATT, G.A.; KRISTELLER, J.L. (1999). Mindfulness and meditation. En W.R. MILLER (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (págs. 67-84). Washington, DC: APA.
- MCCRACKEN, L.M. (1998). "Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain". *Pain*, 74, 21-27.
- MCCRACKEN, L.M.; ECCLESTON, C. (2003). "Coping or acceptance: What to do about chronic pain?". *Pain*, 105, 197-204.
- MCCRACKEN, L.M.; VOWLES, K.E.; ECCLESTON, C. (2004). "Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method". *Pain*, 107, 159-166.
- MEYER, G.J.; FINN, S.E.; EYDE, L.D.; KAY, G.G.; MORELAND, K.L.; DIES, R.R.; et al. (2001). "Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues". *American Psychologist*, 56, 128-165.
- MOORE, R.G.; HAYHURST, H.; TEASDALE, J.D. (1996). *Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory: Instructions for administering and coding*. Manuscrito inédito, Facultad de Psiquiatría, Universidad de Cambridge, Cambridge, Reino Unido.

SANTORELLI, S. (1999). *Heal thyself: Lessons on mindfulness in medicine*. Nueva York: Bell Tower.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SHAPIRO, S.L.; CARLSON, L.E.; ASTIN, J.A.; FREEDMAN, B. (2006). “Mechanisms of mindfulness”. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

TEASDALE, J.D.; MOORE, R.G.; HAYHURST, H.; POPE, M.; WILLIAMS, S.; SEGAL, Z. (2002). “Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.

WALACH, H.; BUCHHELD, N.; BUTTENMULLER, V.; KLEINKNECHT, N.; SCHMIDT, S. (2006). “Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)”, *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.

WILLIAMS, J.M.G.; MATHEWS, A.; MACLEOD, C. (1996). “The emotional Stroop task and psychopathology”. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.

ZETTLE, R.D.; HOCKER, T.L.; MICK, K.A.; SCOFIELD, B.E.; PETERSON, C.L.; SONG, H.; SUDARIJANTO, R.P. (2005). “Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance”. *Psychological Record*, 55, 511-524.

ZETTLE, R.D.; PETERSON, C.L.; HOCKER, T.R.; PROVINES, J.L. (2007). “Responding to a challenging perceptual-motor task as a function of level of experiential avoidance”. *Psychological Record*, 57, 49-62.

Parte III

Intervenciones basadas en Mindfulness para trastornos específicos

10

Mindfulness y trastornos de ansiedad: desarrollando una relación sabia con la experiencia interna de miedo

Jeffrey Greeson, Jeffrey Brantley

... el término “trastorno mental” implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos físicos.

– American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, 2009)

Introducción

Quizás ningún otro trastorno ilustra mejor la relación íntima entre cerebro y comportamiento – mente y cuerpo – que la sensación interior de miedo. En este capítulo presentamos una visión científico-integradora de los trastornos de ansiedad y de ansiedad clínica, haciendo énfasis en la conciencia y en la aceptación como base de la salud física y mental. Mientras que la psicopatología relacionada con la ansiedad se caracteriza por un deseo de evitar la sensación interior de miedo, nosotros postulamos que la práctica del mindfulness puede promover una relación justa y abierta con las sensaciones cognitivas, emocionales y físicas de uno mismo incluso en momentos de intenso miedo o preocupación. Además, sugerimos que la “relación sabia” que se desarrolla al observar el miedo, la ansiedad y el pánico con una atención constante, una conciencia centrada en el presente, aceptación y autocompasión puede promover la libertad psicológica desde la ansiedad persistente y una mayor flexibilidad comportamental.

“Mindfulness” es una palabra que se refiere a la capacidad humana básica para experimentar una conciencia no conceptual, sin juzgar, y centrada en el momento presente. Conciencia que

surge del hecho de prestar atención intencionadamente, de darse cuenta a propósito de lo que está aconteciendo dentro y fuera de uno mismo, con una actitud de amabilidad y aceptación hacia lo que está ocurriendo mientras está ocurriendo. El mindfulness ha sido cultivado por los humanos utilizando “tecnologías interiores” de meditación en varios contextos espirituales durante miles de años literalmente. En los últimos 25-30 años, la ciencia médica occidental ha prestado cada vez más atención a las correlaciones psicológicas y físicas de la práctica de la meditación y del mindfulness (Walsh y Shapiro, 2006). Así, investigadores clínicos modernos se han unido a maestros de meditación a la hora de ofrecer definiciones de mindfulness (véase la tabla 10.1).

Tabla 10.1. Definiciones de Mindfulness

Definición	Referencia
Observación sin juzgar del flujo continuo de estímulos internos y externos a medida que aparecen.	Baer (2003)
Autorregulación de la atención y adopción de una orientación particular hacia la sensación propia en el momento presente, una orientación que se caracteriza por curiosidad, apertura y aceptación.	Bishop et al. (2004)
Conciencia en el momento presente amable y sin juzgar.	Brantley (2003)
Conciencia de la experiencia presente, con aceptación.	Germer (2005)
La conciencia que surge al prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar al despliegue de la experiencia momento a momento.	Kabat-Zinn (2003)
El estado de estar totalmente presente, sin reacciones habituales.	Salzberg y Goldstein (2001)

Nuestra tesis central en este capítulo es que la práctica del mindfulness ofrece un medio más sano y efectivo de relacionarse con nuestras sensaciones interiores de miedo y

ansiedad, mediante una autorregulación basada en una toma de conciencia deliberada y sin juicios.

En las siguientes secciones presentamos pruebas teóricas, científicas y clínicas que avalan nuestra hipótesis de que la práctica del mindfulness permite una “relación sabia” para desarrollar la vida interior, en particular la sensación interior de ansiedad y de miedo. Al tomar conciencia de procesos interiores de pensar, sentir y sensaciones físicas utilizando la práctica del mindfulness, la identificación y la perpetuación de pautas inconscientes en mente y cuerpo pueden n en interacciones “sabias”, es decir, basadas en una percepción precisa y que incluye todos los ámbitos de experiencia disponibles para todos los seres humanos en todos los momentos. Las ventajas sanadoras de la práctica del mindfulness para las condiciones de ansiedad de ansiedad y de miedo proceden de esta relación sabia más consciente.

Prevalencia, características y tratamiento actual de los trastornos de ansiedad

La ansiedad humana se produce en un continuo: desde reacciones normales de miedo que ayudan a evitar un peligro claro y presente, hasta el pánico incontrolable y la evitación inapropiada de personas, lugares y cosas en un esfuerzo por sentirse a salvo de todo daño. La sensación de miedo agudo y de ansiedad de leve a moderada está omnipresente en la condición humana. Cuando se produce en el contexto apropiado, algo de miedo y de ansiedad puede aumentar la atención ante circunstancias amenazadoras o mejorar el rendimiento efectivo frente a un problema. Así pues, cierto nivel de ansiedad es bueno.

Sin embargo, cuando la ansiedad es injustificada, excesiva y persistente, o bien cuando interfiere con el funcionamiento cotidiano, puede categorizarse como trastorno psiquiátrico (American Psychiatric Association, 2000). La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-IV-TR) incluye seis trastornos de ansiedad primarios (véase la tabla 10.2). Cada uno de ellos comparte síntomas característicos de pensamientos intrusivos y molestos, mayor respuesta psicofisiológica y evaluaciones intensamente desagradables de la experiencia emocional interior (Brantley, 2010). Juntos, los

trastornos de ansiedad son la categoría de diagnósticos de salud mental más prevalente y se estima que afectan a entre 25 y 30 millones de norteamericanos a lo largo de su vida (Lepine, 2002; Narrow, Rae, Robins y Regier, 2002).

Tabla 10.2. Principales trastornos de ansiedad, descripciones clínicas y prevalencia

Categoría de diagnóstico	Descripción clínica	Prevalencia
Trastorno de ansiedad generalizada.	Presencia de preocupaciones persistentes persistentes y excesivas, difíciles de controlar	5%
Trastorno obsesivo-compulsivo	Pensamiento obsesivo sobre posibles amenazas para la seguridad y compulsiones para neutralizar dicha ansiedad	2.5%
Crisis de angustia	Aparición súbita de miedo intenso a que algo pueda ir mal	1,0-3,5%
Trastorno de estrés postraumático	Pensamientos intrusivos, aumento de la activación y reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos	8%
Trastorno de fobia social	Miedo a una evaluación social negativa	Hasta el 13%
Fobia específica	Miedo a un objeto o a una situación específicos	7-11%

*Procedente de DSM-IV-TR, American Psychiatric Association (2000).

Los trastornos de ansiedad se suelen conceptualizar como el *miedo al miedo* que produce niveles elevados de malestar subjetivo, manifestación de síntomas somáticos y disrupción de la vida cotidiana (Barlow, 2002). La preocupación se ha descrito como la activación persistente de la representación cognitiva de uno mismo de la ansiedad, incluidos pensamientos inquietantes, historias o imágenes sobre un posible peligro o amenaza (Borkovec, Ray y Stober, 1998). A pesar de tener una función útil en ayudar a sentirse seguro y a prepararse para lo que pueda venir, la preocupación persistente y el malestar afectivo asociado, así como la respuesta fisiológica, pueden producir comportamientos defensivos,

autoprotectores y de evitación fuera de contexto, típicos de los trastornos psiquiátricos (Barlow, 2002; Borkovec et al.; 1998).

Naturaleza psicobiológica del miedo y la ansiedad

La experiencia psicológica de miedo se produce junto con una pauta de activación fisiológica relacionada con el estrés y diseñada para promover la supervivencia evitando el peligro mediante un comportamiento que Barlow (2002) expresa como de “luchar, huir o inmovilizar”. Una respuesta sobresaltada iniciada por la detección sensorial de un estímulo potencialmente amenazador, como un estruendo repentino, la presencia de una sombra o cuando alguien nos toca inesperadamente, envía inmediatamente una señal a las estructuras subcorticales del cerebro (i.e. sistema límbico) que perciben la amenaza y media una reacción de alarma. Esta reacción de alarma desciende del sistema límbico por el tronco encefálico, la médula espinal y el sistema nervioso periférico, y termina activando una respuesta fisiológica de amplio espectro en el cuerpo. La activación psicofisiológica integrada como respuesta a una amenaza percibida nos permite hacerle frente con una acción defensiva vigorosa como la lucha o la huida (Schneiderman y McCabe, 1989). Esas respuestas adaptativas se generan con la activación de múltiples sistemas corporales, como los sistemas nerviosos periférico y central, el sistema cardiovascular, el sistema endocrino, el sistema metabólico, el sistema neuromuscular y el sistema inmune (Selye, 1976). En cambio, determinados sistemas biológicos que no son esenciales para sobrevivir frente a una amenaza inmediata, como el sistema digestivo y el reproductor, se desactivan en situaciones de miedo o de estrés (Selye, 1976).

Es evidente que la activación psicofisiológica y la movilización energética que la acompaña es útil en tanto que ayuda del comportamiento de escape cuando éste es posible. Sin embargo, cuando la amenaza supera la capacidad del individuo de escapar o de hacerle frente, puede producirse inmovilidad comportamental e hipervigilancia cognitiva, en un intento por evitar el daño pasivamente (Schneiderman y McCabe, 1989). En condiciones de evitación pasiva en lugar de escapar o hacer frente activamente, el esfuerzo fisiológico y la energía generada pueden no utilizarse. Si bien está claro que el inicio y la recuperación agudos y limitados en el

tiempo de la activación física y mental relacionada con el estrés proporcionan una ventaja adaptativa frente a una amenaza verdadera (i.e. cuando luchar, huir o la inmovilización son necesarios para sobrevivir), la activación crónica o injustificada de psicofisiología relacionada con el miedo puede ir en detrimento de la salud. Efectivamente, cada vez son más los estudios en humanos y animales que indican que la activación repetida, exagerada o prolongada de la fisiología de estrés, además de la recuperación atrasada de respuestas biológicas ante situaciones de estrés, pueden contribuir al fracaso prematuro de sistemas de órganos que pueden aumentar la susceptibilidad a enfermar (McEwen, 1998).

Relaciones mente/cuerpo y procesos subyacentes a la ansiedad clínica

Los trastornos de ansiedad pueden caracterizarse por un conjunto de procesos cognitivos, afectivos, fisiológicos y comportamentales alterados que se manifiestan como procesos inadaptados de responder a la sensación interior de miedo. Los procesos cognitivos alterados en trastornos de ansiedad por lo general incluyen elementos como:

- Se centra la atención en determinados aspectos molestos de la experiencia interior, como pensamientos angustiosos o sensaciones físicas.
- Mala interpretación de la amenaza en ausencia de peligro real.
- Distorsión de la magnitud de la amenaza o del problema real mediante magnificación, catastrofización o adivinación (Barlow, 2002).

Además, desde un punto de vista cognitivo, los trastornos de ansiedad pueden caracterizarse porque la atención se centra en preocupaciones de futuro sobre una posible desgracia (Barlow, 2002). El hecho de centrar la atención en pensamientos o sensaciones físicas molestos, junto con una tendencia orientada al futuro y a preocuparse por amenazas o daños *potenciales* puede predisponer al individuo a una falta de conciencia de lo que está ocurriendo realmente en ese momento preciso (Brantley, 2010).

Cuando uno no es consciente de lo que está ocurriendo realmente en el momento, su atención es más susceptible de ser secuestrada por un tren de interpretaciones cognitivas sobre la propia experiencia que puede ser inadecuada y que puede provocar malestar. Por ejemplo, en

el caso de la depresión, la “espiral descendente” de procesamiento de la información automática y con connotaciones negativas, o el “pensamiento depresogénico” pueden transformar el malestar emocional momentáneo en un malestar más duradero que, a su vez, puede aumentar la susceptibilidad de recaer en la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2006). Del mismo modo, en el caso de la ansiedad, un estilo cognitivo marcado por el hecho de prestar atención y orientarse a acontecimientos futuros y no a la experiencia del momento presente, y la tendencia a evaluar de forma catastrofista o de malinterpretar los fenómenos mentales o físicos pueden hacer que se genere ansiedad y otros trastornos emocionales como ira, tristeza y soledad.

Mientras que la percepción de miedo y de ansiedad ocurre en el cerebro, la respuesta puede sentirse en mayor medida en el cuerpo. La inducción de miedo y otras formas de afectividad negativa estimulan una amplia activación simpática que se origina en rutas de la corteza cerebral y de estructuras subcorticales límbicas (p. ej. la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo) y que desciende a través del tronco encefálico, la médula espinal y los nervios simpáticos periféricos a los órganos de todo el cuerpo (Thayer y Brosschot, 2005). Como consecuencia, las interpretaciones cognitivas de miedo y las respuestas emocionales y fisiológicas asociadas pueden manifestarse en una serie de síntomas somáticos como tensión muscular dolorosa, aceleración del pulso, presión arterial alta, arritmia cardiaca, dificultad para respirar y trastornos gastrointestinales. Además, en función del estilo cognitivo propenso a la ansiedad de cada uno, los síntomas somáticos pueden interpretarse como indicios de daño, cuyo resultado puede ser una atención todavía mayor a los síntomas, pensamiento catastrofista, pánico agudo, malestar emocional e incluso una sensación de muerte inminente. Dado que esas sensaciones interiores son desagradables, por lo general las evitamos intentando distraer la atención de la sensación cuando se presenta e intentando prevenir la ansiedad recurrente en el futuro evitando las personas, los lugares o las cosas asociadas. Con todo, se sabe que las reacciones (tanto cognitivas como emocionales) a las sensaciones interiores de cada uno (pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas) pueden ser subyacentes al desarrollo y/o al mantenimiento de los trastornos de ansiedad, algo que se manifiesta categóricamente como inflexibilidad comportamental y psicológica (Orsillo, Roemer y Holowka, 2005).

Resumen de los tratamientos actuales existentes para la ansiedad

Dada la naturaleza integrada mente-cuerpo del miedo y de la ansiedad experiencial, es lógico que las estrategias de tratamiento efectivas para los trastornos de ansiedad cubran el funcionamiento mental y el físico. Los tratamientos estándares para ansiedad clínica incluyen psicoterapia y medicación con el objetivo de modular las reacciones cognitivas, afectivas, fisiológicas y/o comportamentales a las amenazas percibidas (American Psychiatric Association, 2005). Son varias las psicoterapias y la medicación eficaces para la mejora a corto plazo de los síntomas relacionados con la ansiedad (American Psychiatric Association, 2005). Entre las psicoterapias efectivas destacan la terapia conductual, en la que el individuo es expuesto sistemáticamente a una condición temida sin que se le permita iniciar una respuesta conductual automática de evitación, y la terapia cognitivo-conductual (CBT), en la que creencias distorsionadas, malas interpretaciones, reacciones emocionales contextualmente inadecuadas y pautas de comportamiento inflexible son identificadas y corregidas utilizando la práctica de técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva y relajación (véase más información al respecto en Barlow, 2002). La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser superior a la medicación en la reducción de síntomas a largo plazo (Otto, Smits y Reese, 2005). Son varios los “ingredientes activos” del enfoque psicoterapéutico para los trastornos de ansiedad, y sigue sin quedar claro en qué medida componentes cognitivos, afectivos, conductuales o psicoeducativos específicos producen cambio terapéutico, en contraposición a factores no específicos como la atención del terapeuta, la empatía y la visión positiva, o la percepción de apoyo social (Barlow, 2002). Entre la medicación efectiva para el tratamiento de la ansiedad clínica podemos citar las benzodiacepinas, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de monoamina oxidasa y los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina (Sheehan y Harnett Sheehan, 2007). En casos crónicos y/o resistentes al tratamiento, la psicoterapia puede combinarse con farmacoterapia (Sheehan y Harnett Sheehan, 2007).

En los últimos años, las teorías basadas en mindfulness y en aceptación se han combinado con las tradicionales basadas en cambio, como la terapia cognitivo-conductual, en un intento por mejorar el tratamiento efectivo de psicopatologías como la ansiedad y los trastornos depresivos (véase más información en Feldman, 2007; Hayes, 2005; Lau y McMain, 2005;

Orsillo y Roemer, 2005; Segal et al.; 2006). Debido a que los individuos que experimentan ansiedad relevante desde un punto de vista clínico por lo general tienen un deseo muy condicionado de evitar las experiencias interiores angustiosas –a pesar de la tendencia de la evitación experiencial de prolongar o incluso exacerbar las sensaciones angustiosas–, la práctica del mindfulness ofrece una orientación fundamentalmente distinta en la que la ansiedad es observada, permitida y respondida deliberadamente con franqueza, curiosidad y aceptación. Así las cosas, practicar mindfulness puede aumentar la tolerancia a la angustia, interrumpir la evitación habitual y en última instancia potenciar la autoregulación adaptativa y el funcionamiento saludable del cuerpo y la mente.

Cómo puede abordar el mindfulness las raíces compartidas del sufrimiento relacionado con la ansiedad

Las respuestas de la vida moderna al estrés psicológico, al miedo y a la incertidumbre suelen caracterizarse por rumiación mental, preocupación, ansiedad anticipatoria y deliberación estancada. Son hábitos de pensamiento que continúan estimulando reacciones de miedo en el cuerpo que, a su vez, retroalimentan los pensamientos de preocupación, causando así un ciclo de experiencia desagradable (Brosschot, Gerin y Thayer, 2006; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007). En consecuencia, podríamos decir que los seres humanos hoy en día tienen más posibilidades de luchar contra la molestia de sus propias sensaciones interiores de amenaza que contra la amenaza misma. A corto plazo, las estrategias para evitar la sensación interior de ansiedad, como la distracción, la supresión de pensamientos o el uso de sustancias reguladoras de las emociones como tabaco, alcohol, sustancias ilegales o comida, pueden resultar efectivas para reducir el malestar temporalmente. Y como es natural, este enfoque conductual puede reforzarse y llegar a ser habitual, automático y rígido. Sin embargo, los intentos por evitar la sensación interior de miedo, ansiedad y pánico no sólo no logran mejorar la causa raíz del malestar emocional sino que paradójicamente también exacerban la sensación interior de sufrimiento al reforzar comportamientos desagradables (i.e.; evitadores) que permiten que la experiencia que genera el malestar emocional se repita indefinidamente fuera de un contexto apropiado.

Saber sin identificar ni reaccionar

Desde el punto de vista del mindfulness, los pensamientos, las emociones, las sensaciones físicas y los impulsos que surgen asociados a la sensación interior de miedo, ansiedad o pánico son meros eventos en el amplio campo de la conciencia en el momento presente (Brantley, 2010). Se considera que la práctica del mindfulness mejora la autorregulación efectiva de los pensamientos, emociones, sensaciones y comportamientos relacionados con la ansiedad, aunque los mecanismos exactos todavía no estén claros (Baer, 2003; Bishop, 2002; Garland, 2007; Kabat-Zinn, 2004; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; Shapiro y Schwartz, 2000).

Un elemento central de la capacidad autorreguladora del mindfulness es un cambio fundamental en la relación de uno mismo con su propia vida interior y el mundo exterior. En esencia, el mindfulness permite permanecer atento de manera consciente de la vida interior y de las sensaciones físicas. Este cambio en la conciencia que aporta el mindfulness ha sido calificado de distintas maneras: “repercibir”, “descentrado”, “desapego”, “conciencia metacognitiva”, “atención clara” y “clarividencia” (Salzberg y Goldstein, 2001; Segal et al.; 2006; Shapiro et al.; 2006; Teasdale et al.; 2002). Shapiro et al. (2006), por ejemplo, describen la re-percepción como la situación en la que en lugar de estar inmersos en el drama de nuestra vida personal o de la historia de nuestra vida, somos capaces de retroceder y simplemente ser testigos de ello.

La capacidad de experimentar mindfulness –y el cambio de perspectiva resultante en la vida interior– es algo que tradicionalmente se ha cultivado con la práctica regular de la meditación (Hahn, 2007; Kabat-Zinn, 2004; Salzberg y Goldstein, 2001; Brantley, 2010). La meditación puede entenderse como el hecho de prestar atención intencionadamente, integrando aceptación, y la conciencia y el entendimiento resultantes que surgen (Brantley, 2010). Como indica Goleman (1982), “Lo primero que se comprende en la visión interior es que los fenómenos contemplados son distintos de la mente que los contempla”.

Walsh y Shapiro (2006) destacan que la práctica de la meditación difiere típicamente de otras estrategias autorreguladoras como la auto hipnosis, la visualización y la psicoterapia en que el

objetivo principal de la meditación es formar a la atención y a la conciencia, mientras que otros enfoques pretenden principalmente modificar los contenidos mentales (i.e.; pensamientos, imágenes, creencias, emociones) y modificar el comportamiento. Aunque el mindfulness se haya descrito como el “corazón de la meditación budista”, ser consciente se considera una capacidad humana innata universal, secular y compatible con casi todas las grandes religiones del mundo (Kabat-Zinn, 2007). De hecho, el mindfulness y la capacidad de re-percibir se conceptualizan como parte de un proceso de desarrollo (Shapiro et al.; 2006).

Desde la perspectiva de un maestro de meditación, practicar el mindfulness puede ayudar de la siguiente manera: cuando prestamos atención consciente a nuestra propia experiencia directa de ansiedad, en contraposición a identificarse con lo que uno *piensa* de la ansiedad, obtenemos una comprensión y una introspección muchísimo mejores de la experiencia de ansiedad y de nosotros mismos en relación con nuestro propio mundo (Goldstein, 1976). Dicha comprensión e introspección pueden proporcionar una base para respuestas más diestras frente al miedo, la ansiedad y el pánico, como ecuanimidad en lugar de reactividad y autorregulación sabia en lugar de aversión. En virtud de la flexibilidad psicológica y conductual que el mindfulness puede permitirse en el momento presente, podríamos ser capaces de elegir conscientemente acciones efectivas para cubrir las necesidades en materia de seguridad y tranquilidad.

“¿Cómo está tratando la ansiedad?”. Establecer una relación sabia

Expresado simplemente, el malestar parece aumentar a medida que nos alejamos del momento presente. Como decía Mark Twain, famoso por su catastrofismo, “Ha habido mucha tragedia en mi vida y por lo menos la mitad fue real”. Las consecuencias para el sufrimiento psicológico son claras cuando vivimos en el futuro. Además, el intento reflexivo y rígido de evitar la sensación interior de miedo, de ansiedad y de pánico no sólo no logra solucionar el problema sino que de hecho lo exacerba y prolonga el sufrimiento. Pero, ¿qué ocurre cuando uno establece deliberadamente una relación distinta con la sensación de vida interior? ¿Una sensación más consciente y permisiva? ¿Acaso podrá un tal acto de intención, atención y aceptación aumentar nuestra conciencia de la conexión mente-cuerpo, incluidas las

implicaciones para la autorregulación, las acciones sabias y una salud óptima?

Cuando cambiamos nuestra relación con las sensaciones interiores y pasamos de los juicios automáticos, del pensamiento rígido y de la desconexión a la aceptación, la franqueza y la conexión intencional, se produce un impacto inmediato en los circuitos y los bucles de retroalimentación de la mente y el cuerpo. Dado que el mindfulness representa una perspectiva completamente distinta de la norma predominante en la cultura occidental de atención centrada, evitación de lo desagradable y reactividad conductual supeditada a las circunstancias del entorno, se ha descrito como una “rotación ortogonal” en la conciencia (Kabat-Zinn, 2007).

Muchos maestros de mindfulness hacen hincapié en que practicar mindfulness es una invitación a relacionarse con la vida de manera distinta. En términos más prácticos, el mindfulness puede describirse como una voluntad deliberada de implicarse total y completamente en la experiencia directa de vivir, en cada momento, y con todo tipo de acontecimiento agradable, desgradable o neutro que pueda surgir. El objetivo central de vivir con atención plena es abrirse a la plenitud y a la riqueza de cada momento, sin añadir, restar ni modificar ninguna parte de nuestra experiencia psicológica o física. En su núcleo, el mindfulness sirve para ayudar a vivir la vida con un significado, un valor, una dirección y un propósito profundos, incluso en presencia de dolor físico o emocional (Kabat-Zinn, 2003). Al despertarnos a las posibilidades a nuestro alcance en el momento presente, a menudo se nos otorgan poderes para elegir una respuesta sabia ante una experiencia interior o un evento exterior perturbador, en lugar de que esa experiencia o ese evento dicten cómo debemos responder.

Pruebas científicas que avalan al mindfulness como modelo de mecanismo autoregulador

El mindfulness nos permite establecer una relación completamente distinta con la experiencia de nuestras sensaciones interiores y exteriores cultivando una conciencia en el momento presente basada en una actitud de concesión y una orientación conductual basada en una receptividad sabia en lugar de automática. Como muestra la figura 10.1, el mindfulness ofrece una respuesta alternativa a los elementos reactivos de miedo y ansiedad en la mente y en el

cuerpo. Al implicar voluntariamente funciones mentales de orden superior, como atención, conciencia y actitudes de bondad, curiosidad y compasión, el mindfulness puede activar el control de las reacciones emocionales mediante la inhibición cortical del sistema límbico. Así pues, la práctica del mindfulness no sólo ofrece una nueva manera de ver y de ser en relación con nuestra vida interior y el mundo exterior, sino que también proporciona un medio posible para la autorregulación efectiva de la conexión mente-cuerpo (Kabat-Zinn, 2007, 2009, 2004).

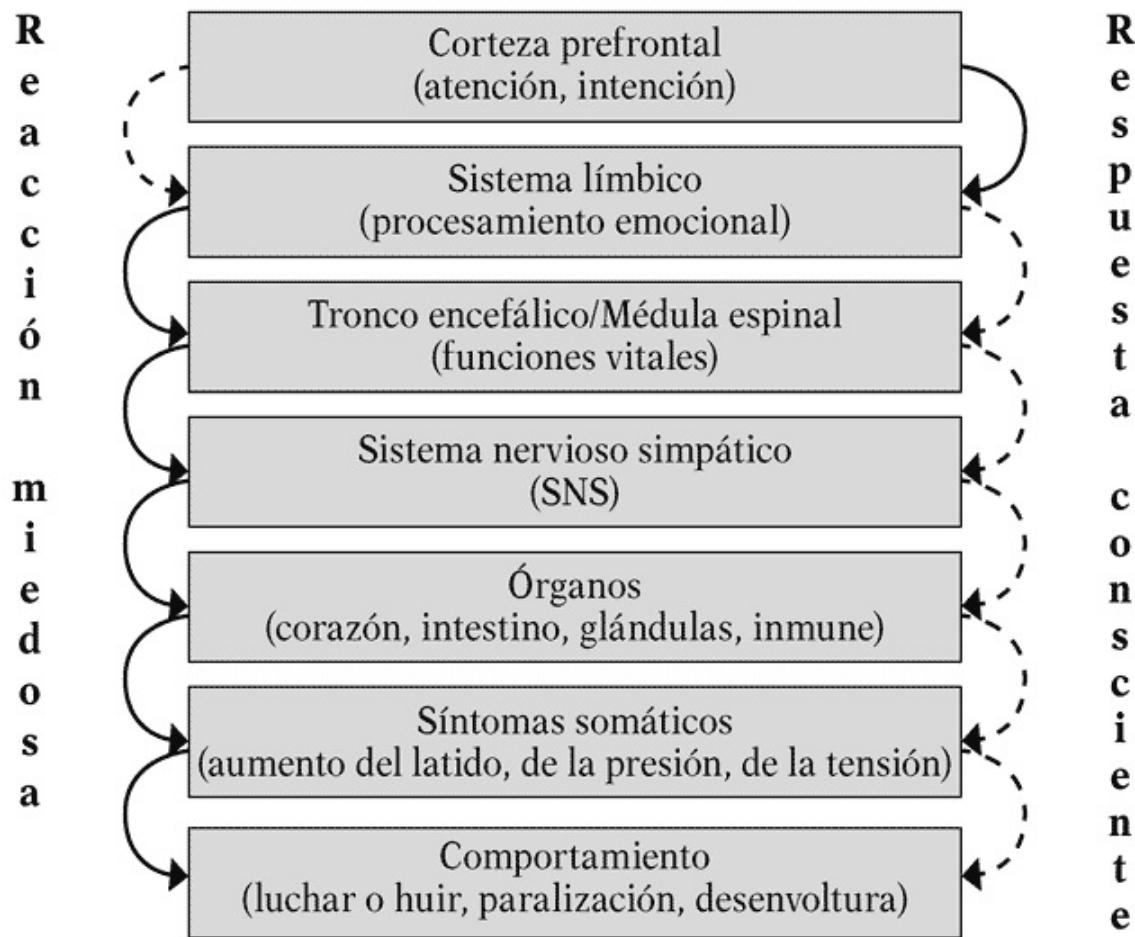


Figura 10.1.

Una reacción automática frente a una respuesta consciente a la sensación interior de miedo. En el caso de una reacción miedosa, los centros de pensamiento de orden superior de la corteza prefrontal se toman “sin conexión” (línea discontinua a la izquierda), de modo que la experiencia mente-cuerpo viene dictada por la activación del sistema límbico subcortical. Descargado por el pensamiento consciente, la activación del circuito de miedo en el sistema límbico estimula a los nervios simpáticos que se originan en el tronco encefálico, bajan por la médula espinal y enervan a los órganos internos para preparar al cuerpo para un comportamiento defensivo vigoroso (p. ej. “luchar o huir”; líneas continuas de la izquierda). En el caso de trastornos de ansiedad, la percepción que tenemos de la amenaza puede ser o muy magnificada o completamente imaginada. En este contexto, el mindfulness, y el hecho de prestar atención a propósito a nuestras sensaciones interiores en el momento presente, puede activar áreas de la corteza prefrontal para que estén “con conexión” (línea continua de la derecha) y eso, a su vez, puede inhibir circuitos emocionales reactivos, respuestas fisiológicas relacionadas con el miedo y comportamientos automáticos (líneas discontinuas de la derecha).

Una cantidad de datos considerable avala la base lógica para un modelo de atención

consciente y tolerante para desplegar las sensaciones mente-cuerpo como un proceso de autorregulación diestro. A continuación ofrecemos un breve resumen de varias rutas psicológicas y biológicas a través de las cuales la atención consciente, la conciencia y las actitudes pueden influir en el funcionamiento del cerebro y del cuerpo.

En primer lugar, la práctica del mindfulness puede aumentar la capacidad de la persona de mantener una atención centrada estable y que sea deliberada y elegida, en contraposición con una controlada y secuestrada por la reactividad emocional (Jha, Krompinger y Baime, 2007). En consecuencia, el individuo tiene más posibilidades de evitar las pautas inconscientes e inadaptadas de pensamiento generador de ansiedad, como la perseverancia en el enfado, la molestia o la incomodidad. Muchas formas de pensamiento perseverante, como la preocupación, la ansiedad anticipatoria y la rumiación mental se asocian a una mayor respuesta simpática y alterada (activada persistentemente) de procesos cardiovasculares, neuroendocrinos, metabólicos, neuromusculares e inmunes (Brosschot et al.; 2006; Brosschot, Pieper y Thayer, 2005; Thayer y Brosschot, 2005). Cabe destacar que el mindfulness rasgo se ha asociado a niveles inferiores de preocupación, rumiación mental, supresión de pensamientos, evitación experiencial y deliberación estancada (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006a; Feldman et al.; 2007). Además, la práctica formal de meditación mindfulness genera reducciones significativas en la tendencia a rumiar y a solucionar problemas utilizando un estilo cognitivo inflexible (Feldman, Hayes y Greeson, 2006; Jain et al.; 2007; Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004). Basándonos en esos cambios de atención, disposición a la experiencia y procesamiento cognitivo, también podría esperarse una correlación del mindfulness con una disminución de la respuesta fisiológica y de la manifestación de síntomas somáticos.

Una segunda línea de investigación científica para la capacidad autoregulatoria de la práctica del mindfulness implica la investigación de la regulación del sistema nervioso autónomo. Un estudio reciente demuestra la existencia de datos preliminares para dicha regulación: una meditación consciente de tipo escáner del cuerpo genera una mayor activación parasimpática que la relajación progresiva de los músculos (Ditto, Eclache y Goldman, 2006). En un estudio diferente, la práctica de meditación consciente con escaneo del cuerpo inmediatamente antes de una tarea de estrés psicosocial estándar se asocia a una activación normal relacionada con

el estrés del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) entre estudiantes de medicina formados en reducción del estrés basada en mindfulness (Greeson, Rosenzweig, Vogel y Brainard, 2001). Además de los posibles efectos atenuadores en la activación fisiológica relacionada con el estrés, el mindfulness y la meditación también pueden inducir una respuesta de relajación caracterizada por un estado de alerta relajada, indiferencia pasiva a los estímulos internos o a los acontecimientos externos y respuesta fisiológica de bajo nivel (Benson y Klipper, 1977).

Una tercera línea de investigación científica de los efectos autorreguladores de la práctica del mindfulness es el campo de la neurociencia contemplativa, que está experimentando un rápido crecimiento. Esta floreciente área de investigación está empezando a revelar algunas de las maneras en las que prestar atención a propósito, cultivar actitudes interiores de aceptación y carencia de juicio, y establecer intenciones significativas, como dirigir cariño hacia uno mismo y hacia los demás, pueden de hecho modificar la actividad cerebral como la percepción, la cognición de orden superior y la regulación de las emociones (Cahn y Polich, 2006; Siegel, 2010; Wallace, 2009). Un análisis reciente basado en una revisión exhaustiva de la literatura científica actual sobre neurociencia y meditación concluye que la plasticidad neuronal puede realmente permitir a los humanos, incluidos los adultos, transformar gradualmente *estados* conscientes en *rasgos* mediante la exposición repetida a cambios experienciales de perspectiva, procesamiento emocional y respuestas conductuales (Begley, 2008). Un conocido estudio de intervención clínica elaborado por Davidson, Kabat-Zinn y al. (2003) demuestra por primera vez que la práctica sistemática del mindfulness en unas condiciones de mundo real puede producir cambios observables en el cerebro, concretamente una mayor activación prefrontal izquierda, que antes se asociaba con las emociones positivas. Especialmente interesante resulta que el estudio de Davidson, Kabat-Zinn et al. (2003) también revele la conexión existente entre los cambios en el cerebro y los cambios en el cuerpo, dado que los cambios mayores relacionados con intervenciones hacia la activación prefrontal izquierda corresponden a una respuesta de anticuerpos más vigorosa a la vacuna de la gripe. También se ha establecido una relación entre los cambios de la actividad del sistema nervioso central y la función inmune periférica (Ader, 2007). Dos ejemplos muy recientes del poder de la mente para cambiar el cerebro incluyen la modificación de los subsistemas de

atención tras ocho semanas de meditación mindfulness en grupo (Jha et al.; 2007), además de una mejor regulación de los afectos en la corteza prefrontal mediante el etiquetado de las emociones negativas, una de las capacidades centrales del mindfulness (Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman, 2007).

Por último, los datos investigadores de orientación conductuales sugieren que la práctica del mindfulness puede tener un impacto positivo en comportamientos relacionados con la salud por sus efectos en la autoregulación cognitiva, afectiva y fisiológica. En especial, la práctica del mindfulness parece aumentar la flexibilidad conductual en condiciones previamente asociadas con la rigidez inadaptada, como la evitación relacionada con el miedo de las actividades normales cotidianas. Una “tercera ola” de psicoterapias conductuales ha aparecido recientemente y en ella las teorías basadas en mindfulness y en aceptación se combinan con el tratamiento tradicional cognitivo-conductual de la ansiedad y de otros trastornos emocionalmente desajustados como la depresión, el dolor crónico, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de personalidad (Baer, Fischer y Huss, 2006b; Hayes, 2005; Lau y McMain, 2005). Entre esas nuevas psicoterapias integradas se encuentran la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) para depresión y ansiedad activas, además de para la prevención de recaídas en depresión (Finucane y Mercer, 2006; Segal et al.; 2006); la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para trastornos de ansiedad y dolor crónico (Eifert y Forsyth, 2005; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005); la terapia dialéctico-conductual (DBT) para trastorno límite de personalidad (Linehan, 2003); y la práctica de conciencia de la comida basada en mindfulness (MB-EAT) para el trastorno por atracón (Kristeller, Baer y Quillian-Wolever, 2006). El principal objetivo de la integración de la meditación mindfulness con la CBT tradicional es aumentar la eficacia del tratamiento mediante el estudio de la relación entre la aceptación de nuestras experiencias en el momento presente como catalizador del cambio de comportamiento deseado, incluida la modificación de formas de pensamiento, sentimiento y actuación autodestructivas (Lau y McMain, 2005).

Cada vez es mayor la cantidad de literatura que avala la integración de las estrategias basadas en mindfulness y en aceptación con las estrategias tradicionales basadas en cambio para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en particular. Este área de investigación clínica se ha revisado recientemente en números especiales de publicaciones, en manuales profesionales y

en guías de tratamiento para facultativos (véanse revisiones más detalladas en Borkovec, 2002; Craske y Hazlett-Stevens, 2002; Eifert y Forsyth, 2005; Germer, 2005; Orsillo y Roemer, 2005; Roemer, Salters-Pedneault y Orsillo, 2006; Roemer y Orsillo, 2002; Wells, 2002). Además, varias revisiones han concluido que los programas de reducción del estrés basados en mindfulness, tanto en investigaciones controladas como en comunidades del mundo real, generan reducciones clínicamente significativas de ansiedad, de trastorno del comportamiento y de los síntomas físicos relacionados con el estrés (Baer, 2003; Brantley, 2005; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Lazar, 2005; Shigaki, Glass y Schopp, 2006; Smith, Richardson, Hoffman y Pilkington, 2005).

Si bien varias intervenciones clínicas distintas basadas en mindfulness han demostrado su efectividad a la hora de mejorar la cognición inadaptada, la afectividad negativa y los síntomas somáticos, cabe destacar que la intención primordial de la práctica de mindfulness se centra en torno al crecimiento personal, la transformación y la búsqueda de lo que es posible, significativo y realmente valioso en la vida a pesar de los diagnósticos, limitaciones o patologías (Shapiro, Schwartz y Santerre, 2002). En virtud del despertar progresivo de nuestros propios sentidos, de los valores centrales, de la dirección de la vida e incluso del propósito espiritual, la práctica del mindfulness puede emparejarse efectivamente con otras intervenciones de cambio de conducta y orientación positiva como la hipnosis para aumentar el contacto con lo que se está afirmando, reconfortando y satisfaciendo (Lynn, Das, Hallquist y Williams, 2006).

Informe de caso ilustrativo

Antecedentes: “Juan” es un estudiante universitario varón, de 25 años, soltero, de raza blanca, con historial de 18 meses de hipertensión resistente a tratamiento, dolor en el pecho no cardíaco y latido irregular que fue derivado para gestión psicoterapéutica de la ansiedad y de ataques de pánico recurrentes. Las pruebas biomédicas exhaustivas anteriores a la psicoterapia revelaban ausencia de causa médica conocida para sus síntomas físicos y psicológicos, consistentes con un diagnóstico de trastorno de pánico. Se informó además que la hipertensión no respondía al tratamiento de combinación con un betabloqueador (Toprol

XL) y diurético (hidroxiclorotiazida; lectura de la presión sanguínea media antes y después de la medicación = 145/95). Por su parte, el paciente indicaba que el toque terapéutico, el trabajo de respiración con biofeedback de la variabilidad del ritmo cardíaco (HRV) biofeedback y el yoga habían resultado “un algo beneficiosos” para reducir los síntomas físicos y la ansiedad, pero no para la presión sanguínea. Los varios meses de orientación personal para el tratamiento de la ansiedad y del pánico resultaron “inútiles”. Las actividades de auto-tratamiento incluían yoga 5 días a la semana, salir a correr 1 día a la semana, evitar el consumo de alimentos con azúcar procesado y sodio añadido, comer más fruta y verdura y respiración profunda por la noche con terapia sonora. El paciente niega el uso de sustancias ilegales e indica un consumo de alcohol mínimo (1 bebida alcohólica al mes). Historial psiquiátrico familiar significativo con ansiedad en el padre y en la madre.

Intervención: Nueve sesiones de terapia individual que incluyen una combinación de práctica de mindfulness formal, de habilidades cognitivo-conductuales específicas para la ansiedad y psicoterapia de apoyo para ayudar al paciente a aclarar su visión de salud óptima, plenitud y dirección vital. Objetivos del tratamiento: (1) Capacidad para tolerar los síntomas físicos sin pánico. (2) Reducción de la tensión muscular, incluido el dolor en el pecho. (3) Reducción de la presión sanguínea. Cada sesión enfatiza en la práctica formal de meditación mindfulness (i.e.; respiración consciente, escáner del cuerpo, mindfulness de pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y sonidos), estrategias cognitivo-conductuales para reducir la ansiedad y los síntomas fisiológicos relacionados (p. ej. reestructuración cognitiva, terapia de exposición con prevención de respuestas) y lecturas de autoayuda para reforzar el aprendizaje y proporcionar ejercicios estructurados basados en mindfulness (p. ej. el libro *Calmar la ansiedad*). Los ejercicios de meditación de las sesiones se graban para utilizarlos en casa. En el transcurso del tratamiento, “Juan” afirma que ha experimentado un cambio en su relación con los pensamientos preocupantes y que observa que “[sus] sentimientos son temporales”. Además, “Juan” dice que “no se centra en lo que *podría* ocurrir, sino en lo que *está* ocurriendo”. El paciente también describe un cambio en su relación con los “dolores extraños” y demás sensaciones físicas desagradables, indicando que “[su] sensación de presión en el pecho se disipa con indulgencia”. Cabe destacar que “Juan” no sufrió ningún ataque de pánico durante las 9 semanas de terapia, algo que él mismo atribuye a los cambios

de perspectiva que ha experimentado. A media terapia, describe sentirse “un poco nervioso pero bien” en situaciones que normalmente temía y evitaba como volar y pasar tiempo en el exterior en zonas remotas. Al final del tratamiento “Juan” ha experimentado una reducción significativa de los niveles indicados por él mismo de ansiedad y de tensión muscular, además de una disminución de la tensión arterial después de sus ejercicios habituales de yoga, respiración y mindfulness. También indica haber descubierto intuitivamente cómo “permanecer en control dejando pasar”. Además, “Juan” ha dejado de evitar situaciones sociales que antes temía. Indica entablar relación activa con colegas del trabajo, miembros de la comunidad y guías espirituales. En la última sesión comparte con entusiasmo que se ha prometido con su novia porque “ya no tiene miedo”. En total, el enfoque de intervención multimodo con mindfulness como capacidad autoregulatoria central generó como resultado mejoras destacadas en la calidad de vida del paciente, incluidos el funcionamiento mental, físico y social.

Ejemplo de práctica de mindfulness: “Respiración consciente”

Prestar atención consciente a la respiración es una manera efectiva de volver a conectar con las sensaciones interiores a medida que se despliegan momento a momento.

1. Sienta y siga toda la duración de una inspiración... una espiración... y los espacios entre ambas....
2. Observe las sensaciones físicas de la respiración con un sentido de curiosidad y de atención amable... permitiendo que las sensaciones se desplieguen momento a momento... respiración a respiración... observando lo mejor que pueda...
3. Observe si su atención está en la respiración en este momento... y si no lo está, a dónde ha ido la mente... quizás ha empezado a pensar, a contar alguna especie de historia sobre su sensación, o analizando... sólo observe esos pensamientos o juicios como meros acontecimientos en el campo de su propia conciencia espacial...
4. Observe la naturaleza pasajera de esos acontecimientos mentales mientras sigue surcando las olas ascendentes y descendentes de la inspiración y la espiración... optando

conscientemente por reconocer y dejar ir los pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o impulsos con la siguiente exhalación...

5. Acompáñe cuidadosamente su atención de nuevo al enfoque en el momento presente... utilizando las sensaciones de la respiración mientras se ancla en el mindfulness... regresando a su experiencia directa de lo que está aquí en este preciso momento cuando lo desee....
6. Y cuando esté listo, reoriéntese en la sala... observe los puntos en los que su cuerpo entra en contacto con los muebles... quizás puede estirarse suavemente... y poco a poco abrir los ojos.

Indicaciones para el futuro

Cada vez más literatura científica demuestra que los tratamientos para la ansiedad basados en mindfulness y en aceptación funcionan, en parte porque crean un cambio fundamental en la perspectiva hacia la propia vida interior. Sin embargo, gran parte del trabajo debe llevarse a cabo con frentes conceptuales, definitorios y de investigación aplicados a las intervenciones basadas en mindfulness para miedo y ansiedad. Además, existen avales teóricos y empíricos de la idea de que prestar atención a propósito a la sensación interior de miedo y ansiedad con un sentido de apertura, curiosidad y aceptación puede, de hecho, cambiar nuestras experiencias modificando directamente los circuitos habituales y los bucles de retroalimentación mente-cuerpo del cerebro. Resulta necesario investigar más para examinar con más profundidad los aspectos de conciencia, atención e intención que pueden utilizarse para autorregular efectivamente los sistemas mente-cerebro-cuerpo-comportamiento implicados en la ansiedad y en los trastornos de ansiedad. Entre las preguntas que permanecen a la espera de más investigación destacan: ¿Quién se beneficia más (y menos) de la práctica del mindfulness en el contexto de la ansiedad clínica? ¿Cómo puede la práctica del mindfulness integrarse de la mejor manera posible con los tratamientos basados en pruebas existentes, como la CBT y/o la medicación? Y para terminar, ¿cuál es el rol que instituciones y comunidades pueden desempeñar en el desarrollo de mayor mindfulness, individual y

colectivamente?

Conclusión

Los seres humanos tenemos la capacidad de ser conscientes en el momento presente del flujo de nuestras vidas interiores. Mindfulness es la palabra para esta conciencia presente y de aceptación. El mindfulness surge de prestar atención a propósito y practicarlo parece complementar y mejorar los enfoques psicoterapéuticos establecidos para el tratamiento de la ansiedad y de desajustes subyacentes mente-cuerpo. En general, la práctica del mindfulness parece ofrecer una manera sana y efectiva de relacionarse con la propia sensación interior de miedo y de ansiedad, en parte cultivando la capacidad de prestar atención a propósito con una actitud abierta, curiosa y de aceptación hacia uno mismo y hacia el mundo exterior. Esta “relación sabia” que ofrece la práctica del mindfulness puede ayudar a aliviar el sufrimiento de miedo, ansiedad o pánico excesivos animando al individuo a “volver a percibir” las condiciones pasajeras de incomodidad interior y manteniendo la ecuanimidad a medida que la sensación se despliega, momento a momento. Utilizando la capacidad de orden superior de “conciencia metacognitiva” podemos percibir más fácilmente los estímulos internos desagradables o los acontecimientos externos simplemente como son, sin crear una historia sobre la sensación del momento presente que pueda alimentar el pensamiento perseverante, sentimientos molestos, respuestas fisiológicas desconcertantes y comportamiento reactivo en un intento por evitar el malestar. Con la práctica, a medida que las reacciones automáticas se reconocen deliberadamente y se dejan ir, y se seleccionan las respuestas conductuales elegidas, uno empieza a darse cuenta de una mayor sabiduría, libertad psicológica y flexibilidad conductual. Esas características que aporta la práctica del mindfulness definen un funcionamiento mental adaptativo y sano, que incluye reconocer el miedo y la ansiedad, pero que no permite que el miedo controle ni distorsione nuestra vida.

Referencias

ADER, R. (Ed.). (2007). *Psychoneuroimmunology* (4^a edición), Vol. 1. San Diego, California:

Academic Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2009). *DSM-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 4^a edición revisada). Barcelona: Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2005). *Let's talk facts about anxiety disorders*. Disponible en www.healthyminds.org

BAER, R.A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

BAER, R.A.; FISCHER, S.; HUSS, D.B. (2006b). "Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating". *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281-300.

BAER, R.A.; SMITH, G.T.; HOPKINS, J.; KRIETEMEYER, J.; TONEY, L. (2006a). "Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness". *Assessment*, 13, 27-45.

BARLOW, D.H. (Ed.). (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^a edición). Nueva York: Guilford.

BEGLEY, S. (2008). *Entrena tu mente, cambia tu cerebro*. Barcelona: Granica.

BENSON, H.; KLIPPER, M.Z. (1977). *Relajación (the relaxation response)*. Barcelona: Pomaire D.L.

BISHOP, S.D. (2002). "What do we really know about mindfulness-based stress reduction?". *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.

BISHOP, S.R.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.C.; CARMODY, J.; et al. (2004). "Mindfulness: A proposed operational definition". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.

BORKOVEC, T.D. (2002). "Life in the future versus life in the present". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.

BORKOVEC, T.D.; RAY, W.J.; STÖBER, J. (1998). "Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes". *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.

- BRANTLEY, J. (2010). *Calmar la ansiedad: descubre como el mindfulness puede liberarte del miedo y la angustia*. Barcelona: Oniro.
- BRANTLEY, J. (2005). “Mindfulness-based stress reduction”. En S.M. Orsillo; L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*. Nueva York: Springer.
- BROSSCHOT, J.F.; GERIN, W.; THAYER, J.F. (2006). “The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health”. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113-124.
- BROSSCHOT, J.F.; PIEPER, S.; THAYER, J.F. (2005). “Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition”. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1043-1049.
- CAHN, B.R.; POLICH, J. (2006). “Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies”. *Psychological Bulletin*, 132, 180-211.
- CRASKE, M.G.; HAZLETT-STEVENS, H. (2002). “Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: The issue of control”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 69-75.
- CRESWELL, J.D.; WAY, B.M.; EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D. (2007). “Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling”. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-565.
- DAHL, J.; WILSON, K.G.; LUCIANO, C.; HAYES, S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- DAVIDSON, R.J.; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENKRANZ, M.; MULLER, D.; SANTORELLI, S.F.; et al. (2003). “Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation”. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- DITTO, B.; ECLACHE, M.; GOLDMAN, N. (2006). “Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation”. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 227-234.
- EIFERT, G.H. FORSYTH, J.P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland, California: New Harbinger.
- FELDMAN, G. (2007). “Cognitive and behavioral therapies for depression: Overview, new directions, and practical recommendations for dissemination”. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 39-50.

FELDMAN, G.; HAYES, A.; KUMAR, S.; GREESON, J.; LAURENCEAU, J.-P. (2007). "Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.

FELDMAN, G.C.; HAYES, A.M.; GREESON, J.M. (noviembre de 2006). *Reductions in stagnant deliberation during mindfulness training: A pilot study* [Resumen]. Actas de la 40^a Convención anual de la Association for Cognitive and Behavioral Therapies, Chicago, Illinois.

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*, 6, 14.

GARLAND, E.L. (2007). "The meaning of mindfulness: A second-order cybernetics of stress, metacognition, and coping". *Complementary Health Practice Review*, 12, 15-30.

GERMER, C.K. (2005). "Anxiety disorders: Befriending Fear". En C.K. Germer, R.D. Siegel; P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford.

GOLDSTEIN, J. (1976). *The experience of insight: A natural unfolding*. Santa Cruz, California: Unity Press.

GOLEMAN, D. (1982). "Mapa del espacio interior". En R.N. Walsh; F. Vaughan (Eds.), *Más allá del ego* (págs. 215-228). Barcelona: Kairós.

GREESON, J.M.; ROSENZWEIG, S.; VOGEL, W.H.; BRAINARD, G.C. (2001). "Mindfulness meditation and stress physiology in medical students" [Resumen]. *Psychosomatic Medicine*, 63, 158.

GROSSMAN, P.; NIEMANN, L.; SCHMIDT, S.; WALACH, H. (2004). "Mindfulness-based reduction and health benefits: A meta-analysis". *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

HAHN, T.N. (2007). *El milagro de mindfulness*. Barcelona: Oniro.

HAYES, S.C.. (2005). "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies." *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

JAIN, S.; SHAPIRO, S.L.; SWANICK, S.; ROESCH, S.C.; MILLS, P.J.; BELL, I. et al. (2007). "A randomized

controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction". *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11-21.

JHA, A.P.; KROMPINGER, J.; BAIME, M.J. (2007). "Mindfulness training modifies subsystems of attention". *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7, 109-119.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.

KABAT-ZINN, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

KABAT-ZINN, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.

KRISTELLER, J.L.; BAER, R.A.; QUILLIAN-WOLEVER, R. (2006). "Mindfulness-based approaches to eating disorders". En R.A. BAER (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches*. San Diego, California: Academic Press.

LAU, M.A.; McMAIN, S.F. (2005). "Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance-and change-based strategies". *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 863-869.

LAZAR, S.W. (2005). "Mindfulness research". En C.K. GERMER, R.D. SIEGEL; P.R. FULTON (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford.

LEPINE, J.P. (2002). "The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs". *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 suppl 14, 4-8.

LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

LYNN, S.J.; DAS, L.S.; HALLQUIST, M.N.; WILLIAMS, J.C. (2006). "Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives". *International Journal of Clinical Hypnosis*, 54, 143-166.

MC EWEN, B.S. (1998). "Protective and damaging effects of stress mediators". *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.

NARROW, W.E.; RAE, D.S.; ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. (2002). "Revised prevalence based estimates of mental disorders in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates". *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.

ORSILLO, S.M.; ROEMER, L.A. (Eds.). (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. Nueva York: Springer.

ORSILLO, S.M.; ROEMER, L.; HOLOWKA, D.W. (2005). "Acceptance-based behavioral therapies for anxiety". En: S.M. ORSILLO; L. ROEMER (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*. Nueva York: Springer.

OTTO, M.W.; SMITS, J.A.J.; REESE, H. E. (2005). "Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 72-86.

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, 433-455.

ROEMER, L.; ORSILLO, S.M. (2002). "Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.

ROEMER, L.; SALTERS-PEDNEAULT, K.; ORSILLO, S.M. (2006). "Incorporating mindfulness and acceptance-based strategies in the treatment of generalized anxiety disorder". En: R.A. BAER (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches*. San Diego, California: Academic Press.

SALZBERG, S.; GOLDSTEIN, J. (2001). *Insight meditation*. Boulder, Colorado: Sounds True.

SCHNEIDERMAN, N.; McCABE, P.M. (1989). "Psychophysiologic strategies in laboratory research". En N. SCHNEIDERMAN, S.M. WEISS; P.G. KAUFMANN (Eds.), *Handbook of research methods in cardiovascular behavioral medicine*. Nueva York, Plenum.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en*

la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.

SELYE, H. (1976). *The stress of life* (2^a edición). Nueva York: McGraw-Hill.

SHAPIRO, S.L.; CARLSON, L.E.; ASTIN, J.A.; FREEDMAN, B. (2006). “Mechanisms of mindfulness”. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

SHAPIRO, S.L.; SCHWARTZ, G.E.R.; SANTERRE, C. (2002). “Meditation and positive psychology”. En C.R. SNYDER; S.J. LOPEZ (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.

SHAPIRO, S.L.; SCHWARTZ, G.E.R. (2000). “Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health”. *Advanced in Mind/body Medicine*, 16, 128-134.

SHEEHAN, D.W.; HARNETT SHEEHAN, K. (2007). “Current approaches to the pharmacologic treatment of anxiety disorders”. *Psychopharmacology Bulletin*, 40, 98-109.

SHIGAKI, C.L.; GLASS, B.; SCHOPP, L.H. (2006). “Mindfulness-based stress reduction in medical settings”. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13, 209-216.

SIEGEL, D.J. (2010). *Cerebro y mindfulness: la reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. España: Paidós Ibérica.

SMITH, J.E.; RICHARDSON, J.; HOFFMAN, C.; PILKINGTON, K. (2005). “Mindfulness-based stress reduction as a supportive therapy in cancer care: A systematic review”. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 315-327.

TEASDALE, J.D.; MOORE, R.G.; HAYHURST, H.; POPE, M.; WILLIAMS, S.; SEGAL, Z.V. (2002). “Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.

THAYER, J.F.; BROSSCHOT, J.F. (2005). “Psychosomatics and psychopathology: Looking up and down from the brain”. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1050-1058.

WALLACE, B.A. (2009). *La ciencia de la mente: cuando la ciencia y la espiritualidad se encuentran*. Barcelona: Kairós.

WALSH, R.; SHAPIRO, S.L. (2006). “The meeting of meditative disciplines and Western

psychology: A mutually enriching dialogue". *American Psychologist*, 61, 227-239.

WELLS, A. (2002). "GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis".

Clinical Psychology: Science and Practice, 9, 95-100.

11

Mindfulness y trastorno obsesivo compulsivo: desarrollando una manera de confiar y validar la experiencia interna

Fabrizio Didonna

*No es ni mediante acciones ni mediante palabras
que nos liberamos de las contaminaciones mentales,
sino viéndolas y reconociéndolas una y otra vez*

Anguttara Nikaya, 557-477 A.C.

Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad psiquiátrica crónica y a menudo severa. Se caracteriza por la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos (obsesiones) recurrentes, intrusivos y angustiosos, y/o actos manifiestos o mentales repetitivos (compulsiones o comportamientos neutralizadores) que se realizan para reducir o eliminar el malestar y la ansiedad producidos por esos pensamientos obsesivos y para prevenir las posibles consecuencias dañinas (American Psychiatric Association, 2000). Este trastorno tiene una prevalencia de vida del 2-3% aproximadamente en todo el mundo (Weissman et al.; 1994) y suele iniciarse en la adolescencia o principio de la edad adulta, normalmente de forma gradual (American Psychiatric Association, 2000). El TOC es el cuarto trastorno psiquiátrico más común, después de las fobias, los trastornos por consumo de sustancias y la depresión (Germer, Siegel y Fulton, 2005; Robins et al.; 1984; Rasmussen y Eisen, 1992), además de ocupar la décima posición en la lista de principales causas de discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 1996). Por otra parte, se asocia con elevados costos sanitarios (Simon, Ormel, VonKorff y Barlow, 1995) e implica una discapacidad significativa de la calidad de vida.

En ocasiones el TOC también se considera un trastorno del pensamiento, razón por la que los pensamientos y las obsesiones intrusivas son a menudo, aunque no siempre, la característica central y el elemento que provoca el síndrome. Sin embargo, el TOC no es sólo un trastorno del pensamiento. Si las características clínicas y la fenomenología de esta enfermedad psicológica se observan con más atención, queda claro que muchos pacientes con TOC tienen una relación disfuncional con toda su experiencia privada: percepciones sensoriales, estados emocionales, sentimientos y pensamientos. Además, sabemos que algunas personas que tienen problemas obsesivos (en especial crónicos) es posible que no tengan conciencia de pensamiento alguno durante las acciones compulsivas, de modo que sus rituales se han convertido, con el tiempo, en comportamientos automáticos que no requieren pensamiento consciente.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se considera, desde hace mucho tiempo, un tratamiento efectivo para el TOC, tanto en niños como en adultos. En particular, la exposición con prevención de respuesta (EPR) es el tratamiento psicológico más avalado para este trastorno; de hecho, cerca del 75% de los pacientes tratados con este método mejoran significativamente y permanecen así durante los seguimientos (Menzies y De Silva, 2003). La terapia farmacológica también es un tratamiento efectivo para este trastorno, en especial los antidepresivos serotonérgicos, con una tasa de respuesta de entre el 40 y el 60%.

A pesar de esas intervenciones efectivas, un número sustancial de pacientes que sufre TOC no responde bien a los protocolos estándares de CBT y medicación serotonérgica y, a largo plazo, la terapia farmacológica se asocia con una tasa elevada de recaída tras la retirada por completo de la medicación (80-90%; Pato, Zohar-Kadouch y Zohar, 1998). Por otra parte, el tratamiento EPR puede asociarse con una tasa de abandono significativa (25%) debido a su naturaleza altamente inductora de ansiedad, y no resulta demasiado efectiva con personas con obsesión sin compulsiones manifiestas (puramente obsesivas) ni con pacientes con ideas sobrevaluadas (Kyrios, 2003). Además de ser resistentes a los tratamientos actuales, los pacientes con TOC suelen compartir comorbilidad con una serie de trastornos DSM del eje I y del eje II que contribuyen a comprometer la calidad de vida. Por ello, estas terapias resultan difíciles de aplicar o su efectividad se reduce. Además, el TOC tiene una presentación clínica tan diversa e idiosincrásica que es imposible considerarlo como una entidad diagnóstica

homogénea. De hecho, se han identificado varios subtipos que pueden diferir en los procesos psicológicos y en la estructura de miedo que mantienen los síntomas obsesivos (Clark, 2004).

Por definición, el mindfulness (véanse los capítulos 1 y 2) es un estado que puede conceptualizarse, de algún modo, como la antítesis de muchos mecanismos y fenómenos obsesivos y, en ese sentido, el síndrome obsesivo puede definirse como un *estado de falta de conciencia*.

Esto lleva a los facultativos a preguntarse si es posible integrar los tratamientos para TOC actuales con “teorías de tercera ola” (intervenciones basadas en mindfulness y en aceptación) a fin de abordar esos problemas, con la heterogeneidad del trastorno, y para mejorar la eficacia y la aplicación de programas de tratamiento ya establecidos.

Los objetivos de este capítulo son analizar las características particulares de la relación que los pacientes que sufren de TOC tienen con sus experiencias internas (pensamientos, emociones y percepción sensorial), utilizando para ello una perspectiva basada en el mindfulness, y entender cómo esta relación puede desempeñar un papel importante en la activación y el mantenimiento del problema obsesivo. Además, el autor lanza la hipótesis de cómo las intervenciones basadas en mindfulness pueden intervenir para cambiar y mejorar la relación de esos pacientes con sus experiencias privadas y, como consecuencia, ayudarles a abordar sus *déficits de mindfulness* específicos (déficits de atención, fusión pensamiento-acción, actitud de no aceptación, autoinvalidación de la percepción, interpretación sesgada para las experiencias privadas, etc.), que siempre llevan a la fenomenología obsesiva. Los datos de las investigaciones preliminares y la observación clínica sugieren que las prácticas basadas en mindfulness, así como sus técnicas, pueden ser una intervención útil y efectiva para personas con TOC, en particular si se integra con otros tratamientos avalados empíricamente. Integrar tratamientos más tradicionales con intervenciones basadas en mindfulness puede ofrecer un enfoque más global para las personas obsesivas, es decir, un enfoque que se ocupe de algo más que de los síntomas primarios del trastorno y que trate a la persona “entera”. Consideración que a su vez resultará muy beneficiosa porque el TOC afecta a muchas áreas y funciones distintas de la vida y la experiencia del paciente y porque los síntomas obsesivos son probablemente sólo la manifestación más evidente de una disfunción más general.

¿Por qué el mindfulness puede ser efectivo para el TOC? Fundamento para la utilización del mindfulness para problemas obsesivos

Es menos malo agitarse en la duda que descansar en el error.

Alessandro Manzoni (1785-1873), novelista,
poeta y dramaturgo italiano

Un enfoque basado en mindfulness para los trastornos de ansiedad y para el TOC se fundamenta en cambiar la manera como los individuos se relacionan con sus propias experiencias privadas. En el marco de trabajo de una teoría cognitivo-conductual, varios autores lanzan hipótesis que coinciden en algunos puntos con esa perspectiva. Salkovskis (1996) indica que el objetivo de la CBT no es persuadir a las personas de que su manera actual de interpretar las situaciones es incorrecta, irracional o excesivamente negativa; sino más bien permitirles identificar dónde están atrapados o atascados en su modo de pensar y dejarles descubrir otras maneras de mirar a su situación.

Una técnica cognitivo-conductual conocida como la de la cinta sin fin (Salkovskis, 1983) y desarrollada para personas con obsesiones puras (sin rituales manifiestos), consiste en ayudar a los pacientes a motivarse, escuchando repetidamente y permaneciendo en contacto con sus pensamientos obsesivos (grabados en una cinta sin fin). El objetivo es simplemente observarlos sin reaccionar con rituales manifiestos o cubiertos, considerándolos sólo como pensamientos y absteniéndose de toda evaluación, interpretación o neutralización. Una técnica que puede considerarse como un potente ejercicio de mindfulness en el que los pacientes aprenden a ver los pensamientos como simples pensamientos.

Otros autores destacan que la mayoría de psicopatologías se caracterizan por una intolerancia hacia aspectos de experiencia interior y también por los modos consecuentes de evitación destinados a eliminarse a uno mismo de ese tipo de experiencia. Las formas más efectivas de psicoterapia tienden a reducir la evitación experiencial, ayudando a los pacientes a aceptar la exposición a varios aspectos de los propios estados internos que temen, tanto de manera conductual como animándoles a permanecer en contacto con los pensamientos y las emociones dolorosos o temidos que surgen durante el tratamiento (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y

Strosahl, 1996). Como se describe en otros capítulos de este libro, la evitación experiencial se ha conceptualizado como el fenómeno que acontece cuando una persona no desea permanecer en contacto con determinadas experiencias privadas (p. ej. sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes) y procede a alterar la forma o la frecuencia de esas experiencias o de los contextos que las ocasionan (Hayes et al.; 1996). Como en otros trastornos de ansiedad, la evitación experiencial es un problema central para el TOC, y adopta la forma de varias estrategias como el comportamiento de búsqueda de seguridad, rituales, búsqueda de consuelo, etcétera. La práctica del mindfulness anima a los pacientes a suspender la “lucha” en la que se involucran con sus pensamientos y emociones y a renunciar a las inefectivas estrategias de evitación experiencial con las que hasta ese momento se han defendido del contenido de su experiencia. Además, la relevancia clínica del mindfulness en el tratamiento de varias formas de patología, y también para el TOC, puede proceder de su intervención en un nivel “radical” y jerárquicamente superordinado en el proceso de activación y de mantenimiento del trastorno. Si tenemos en cuenta los modelos de formulación del problema de las teorías cognitivas vemos que el mindfulness puede intervenir en el punto de transición entre los factores activadores y los procesos metacognitivos del individuo (cf. Figura 11.3). Así, el estado consciente puede considerarse como una *actitud* o un *modo pre-metacognitivo* que previene que los pacientes caigan en determinadas evaluaciones, juicios y prejuicios que mantienen y/o sobreactivan los problemas psicopatológicos. Más concretamente, la práctica del mindfulness permite a los pacientes adquirir y desarrollar la capacidad de reconocer y aceptar conscientemente los pensamientos y las emociones no deseados como una alternativa a la activación de los modos habituales, automáticos y preprogramados que tienden a perpetuar las dificultades. Además, les enseña a “observar” sus experiencias sin entrar en el modo de metaevaluación.

El hecho que en el TOC los pensamientos molestos vayan, por lo general, acompañados de *insight* o *introspección* (i.e. reconocer que los síntomas son excesivos e inapropiados) hace que el trastorno resulte particularmente susceptible a los métodos basados en mindfulness. De hecho, los síntomas en sí pueden convertirse fácilmente en temas naturales de observación por parte del paciente, que es inducido a verlos con mayor claridad y conciencia (mindfulness) y a iniciar un proceso de *descentramiento* y *desidentificación* de los estados internos.

Fenomenología del TOC y dimensiones del mindfulness

Hay dos maneras fáciles de conducirse en la vida:

creerlo todo y dudar de todo.

Ambas nos ahorran tener que pensar.

Alfred Korzybski (1879-1950)

Las características centrales y el origen del malestar del TOC son las intrusiones cognitivas recurrentes (obsesiones) que crean una conciencia de alarma o amenaza (p. ej. “¿He atropellado a alguien accidentalmente con el coche? ¿He cerrado la puerta con llave?”). Los individuos que sufren TOC por lo general activan comportamientos de búsqueda de seguridad (evitación o escape) como reacción a la amenaza obsesiva. Los pensamientos obsesivos normalmente adoptan la forma de una amenaza percibida de daño físico hacia uno mismo o hacia los demás o, en algunos casos, una amenaza más moral o espiritual hacia uno mismo, hacia los demás o hacia una divinidad.

Tomando en consideración la enorme heterogeneidad y las diferencias fenomenológicas que pueden encontrarse en las personas que sufren TOC, la observación clínica y varios estudios sobre procesamiento de la información (Amir y Kozak, 2002) y dominios de creencias obsesivas (OCCWG, 1997) sugieren que los pacientes con TOC pueden tener un problema general de recelo y falta de confianza en su experiencia personal que les lleva a hacer algo continuamente para prevenir los resultados temidos. Esta manera particular de relacionarse con los estados internos también puede conceptualizarse, utilizando una perspectiva basada en mindfulness, como un déficit de mindfulness.

En un estudio preliminar reciente (Didonna y Bosio, manuscrito en proceso de preparación) realizado con una muestra de 21 pacientes con TOC (puntuación de severidad media total de 22 en la escala Yale-Brown (Y-BOCS) y con síntomas moderados), los autores investigan las relaciones entre la fenomenología obsesivo-compulsiva y los componentes y las capacidades de mindfulness, utilizando para ello varias escalas clínicas y una escala de mindfulness multifactorial denominada Cuestionario de mindfulness de cinco facetas (FFMQ, véase Baer et al.; capítulo 9 de este manual; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006). El FFMQ

mide la tendencia general de tipo rasgo a ser consciente en la vida cotidiana, algo que se define mediante cinco factores: *observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar la experiencia interior y no reaccionar ante la misma*. Los datos preliminares muestran que los pacientes con TOC obtienen puntuaciones significativamente inferiores ($p < 0,001$) a las del grupo de control, una muestra no clínica, en tres de los cinco factores más en la puntuación total. Las tres magnitudes encontradas en la muestra TOC son *actuar con conciencia, no reaccionar a la experiencia interior y no juzgar la experiencia interior*. *Actuar con conciencia* incluye prestar atención a las actividades del momento. De hecho, contrasta con el piloto automático, es decir, comportarse mecánicamente sin conciencia de las propias acciones (cf. rituales y neutralizaciones en TOC). *No reactividad a la experiencia interior* es la tendencia de permitir a los pensamientos y a los sentimientos ir y venir, sin dejarse llevar ni atrapar por ellos (cf. rumiaciones mentales y neutralizaciones en TOC). *No juzgar la experiencia interior* hace referencia a ocupar una postura no evaluativa hacia la experiencia personal (cf. prejuicios cognitivos y dominios de creencia y asunciones en TOC). Además, y con respecto a este último factor, se detectó una correlación negativa entre los resultados Y-BOCS y la subescala de *Carencia de juicio*: cuanto más aumentan los síntomas obsesivos, mayor es la tendencia a juzgar la experiencia interior. Hacen falta más estudios para confirmar esas relaciones, pero estos datos sugieren que el TOC puede estar asociado a déficits de capacidad de mindfulness que están claramente relacionados con algunas características clínicas del TOC.

A continuación se analizan las relaciones y los efectos del entrenamiento y la práctica del mindfulness con respecto a algunas características fenomenológicas TOC típicas.

Rumiación y mindfulness

Para creer con certeza hay que empezar por dudar

Stanislaw Leszczynski (1677-1766)

Como indican varios autores (De Silva, 2000; Salkovskis, Richards y Forrester, 2000b), el

termino *rumiación obsesiva* se ha utilizado en la literatura científica indistintamente para describir tanto las obsesiones como la neutralización mental. Sin embargo es interesante observar que, con respecto al contenido y al alcance de este capítulo y de este libro, el significado de la palabra “rumiación” que ofrece por ejemplo el *Oxford English Dictionary* (1989) es, paradójicamente, *meditación*. Dado que “rumiar” se define como “hacer girar una y otra vez en la mente”, no se trata de una experiencia pasiva, y por esa razón la obsesión no puede ser rumiación (de Silva, 2003). Según la definición de Silva (2003), una rumiación obsesiva es (probablemente) una actividad cognitiva compulsiva que tiene lugar como respuesta a un pensamiento obsesivo y el contenido de ese pensamiento molesto determina la pregunta o el tema sobre el que la persona está rumiando. Ejemplos de rumiación son “¿Soy homosexual?”, “¿Iré al infierno?” y “¿Me estoy volviendo loco?”.

El entrenamiento en mindfulness puede repercutir en procesos comunes a varios trastornos (Teasdale, Segal y Williams, 2003). La rumiación es una conducta mental que caracteriza a varias enfermedades mentales entre las que se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de fobia social, la depresión y el TOC. Si bien el contenido y las consecuencias conductuales y emocionales de la rumiación pueden ser distintas en función del trastorno, el punto de partida del proceso y los mecanismos clínicos del mismo son similares. Existe un amplio consenso en que la rumiación es un proceso normal y adaptativo por lo menos en cierto grado (en creatividad, solución de problemas, como respuesta al estrés, etc.), pero si este proceso cognitivo no logra alcanzar un cierre natural, puede resultar inadaptado (Field, St-Leger y Davey, 2000). Tanto en muestras normales como clínicas, la rumiación se utiliza como estrategia para la solución de problemas a fin de disminuir la discrepancia entre el estado real y el estado deseado –el “modo hacer” (Segal, Williams, Teasdale, 2006). Para las personas obsesivas, la rumiación es un intento por pasar de un sentimiento de incomodidad o de ansiedad a uno de calma, o de un sentido excesivo de responsabilidad a sentirse libre de la misma. Al tratarse de una estrategia relacionada con los estados del sí mismo (self), en pacientes TOC, igual que ocurre para otros trastornos, resulta enormemente contraproducente porque mantiene el estado no deseado (véase la figura 11.3).

Son varios los factores que se han asociado con el pensamiento iterativo y la rumiación: *estado de ánimo* (el estado de ánimo bajo influye en la perseveración cognitiva; Schwarz y

Bless, 1991); *perfeccionismo* (Bouchard, Rhéaume y Ladouceur, 1999) y *exceso de responsabilidad* (Rhéaume Ladouceur, Freeston y Letarte, 1994; Wells y Papageorgiu, 1998). En general, lo que más arriba indica que la rumiación es un proceso metacognitivo reactivo. Las intervenciones basadas en mindfulness son una forma de *práctica mental* destinada a reducir la vulnerabilidad cognitiva ante los *modos reactivos de la mente* (p. ej. rumiación), que pueden intensificar el nivel de estrés de una persona y su malestar emocional, o perpetuar el trastorno (factores de mantenimiento) (Segal et al.; 2006). El entrenamiento en mindfulness (igual que la MBCT o la MBSR) es una intervención anti-rumiativa porque enseña a los pacientes a pasar de un “modo hacer” (motivado para reducir discrepancias entre el estado actual y el deseado) a un “modo ser” (caracterizado por una experiencia directa, inmediata e íntima de presente, sin objetivos, en la que se acepta y se permite lo que es) (Segal et al.; 2006). En un estado consciente, los pacientes aprenden a tener una sensación directa de los estados internos *viviendo* directamente los pensamientos, las emociones y las sensaciones, en lugar de *pensar acerca de* la experiencia. El efecto anti-rumiativo del mindfulness también ha sido descrito por Jon Kabat-Zinn (2004) en su ilustración de los efectos de su programa MBSR, que también es una definición del proceso cognitivo de *descentramiento*.

Es extraordinario lo liberados que nos sentimos cuando vemos que nuestros pensamientos sólo son pensamientos y no “nosotros” ni “la realidad”... Si, por ejemplo, nos acosa el pensamiento de que tenemos que llevar a cabo hoy determinada cantidad de cosas y no lo reconocemos como sólo un pensamiento, sino que actuamos como si se tratase de “la verdad”, lo que habremos hecho será crear una realidad *en ese momento* en la que de verdad creemos que tenemos que hacer hoy todas esas cosas... Por otro lado, cuando nos sobrevenga un pensamiento de este tipo, si somos capaces de separarnos de él y de verlo con claridad, seremos también capaces de conceder prioridades a las cosas y de tomar decisiones sensatas sobre lo que en realidad necesita hacerse. Sabremos cuándo dejar de hacer cosas durante el día; así que el mero hecho de reconocer nuestros pensamientos como tales, como *pensamientos* que son, puede llegar a liberarnos de la distorsionada realidad que a menudo generan, y a dar lugar a una mayor clarividencia y a una sensación más profunda de flexibilidad en nuestra vida (págs. 108-109).

La práctica del mindfulness es un entrenamiento que puede ayudar a prevenir los procesos

rumiantivos porque utiliza el control deliberado de la atención para establecer un tipo de procesamiento de la información o de modo cognitivo alternativo que es incompatible con los factores que mantienen el trastorno (véase la figura 11.3). Durante la práctica del mindfulness se invita a los pacientes a mantener la conciencia deliberadamente en un objeto determinado de atención, como las sensaciones físicas del cuerpo mientras respira, momento a momento (Teasdale, 1999). Cuando la mente vaga (algo normal) hacia pensamientos, emociones, sonidos u otras sensaciones físicas, se observan los contenidos de conciencia. Entonces se trata de mostrar la intención de devolver, suavemente pero con firmeza, la conciencia al foco de atención original. Este foco, que normalmente es una sensación interna que siempre está disponible, como la respiración, puede ser un “punto de anclaje” claro y firme para los pacientes que devuelven su conciencia al momento presente limitando la medida en la que se pierden en la realidad creada por los flujos de pensamiento en los que tan a menudo se ven inmersos (rumiación) (Teasdale, 1999). Este proceso se repite continuamente con regularidad mediante varios momentos de práctica diaria de mindfulness. De hecho, esta práctica proporciona repetidas experiencias en las que la capacidad de relacionarse con los pensamientos como eventos “de paso” no permanentes en la mente es facilitada por la elección de un foco de atención primario no cognitivo (con frecuencia corporal), contra el que la experiencia de los pensamientos puede registrarse simplemente como otro evento en la conciencia en lugar de como “las cosas” primarias de la mente o del sí mismo (Teasdale, 1999), que no deja de ser un modo común de procesamiento para las personas que sufren TOC. A medida que los pacientes observan el contenido de los pensamientos cuando surgen y los dejan pasar para regresar al foco original de la atención aprenden a desarrollar una perspectiva *descentralizada y desapegada* con respecto a todo tipo de pensamientos. Varios estudios (Jain et al.; 2007; Kocovski, Fleming y Rector, 2007) realizados con muestras clínicas y no clínicas (fobia social, depresión) han demostrado que las intervenciones basadas en mindfulness y en aceptación generan descensos de la rumiación que, a su vez, generan reducciones de los síntomas depresivos y de ansiedad (véase también el capítulo 5 de este manual para obtener más información).

Para concluir diremos que el entrenamiento en mindfulness puede ser una intervención efectiva para prevenir o neutralizar las tendencias rumiantivas que los individuos obsesivos tienen,

permitiéndoles aprender a estar en contacto con sus pensamientos intrusivos (normales) sin reaccionar ante ellos de maneras disfuncionales ni contraproducentes.

Responsabilidad excesiva y mindfulness

Muévete en tu interior, pero no en el sentido en que te mueve el miedo.

Rumi

En las últimas décadas varios autores (Salkovskis, 1985; Salkovskis, Shafran, Rachman y Freeston, 1999; Rachman y Shafran, 1999, OCCWG –Grupo de trabajo de pensamiento obsesivo compulsivo, 1997) han destacado el problema de un sentido de responsabilidad excesiva en pacientes con TOC. Salkovskis (1985) considera que un sentimiento exagerado de la responsabilidad es una de las características fundamentales del trastorno. De hecho, resulta particularmente común entre los pacientes cuyo principal problema es comprobar y tiende a generar una intensa culpabilidad. El OCCWG (1997) define la responsabilidad excesiva como el hecho de creer que uno es especialmente poderoso para producir y evitar personalmente resultados negativos importantes. De hecho, esos resultados se perciben como algo que debe evitarse a toda costa. Pueden ser problemas reales, o dilemas morales. Según esa misma definición, esa forma de pensar puede estar relacionada con la personalidad de hacer algo para impedir o para deshacer un daño, y la responsabilidad de errores de omisión y de comisión. Un ejemplo es: “Si no actúo cuando preveo un peligro, seré el culpable de las consecuencias negativas”.

Los pacientes con TOC tienden a malinterpretar el significado de la palabra “responsabilidad”, porque para ellos ese concepto sólo puede sugerir “obligación” o “reglas”. Entonces se imponen reglas a ciegas, seguramente porque les han dicho que es la manera “correcta” y “adecuada” de vivir, o porque alguna experiencia en concreto (en algunos casos incluso traumática) les ha dado un sentido de responsabilidad excesiva. Sin embargo, la auténtica responsabilidad significa ser *consciente* del impacto de nuestras acciones y desear *sentir* cómo nuestro comportamiento *realmente* nos afecta a nosotros mismos y a los demás.

Responsabilidad significa “*habilidad de respuesta*” –la capacidad de estar presente en cada momento y responder adecuadamente a cada hecho con el que nos confrontemos (Trobe, T. y Trobe, G. D.; 2007); de hecho, se trata de una definición de mindfulness. Cuando somos responsables de esta manera, somos capaces de respetar más profundamente y confiar en nosotros mismos (*autovalidación plenamente consciente*). Se debe a que en un estado de conciencia plena (prestar atención al momento presente sin juzgar), los pacientes son más capaces de entender con claridad su propia implicación real en la situación problemática. Como consecuencia, la terapia basada en mindfulness puede intervenir para brindar a los pacientes un significado más funcional y realista del sentido de responsabilidad, tan seriamente distorsionado en las personas que sufren de problemas de obsesión.

Sesgo atencional y mindfulness

Existen muchas pruebas de que los pacientes con TOC manifiestan sesgo de atención específico del trastorno para la amenaza (Lavey, van Oppen y van den Hout, 1994; Foa, Ilai, McCarthy, Soller y Murdock, 1993). Este problema parece implicar tanto una incapacidad general para inhibir el procesamiento de información irrelevante como distracción por indicaciones relevantes de amenaza (Amir y Kozak, 2002). Es posible que esos individuos presten una atención particular a información amenazadora relevante a sus preocupaciones actuales. Además, y debido a su sesgo de atención, los pacientes con TOC no son capaces de prestar atención a la información que pudiera invalidar sus miedos (Didonna, 2003). Las personas que sufren de TOC también manifiestan déficits a la hora de orientar la atención (la manera como se sitúa la atención) y en el conflicto atencional (el proceso de inhibir una respuesta automática para atender a una respuesta menos automática; Fan, McCandliss, Sommer, Raz y Posner, 2002). Estos sesgos de procesamiento de la información también podrían conceptualizarse como *déficits de mindfulness*. De hecho, el mindfulness es, por definición, un estado mental en el que las personas prestan *atención* de una manera particular: al momento presente, deliberadamente y sin juzgar (Kabat-Zinn, 2009). Esta definición puede permitirnos fácilmente entender cómo la práctica del mindfulness puede intervenir para cambiar la manera como los pacientes con TOC prestan atención a su experiencia interna y

externa porque el mindfulness es una práctica en la que los individuos aprenden y se forman para dirigir la atención de manera global, productiva y eficaz.

Un grupo de autores de prestigio (Bishop et al.; 2004) en el campo del mindfulness destaca que su primer componente implica la *autorregulación de la atención* para que se centre en la experiencia inmediata, permitiendo así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente. El mindfulness empieza aportando conciencia a la experiencia actual –observar y prestar atención al flujo continuo de pensamientos, sentimientos y sensaciones a cada momento– regulando el centro de atención. Esto genera un sentimiento de permanecer muy alerta a lo que está ocurriendo aquí y ahora (Bishop et al.; 2004). Existen hipótesis que apuntan a que la autorregulación de la atención implica dos capacidades y componentes específicos: *atención sostenida* y *capacidad para cambiar*. *Las habilidades de atención sostenida* hacen referencia a la capacidad de mantener un estado de vigilancia durante periodos de tiempo prolongados (Parasuraman, 1998; Posner y Rothbart, 1992) como requiere el hecho de mantener una conciencia de la experiencia actual. *Las habilidades para cambiar* permiten al paciente devolver la atención al centro consciente (p. ej. la respiración) tras haber reconocido la experiencia interior. *Cambiar* implica flexibilidad de la atención, de modo que se puede cambiar el foco de un objeto a otro (Posner, 1980). Los pacientes con TOC carecen de ambas habilidades y, de hecho, tienen una atención selectiva ante los estímulos amenazantes. De todos modos, no son realmente conscientes de la experiencia actual y son incapaces de cambiar de foco de atención.

La autorregulación de la atención también crea una conciencia no elaborativa de la experiencia privada cuando ésta surge. En lugar de quedarse atrapado en flujos de pensamientos rumiantivos y elaborativos sobre la propia experiencia y sus orígenes, implicaciones y asociaciones, el mindfulness implica una experiencia directa de acontecimientos en la mente y en el cuerpo (Teasdale, Segal, Williams y Mark, 1995). Podría considerarse lo opuesto a lo que los pacientes con TOC hacen normalmente.

La observación clínica sugiere que las compulsiones normales de comprobación son comportamientos inconscientes en los que se presta atención a las acciones de comprobación en lugar de a las percepciones reales y a los resultados derivados de los rituales o a lo que el

individuo aprende mediante el comportamiento. Así pues, las personas que sufren TOC no son capaces de prestar una atención consciente a su experiencia interior y después a los rituales, destinados a cambiar o a evitar esa experiencia. El desarrollo de mindfulness puede asociarse a mejoras de la atención sostenida y del cambio de la misma, algo que puede medirse objetivamente con pruebas de vigilancia estándar (p. ej. Klee y Garfinkel, 1983) y tareas que requieran que el sujeto cambie de perspectiva (Rogers y Monsell, 1995).

Estudios recientes (Zylowska, Ackerman, Yang, et al.; 2008; Jha, Krompinger y Baime, 2007) en los que se investigan los efectos de un enfoque de meditación mindfulness para el trastorno con déficit de atención por hiperactividad (ADHD) y también para muestras no clínicas indican que este tipo de práctica puede generar cambios cognitivos significativos, en particular los relacionados con una reducción de varias mediciones de procesos de atención como la de alerta, orientación, atención a conflictos y cambio del foco de atención (véase el capítulo 17 de este manual). Estos resultados tempranos sugieren que la práctica del mindfulness también puede ser efectiva para mejorar los déficits de atención en el TOC, trastorno en el que esos sesgos pueden ser factores de activación y de mantenimiento relevantes para síntomas obsesivos.

Fusión pensamiento-acción, nivel de *insight* o introspección y mindfulness

La fusión pensamiento-acción es un sesgo cognitivo, que encontramos con frecuencia en el TOC, en el que surge una fusión o confusión entre pensamiento y acción (Rachman, 1993). Puede tener dos formas: (1) Sesgo de probabilidad, en el que el individuo cree que tener un pensamiento no deseado sobre daño aumenta el riesgo de que un daño real le ocurra a alguien, y (2) sesgo de moralidad, en el que la persona cree que tener el pensamiento intrusivo no deseado es moralmente equivalente a llevar a cabo ese acto repugnante (Rachman y Shafran, 1998). En este proceso mental, los individuos tienden a crear una especie de identificación con un aspecto de su propia experiencia personal. De algún modo, se dicen: “Este pensamiento soy yo”, o “Soy este pensamiento”, o “Este pensamiento es algo real”, creando así una especie de cosificación de la experiencia cognitiva.

En la práctica de mindfulness, la mente pensante se considera similar a uno de los cinco sentidos que registra (pero no produce) estímulos visuales, auditivos y demás estímulos entrantes. Los pensamientos negativos se registran y se observan de modo similar como “estímulos de pensamiento” pasajeros que se producen en la mente. Como tales, los pensamientos negativos no se sobrepersonalizan ni sirven de dictadores de sentimientos ni actividades posteriores (p. ej. rituales y neutralizaciones). Los pensamientos se aceptan como el comportamiento normal y natural de la mente, pero no como elementos que definen inherentemente al sí mismo (Marlatt y Kristeller, 1999; Epstein, 2001).

La práctica de mindfulness de *automonitorear* pensamientos y otros hechos mentales prepara a los individuos a identificarse menos con sus propias experiencias personales (“pensamientos sin pensador” –véase Epstein, 2001), sin importar lo molestas o entretenidas que puedan ser. A través de la meditación podemos aprender a desarrollar un sentido de ecuanimidad o de equilibrio sin ser absorbidos en nuestros propios procesos mentales. Este proceso se denomina “desidentificación mental” (Marlatt y Kristeller, 1999). Como sugiere Goleman (2004), “De lo que primero te das cuenta es de que estos fenómenos contemplados son diferentes de la mente que los contempla”. Cuando entramos en este proceso de desidentificación de los estados mentales, empezamos a ver que esos pensamientos y sentimientos no son nosotros, que ocurren accidentalmente y que no son ni parte orgánica de los pacientes ni éstos están obligados a seguirlos (Snelling, 1991).

Se ha afirmado que el entrenamiento en mindfulness genera un cambio de perspectiva significativo (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; véase también el capítulo 5 de este manual) y en los últimos años se han acuñado varios conceptos para definir esos procesos metacognitivos en los que los pacientes aprenden a ser observadores y testigos no apegados ni reactivos de sus propios estados internos: *descentramiento* (Safran y Segal, 1994), *desautomatización* (Deikman, 1986; Safran y Segal, 1994), *repercepción* (Shapiro et al.; 2006) y *desapego* (Bohart, 1983). Safran y Segal (1994) definen el *descentramiento* (también llamado distanciamiento) como la capacidad de salir de la propia experiencia inmediata, cambiando así la naturaleza íntima de esa experiencia. El descentramiento también se define como la capacidad de observar los pensamientos y los sentimientos de uno mismo como acontecimientos temporales de la mente más que como reflexiones del sí mismo que son

necesariamente verdad (véase también Baer et al.; capítulo 9 de este manual; Fresco et al.; 2007). El descentramiento implica tener conciencia de las experiencias sin identificarse con ellas ni dejarse llevar por ellas, e incluye adoptar una postura centrada en el presente y sin juzgar hacia los pensamientos y los sentimientos, aceptándolos tal cual son (Fresco, Segal, Buis y Kennedy, 2007). Como sugieren Segal et al. (2006), las intervenciones basadas en mindfulness, como la terapia cognitiva basada en mindfulness, pueden generar un cambio clínico no tanto a través de la alteración del contenido de los pensamientos sino por el “descentramiento” mediante el cual los pacientes aprenden a pasar de una perspectiva de que los pensamientos representan la realidad a otra en la que sus pensamientos se ven como un acontencimiento interno solamente. Deikman describe la *desautomatización* como “deshacer los procesos automáticos que controlan la percepción y la cognición”. *Repercibir* (Shapiro et al.; 2006) se conceptualiza como un *metamecanismo* en el que las personas son capaces de desidentificarse de los contenidos de la conciencia (pensamientos, emociones y sensaciones corporales) cuando surgen, y simplemente están con ellos en lugar de ser definidos (i.e.; controlados, condicionados o determinados) por ellos. Mediante la repercepción, los pacientes se dan cuenta de: “este dolor no soy yo”, “esta depresión no soy yo”, “estos pensamientos no son yo”, como resultado de ser capaz de observarlos desde una metaperspectiva (Shapiro et al.; 2006). Otro proceso cognitivo relacionado, cuyo enfoque es cambiar la relación del individuo con el pensamiento en lugar de intentar alterar el contenido del pensamiento en sí, es el concepto de *defusión cognitiva* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Los autores observan que la capacidad de prestar atención a experiencias privadas y convertirse en un observador desapegado suele asociarse con un *cambio en el sentido del sí mismo*. A través de la defusión, que se considera un cambio de perspectiva, la identidad empieza a desplazarse de los contenidos de conciencia a la conciencia en sí. Hayes et al. (1999) definen este proceso como el paso de “sí mismo como contenido” (que se puede observar como un objeto en conciencia) a “sí mismo como contexto” (que es observar la conciencia misma). Las personas podemos desarrollar un sentido del “sí mismo” como un sistema en cambio constante de construcciones, conceptos, sensaciones, imágenes y creencias que suelen verse como condiciones inestables y transitorias en lugar de como una entidad estable. Un último concepto que está relacionado es el proceso de *desapego* (Bohart, 1983), que “reúne los procesos interrelacionados de ganar distancia, adoptar una actitud

fenomenológica y la ampliación del espacio de atención” (Martin, 1997).

Como decían Schwartz y Beyette (1997), “existe un aspecto observador de la mente que de verdad puede mantener su independencia aunque el contenido de la conciencia sea despellizado por el proceso de la enfermedad; estamos formando a la mente para que no se identifique con esas experiencias sino para vernos como separables de las mismas”.

Todos los procesos metacognitivos ilustrados hasta el momento, y desarrollados a través de la práctica del mindfulness, pueden tener una relevancia clínica significativa para la patología obsesiva. El problema en el TOC es que los individuos a menudo tienden a *cosificar* su relación con las cogniciones y consideran los pensamientos como algo real, como una representación verdadera y permanente de la realidad del *sí mismo* (en particular en pacientes con *insight* o introspección más pobre). Así, tales pensamientos “reales” reciben una importancia excesiva (OCCWG, 1997). Cuando los pacientes obsesivos se dan cuenta de la temporalidad de todos los estados mentales, son más capaces de relacionarse con la experiencia privada con un sentido de *no apego*, desarrollando un nivel más elevado de tolerancia para los estados internos desagradables y retirándose de patrones de conducta automáticos (neutralizaciones, compulsiones, búsqueda de consuelo) que mantienen el síndrome obsesivo. Así, podemos asumir que para los pacientes con TOC esos mecanismos pueden suponer una mejora y un aumento del nivel de *insight* o introspección y de la ego-distorsión (referido al grado en el que el contenido de la obsesión es contrario o inconsistente con el sentido del *sí mismo* de una persona como se refleja en sus valores, ideales y atributos morales básicos), (Purdon, 2001; Purdon y Clark, 1999). Esto, a su vez, puede hacer disminuir las tendencias a juzgar y a reaccionar (con comportamiento compulsivo) ante la experiencia cognitiva, emocional y sensorial, como activar sesgos de fusión pensamiento-acción. Además, en las intervenciones basadas en mindfulness y en aceptación, el terapeuta a menudo utiliza metáforas o ejercicios de visualización dirigida (véase el capítulo 7) cuyo objetivo es permitir a los pacientes interiorizar e incorporar indirectamente varios elementos de la realidad exterior (relacionados de alguna manera con principios de mindfulness –p. ej. *meditación del lago*, véase el Anexo A), que pueden transformarse más adelante en recursos potentes. La metáfora también se propone como herramienta terapéutica para desarrollar y mejorar procesos de descentramiento, desapego y defusión.

Aceptación y TOC

Un problema central de los individuos obsesivos es la *aceptación*. Para ellos es muy difícil, o a menudo imposible, aceptar varias experiencias relacionadas con su problema: pensamientos intrusivos u obsesivos, consecuencias imaginadas y temidas de no impedir un daño o de hacer las cosas incorrectamente, emociones negativas (ansiedad, culpabilidad, disgusto), sensaciones físicas. Así pues, las personas con TOC no son capaces de aceptar experiencias potencialmente normales y no amenazantes (véanse también la sección sobre la formulación de problemas y la figura 11.1).

Pensamientos, Emociones, Sensaciones	¿Estoy intentando cultivar la aceptación ahora hacia esas experiencias interiores? (Sí/No)	¿He sido capaz de permitir y aceptar este estado (emoción, sensación, pensamiento) y permanecer en contacto con el mismo sin reaccionar? Si no, ¿por qué?	COMENTARIOS ¿Cómo me siento ahora si he podido aceptarlo? ¿Cómo me siento ahora si no he sido capaz de aceptar? ¿Cuáles son las consecuencias?

Figura 11.1. Tarea de tabla de aceptación

Como queda bien ilustrado en otros capítulos de este libro, la aceptación es uno de los principales componentes de los enfoques basados en mindfulness y se define como un proceso momento a momento mediante el cual uno se aleja de ver los pensamientos y los sentimientos como la realidad o como cosas que tienen que cambiarse, y se acerca a aceptarlos simplemente como eventos internos que no necesitan alterarse sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma, especialmente cuando el hacerlo causaría daño psicológico (Hayes et al.; 1999). A través de la aceptación, pueden darse cuenta de acontecimientos

internos que experimentan al tiempo que renuncian a todo esfuerzo por evitarlos o cambiarlos y responden a los hechos que han acontecido en lugar de a la experiencia interior provocada por tales acontecimientos (Hayes et al.; 1996). El uso de la aceptación para pacientes TOC implica un abandono consciente de conducta que funciona como evitación experiencial y una voluntad de experimentar las emociones y los pensamientos tal cual surgen, sin ningún procesamiento elaborativo secundario (juicio, interpretación, valoración, metaevaluación).

El mindfulness es un proceso de entrenamiento mediante el cual los pacientes aprenden a observar tranquilamente su experiencia interior con un sentimiento de claridad y sin responder (Schwartz y Beyette, 1997). El proceso de observar en el interior de uno mismo y a uno mismo ayuda a darse cuenta cada vez más de que pueden cambiar sus respuestas a esos pensamientos de maneras muy adaptativas. A fin de ayudar a los pacientes con TOC a observar y a analizar su nivel de aceptación de la experiencia privada, los pensamientos en particular, y a desarrollar y cultivar esa actitud, puede ser útil encargarles una tarea que deban realizar ellos solos (véase la figura 11.1) y en la que se les pida que rellenen un formulario cuando surjan experiencias internas negativas, indicando la experiencia privada (emociones, sensaciones, pensamientos) durante las situaciones críticas, si están dispuestos o no a aceptar ese estado, si son capaces de cultivar aceptación hacia el mismo, y si no, por qué, y cuáles son las consecuencias de hacerlo o no. Este ejercicio puede mejorar la conciencia metacognitiva de la actitud de los pacientes hacia la experiencia privada y permitirles darse cuenta de cuáles son las consecuencias de esa actitud en su experiencia cognitiva y emocional y en su enfermedad.

Duda obsesiva y autoinvalidación de la dimensión perceptiva-sensorial

Las cosas no son como parecen, son como somos nosotros. No vemos las cosas según son, las vemos según somos

Talmud

Varios estudios revelan que los pacientes con TOC, en particular los comprobadores, carecen de *confianza* en su memoria (Sher, Frost y Otto, 1983; McNally y Kohlbeck, 1993) y que están

menos satisfechos con la viveza de sus recuerdos (Constans, Foa, Franklin y Matthews, 1995). La observación empírica y algunos estudios sugieren que esta falta de confianza sólo está relacionada con estímulos relacionados con el TOC (Foa et al.; 1997) y con situaciones amenazadoras, y resulta significativamente inferior o a menudo nula en condiciones normales o de seguridad (p. ej. durante una sesión de psicoterapia).

Más concretamente, Hermans, Martens, De Cort, Pieters y Eelen (2003) muestran que esta escasa confianza cognitiva de los pacientes con TOC está presente a tres niveles distintos como mínimo: poca confianza en su memoria para acciones, poca confianza en su capacidad para distinguir entre acciones e imaginaciones y poca confianza en su capacidad para mantener una atención sin distracciones.

Según la hipótesis del sesgo atencional del que ya hemos hablado (Lavey et al.; 1994; Amir y Kozak, 2002), Hermans et al. (2003) sugerían, con el fin de explicar esta falta de confianza, que los individuos que sufren de TOC desconfían de la precisión o de la exactitud de un comportamiento previo de evitación (comprobar, lavar) porque es posible que elementos importantes de ese comportamiento puedan haberse pasado por alto debido a una distracción o a momentos de menor atención.

También se ha sugerido (Didonna, 2003, 2005) que esta escasa confianza en la experiencia cognitiva de los pacientes TOC –y de los “comprobadores” en particular– puede depender de un sesgo cognitivo al procesar y/o utilizar información sensorial relevante sobre situaciones que tienden a generar pensamientos obsesivos. Sesgo que puede conceptualizarse como una *autoinvalidación de la experiencia perceptiva*. También existe la hipótesis de que este problema pueda desempeñar un rol decisivo en la activación de la duda patológica y en la relación entre la experiencia perceptiva consciente del paciente y la fenomenología obsesiva.

La observación clínica (Didonna, 2005) sugiere que durante las sesiones de psicoterapia, los pacientes obsesivos suelen ser capaces de recordar la experiencia perceptiva que sintieron durante los eventos evocadores de ansiedad que activaron las obsesiones. Sin embargo, también observamos que durante una crisis obsesiva experimentan una dificultad considerable para recuperar voluntariamente y confiar en su propia información sensorial relacionada con ese evento y entonces se vuelven inseguros de su propia experiencia. Si esta información se

utilizara en lugar de ser descartada, podría neutralizar la duda obsesiva. Debido al fenómeno de círculo vicioso en el que quedan atrapados los pacientes (cf. figura 11.2), este déficit de validación inicial lleva a una sobreevaluación de la duda, que tiende a *invalidar* y que puede “escotomizar” cada vez más (para cubrir o excluir algunos elementos del campo perceptual y experiencial) y a oscurecer la objetividad de su propia experiencia perceptiva. En palabras de la monja budista norteamericana Pema Chödrön (2002) “Que experimentemos lo que nos ocurre como un obstáculo y un enemigo o como un maestro y un amigo depende por completo de nuestra percepción de la realidad. Depende de la relación que tengamos con nosotros mismos”.

En el siguiente caso ejemplo un joven de 23 años realiza “rituales de comprobación” que consisten en volver a casa hasta 15 y 20 veces para comprobar si ha cerrado las persianas de su piso, en la octava planta de un edificio de apartamentos. El paciente temía que un ladrón pudiese entrar en su casa en su ausencia y robar todas sus pertenencias. Durante la terapia, era capaz de recuperar un recuerdo visual de las persianas completamente cerradas y de las habitaciones a oscuras; podía visualizar sus manos moviéndose mientras manipulaba el tirante junto a la ventana para desenrollar las persianas y tenía el recuerdo sonoro del ruido que éstas hacen. De hecho, el paciente relataba ambos recuerdos, el visual y el sonoro, con precisión y detalle. El problema era que durante la crisis obsesiva, no utilizaba esos recuerdos en absoluto.

Para entender el motivo subyacente del desarrollo del fenómeno obsesivo puede ser útil plantear una pregunta aparentemente obvia: ¿por qué la mayoría de personas *no* presentan síntomas obsesivos? La hipótesis propuesta por el autor –también útil en términos del proceso de *normalización* del fenómeno obsesivo con pacientes– es que en las personas que no padecen síntomas TOC, la duda obsesiva sobre acciones o hechos no se activa porque utilizan automáticamente, y *autovalidan* simultáneamente su propia experiencia en las distintas situaciones que encuentran, con lo que destacan la conciencia y le otorgan la prioridad necesaria. De hecho, los pacientes obsesivos (en particular aquéllos con buen *insight* o introspección) incluso tendrían, en su *almacén de recuerdos episódicos*, un recuerdo sustancialmente claro de las experiencias sensoriales. La conciencia o el uso de este recuerdo podría neutralizar la activación de la duda, pero esos pacientes no son capaces de validar esa

información.

Validar la propia experiencia perceptiva significa que uno la considera real y objetiva: la conciencia de la experiencia perceptiva es jerárquicamente superior en la activación de las emociones y el comportamiento de un individuo. Por ejemplo, si después de salir de casa, la gente se pregunta si ha apagado las luces o no, puede recuperar inmediatamente el recuerdo de la experiencia visual de ver una habitación oscura o la del dedo pulsando el interruptor para apagar la luz. Aunque quizás la imagen no sea perfectamente clara, un recuerdo así suele bastar para prevenir la activación de la duda. En los pacientes obsesivos también, y especialmente en aquéllos con buen *insight* o introspección, podemos presumir que un recuerdo claro de las experiencias sensoriales (visuales, auditivas, táctiles, etc.) está presente en el almacén de recuerdos episódicos, cuya conciencia y utilización les permitirá ver sus dudas recurrentes como infundadas. Sin embargo, esos pacientes son incapaces de validar la información que tienen disponible. De hecho, la experiencia del paciente podría quedar relegada a una posición secundaria con respecto a la duda obsesiva. El paciente podría decir por ejemplo “Sé que he cerrado el grifo. Recuerdo haberlo hecho pero no estoy completamente seguro de haberlo hecho ¡y necesito estarlo!”. Este tipo de fenómeno sólo ocurre cuando el paciente tiene que hacer frente a una situación que puede asociarse de alguna manera con el evento temido. Además, su aparición se debe a una evaluación disfuncional de la *gravedad* del hecho, más que a su probabilidad. Por consiguiente, el sujeto puede evaluar el evento como tan “grave” (aunque sea muy improbable) que hasta el riesgo más leve de que ocurra es inaceptable. Esta falta de confianza en la experiencia sensorial propia es una hipótesis que debe vincularse con el miedo que encontramos en los pacientes con TOC –si se produce un error personal– de ser excluidos, marginados y humillados por su grupo social (Guidano y Liotti, 2006; Didonna, 2003, 2005). Así pues, un tratamiento basado en mindfulness tendría una influencia importante en la capacidad de los pacientes obsesivos de validar los recuerdos y la conciencia de su experiencia perceptiva en cada momento. De este modo, la práctica del mindfulness serviría de antídoto para la activación de ideas obsesivas, logrando neutralizar las dudas patológicas.

Uno de los problemas de los pacientes con TOC es que en las situaciones que producen ansiedad y durante las crisis obsesivas, es muy posible que entren en un estado mental

diferente. El insight o introspección sobre la naturaleza irracional o sinsentido de las obsesiones es situacional (Kozak y Foa, 1994; Steketee y Shapiro, 1995). De hecho, en la práctica clínica a menudo se observa que en pacientes TOC, el grado de introspección alcanza los niveles más bajos durante situaciones críticas, en comparación con condiciones “normales” no amenazadoras. Esa es la razón por la que los pacientes podrían beneficiarse de la práctica regular de mindfulness, que tiene el efecto, entre otros, de estabilizar y normalizar los estados mentales y los procesos metacognitivos de las personas (véase también el capítulo 4 de este libro).

Una técnica basada en mindfulness: técnica de validación de la experiencia perceptiva (VEP)

La confianza está íntimamente ligada a la correspondencia entre nuestras percepciones y la realidad.

– Matthieu Ricard

La hipótesis ilustrada en la sección anterior conforma *el fundamento* de una técnica terapéutica denominada técnica de la validación de la experiencia perceptiva (VEP), cuyo objetivo es formar a los pacientes que sufren TOC, en particular a los comprobadores, para que presten atención de manera consciente a su propia experiencia perceptiva y que *validen* en la medida de lo posible su recuerdo y su conciencia, utilizándolos como un “antídoto” contra la activación de las ideas obsesivas. Como ya se ha dicho antes, durante las crisis obsesivas la capacidad de procesamiento de la información de los pacientes puede verse comprometida. A menudo experimentan dificultades importantes para creer su propio recuerdo de las experiencias perceptivas que han tenido. Normalmente los pacientes con TOC que no están totalmente incapacitados por el trastorno y los que tienen buen *insight* o introspección también tienen una buena conciencia de sus procesos de toma de decisiones, que realizan con éxito varias veces al día en situaciones no relacionadas con el trastorno. Para ello, deben ser totalmente conscientes de la información perceptiva que informa dichas decisiones. El problema surge en situaciones que evocan ansiedad, en las que los pacientes con TOC no son

capaces de validar (o no están acostumbrados a validar) sus percepciones y por lo tanto no pueden luchar contra la duda que, eventualmente, les supera.

Basándose en esta hipótesis, el autor (Didonna, 2003, 2005) desarrolla un procedimiento cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a validar su experiencia perceptiva durante situaciones críticas a fin de dar crédito a ese recuerdo como objetivo y real y, por consecuente, minimizar la importancia de la duda. La idea básica, avalada por la experiencia clínica con docenas de casos, es que ayudar y formar a los pacientes para que presten atención al flujo continuo de su propia experiencia de manera consciente y para que lo validen continuamente puede funcionar como *antídoto* de la duda. Esto tiene lugar inicialmente durante la sesión y el paciente aprende a desarrollar un hábito continuo y persistente para hacerlo *in vivo*, primero en situaciones normales (que no inducen a ansiedad) y después en situaciones críticas. Se trata de una actividad que puede favorecer la reducción o la eliminación del déficit en la memoria de trabajo y el sesgo cognitivo de *autoinvalidación*. Existe la hipótesis de que practicar con regularidad la atención consciente (*mindful*) y sostenida a los estímulos ordinarios durante la vida cotidiana y aportar a esas percepciones una validación clara e intencionada también puede crear una mejora en la autorregulación de la atención.

La técnica es un proceso que implica diversos pasos (véase la figura 11.2). El primero es que los pacientes redacten una descripción precisa de un pensamiento intrusivo (duda, obsesión, imagen) que les gustaría trabajar y que indiquen lo convencidos que están (en %) de que el evento temido ocurrirá, ha ocurrido, su gravedad, o que podrían ser responsables del mismo, y el nivel de incomodidad o de ansiedad que experimentan al pensarlo (0-100). A continuación se les pide que dividan el papel en dos columnas. A la izquierda tienen que escribir toda la información que recuerden de su experiencia perceptiva en una situación dada incompatible o en conflicto con la duda obsesiva (p. ej. *Vi que la ventana estaba cerrada*). A la derecha escribirán todo lo que mantiene a la duda obsesiva activa (inferencias, suposiciones, hipótesis, razonamiento selectivo, etc.) y que no se basa, en modo alguno, en su experiencia (p. ej. *“Podría haberlo hecho sin darme cuenta”*). Es importante que el paciente entienda que no debe escribir a la izquierda nada que proceda de consuelos externos ni ningún ritual que se vería reforzado por situarlo en esa columna. El siguiente paso es dual: por una parte, tiene que haber una intervención de *validación de la experiencia perceptiva* de los pacientes (columna

de la izquierda). El terapeuta confirma a través de conducta verbal y no verbal que cree que lo que el paciente indica haber percibido es real, objetivo e indisputable. Por otra parte, el terapeuta tiene que intentar ayudar a los pacientes a aprender a observar la experiencia de manera consciente y a *autovalidarla*, no sólo durante la sesión, sino también, y más importante todavía, fuera de la misma. Esto hará que, automáticamente y a menudo de inmediato, los pacientes otorguen menos importancia a los elementos que “alimentan” la duda. Una frase que suele utilizarse con pacientes TOC para ayudarles en este proceso es “Tus sentidos no mienten”.

Efectivamente, siguiendo una serie de ejercicios, esos elementos (los de la columna de la derecha) tenderán a estar cada vez menos presentes. Es importante que los pacientes entiendan que no deberían poner demasiados elementos perceptivos en la columna de la izquierda ya que esto generaría rumiación inútil y sería contraproducente. Un único elemento relacionado con la experiencia perceptiva debería considerarse suficiente con la mayoría de personas para neutralizar la duda y poner punto y final al ritual obsesivo. Necesitan ser conscientes de que se trata, de hecho, de lo que hacen en situaciones no relacionadas con el problema obsesivo. Por ejemplo, uno de los siguientes recuerdos podría considerarse necesario y suficiente: “No oí un choque”, “Vi que la habitación estaba a oscuras cuando abandoné la casa”, “No oí ningún sonido de bebé procedente de ese contenedor de basuras”, etcétera. Al final del ejercicio, se pide a los pacientes que vuelvan a identificar el grado en el que están convencidos de que el pensamiento que están teniendo en ese momento relacionado con el evento temido es verdadero y realista, y comparar el nivel inicial de incomodidad con el nivel presente.

En un único estudio de caso (Didonna, 2003) (véase la figura 11.2), una paciente de 28 años estaba obsesionada con la idea de que mientras conducía su coche podría chocar con otro –*sin darse cuenta*– y que el daño producido podría causar la muerte del otro conductor. Analizando el recuerdo de la paciente de su experiencia durante el evento temido, durante una sesión de tratamiento se descubrió que poseía un recuerdo muy claro de su experiencia sensorial, que hubiera neutralizado y prevenido cualquier duda obsesiva (p. ej. “No oí ningún ruido de choque” o “No sentí que estaba perdiendo el control del vehículo”). Lo que la paciente era incapaz de hacer era simplemente validar y utilizar esas experiencias sensoriales durante sus crisis obsesivas. El terapeuta le ayudó a validar el recuerdo de la experiencia real, que era

bastante claro, dando mayor credibilidad a su experiencia (columna de la izquierda). A partir de ahí, la paciente otorgó automáticamente menos importancia a los elementos subjetivos que previamente habían alimentado su duda obsesiva (columna de la derecha). Al final del ejercicio, tanto su nivel de convicción con respecto al pensamiento obsesivo como su nivel de incomodidad disminuyeron. La paciente dijo: “Hoy he entendido que buscar continuamente todos los elementos que alimentan mis dudas y obsesiones (columna de la derecha) sólo lleva a tener nuevas dudas y obsesiones; a partir de ahora quiero dar más importancia a mi experiencia real”.

<p>Pensamiento intrusivo: “me temo que golpeé al camión que tenía aparcado detrás al salir del aparcamiento”</p> <p>Nivel de convicción: 75%</p> <p>Nivel de ansiedad/malestar (0-100): 80</p>	<p>Información procedente de mi propia experiencia perceptiva (Lo que vi, oí, olí, sentí, toqué, probé en esa situación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No oí ningún ruido en el coche. • Cuando miré por el retrovisor vi que el camión estaba suficientemente lejos como para que me supusiera un problema. • Cuando salía oí un ruido, pero no fue el típico ruido que se oye cuando se da un golpe a un coche. • Vi que el parachoques estaba perfecto. • Vi que el camión salía a la carretera sin ningún problema. 	<p>Información que no procede de mi propia experiencia perceptiva (Lo que me preocupa, lo que creo que ocurrió)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creo que di marcha atrás. • El conductor quizás no se dio cuenta de que le di un golpe. • Creo que estaba en el ángulo justo para darle un golpe.
<p>Nivel de convicción al final del ejercicio: 10%</p> <p>Nivel de ansiedad/malestar (0-100): 20</p>		

Figura 11.2. Ejemplo de utilización de la técnica de validación de la experiencia perceptiva (VEP)

Este procedimiento se repitió en otras sesiones y al final, la paciente sólo necesitaba un elemento “objetivo” de la columna de la izquierda para neutralizar las dudas obsesivas del otro lado del papel. También se le pidió que llevara a cabo el mismo procedimiento en casa

cada vez que aparecieran ideas obsesivas y que intentara mantener una actitud consciente y validadora de su propia experiencia a lo largo del día aunque no estuviera en una situación evocadora de ansiedad. Los resultados positivos del tratamiento se mantuvieron durante un seguimiento de 3 meses.

Más que una técnica terapéutica, resultaría más adecuado decir que la VEP es un estilo o una actitud consciente. Es una forma alternativa para los pacientes con TOC de relacionarse con su experiencia, ayudándoles a ver que la certeza es innecesaria porque la información que ya poseen es suficiente.

Formulación de problemas TOC y mindfulness

Como ya describieron Teasdale et al. (2003), cuando se suministra una intervención basada en mindfulness a personas con trastornos específicos, resulta particularmente importante compartir con los pacientes, tanto en terapia individual como de grupo, una formulación de problemas clara que explique el rol potencial del estado consciente (mindful) a fin de prevenir los mecanismos que mantienen el trastorno. El entrenamiento en mindfulness es efectivo cuando se vincula a visiones alternativas coherentes de los problemas de los pacientes; visiones que son compartidas con éstos y reforzadas a través de la práctica misma (Teasdale et al.; 2003).

Los trastornos de ansiedad son activados y mantenidos por metacogniciones disfuncionales sobre eventos mentales normales e inocuos. Siguiendo las conceptualizaciones cognitivas estándares de los trastornos psicológicos, la relevancia clínica del mindfulness para varias enfermedades, y para el TOC también, puede encontrarse en que interviene en un nivel radical y jerárquicamente superordinado, en particular, en un punto entre los estímulos activadores internos y externos y los procesos metacognitivos y los mecanismos mantenedores que conducen al malestar psicológico (figura 11.3). El mindfulness, que es un *modo ser* (véase el capítulo 1), puede cultivarse para prevenir o desactivar los procesos metacognitivos que llevan a los pacientes a introducirse en los ciclos de obsesiones viciosos y que se autoperpetuan y a los comportamientos contraproducentes asociados. (Didonna, 2006, 2008).

Si comparamos el TOC con un diagnóstico relacionado como el trastorno de pánico, podemos observar que en ambos el problema surge por cómo se perciben algunas experiencias normales (figura 11.3). Observando un modelo cognitivo estándar de estos problemas, en el caso del síndrome obsesivo compulsivo, el desencadenante por lo general es una cognición intrusiva, mientras que en el caso del pánico, el desencadenante hay una o más sensaciones físicas normales. Como consecuencia, el paciente empieza a interpretar esas experiencias normales como peligrosas (metacognición), lo que en el caso del TOC puede implicar una idea omnipresente de responsabilidad ante un el daño, mientras que en el trastorno de pánico implicará un pensamiento de catástrofe inminente. Entonces, esas dos metaevaluaciones activan los mecanismos de mantenimiento de ambos trastornos: El “modo hacer” (neutralización, rituales, búsqueda de reaseguro, rumiación) y los sesgos cognitivos (autoinvalidación perceptiva, sesgos de atención, fusión pensamiento-acción, sesgo de no aceptación) por un lado, y el *comportamiento de búsqueda de seguridad*, por el otro (evitación, huir, etc.), pero también estados emocionales, ansiedad, culpa, vergüenza, disgusto, depresión en TOC y ansiedad en el pánico, que reforzarán las metacogniciones iniciales que mantienen al trastorno. Compulsiones, neutralizaciones y comportamientos de seguridad son actos que se llevan a cabo en un intento por reducir la amenaza percibida y la ansiedad y el malestar causados por las metacogniciones, pero el alivio es solamente temporal; de hecho, son comportamientos que más que reducir, aumentan la ansiedad. Esas reacciones mantienen el problema e impiden la habituación a la ansiedad y a la desconfirmación de los miedos del paciente (Didonna, Salkovskis, 1996, 2006, 2008).

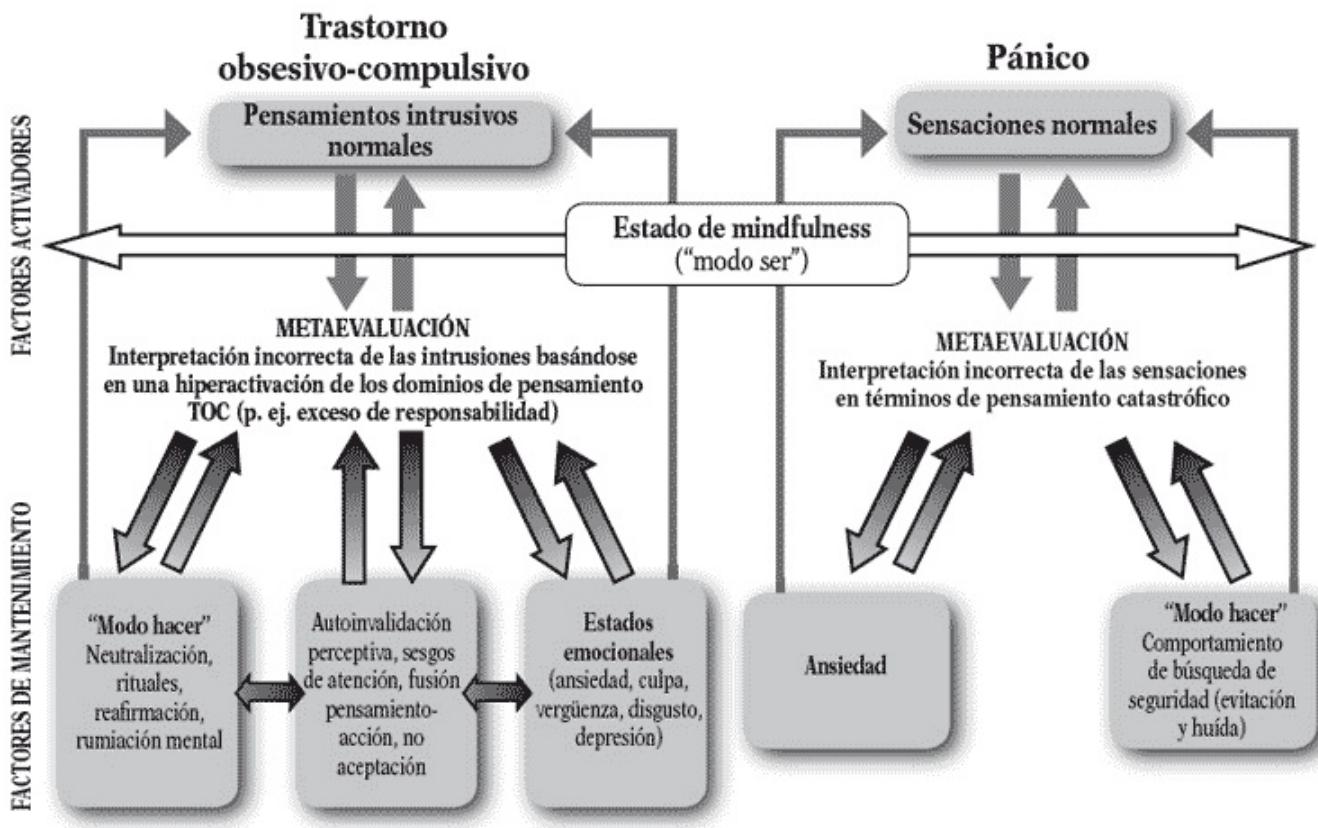


Figura. 11.3. Formulación cognitiva del rol y de los efectos de la práctica y del estado mindfulness con respecto a factores de activación y mantenimiento en el TOC y en el trastorno de pánico.

La activación de un estado consciente (un “modo ser”) interviene en una etapa temprana en la activación de los síntomas de esos trastornos, y eso permite al paciente adoptar una actitud distinta frente a las experiencias iniciales internas “normales” (pensamientos, sensaciones) desde el momento en el que es consciente de los mismos, mediante una actitud de aceptación, autovalidación y de no juzgar. Una actitud de este tipo, cultivada a través de la práctica del mindfulness, impide la activación de esos procesos metaevaluacionales que, de lo contrario, darían lugar al síndrome ansioso (Figura 11.3).

El entrenamiento en mindfulness puede ayudar a los pacientes con TOC a inhibir un procesamiento elaborativo secundario de los pensamientos, sentimientos y sensaciones que aparecen en el flujo de conciencia y que pueden producir mejoras en la inhibición cognitiva, en particular a nivel de la selección de estímulos (Bishop et al.; 2004). Este efecto puede

evaluarse objetivamente utilizando tests específicos que implican la inhibición del procesamiento semántico (p. ej. tarea emocional de Stroop; Williams, Mathews y MacLeod, 1996).

Integrar terapia cognitivo-conductual y mindfulness

Siempre haga lo que tiene miedo de hacer.

Ralph Waldo Emerson

A diferencia de la terapia cognitivo-conductual estándar, en las intervenciones basadas en mindfulness el objetivo principal no es cambiar el contenido del sistema de cogniciones del paciente sino cambiar la manera que tiene de relacionarse con él. Durante el entrenamiento en mindfulness se ayuda a los pacientes a pasar de un enfoque en el pasado y en el futuro (condicionado por recuerdos y rumiación) a un enfoque en el momento presente, desarrollando un proceso de *descentramiento y desidentificación* de la experiencia personal (Segal et al.; 2006). Los tratamientos basados en mindfulness se centran en alterar el *impacto* y la *respuesta* de pensamientos, emociones y sensaciones. Así, puede resultar particularmente efectivo para un trastorno como el TOC en el que la intolerancia de la experiencia interior negativa y la consecuente evitación conductual desempeñan un papel central.

Sin embargo, llevar a cabo intervenciones de mindfulness con pacientes obsesivos no siempre es fácil, especialmente en el caso de pacientes con un sufrimiento severo o crónico, ya que son pacientes que suelen tener esquemas y actitudes rígidas hacia su experiencia interior. Una solución para este problema que también sugieren otros autores (Schwartz y Beyette, 1997; Hannan y Tolin, 2005; Wilhelm y Steketee, 2007; Fairfax, 2008), y que se ha adoptado en la Unidad de trastornos de ansiedad y de conducta de Vicenza, es integrar la terapia cognitivo-conductual con una intervención basada en mindfulness. Integración que podría resultar útil suministrada en tres fases, que se resumen a continuación:

1. *Formulación de problemas.* Puede hacerse durante algunas sesiones preliminares en las que terapeuta y paciente logran una conceptualización clara y compartida de los factores

que activan y mantienen el TOC (Salkovskis, 1985) y del posible rol y efectos del mindfulness en este proceso (véase la figura 11.3). Con ello, el paciente entiende cómo funciona su problema y cómo la práctica del mindfulness podría poner en peligro los mecanismos disfuncionales destacados por la formulación de problemas. El mindfulness puede mejorar los déficits del TOC, cambiar los modos y los factores de mantenimiento del trastorno, ayudar al paciente a modificar su forma de relacionarse con toda la experiencia (interior y exterior), y desarrollar una nueva *forma de ser*.

2. *Entrenar a los pacientes en las habilidades de mindfulness.* Para ello, resulta útil suministrar a los pacientes un grupo basado en mindfulness ya establecido y estructurado, como MBCT o MBSR, que se haya adaptado para pacientes con TOC. En este grupo se destacan la importancia y los efectos de la exposición, se aporta material psicoeducativo y se explica cómo los individuos obsesivos se relacionan con sus pensamientos, emociones y percepciones. También se ilustran los mecanismos mediante los cuales el mindfulness puede alterar actitudes TOC disfuncionales.
3. *Integrar técnicas de Exposición con prevención de respuesta (ERP) y mindfulness* utilizando *exposición consciente*. A diferencia de las técnicas ERP clásicas, en esta forma de exposición se invita continuamente al paciente a permanecer en contacto directo con su experiencia privada, observando detenidamente en cada momento la experiencia cognitiva, sensorial y emocional real que surge durante la exposición sin juicios, evaluaciones ni reacciones, impidiendo a propósito cualquier proceso metacognitivo en la experiencia real, o viendo las metacogniciones como simples pensamientos y atravesándolos.

La experiencia clínica anecdótica con docenas de pacientes con TOC sugiere que las sesiones (individuales o en grupo) deberían seguir el siguiente formato (véase la figura 11.4):

Práctica de mindfulness
(Mindfulness de respiración/cuerpo)



Exposición (en vivo o con visualización) a estímulos anxiogénicos
“Respiración como ancla”



Consciencia de pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones y observar
y describir activamente la experiencia privada sin juzgar



Utilizar actitudes permisivas, de “dejar pasar” y aceptación
hacia los pensamientos, sensaciones y estados emocionales
Utilizar estrategias de descentrado, defusión y desidentificación;
“los pensamientos son hechos mentales transitorios”
Utilizar metáforas (p. ej. “los pensamientos son como nubes en el cielo”)



Prevención de respuesta – evitar cualquier reacción abierta o encubierta
a la experiencia privada
(neutralizaciones, rituales, búsqueda de seguridad)



Breve ejercicio de mindfulness (p. ej. espacio de respiración)

Figura. 11.4. Ejemplo de modelo integrado de exposición
y de procedimiento de prevención de respuesta y de intervención
basada en mindfulness.

- A. La sesión empieza invitando al paciente a practicar un ejercicio de mindfulness que le permita introducirse en un estado mental estable, equilibrado y atento (p. ej. meditación sentada, escaneo del cuerpo –véase el Anexo A), abriendo completamente procesos atentos y sensoriales.
- B. Se expone al paciente (exposición en vivo o imaginativa) a situaciones o

desencadenantes angustiosos o que provoquen ansiedad. En cada momento de esta fase es importante invitar al paciente a prestar atención a un “ancla de atención” o “centro mindfulness” (p. ej. el cuerpo o un elemento sensorial como la respiración) con el fin de centrarse en el momento presente (“la respiración como ancla”) y observando lo que ocurre en la experiencia interior y exterior.

- C. El paciente prestará atención y será consciente de todos los pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones que surjan y observará y describirá activamente esta experiencia privada una y otra vez sin juzgar. Por ejemplo, el paciente puede describir la ansiedad como una serie de pensamientos y sensaciones físicas inocuas cuyo aumento no puede comportar ninguna consecuencia peligrosa.
- D. Deben utilizarse actitudes de permisividad, “dejar ser” y aceptación (aprendidas en la práctica de mindfulness) hacia pensamientos, sensaciones y estados emocionales. Se utilizan estrategias de descentramiento, defusión y desidentificación y con ese fin puede ser útil utilizar frases concretas que se usan durante grupos de mindfulness (p. ej. “los pensamientos son eventos mentales, no hechos”, “los pensamientos y las emociones son eventos pasajeros y no permanentes”) o invitar al paciente a utilizar metáforas específicas relacionadas con el mindfulness (p. ej. “pensamientos como nubes en el cielo”; véase también el capítulo 7 de este libro). El objetivo de esta fase no es cambiar el contenido de los pensamientos, sino cambiar la forma en la que los pacientes se relacionan con los mismos.
- E. Durante toda la sesión, resulta especialmente importante invitar y ayudar al paciente a prevenir toda neutralización abierta o encubierta a través de rituales o compulsiones, preguntándole a menudo qué piensa que hará en ese momento o después de la sesión (rituales) o si está utilizando pensamientos neutralizadores para abordar la ansiedad y el malestar. De ser así, se le invita a abandonar la neutralización y a devolver la atención a las sensaciones físicas reales o a la experiencia sensorial en el momento presente, puntuando el cambio del nivel de malestar (en una escala de 0 a 100) en cada momento. También se invita al paciente a observar cómo el malestar se expresa en sensaciones físicas específicas y a ser consciente de en qué parte del cuerpo se encuentran.
- F. La sesión terminará con un breve ejercicio de mindfulness (p. ej. espacio de respiración –

Segal et al.; 2006) con el fin de permitir al paciente recuperar un sentido de equilibrio, estabilidad y presencia.

Investigación basada en resultados

Actualmente no existen ensayos aleatorios y controlados que hayan investigado la efectividad de un tratamiento basado en mindfulness en casos de TOC. Sin embargo, existen algunos estudios que sugieren un resultado positivo y significativo utilizando varias formas adaptadas de enfoques o de meditación basados en mindfulness con este trastorno.

En un estudio de caso clínico, Singh, Wahler y Winton (2004) presentan el caso de una paciente que aprendió a mejorar su calidad de vida reformulando su TOC como un punto fuerte y mejorando su mindfulness de modo que pudiera incorporar su TOC a su vida cotidiana. Los resultados muestran que superó con éxito su TOC debilitador y se le retiró la medicación a los 6 meses de la intervención. Tres años de seguimiento demuestran que la paciente está bien adaptada, que disfruta de un estilo de vida pleno y saludable y que, aunque permanecen algunos pensamientos obsesivos, éstos no controlan su comportamiento.

En otro informe de caso, Patel, Carmody y Blair Simpson (2007) presentan a un paciente con TOC que rechazó el tratamiento con medicación o ERP y que fue tratado con un programa adaptado de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR). Tras un programa MBSR adaptado de 8 semanas, la evaluación final reveló reducciones clínicamente significativas de los síntomas de TOC, además de una mayor capacidad para provocar un estado de mindfulness.

Schwartz, Stoessel, Baxter, Martin y Phelps (1996) han investigado los efectos de una intervención cognitivo-conductual integrada con componentes basados en mindfulness (el programa de cuatro pasos) para un grupo de pacientes TOC. Este estudio, que utiliza métodos de imagen cerebral (PET, o tomografía por emisión de positrones), revela que los tratamientos basados en mindfulness están asociados con un cambio estructural y funcional significativo en las disfunciones cerebrales en las áreas relacionadas con el trastorno (*neuroplasticidad autodirigida*; Schwartz y Beyette, 1997; Schwartz y Begley, 2002; Schwartz, Gullifor, Stier y

Thienemann, 2005a). Algunos estudios de neuroimagen muestran que los pacientes con TOC podrían ser capaces de “reconstruir” los circuitos neuronales asociados con el trastorno (Schwartz y Beyette, 1997; Schwartz, 1998) cuando se adoptan métodos basados en mindfulness. La atención dirigida conscientemente puede causar una reorganización del cerebro, que lleva a un funcionamiento cerebral y conductual más adaptativo (el *efecto de quantum zeno*) (Graybiel, 1998; Graybiel y Rauch, 2000; Beauregard, Levesque y Bourgouin, 2001; Ochsner, Bunge, Gross y Gabrielli, 2002; Paquette et al.; 2003; Schwartz, 1999). Más concretamente, estos autores presentan la hipótesis de que actos de mindfulness repetidos y practicados con regularidad, pueden inhibir los circuitos de la parte del cerebro donde se forman los hábitos en los *ganglios basales* (Graybiel, 1998). Los *mecanismos de la corteza prefrontal* se ven directamente influenciados de manera muy adaptativa al instaurar deliberadamente la perspectiva de reformulación cognitiva consciente (Beauregard et al.; 2001; Ochsner et al.; 2002; Paquette et al.; 2003). La práctica regular de mindfulness renueva las conexiones cerebrales de un modo que tiende a calmar la corteza orbital-frontal patológicamente hiperactiva, del giro cingulado anterior y los circuitos del núcleo caudado a través de la *neuroplasticidad autodirigida* (Schwartz, 1999). Esos mismos estudios también muestran que el metabolismo cerebral de la corteza orbital-frontal cambia de manera significativa cuando los pacientes con TOC aplican enfoques basados en mindfulness (Schwartz y Begley, 2002).

Además, en un estudio piloto reciente (Didonna y Bosio, trabajo en curso de preparación) los autores investigan el efecto de una forma de MBCT adaptada para un grupo de seis pacientes con TOC (clasificación total media Y-BOCS: 21). Los datos preliminares de este ensayo abierto demuestran que 4 de los 6 pacientes mejoraron significativamente en Y-BOCS y en el inventario de Padua al final del tratamiento y que mantuvieron ese resultado en un seguimiento de 6 meses (tres de ellos remitieron completamente). Desde el principio del grupo de MBCT hasta el seguimiento, los pacientes no recibieron ningún otro tratamiento psicológico y los que tomaban medicación no habían modificado sus dosis desde cuatro meses antes del inicio del grupo MBCT y hasta el seguimiento. Los 4 pacientes que mejoraron mantuvieron un nivel medio-alto de práctica de mindfulness durante el grupo y los 6 meses posteriores. También se observa una correlación interesante entre la mejora significativa de los síntomas del TOC

(postratamiento y seguimiento) y la mejora significativa de la capacidad de mindfulness en el postratamiento y el seguimiento (evaluados con el cuestionario FFMQ, véase Baer et al.; capítulo 9 de este libro).

Todos esos hallazgos son alentadores pero hace falta llevar a cabo más investigación con ensayos controlados y aleatorios con muestras grandes para confirmar los efectos y los mecanismos que acabamos de ilustrar y para entender en qué medida los componentes del mindfulness afectan y mejoran los resultados de la terapia.

Conclusiones e indicaciones para el futuro

El único verdadero viaje de descubrimiento consiste no en buscar nuevos paisajes, sino en mirar con nuevos ojos.

—Marcel Proust

La introducción de las intervenciones basadas en mindfulness en el tratamiento psicológico del TOC es una aplicación relativamente reciente a pesar de que el progreso que esos enfoques han logrado en las últimas dos décadas sea digno de mención. Desde una perspectiva basada en mindfulness, el TOC puede conceptualizarse como un déficit en las habilidades de mindfulness. Así pues, un enfoque basado en mindfulness parece ser una intervención prometedora que puede mejorar algunas de las habilidades fundamentales implicadas en la fenomenología de los pacientes obsesivos. Más concretamente, la práctica del mindfulness puede reforzar las experiencias de exposición y, dado que es una estrategia antievitadora y un proceso antirumiación, mejorar el déficit de atención propio del TOC. Por otra parte, se ha presentado la hipótesis de que el mindfulness puede enseñar a los pacientes a validar su experiencia privada y a prevenir el procesamiento elaborativo secundario, uno de los principales factores activadores en el síndrome obsesivo. La autovalidación y la aceptación se proponen como actitudes terapéuticas que pueden modificar la autoinvalidación obsesiva, continua y constante de las propias experiencias privadas y del recuerdo de las mismas. La técnica de validación de la experiencia perceptiva (VEP) descrita en este capítulo es un

procedimiento de mindfulness que puede ayudar a los pacientes con problemas obsesivos a mejorar su capacidad de adquirir una atención consciente y utilizar la memoria de su propia experiencia sensorial para abordar la duda y la rumiación.

El mindfulness puede ayudar a los pacientes a darse cuenta de la *transitoriedad* de la experiencia (utilizando actitudes de aceptación, permisividad, “dejar pasar” y metáforas), desarrollando un sentido de *no-sí mismo* y de *no-apego* (utilizando procesos de desapego, desidentificación y defusión), sin necesidad de controlar ni de reaccionar a los pensamientos. La práctica del mindfulness también puede ser una intervención muy valiosa para mejorar las habilidades metacognitivas y aumentar el *insight* o introspección de los pacientes, así como la comprobación de la realidad y el funcionamiento general de los mismos. También puede ayudar a los pacientes a aprender a evitar la activación de los factores de mantenimiento del TOC que generan los círculos viciosos crónicos y autoreforzados del trastorno (véase la figura 11.3).

El mindfulness es una intervención menos específica que las técnicas conductuales estándares porque va destinada a enseñar a los pacientes una actitud, un estilo mental y una manera de estar presentes en toda la experiencia privada diferentes. Algo que puede tener implicaciones positivas con respecto a la intervención con TOC ya que es una entidad nosográfica heterogénea con numerosas comorbilidades. De hecho, es posible que esos pacientes necesiten una integración terapéutica con un enfoque más completo a su manera disfuncional de relacionarse con los pensamientos, con las emociones y las sensaciones, integrando así el mindfulness para TOC en una visión completa de su sufrimiento emocional y de su enfermedad.

La práctica del mindfulness puede integrarse en intervenciones tradicionales para TOC. Los datos de los que disponemos, así como la observación clínica, sugieren que la efectividad de los programas de tratamiento establecidos para problemas obsesivos puede aumentarse añadiendo práctica de mindfulness o componentes basados en mindfulness. En algunos casos, la integración se asocia con una mejora del resultado de la terapia en personas previamente descritas como resistentes a las intervenciones tradicionales. Además, el mindfulness ofrece una integración efectiva y menos aterradora con la terapia cognitivo-conductual, y en

particular ERP, con lo que se reduce el riesgo de abandono, muy elevado de por sí en pacientes con TOC que empiezan una intervención cognitivo-conductual basada en técnicas de exposición. El mindfulness puede mejorar la motivación para utilizar esas estrategias que aunque sean inductoras de ansiedad resultan efectivas.

Una cuestión que requiere más análisis es si existen contraindicaciones en los tratamientos basados en mindfulness para algunos tipos de pacientes TOC. La experiencia clínica y la observación en mi Unidad de Trastornos de Ansiedad y conducta sugieren que en general no hay contraindicaciones especialmente significativas para esos enfoques, ni para integrarlos en protocolos ya existentes –incluso para problemas importantes y con distintos tipos de dominios obsesivos. Además, el autor destaca que este tipo de tratamiento puede ser más efectivo con comprobadores y limpiadores obsesivos, y que puede haber una respuesta más pobre con personas con poco *insight* o introspección y menor egodistancia (p. ej. individuos con ideación sobrevalorada). En cualquier caso, deben encontrarse métodos, estrategias y formas de meditación (práctica de mindfulness) específicamente adaptados para la heterogeneidad del TOC y para trastornos comórbidos como la depresión, trastorno de la personalidad y disociación. Por ejemplo, quizás los pacientes con síntomas agudos deberían prepararse gradualmente para la práctica del mindfulness y las intervenciones deberían integrarse con la terapia cognitivo-conductual. Con problemas graves es muy útil suministrar una práctica del mindfulness en la que los pacientes puedan pasar *gradualmente* de la conciencia sensorial externa (p. ej. meditación andando) a experiencias de mindfulness interior (p. ej. escaneo del cuerpo), de ejercicios cortos a largos, y de una práctica informal de mindfulness a meditación formal (véase también el capítulo 24).

En la actualidad son demasiado escasos los estudios que han investigado los ingredientes terapéuticos del mindfulness para TOC para poder extraer conclusiones firmes sobre los mecanismos precisos de cambio. Sin embargo, pueden elaborarse varias observaciones aproximadas. A partir de los datos disponibles y de la observación clínica parece que las intervenciones basadas en mindfulness pueden generar cambios en algunos *déficits de mindfulness* específicos como los sesgos de atención, la rumiación, la fusión pensamiento-acción, el exceso de responsabilidad y la autoinvalidación de la experiencia privada. Una cuestión central que requiere investigación es saber si existen procesos cerebrales particulares

asociados con las enfermedades clínicas del TOC que la práctica del mindfulness altera (Farb et al.; 2007; Schwartz et al.; 1996; Lazar et al.; 2005). También es necesario entender los factores cognitivos, emocionales, conductuales, bioquímicos y neurológicos que contribuyen al estado de mindfulness (véase también el capítulo 3 de este libro), así como investigar los mecanismos a través de los cuales el entrenamiento en mindfulness puede crear cambios clínicos en casos de TOC.

Es importante llevar a cabo evaluaciones empíricas con una base metodológica sólida de los efectos de las intervenciones de mindfulness para el TOC, tanto en comparación con otras intervenciones establecidas como en tanto que componente de paquetes de tratamientos, utilizando para ello muestras de proporciones considerables y protocolos establecidos. Otro objetivo de la investigación podría ser determinar la efectividad diferencial de las intervenciones de mindfulness con distintos tipos de pacientes con TOC (comprobadores, limpiadores, órdenes, etc. y explorar la correlación entre unas mejores capacidades para mindfulness y el cambio clínico en individuos obsesivos.

El autor espera que este capítulo estimule avances en los tratamientos y el estudio empírico de las intervenciones basadas en mindfulness para el TOC y que ello permita a los facultativos abordarlo de manera efectiva y entender mejor los mecanismos clínicos de cambio para este problema crónico y desafiante.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición, texto revisado). Barcelona.
- AMIR, N.; KOZAK, M.J. (2002). “Information processing in obsessive compulsive disorder”. En R.O. FROST; G. STEKETEE, (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: theory, assessment, and treatment*. Elsevier Science Ltd.
- 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, 27-45.
- BEAUREGARD, M.; LEVESQUE, J.; BOURGOUIN, P. (2001). “Neural correlates of the conscious self-

regulation of emotion". *Journal of Neuroscience*, 21, RC165, 1-6.

BISHOP, S.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.; CARMODY, J.; SEGAL, Z.V.; et al. (2004). "Mindfulness: A proposed operational definition". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

BOHART, A. (1983). "Detachment: A variable common to many psychotherapies?". Artículo presentado en la 63^a convención anual de la Western Psychological Association, en San Francisco, California, EE.UU.

BOUCHARD, C.; RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R. (1999). "Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study". *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.

CLARK, D.A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Nueva York: Guilford Press.

CONSTANS, J.I.; FOA, E.B.; FRANKLIN, M.E.; MATTHEWS, A. (1995). "Memory for actual and imagined events in OC checkers". *Behaviour Research and Therapy*, 33, 665-671.

DEIKMAN, A.J. (1986). *El yo observador: misticismo y psicoterapia*. Fondo de cultura económica.

DE SILVA, P. (2000). "Obsessive-Compulsive Disorder". En L. CHAMPION; M. POWER (Eds.), *Adult psychological problems. An introduction, 2^a edición*. Hove: Psychology Press.

DE SILVA, P. (2003). "Obsessions, ruminations and covert compulsions". En R.G. MENZIES; P. DE SILVA (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. Nueva York: Wiley

DIDONNA, F. (2003). *Role of the Perceptive-Sensorial Experience in Activating Obsessive Doubt: The Perceptive Experience Validation Technique (PEV)*. Artículo presentado en el XXXIII congreso internacional de psicoterapia cognitiva y conductual - EABCT. Praga (República Checa) 10-13 de septiembre de 2003.

DIDONNA, F. (2005). "Ruolo dell'invalidazione dell'esperienza sensoriale nell'attivazione e mantenimento del dubbio ossessivo: La tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva". *Psicopatologia Cognitiva*, 2(2).

DIDONNA, F. (2006). *Mindfulness-based training for clinical problems*. Sesión con los

expertos, ponencia presentada en el XXXVI Congreso internacional de la Asociación europea para la terapia cognitiva y conductual. Paris (Francia), 21 de septiembre de 2006.

DIDONNA, F. “Mindfulness and its clinical applications for severe psychological problems: conceptualization, rationale and hypothesized cognitive mechanisms of change” (a la espera de su publicación).

DIDONNA, F.; BOSIO, V. “Mindfulness facets in a sample of Obsessive-Compulsive Disorder patients” (manuscrito en proceso de preparación).

EPSTEIN, M.; (2001). *Pensamientos sin pensador: Psicoterapia desde una perspectiva budista*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

FAIRFAX, H. (2008). “The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment”. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 53-59.

FARB, N.A.S.; SEGAL, Z.V.; MAYBERG, H.; BEAN, J.; McKEON, D.; FATIMA, Z.; ANDERSON, A.K. (2007). “Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference”. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance*.

FAN, J.; McCANDLISS, B.D.; SOMMER, T.; RAZ, A.; POSNER, M.I. (2002). “Testing the efficiency and independence of attentional networks”. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(3), 340-347.

FIELD, A.P.; ST-LEGER, E.; DAVEY, G.C.L. (2000). “Past-and future-based rumination and its effect on catastrophic worry and anxiety” (manuscrito en proceso de revisión).

FOA, E.B.; AMIR, N.; GERSHUNY, B.; MOLNAR, C.; KOZAK, M.J. (1997). “Implicit and explicit memory in obsessive-compulsive disorder”. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119-129.

FOA, E.B.; ILAI, D.; McCARTHY, P.R.; SHOYER, B.; MURDOCK, T.B. (1993). “Information processing in obsessive-compulsive disorder”. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173-189.

FRESCO, D.M.; MOORE, M.T.; VAN DULMEN, M.; SEGAL, Z.V.; TEASDALE, J.D.; MA, H.; WILLIAMS, J.M.G. (2007). “Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering”. *Behavior Therapy*, 38, 234-246.

FRESCO, D.M.; SEGAL, Z.V.; BUIS, T.; KENNEDY, S. (2007). “Relationship of posttreatment decentering

and cognitive reactivity to relapse in major depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 447-455.

GERMER, C.K.; SIEGEL, R.D.; FULTON, P.R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

GOLEMAN, D. (2004). *La meditación y los estados superiores de conciencia*. Málaga: Editorial Sirio S.A.

GRAYBIEL, A.M. (1998). "The basal ganglia and chunking of action repertoires". *Neurobiology of Learning and Memory*, 70, 119-123.

GRAYBIEL, A.M.; RAUCH, S.L. (2000). "Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder". *Neuron*, 28, 343-347.

GUIDANO, V.; LIOTTI, G. (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*. Chile: Cuatro Vientos.

HANNAN, S.E.; TOLIN, D.F. (2005). "Mindfulness and acceptance based behavior therapy for obsessive-compulsive disorder". En S.M. ORSILLO; L. ROEMER (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (págs. 271-299). Nueva York: Springer.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Guilford Press.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD, E.V.; FOLLETTE, V.M.; STROSAHL, K.; (1996). "Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

HERMANS, D.; MARTENS, K.; DE CORT, K.; PIETERS, G.; EELEN, P. (2003). "Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.

KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.

KOCOVSKI, N.L.; FLEMING, J.; RECTOR, N.A. (2007). "Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: Preliminary evidence from four pilot groups". Póster aceptado para presentarlo en la 41^a convención anual de la *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* (ABCT) en Filadelfia del 15 al 18 de noviembre de 2007.

KOZAK, M.J.; FOA, E.B. (1994). "Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.

KYRIOS, M. (2003). "Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder". En R.G. MENZIES; P. DE SILVA (Eds.). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. Nueva York: Wiley.

KLEE, S.H.; GARFINKEL, B.D. (1983). "The computerized continuous performance task: A new measure of inattention". *Journal of Abnormal Psychology*, 11, 487-495.

JAIN, S.; SHAPIRO, S.L.; SWANICK, S.; ROESCH, S.C.; MILLS, P.J.; BELL, I. et al. (2007). "A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction". *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11-21

JHA, A.P.; KROMPINGER, J.; BAIME, M.J. (2007). "Mindfulness training modifies subsystems of attention". *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.

LAVEY, E.H.; VAN OPPEN, P.; VAN DEN HOUT, M.A. (1994). "Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*. 32, 243-246.

LAZAR, S.W.; KERR, C.E.; WASSERMAN, R.H.; GRAY, J.R.; GREVE, D.N.; TREADWAY, M.T.; et al. (2005). "Meditation experience is associated with increased cortical thickness". *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.

MARLATT, G.A.; KRISTELLER, J.L. (1999). "Mindfulness and Meditation". En W.R. MILLER (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

MARTIN, J.R. (1997). "Limbering across cognitive-behavioral, psychodynamic and systems orientation's. En J.R. MARTIN (Chair), *Retooling for integration: Perspectives on the*

training of post-licensed psychotherapists. Simposio presentado en la 13^a conferencia anual de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Toronto, Canadá.

MCNALLY, R.J.; KOHLBECK, P.A. (1993). "Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 31, 249-253.

MENZIES, R.G.; DE SILVA, P. (Eds.) (2003). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment.* Nueva York: Wiley.

OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (1997). "Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.

OCHSNER, K.N.; BUNGE, S.A.; GROSS, J.J.; GABRIELLI, J.D.E. (2002). "Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion". *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(8), 1215-1229.

PAQUETTE, V.; LEVESQUE, J.; MENSOUR, B.; LEROUX, J.M.; BEAUDOIN, G.; BOURGOUIN, P.; BEAUREGARD, M. (2003). "Change the mind and you change the brain: Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia". *Neuroimage*, 18, 401-409.

PARASURAMAN, R. (1998). *The attentive brain.* Cambridge, MA: MIT Press.

PATEL S. R.; CARMODY, J; BLAIR SIMPSON, H. (2007). "Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report". *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375-380.

PATO, M.T.; ZOHAR-KADOUCH, R.; ZOHAR, J. (1998). "Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive compulsive disorder". *American Journal of Psychiatry*, 145, 1521-1522.

PEMA CHODRON (2002) *The Places that Scare You: A Guide to Fearlessness in Difficult Times.* Shambhala Classics.

POSNER, M.I. (1980). "Orienting of attention". *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32(1), 3-25.

POSNER, M.I.; ROTHBART, M.K. (1992). "Attentional mechanisms and conscious experience". En A.D. MILNER; M.D. RUGG (Eds.), *The neuropsychology of consciousness* (págs. 91-111).

Toronto: Academic Press.

PURDON, C. (2001). "Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state". *Behavior Therapy*, 32, 47-64.

PURDON, C. L.; CLARK, D.A. (1999). "Metacognition and obsessions". *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.

RACHMAN, S. (1993). "Obsessions, responsibility and guilt". *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.

RACHMAN, S.; SHAFRAN, R. (1998). "Cognitive and behavioural features of obsessive-compulsive disorder". En R.P. SWINSON, M.M. ANTONY, S. RACHMAN; M.A. RICHTER (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. Nueva York: Guilford.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. (1992). "The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder". *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.

RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R.; FREESTON, M.H.; LETARTE, H. (1994). "Inflated responsibility and its role in OCD. II Psychometric studies of a semi-idiographic measure". *Journal of Psychopathological Behaviour*, 16, 265-276.

ROBINS, L.; HELZER, J.; WEISSMAN, M.; ORVASCHEL, H.; GRUENGERGE, E.; BURGE, J.; et al. (1984). "Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites". *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.

ROGERS, R.D.; MONSELL, S. (1995). "Costs of a predictable switch between simple cognitive tasks". *Journal of Experimental Psychology*, 124, 207-231.

SAFRAN, J.D.; SEGAL, Z.V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

SALKOVSKIS, P.M. (1983). "Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations". *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311-313.

SALKOVSKIS, P.M. (1985). "Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis". *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

SALKOVSKIS, P.M. (1996). "The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking

behavior, and the special case of health anxiety and obsession". En P. M. SALKOVSKIS, (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (49-74). Nueva York: Guilford.

SALKOVSKIS, P.M.; RICHARDS, C.; FORRESTER, E. (2000b). "Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder". En W.K. Goodman, M. V. Rudorfer; J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Contemporary Issues in Treatment*. Mahwah, NJ: Elbaum.

SALKOVSKIS, P.M.; SHAFRAN, R.; RACHMAN, S.; FREESTON, M. H. (1999). "Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research". *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.

SHAPIRO, S.L.; CARLSON, L.E.; ASTIN, J.A.; FREEDMAN, B. (2006). "Mechanisms of mindfulness". *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

SHER, K.J.; FROST, R.O.; OTTO, R. (1983). "Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study". *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357-363.

SCHWARTZ, J.M. (1998). "Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioral therapy response in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behavior". *British Journal of Psychiatry*, 173, *Supplement 35*, 39-45.

SCHWARTZ, J.M. (1999). "A role for volition and attention in the generation of new brain circuitry: Toward a neurobiology of Mental force". Número especial de *Journal of Consciousness Studies*, LIBET, B.; FREEMAN, A.; SUTHERLAND, K. (Eds.): "The Volitional Brain: Towards a neuroscience of free will". *Journal of Consciousness Studies*, 6(89), 115-142.

SCHWARTZ, J.M.; BEGLEY, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force* (1^a edición). Nueva York: Regan Books.

SCHWARTZ, J.M.; BEYETTE, B. (1997). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. Nueva York: Harper Collins.

SCHWARZ, N.; BLESS, H. (1991). "Happy and mindless, but sad and smart? The impact of affective states on analytic reasoning". En J. FORGAS (Ed.), *Emotion and social judgements*. 55-71. Londres: Pergamon.

SCHWARTZ, J.; GULLIFOR, E.Z.; STIER, J.; THIENEMANN, M. (2005a). *Mindful awareness and self*

directed neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approach to mental health with focus on obsessive compulsive disorder: Haworth Press.

SCHWARTZ, J.M.; STOESSEL, P.W.; BAXTER, L.R.; MARTIN, K.M.; PHELPS, M.E. (1996). "Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder". *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-113.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SIMON, G.; ORMEL, J.; VONKORFF, M.; BARLOW, W. (1995). "Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care". *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.

SINGH, N.N.; WAHLER R.G.; WINTON, A.S.W. (2004). "A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder". *Clinical Case Studies*, 3(4), 275-287.

SNELLING, J. (1991). *The Buddhist handbook*. Rochester, VI: Inner Traditions.

STEKETEE, G.; SHAPIRO, L.J. (1995). "Predicting behavioural treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder". *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.

TEASDALE, J.D. (1999). "Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders". *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.

TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; MARK, G. (1995). "How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?". *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.

TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M. (2003). "Mindfulness training and problem formulation". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.

TROBE, T.; TROBE, G.D. (2007). *De la confianza ficticia a la confianza real*. Madrid: Gulaab.

WEISSMAN, M.M.; BLAND, R.C.; CANINO, G.J.; GREENWALD, S.; HWU, H.G.; LEE, C.K.; et al. (1994). "The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

WELLS, A.; PAPAGEORGIU, C. (1998). "Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs". *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.

WILHELM, S.; STEKETEE, G. (2007). "Recent Advances in the Assessment and Cognitive Treatment of Obsessive Compulsive Disorder". Taller presentado en el Congreso mundial de terapia cognitiva y conductual. Barcelona, Julio de 2007.

WILLIAMS, J.M.G.; MATHEWS, A.; MACLEOD, C. (1996). "The emotional Stroop task and psychopathology". *Psychological Bulletin*, 120(1), 3-24.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996). *Carga mundial de morbilidad*. Ginebra: OMS.

ZYLOWSKA, L.; ACKERMAN, D.L.; YANG, M.H.; FUTRELL, J.L.; HORTON, N.L.; HALE, T.S.; C. PATAKI; S.L. SMALLEY (2008). "Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD: A Feasibility Study". *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746

12

Terapia cognitiva basada en mindfulness para depresión y tendencias suicidas

Thorsten Barnhofer y Catherine Crane

*Encuentro esperanza en lo más oscuro de cada día y me concentro en lo más luminoso.
No juzgo al Universo.*

XIV Dalai Lama

Introducción

La depresión profunda es uno de los trastornos emocionales más prevalentes y más devastadores. Su impacto es omnipresente y afecta al funcionamiento social, individual y biológico. Para los individuos que sufren depresión, el pensamiento negativo domina las visiones del pasado personal, del sí mismo actual y del futuro personal, al tiempo que la falta de interés y la anhedonia reducen la participación en actividades que solían experimentarse como agradables. Esos síntomas psicológicos se acompañan de desregulaciones en varios sistemas físicos, con síntomas como fatiga y dificultad para concentrarse que socavan la capacidad de afrontar activamente los desafíos de la vida cotidiana. El individuo experimenta el estado de depresión como dolorosamente discrepante con su nivel habitual o deseado de funcionamiento y el estado de ánimo deprimido suele perpetuarse por las respuestas que genera: intentos por hacer frente a la situación que a menudo permanecen pasivos y una tendencia a implicarse en la evitación o en pensamientos repetitivos, analíticos y rumiantivos, que aumentan todavía más la posibilidad de deterioro del estado de ánimo. En una cantidad de casos significativa, la desesperanza asociada con este trastorno escala hasta ideas y comportamientos suicidas.

La prevalencia de la depresión en los países occidentales es extremadamente elevada. Las

estimaciones actuales de prevalencia en 1 año para depresión mayor en Europa son de cerca del 5% (Paykel, Brugha y Fryers, 2005), dato similar a las estimaciones recientes de Norteamérica, donde la replicación 2001-2002 del Estudio Nacional de Comorbilidad indicaba una prevalencia en 1 año del 6,6% (Kessler et al.; 2003). Es de suponer que esos valores aumentarán todavía más ya que existen estudios demográficos que muestran aumentos consistentes en las últimas décadas (Compton, Conway, Stinson y Grant, 2006), y se espera que la depresión mayor se convierta en la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo en el año 2020 (Murray y Lopez, 1996). En cerca del 25% de las personas deprimidas de la comunidad (Goldney, Wilson, Del Grande, Fisher y McFarlane, 2000) y el 50% de los pacientes deprimidos internados (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999) la depresión va acompañada de *ideas o conductas suicidas*.

Lo que hace que estas tasas tan elevadas de prevalencia resulten especialmente preocupantes es que para la mayoría de las personas afectadas, un episodio de depresión no es un hecho singular. Es muy probable que las personas que han sufrido un episodio de depresión sufran nuevos episodios. Por ejemplo, el estudio colaborativo de la depresión (CDS; Katz y Klerman, 1979) identificaba niveles de recurrencia del 25-40% tras 2 años, que aumentaban hasta el 60% tras 5 años (Lavori et al.; 1994), el 75% tras 10 años y el 87% tras 15 años (Keller y Boland, 1998), lo que sugiere que el riesgo de recaída permanece incluso después de un periodo prolongado de recuperación. Para aquéllos que se vuelven suicidas mientras están deprimidos, el panorama es igualmente preocupante. Quizás el mejor vaticinador de un caso de muerte por suicidio sea un historial de comportamiento suicida previo y cuando el suicidio haya sido una característica de un episodio de depresión, es muy probable que se reproduzca cuando se reproduce la depresión (Williams, Duggan, Crane y Fennell, 2006). Así pues, el tratamiento de la depresión en general y de la depresión suicida en particular requiere centrarse no sólo en aliviar los síntomas presentes sino también en reducir el riesgo de recaída en aquellas personas que han sufrido una depresión en el pasado.

La terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), desarrollada por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2006), fue específicamente diseñada pensando en los procesos de vulnerabilidad que la investigación cognitiva ha identificado como causa de la recaída depresiva. Es un programa de ocho semanas que combina la práctica de meditación

mindfulness, siguiendo la teoría desarrollada por Jon Kabat-Zinn (2004) con intervenciones de terapia cognitivo-conductual (CBT) utilizadas con éxito para el tratamiento de la depresión aguda. Igual que otras terapias cognitivo-conductuales de “tercera ola”, el énfasis del tratamiento reside en la aceptación y en el cambio, y el objetivo general es ayudar a los individuos que participan a ser más conscientes y a responder de otra manera a los pensamientos y a las emociones negativos que pudieran desencadenar ciclos descendentes de pensamiento y de estado de ánimo. Estudios más recientes han empezado a adaptar la MBCT para un uso específico con pacientes que experimentan ideas suicidas serias o comportamientos suicidas durante la depresión. El objetivo de estas páginas es describir el fundamento teórico de la MBCT y analizar cómo se suministra el tratamiento. También revisaremos brevemente los estudios actuales sobre la efectividad de la MBCT y presentaremos un ejemplo de caso para ilustrar el enfoque de tratamiento. Para terminar describiremos por qué la MBCT puede resultar especialmente adecuada para pacientes con historial de depresión suicida y destacaremos algunas adaptaciones iniciales del programa para este grupo de riesgo elevado.

Fundamento teórico

Como ya se ha dicho, el riesgo de recaída de la depresión aumenta espectacularmente con el número de episodios previos (p. ej. Solomon et al.; 2000). Es algo generalmente aceptado que el riesgo de recaída tras un primer episodio de depresión es del 50% aproximadamente, porcentaje que aumenta hasta cerca del 70% con un segundo, y hasta cerca del 90% con un tercer episodio (DSM-IV TR). Se trata de un hecho que tiene implicaciones importantes tanto para entender los factores que determinan la vulnerabilidad a la depresión como para el desarrollo de tratamientos efectivos, ya que los modelos de depresión deben tener en cuenta el aumento del riesgo de reaparición entre episodios ya sea asumiendo cambios en los factores que median en el riesgo, o por lo menos cambios en su contribución relativa a riesgos determinantes. Un ejemplo es la observación de que la relación entre acontecimientos vitales negativos y el inicio de episodios depresivos es mucho más fuerte para los primeros que para los episodios posteriores (véase un resumen en Monroe y Harkness, 2005). Ese estudio

sugiere que entre episodios, lo más probable es que la depresión se desencadene de forma autónoma o por factores de estrés cada vez más menores o idiosincrásicos. ¿Por qué ocurre y cuáles serían las implicaciones de su tratamiento?

Desde un punto de vista de ciencia cognitiva, estos resultados se han explicado en el marco de la activación diferencial (Segal, Williams, Teasdale, Gemar, 1996). La teoría de la activación diferencial sugiere que las asociaciones entre episodios depresivos se forman entre un estado de ánimo bajo y otras emociones (p. ej. ira, desesperanza), pensamientos (p. ej. actitudes disfuncionales) y comportamientos (p. ej. pasividad, tomar riesgos), que acontece en estados deprimidos. Si bien son patrones de respuesta que difieren de un individuo a otro, formando la “firma de recaída” exclusiva de cada persona, se sugiere que sin embargo serán relativamente estables para el mismo individuo con el paso del tiempo. De hecho, en los episodios de depresión, las asociaciones entre esos diferentes aspectos del “modo” depresivo se suponen reforzados (debido a la coactivación), de modo que cada vez son más coherentes y con un umbral reducido de activación. Así pues, los episodios depresivos cada vez se desencadenan con más facilidad, aumentando así la posibilidad de recurrencia y reduciendo la asociación entre acontecimientos vitales negativos importantes y comienzos depresivos.

Otro factor particularmente importante en cuanto a la vulnerabilidad a la depresión es la rumiación. Estudios realizados en las últimas décadas muestran que las personas que corren el riesgo de sufrir depresión tienden a responder a los síntomas, los pensamientos negativos y los estados físicos desagradables estableciendo un pensamiento repetitivo y abstracto-analítico (Nolen-Hoeksema, 2004). Aunque inicialmente se instiga como una manera de solucionar problemas y de reducir las discrepancias del sí mismo, este pensamiento rumiativo, en particular los aspectos caracterizados por incubación, tiene varios efectos negativos (p. ej. Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003). La rumiación deteriora todavía más el estado de ánimo, aumenta los sesgos en pensamiento negativo y socava funciones cognitivas cruciales para afrontar la situación con eficacia como la capacidad de recuperar recuerdos concretos de acontecimientos autobiográficos (Raes et al.; 2006) y la capacidad de solucionar problemas interpersonales (Watkins y Moulds, 2005). Paradójicamente, las personas que han sufrido o que sufren una depresión tienen una opinión básicamente positiva sobre su utilidad como estrategia (Papageorgiou y Wells, 2004), y eso contribuye probablemente al hecho que el

pensamiento rumiativo suele persistir a pesar de sus consecuencias nocivas.

A medida que el estado de ánimo empeora, el individuo puede oscilar en sus intentos de hacer frente a la situación entre el monitoreo rumiativo y la evitación de pensamientos y de estados físicos negativos. Como ocurre con la rumiación, los efectos de la evitación son predominantemente negativos. Se ha demostrado que los intentos por suprimir los pensamientos negativos, por ejemplo, aumentan paradójicamente la frecuencia de intrusiones en lugar de reducirlas (Wenzlaff y Wegner, 2000). Además, la evitación excluye tanto la implicación en formas más activas de solución de problemas como el hecho de habituarse a contenidos mentales angustiosos. Teasdale, Segal y Williams postulan que son esos y otros procesos los que llevan a una situación en la que las respuestas que genera la depresión sirven para perpetuar el trastorno, un mecanismo al que se refieren como “bloqueo depresivo”.

Terapia cognitiva basada en mindfulness: una visión general

La MBCT se desarrolló específicamente para abordar los procesos de vulnerabilidad mencionados hasta ahora. Como capacidad central enseña a reconocer y desvincularse de estados mentales caracterizados por patrones de autoperpetuación de pensamientos rumiativos y negativos (Segal et al.; 2006) y a adoptar una postura hacia la experiencia que se caracterice por la apertura, la curiosidad y la aceptación, en lugar de la evitación experiencial. Igual que en el caso de la terapia cognitiva, el objetivo de la MBCT es brindar a los pacientes la capacidad de ver los pensamientos como acontecimientos mentales en lugar de como hechos, desacoplar la existencia de pensamientos negativos de las respuestas que por lo general provocan y finalmente cambiar su significado. Sin embargo, si bien la terapia cognitiva mantiene un enfoque importante en el contenido de los pensamientos y en la reevaluación de su significado, el principal objetivo de la MBCT es enseñar a los pacientes a tomar otra perspectiva en cuanto a pensar y a la conciencia. Con la práctica regular de llevar la atención al momento presente, los participantes entran en un modo de funcionamiento que resulta incompatible con los procesos cognitivos analíticos y centrados en el sí mismo que perpetúan los estados depresivos. Segal et al. (2006) lo describen como un cambio del modo “hacer”, en el que el objetivo es reducir las discrepancias entre el estado actual y las ideas sobre cómo

deberían ser las cosas mediante un comportamiento de solución de problemas, a un modo “ser”, en el que el individuo está en contacto inmediato e íntimo con la experiencia del momento presente, sea cual sea.

El mindfulness se ha descrito como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 2009, pág. 26). De hecho, el mindfulness es al mismo tiempo una manera de ser consciente y de pasar del modo “hacer” al modo “ser” y una característica central del modo “ser”. En el programa MBCT, los participantes practican el mindfulness a través de la práctica regular de meditación formal y mediante ejercicios diseñados para generalizar los efectos de la meditación en la vida cotidiana. En los primeros momentos del programa se les enseña a tomar conciencia y a reconocer el modo hacer en sus distintas manifestaciones y a cultivar el modo ser como estado alternativo. El aumento de la conciencia que se genera es un fundamento esencial para la prevención de recaídas en depresión ya que sin ella, los individuos se ven desprovistos de medios para captar los cambios relativamente sutiles de estado de ánimo y físicos que señalan la activación de los modos mentales depresivos. Más adelante, cuando este fundamento se refuerza, el enfoque de la práctica se desplaza hacia reconocer que se producen emociones negativas, pensamientos negativos (por ejemplo autocríticas y juicios) y desencadenantes de estados de ánimo negativos en la vida cotidiana. Durante esta fase la práctica trabaja la capacidad de retirarse de respuestas como la rumiación que caracteriza al modo hacer, y afrontar los pensamientos y las emociones difíciles y adversas con mayor destreza, adoptando una actitud de aceptación en lugar de una de evitación. Las sesiones finales hacen hincapié en la integración de todo lo aprendido para prevenir futuras recaídas.

La MBCT es, sobre todo y ante todo, un entrenamiento de habilidades. La práctica regular de meditación formal entre sesiones y la práctica de mindfulness en la vida cotidiana son componentes esenciales del programa. Durante las ocho sesiones semanales se potencia, en la medida de lo posible, la parte práctica más que la didáctica, a excepción de algunos elementos psicoeducativos en los que los participantes aprenden cuáles son los síntomas de la depresión y los mecanismos de vulnerabilidad que llevan a la recaída. La mayor parte del tiempo de las sesiones se dedica a la práctica de la meditación y a las preguntas que surgen, principalmente reflexiones sobre la práctica misma, pero también sobre las dificultades que los participantes

han experimentado con su meditación durante la semana. El rol del instructor es, en general, el de moderador y modelo, e invita a los participantes a abrirse y a reflexionar sobre sus experiencias. A través de este diálogo y de esas reflexiones, la MBCT potencia el desarrollo de una mayor *conciencia metacognitiva* (por ejemplo, una mayor capacidad para observar los hechos mentales que se producen, como pensamientos, respuestas emocionales, sensaciones físicas “en línea”) y la aparición de un *insight* o *introspección metacognitivo* en la naturaleza de la mente, la relación entre pensamientos, emociones y estados físicos, y la experiencia de sufrimiento. La actitud del instructor con respecto a esta búsqueda es de curiosidad, y en particular una actitud de observación y aceptación de los pensamientos y los sentimientos difíciles sin tener que recurrir a la solución de problemas. En clase, el instructor incorpora los mismos principios de franqueza y compasión que se indican a los participantes para su propia práctica de meditación. Así, la búsqueda sirve de continuación de las prácticas de meditación. Tanto por la necesidad de guiar las meditaciones desde el interior, es decir, desde la propia experiencia meditadora, como por la necesidad de los instructores de poder aportar su propia capacidad para relacionarse de una manera distinta a la afectividad negativa en clase, la práctica desarrollada de meditación mindfulness es un requisito previo para impartir clases de MBCT.

El programa

La MBCT consiste en ocho sesiones semanales de 2 horas de duración, cada una de las cuales tiene su propia temática y su programa de estudio. Antes de la primera clase, los participantes se reúnen individualmente con el instructor para que éste tenga la oportunidad de orientarles hacia el enfoque de tratamiento, para entender los problemas que presenta el paciente, establecer unas expectativas realistas para el tratamiento y responder a todas sus preguntas. El tamaño de las clases varía en función de los centros, pero suele ser de unos 12 participantes. Las cuatro primeras sesiones se centran en aprender a prestar atención. Los participantes toman conciencia de cómo sus mentes a menudo les alejan de la conciencia en el momento presente y aumentan la concentración y la conciencia de pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas como manera de estar en el momento. Las 5, 6, 7 y 8 se centran más en

cómo manejar los pensamientos y los sentimientos difíciles. Los participantes aprenden a desenterrarse como manera de tomar conciencia de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas, a aportar aceptación y conciencia bondadosa a sus sensaciones y a soltar pensamientos, reduciendo la tendencia a enredarse en pensamientos rumiantes que, en última instancia, llevan a un cambio general hacia una vida con conciencia del momento presente. A lo largo de las ocho sesiones se presentan diferentes prácticas de meditación guiada: meditación con la comida, “escaneo del cuerpo”, estiramientos de yoga, meditación andando y meditación sentada. Hacia el final del tratamiento se invita a los participantes a desarrollar una práctica en casa que se ajuste a sus necesidades y que puedan mantener a más largo plazo. En la Tabla 12.1 se presentan las prácticas de meditación y los componentes de CBT que se presentan en cada sesión, las habilidades que se desarrollan y los conocimientos potenciados por esos componentes, así como las actividades sugeridas a los participantes como tareas para realizar en casa.

Tabla 12.1. Resumen semana a semana de las prácticas presentadas en MBCT: objetivos, competencias desarrolladas y enseñanzas de las prácticas, además de las actividades que los participantes deben realizar en casa. (Continuación).

Tema de la sesión	Prácticas y ejercicios	Competencias aprendidas	Enseñanzas	Práctica en casa
1. Piloto automático Objetivo: hacer que los participantes sean más conscientes de la frecuencia con la que funcionamos con el piloto automático y cuáles son los efectos de ser consciente.	Meditación en la que los participantes dedican varios minutos a explorar las características sensoriales (vista, olor, gusto, tacto) de una uva. <i>Escáner del cuerpo</i> Una meditación guiada de 45 minutos en la que los participantes desplazan la atención por todo el cuerpo asistiendo a todas las sensaciones que surgen en cada zona y respirando en cada una de ellas. <i>Escáner del cuerpo</i> Ídem que más arriba	Empezar a experimentar el paso del modo "hacer" al modo "ser". Experimentar las cualidades de la atención consciente.	Las experiencias pueden ser más ricas si prestamos atención total. Gran parte de nuestra experiencia cotidiana se pierde porque la mente está en otro lugar.	<i>Mindfulness de actividades diarias</i> Los participantes eligen una actividad rutinaria y le prestan atención consciente.
2. Tratar las barreras Objetivo: explorar las experiencias iniciales de la práctica de la meditación y presentar la perspectiva metacognitiva. <i>Ejercicio de las uvas</i>	 <i>Ejercicio de pensamientos y sentimientos</i> Los participantes imaginan una situación ambigua (que un conocido no les salude) y exploran sus reacciones ante tal hecho, además de cómo podrían éstas variar en tanto que función del estado de ánimo.	Práctica sostenida en centrar, descentrar y desplazar la atención hacia objetos distintos de conciencia. Práctica de devolver a la mente repetidamente hasta el objeto de concentración cuando vaga.	Que la mente vaga es habitual. Se puede desarrollar una mayor conciencia de las sensaciones físicas (que pueden a su vez asociarse con estados emocionales)	<i>Escáner del cuerpo</i> Los participantes llevan a cabo un escáner del cuerpo de 45 minutos de duración utilizando CDs, un mínimo de 6 días y anotando sus experiencias.
	 <i>Ejercicio de pensamientos y sentimientos</i> Los participantes imaginan una situación ambigua (que un conocido no les salude) y exploran sus reacciones ante tal hecho, además de cómo podrían éstas variar en tanto que función del estado de ánimo.	Observar la mente que vaga, practicar el dejar pasar los pensamientos y devolver la atención repetidamente hasta el objeto en cuestión.	Tenemos tendencia a juzgar nuestras experiencias como agradables o desagradables, a evitar las experiencias desagradables y buscar las que nos agradan.	<i>Escáner del cuerpo</i> Los participantes llevan a cabo un escáner del cuerpo de 45 minutos de duración utilizando CDs, un mínimo de 6 días y anotando sus experiencias.
3. Mindfulness de respiración Objetivo: Presentar la respiración como un vehículo de reconexión con la conciencia del momento presente cuando la mente ha vagado hacia pensamientos, emociones o sensaciones físicas difíciles. Explorar la reconexión con la respiración y permanecer con las experiencias difíciles como una alternativa a iniciar un pensamiento conceptual e intentos de solucionar problemas.	 <i>Meditación sentada</i> Meditación sentada y guiada de entre 30 y 40 minutos en la que se invita a los participantes a prestar atención a las sensaciones en continuo cambio de la respiración, para observar con curiosidad si la mente divaga y devolver delicadamente la atención a la respiración. Al final de la práctica, la atención se amplía al cuerpo como conjunto.	Empezar a reflexionar sobre las asociaciones entre pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y comportamientos desde una perspectiva metacognitiva.	Nuestro estado de ánimo influye en como interpretamos los acontecimientos, y esa interpretación influye en las emociones, los pensamientos, las sensaciones físicas y los comportamientos subsecuentes.	<i>Observar acontecimientos agradables</i> Se pide a los participantes que se den cuenta de acontecimientos o de momentos que experimentan como agradables y que observen los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que surgen en esas ocasiones.
	 <i>Meditación sentada</i> Meditación sentada y guiada de entre 30 y 40 minutos en la que se invita a los participantes a prestar atención a las sensaciones en continuo cambio de la respiración, para observar con curiosidad si la mente divaga y devolver delicadamente la atención a la respiración. Al final de la práctica, la atención se amplía al cuerpo como conjunto.	Prestar atención a la respiración, observar las divagaciones de la mente y familiarizarse con las costumbres de la mente.	Aumentar la conciencia de las pautas habituales de la mente (p. ej. cuando se producen pensamientos de autocritica, o sensaciones físicas difíciles)	<i>Estiramientos y respiración</i> Una secuencia de estiramientos de yoga de pie seguida de una meditación sentada más breve centrada en la respiración, los días 1, 3 y 5.
	 <i>Meditación sentada</i> Meditación sentada y guiada de entre 30 y 40 minutos en la que se invita a los participantes a prestar atención a las sensaciones en continuo cambio de la respiración, para observar con curiosidad si la mente divaga y devolver delicadamente la atención a la respiración. Al final de la práctica, la atención se amplía al cuerpo como conjunto.	Empezar a utilizar la respiración como vehículo para reconectar con la conciencia del momento presente cuando la mente ha divagado.	La respiración es una carretera hacia la conciencia en el momento presente.	<i>Yoga (2, 4, 6)</i> Una secuencia más larga de posturas de yoga dirigida con un CD, los días 2, 4 y 6.

Tabla 12.1. (Continuación).

Tema de la sesión	Prácticas y ejercicios	Competencias aprendidas	Enseñanzas	Práctica en casa
	<p><i>Estiramientos de yoga/Caminar con conciencia</i></p> <p>Los participantes son guiados por una serie de estiramientos de yoga suaves y se les anima a observar como las sensaciones físicas cambian durante y después de cada estiramiento.</p> <p>Se les instruye en la práctica de la meditación andando, prestando atención a las sensaciones que surgen del movimiento y de la colocación de los pies y las piernas. El paso suele ser lento. La atención se redirige al cuerpo cuando la mente divaga.</p>	<p>Tomar conciencia del cuerpo en movimiento, observar la mente como divaga durante el ejercicio y aprender a reconectar con las sensaciones físicas.</p>	<p>Las sensaciones físicas son más ricas y más cambiables si se observan con atención plena.</p>	<p><i>Espacios para respiración programados</i></p> <p>Los participantes practican el espacio para la respiración de 3 minutos cada día en tres momentos predeterminados.</p>
	<p><i>Espacio de respiración de 3 minutos</i></p> <p>Ejercicio de 3 minutos en el que los participantes primero toman conciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas del momento presente, para después pasar la atención a la respiración y, por último, ampliar la atención al cuerpo como conjunto.</p>	<p>Empezar a generalizar la práctica de la meditación en la vida cotidiana.</p>	<p>Se puede cambiar de perspectiva y reconectar con el momento presente a través de la utilización del espacio para respiración.</p>	<p><i>Observar acontecimientos desagradables</i></p> <p>Se pide a los participantes que observen los acontecimientos o los momentos que experimentan como desagradables, así como los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que surgen.</p>
4. Permanecer presente	<p><i>Meditación visual/Meditación auditiva</i></p> <p>Objetivo: explorar nuevas maneras de relacionarse con pensamientos, sentimientos y sensaciones intensos o con carga emocional.</p> <p>Un breve ejercicio de meditación en el que los participantes centran la atención en imágenes o en sonidos, regresando poco a poco a esas sensaciones cuando la mente divaga.</p>	<p>Incluir imágenes o sonidos como objeto de la conciencia. Practicar la salida del modo de piloto automático y sintonizar con distintos aspectos de la experiencia en cada momento.</p>	<p>Es posible utilizar la conciencia de imágenes y sonidos para salir del modo de piloto automático y reconectar con el momento presente. Prestar atención a imágenes o a sonidos puede resultar particularmente “básico”.</p>	<p><i>Meditación sentada</i></p> <p>Un ejercicio de meditación sentada de 40 minutos en el que el objeto en el que se centra la atención pasa de ser la respiración a ser el cuerpo, los sonidos, los pensamientos y, para terminar, una conciencia sin elección.</p>
	<p><i>Meditación sentada</i></p> <p>Meditación sentada en la que el centro de la atención primero es la respiración, desde donde pasa al cuerpo como conjunto. Se anima a los participantes a explorar las sensaciones intensas con una actitud de apertura y curiosidad en lugar de cambiar inmediatamente de posición para aliviar la incomodidad. A continuación la atención pasa a los sonidos y a los pensamientos para terminar en aquello que destaque en la conciencia de cada momento (“conciencia sin elección”).</p>	<p>Empezar a explorar la posibilidad de permanecer con las sensaciones difíciles adoptando una actitud de curiosidad, apertura y aceptación.</p>	<p>Cuando uno elige permanecer con las sensaciones difíciles en lugar de intentar erradicarlas, es posible darse cuenta de sus cualidades con más detalle. A veces las sensaciones difíciles cambian de forma espontánea.</p>	<p><i>Espacios para la respiración</i></p> <p>Se anima a los participantes a tomar espacios de 3 minutos para la respiración en tres momentos del día pero también cuando sientan estrés o un aumento de la presión emocional.</p>

Tabla 12.1. (Continuación).

Tema de la sesión	Prácticas y ejercicios	Competencias ap.	Enseñanzas	Práctica en casa
	<p><i>Cuestionario de pensamientos automáticos</i></p> <p>Los participantes leen el cuestionario para analizar los pensamientos disfuncionales y negativos más comunes que acontecen en la depresión. También revisan los síntomas de la depresión profunda establecidos en DSM-IV.</p>	<p>Reconocer los pensamientos negativos y disfuncionales. Reflexionar sobre esos síntomas desde una perspectiva metacognitiva.</p>	<p>Las experiencias y los pensamientos negativos que acompañan a la depresión son síntomas reconocidos, no señales de debilidad personal ni exclusivos del individuo.</p>	
5. Permitir/Dejar pasar	<p><i>Meditación sentada</i></p> <p>Objetivo: empezar a desarrollar una relación radicalmente distinta con la experiencia en la que todas las experiencias son permitidas y aceptadas.</p> <p>Una ejercicio de meditación de 40 minutos en el que los participantes primero prestan atención a la respiración, a las sensaciones físicas, a los sonidos y, a continuación, a los pensamientos. Además, se les invita a observar las divagaciones de la mente y si ésta regresa repetidamente a ciertos pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas para aportarles curiosidad y apertura. También se les anima a que exploren cómo las dificultades que surgen durante la meditación se expresan en el cuerpo, para que tomen conciencia de las tensiones o demás sensaciones físicas asociadas con la dificultad y para que utilicen la respiración como vehículo para permanecer con esas experiencias de una forma abierta, "inspirando y espirando" las zonas en las que se manifiestan las dificultades. Cuando los pensamientos o las sensaciones ya no reclaman atención, los participantes tienen que regresar al centro de atención de la meditación. Hacia el final del ejercicio, se invita a los participantes a practicarlo deliberadamente pensando en una dificultad</p>	<p>Empezar explorando la posibilidad de permanecer junto a pensamientos, imágenes, recuerdos, emociones y sensaciones corporales difíciles y aceptarlos.</p> <p>Observar cómo se manifiestan las dificultades en el cuerpo.</p>	<p>Las experiencias difíciles pueden tener manifestaciones físicas que pueden observarse.</p>	<p><i>Meditación sentada guiada</i></p> <p>Meditación guiada de 40 minutos de duración y que sigue el formato de la meditación sentada practicada en clase.</p>
6. Los pensamientos no son hechos	<p><i>Meditación sentada</i></p> <p>Objetivo: animar a los participantes a reducir su identificación con los pensamientos y a empezar a relacionarse con ellos, incluso con los difíciles, como eventos mentales.</p> <p>Meditación en la que los pensamientos conforman el objeto de conciencia. Los pensamientos se observan como elementos que surgen y desaparecen, en lugar de buscarlos. Es un proceso avalado por la utilización de metáforas (imaginar que los pensamientos son imágenes en una pantalla de cine, o nubes que pasan por el cielo, u hojas que se deslizan por las aguas de un río). También se invita a los participantes a pensar deliberadamente en un pensamiento difícil y adoptar la misma actitud de apertura y de conciencia sin juzgar. Si resulta demasiado difícil, porque los pensamientos que surgen son extremadamente molestos, se les anima a cobrar conciencia en el impacto de los pensamientos en el cuerpo, y a permanecer con esas sensaciones y observarlas, antes de regresar a la experiencia de los pensamientos que van pasando.</p>	<p>Observar nuestra tendencia habitual a intentar eliminar o evitar las experiencias desagradables o a intentar solucionar las dificultades y practicar un enfoque alternativo.</p> <p>Desarrollar todavía más la capacidad de permanecer con los pensamientos difíciles que surgen durante la práctica de la meditación.</p>	<p>Es posible permanecer con los pensamientos difíciles en lugar de iniciar las reacciones habituales aunque inútiles.</p>	<p><i>Espacios para la respiración</i></p> <p>Los participantes continúan practicando los espacios para respiración programados, más otros espontáneos en momentos de estrés o de dificultad.</p> <p><i>Meditaciones dirigidas más breves</i></p> <p>Los participantes reciben una serie de ejercicios de meditación más breves y se les anima a que los utilicen para crear una práctica flexible que puedan mantener en la vida cotidiana. También pueden incorporarse el yoga y la meditación sentada si los participantes lo consideran útil.</p>

Tabla 12.1. (Continuación).

Tema de la sesión	Prácticas y ejercicios	Competencias aprendidas	Enseñanzas	Práctica en casa
		Practicar la toma de conciencia de las respuestas físicas ante pensamientos difíciles y asistir a los mismos como una forma de fundamento en lugar de intentar eliminar o modificar el contenido de dichos pensamientos difíciles.	Permanecer con los pensamientos difíciles y observarlos desde una perspectiva descentrada puede, con el tiempo, llevar a una reducción de su capacidad de evocar emociones.	<i>Espacios para la respiración</i> Se anima a los participantes a que sigan utilizando los espacios para la respiración a intervalos regulares y en momentos de estrés. Estos espacios se destacan como una respuesta que presenta más opciones y más flexibilidad a la hora de responder a las dificultades.
7. ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí mismo? Objetivo: explorar cómo la conciencia puede utilizarse para guiar acciones adecuadas.	<p><i>Situaciones ambiguas</i> Se les presenta una situación ambigua (alguien está demasiado ocupado para hablarles) y se les pide que exploren las distintas reacciones que hubieran tenido si acabaran de tener una discusión con alguien del trabajo o si, en comparación, el jefe les acabara de felicitar por su trabajo.</p> <p><i>Meditación sentada</i> Sigue el formato que se ha indicado antes.</p> <p><i>Reflexión sobre las actividades cotidianas</i> Los participantes enumeran sus actividades cotidianas y las dividen en las que suben el estado de ánimo, dan energía y son enriquecedoras y las que apagan el estado de ánimo y agotan la energía. En grupos pequeños, exploran cómo aumentar el número de actividades enriquecedoras (incluidos hechos muy pequeños) y reducir las agotadoras, al tiempo que tienen en mente los aspectos difíciles de sus vidas en lugar de simplemente intentar evitarlos. A continuación los participantes reflexionan sobre las actividades enriquecedoras e identifican las que suben el ánimo aportando una sensación de dominio y las que lo hacen aportando una sensación de placer.</p>	<p>Adoptar una perspectiva metacognitiva, reflexionando sobre el impacto que los contextos internos y externos tienen en las reacciones a los hechos y a las experiencias.</p> <p>Desarrollar aún más la capacidad de prestar atención y permanecer con las experiencias, con apertura, cuando aparecen durante la práctica de la meditación.</p> <p>Reflexionar sobre las consecuencias de distintas actividades para el estado de ánimo y el bienestar.</p> <p>Utilizar un espacio para la respiración en momentos de estado de ánimo bajo para explorar si la mejor respuesta ante una situación difícil es adoptar una conciencia plena de la experiencia que está aconteciendo o llevar a cabo otra acción.</p> <p>Si resulta apropiado, aumentar deliberadamente las actividades que suben el estado de ánimo y que aportan un sentido de dominio o de placer en momentos de ánimo bajo.</p>	<p>Las interpretaciones de los hechos pueden estar muy influenciadas por el contexto y por el estado de ánimo que les aportamos.</p> <p>La conciencia plena puede permitirnos ver los hechos y sus contextos con mayor claridad y, como resultado, aumentar la flexibilidad de respuesta.</p>	<p><i>Práctica autodirigida</i> Los participantes eligen de entre todas las prácticas de meditación formal que han aprendido y optan por una o más que utilizarán a diario.</p> <p><i>Espacios para la respiración</i> Los participantes siguen utilizando espacios para la respiración programados y espontáneos para integrar el mindfulness en la vida cotidiana y como medio para responder de forma inteligente ante experiencias difíciles.</p> <p><i>Planificación de recaídas</i> Los participantes elaboran un plan de prevención de recaídas que incluye información sobre otras personas que pueden ser capaces de aportar ayuda o apoyo.</p>

Tabla 12.1. (Continuación).

Tema de la sesión	Prácticas y ejercicios	Competencias aprendidas	Enseñanzas	Práctica en casa
	<p><i>Indicaciones de recaída</i> Los participantes trabajan en grupos para identificar sus propias señales de advertencia ante recaída depresiva. Tras identificarlas, debaten qué hacer ante la amenaza de una recaída.</p>	Familiarizarse con las señales de advertencia de recaída y desarrollar un plan para implementarlo en esas situaciones y que incluye tomar espacios para la respiración, pensar sobre cómo son las cosas en ese momento y tomar una opción consciente sobre como responder.		
8. Utilizar lo que se ha aprendido	<p><i>Escáner del cuerpo</i> Ídem a lo descrito antes</p> <p>Objetivo: Reflexionar sobre lo que se ha aprendido y cómo mantenerlo</p> <p><i>Reflexión</i> Los participantes reflexionan, solos o en parejas, sobre la intención inicial de asistir a las clases, lo que han aprendido, y los obstáculos potenciales para continuar con la práctica.</p> <p><i>Comentarios</i> Los participantes escriben comentarios sobre sus experiencias en clase.</p> <p><i>Recordatorio</i> Al cierre de la clase, los participantes reciben un pequeño objeto (p. ej. una piedra, una canica o una semilla) como recordatorio simbólico de las experiencias compartidas en clase, del gran trabajo realizado y de su intención de continuar con la práctica que han iniciado. La clase termina con una breve meditación en la que esos objetos se exploran de modo similar al que examinaron la uva en la primera sesión.</p>	<p>Centrar la atención en distintas sensaciones corporales.</p> <p>Permanecer abierto a todo lo que surja en un estado de conciencia.</p> <p>Se anima a los participantes a plantearse como objetivo la práctica diaria, aunque sólo sea durante periodos breves, y se les presenta la idea de la mente del principiante: siempre es posible volver a empezar la práctica, incluso tras una larga pausa.</p>	Las experiencias y las respuestas a la práctica pueden haber cambiado con el tiempo a la luz de nuevas enseñanzas.	

Las ocho sesiones: un ejemplo de caso

Exponemos la progresión de las ocho clases del programa con un ejemplo de caso: Fiona, mujer de 37 años sin pareja y con una hija, trabaja como dependienta en un comercio. Acude por voluntad propia a la MBCT tras haber leído información sobre un programa de investigación sobre mindfulness en un periódico local. Ha experimentado varios episodios de depresión profunda en el pasado, acompañados de ideas suicidas y sigue experimentando episodios periódicos de ansiedad, estado de ánimo bajo y pensamientos suicidas más fugaces. Describe una típica “espiral descendente” de depresión. Por lo general es algo generado por un rechazo percibido, ya sea por alguien en el trabajo o por un conocido, y produce sentimientos de abandono, agitación, depresión e inutilidad, además de reacciones físicas

como opresión en el pecho y llanto. Fiona expresa su tendencia a retirarse de las situaciones sociales cuando se desarrollan esos sentimientos, con lo que refuerza su sensación de aislamiento, y en su lugar se dedica a pasar tiempo sola, rumiando sobre su situación actual y sus rechazos del pasado. Con la escalada de la depresión y del sentimiento de inutilidad, experimenta pensamientos suicidas con la sensación de que si muriera no le importaría a nadie. En ocasiones incluso ha llegado a idear planes concretos de suicidio, pero nunca ha materializado esos pensamientos.

En la entrevista previa a la clase, el instructor pregunta a Fiona sobre sus experiencias anteriores de depresión y sobre los factores que podrían haber implicado la recaída y el mantenimiento. Fiona recibe más información sobre el trasfondo general de la MBCT y sobre cómo, más específicamente, la meditación mindfulness podría ayudarle con sus problemas recurrentes. Entre las posibles ventajas de las que le habla, destaca la posibilidad de llegar a ser más consciente de la secuencia de acontecimientos y de experiencias que por lo general llevan a tener ideas suicidas y a responder de otra manera; por ejemplo dándose cuenta de su tendencia a responder a las interacciones sociales con sentimientos de abandono y elegir una respuesta alternativa distinta a la retirada. Otros aspectos abordados son como, a través del mindfulness, Fiona podría ser capaz de aprender a separarse de la rumiación que se ha convertido en habitual cuando se siente deprimida y cómo podría ser capaz de desarrollar una relación diferente con los síntomas físicos de la ansiedad, que tanto le molestan y que contribuyen a la escalada de su estado de ánimo negativo. Fiona presenta como objetivo general su deseo de mejorar su bienestar y de implicarse más en la vida, en lugar de luchar de una crisis a la siguiente.

El tema de la primera sesión es “El pitolo automático”. A través de ejercicios y de meditación, los participantes exploran y toman más conciencia de la cantidad de veces en que funcionamos mecánica o automáticamente, de lo que ello significa para nuestra experiencia de la vida y de cómo el hecho de aportar atención consciente a lo que estemos haciendo puede cambiar la naturaleza de la experiencia en sí misma. Aunque el instructor le comenta que aprender meditación es difícil y que los resultados no son inmediatos, Fiona empieza las clases con mucho optimismo de que ésta será “la cura” a su depresión. Su experiencia inicial de grupo, habiendo escuchado la presentación de cada uno de los participantes, es positiva y

los ejercicios de la primera clase le parecen reveladores, sobre todo al darse cuenta de la diferencia entre su experiencia habitual de comer uvas a puñados con la intensidad de sabores y de texturas que experimenta cuando, según las instrucciones del primer ejercicio en clase, come una uva con conciencia plena, prestando atención a como cada uno de sus sentidos se implica en la actividad. La primera clase termina con el “escaneo del cuerpo”, una meditación tumbados en la que se va prestando atención a todas las partes del cuerpo.

Practicar el escaneo del cuerpo en casa durante la primera semana resultó difícil para Fiona. En la segunda clase dice que “no podía hacer” el escaneo del cuerpo. Además, añade haber llorado más en la semana posterior a la primera clase y de resultas haber experimentado sentimientos de pánico en varias ocasiones durante el escaneo del cuerpo, algo muy desagradable. El instructor explora con Fiona las sensaciones físicas que experimenta durante el escaneo del cuerpo al principio de la segunda clase. Sin embargo, no es capaz de describirlo con claridad y simplemente repite que sentía “nerviosísima”. El instructor anima a Fiona a tomar esas sensaciones con curiosidad si vuelven a surgir, observando detalladamente lo que experimenta en su cuerpo durante esos momentos. También hace hincapié a toda la clase en que no existe una manera correcta o incorrecta de sentirse durante el escaneo del cuerpo. En la segunda sesión del programa, la de “Tratar las barreras”, el hecho de analizar las reacciones a la primera semana de práctica como las de Fiona es algo muy importante; muchos participantes tienen preguntas sobre si están practicando bien, o esperan encontrar la meditación como algo relajante y se aburren y se frustran cuando no se sienten así. Llegados a este punto, es necesario recalcar a los participantes que lo único que tienen que hacer es llevar a cabo la práctica y observar sus experiencias, sean cuales sean. También es muy importante en este momento que el instructor actúe con franqueza y curiosidad hacia las experiencias de los participantes, a fin de animarles a mantener su práctica del escaneo del cuerpo durante una semana más. La segunda sesión también se utiliza para presentar el modelo cognitivo a fin de demostrar la fuerte relación que existe entre las interpretaciones y las emociones.

Durante la tercera clase se les presenta la meditación sentada, la meditación andando y el yoga. Fiona sigue experimentando sensaciones desagradables durante la meditación de escaneo del cuerpo pero también indica que ha empezado a relajarse un poco en sus intentos por controlar sus emociones. Durante la exploración de sus experiencias en la meditación

sentada en clase, Fiona es más capaz de describir las sensaciones que experimenta (tensión en el pecho, respiración irregular, tristeza). Sin embargo, y a pesar de su entusiasmo inicial, indica tener más dudas cada vez sobre la utilidad de las clases ya que todavía no ha empezado a sentirse “mejor”. Se trata de una respuesta habitual en los participantes ya que a través de la práctica tienden a experimentar pensamientos, sentimientos y estados físicos negativos con mayor claridad o mayor fuerza. Al mismo tiempo, empiezan a darse cuenta de cómo su manera habitual de responder a menudo implica evitación o pensamiento rumiátilo. En contraste con esas tendencias habituales, la MBCT enseña a los participantes a ser más conscientes de los aspectos difíciles de la experiencia. En la tercera sesión, la de “Mindfulness de la respiración”, el objetivo es aprender cómo la atención a la respiración y a las sensaciones físicas puede servir para estabilizar la mente y devolver el enfoque a la experiencia de lo que está presente, incluso cuando la mente es arrastrada hacia dificultades.

Fiona experimenta un cambio enorme cuando empieza a practicar la meditación sentada. Describe un periodo de meditación sentada durante el cual sintió un gran sentimiento de alivio en respuesta a la aparición del pensamiento “está bien ser yo”. Dice haberse dado cuenta de que antes evitaba pasar tiempo sola y que por eso había intentado rodearse de otras personas, porque no se gustaba a si misma. Y eso contribuye a su sentimiento de ansiedad y de abandono frente a los rechazos percibidos. A través de la meditación sentada empieza a explorar sus experiencias de “estar con ella misma” de esta nueva manera. Introspecciones espontáneas como ésta surgen con frecuencia a medida que avanzan las clases de MBCT y que los participantes empiezan a observar el trabajo de sus mentes y sus reacciones a acontecimientos desde una nueva perspectiva. Hasta la tercera sesión se les enseña a responder a la divagación mental observando hacia dónde se ha ido la mente y, a continuación, devolviéndola simplemente al objeto de la meditación. A partir de la cuarta sesión hay un cambio y se hace hincapié más explícitamente en que los alumnos se dirijan hacia las experiencias difíciles y las exploren con un interés y una curiosidad cálidos. El mayor sentido de la compasión hacia ella misma de Fiona refleja a la perfección este cambio de énfasis. La sesión 4 se centra en “Permanecer presente” con experiencias difíciles. La sesión 5, titulada “Permitir/Dejar pasar”, explora maneras de aportar un sentido de aceptación a esas experiencias, en particular permaneciendo con ellas y explorando las sensaciones físicas que vienen con los

pensamientos negativos. La sesión 6 hace explícito el tema central del programa, que “Los pensamientos no son hechos”, y que ocurren como eventos mentales transitorios a los que podemos elegir asistir o no. Como parte de las meditaciones sentadas de estas sesiones, los participantes piensan deliberadamente en una dificultad con el fin de practicar esas maneras distintas de relación. A Fiona al principio le cuesta ver la ventaja de acercarse deliberadamente a las dificultades. Sin embargo, con el tiempo es capaz de permanecer con el malestar que experimenta cuando piensa en una dificultad, centrando su atención en las sensaciones físicas que acompañan lo que experimenta (presión en el pecho, dificultad para respirar, tristeza) y en el cambio gradual de éstas a medida que continúa observándolas. Escuchar a otros participantes de la clase hablar de experiencias similares le ayuda a desarrollar compasión tanto para ella misma como para los demás. Varios de los participantes reflexionan acerca de cómo se juzgan a sí mismos y de las consecuencias que ello tiene para su estado de ánimo y su bienestar. El instructor les anima a utilizar el mindfulness con pensamientos difíciles durante su práctica de meditación, por ejemplo diciendo “esto es culpa”, “esto es juicio” cuando surgen pensamientos familiares. También se potencia que experimenten con técnicas que les faciliten el descentramiento, como imaginar que los pensamientos se deslizan por un arroyo, o verlos proyectados en una pantalla de cine.

El tema de la sesión 7 es “Cuál es la mejor manera de cuidarme” y en esta sesión los participantes reflexionan sobre el equilibrio de actividades enriquecedoras y agotadoras en sus vidas. Como ocurre a menudo, Fiona se da cuenta de que pasa muy poco tiempo haciendo actividades que suban su estado de ánimo o que mejoren su bienestar, y que a menudo está tan preocupada por cubrir las necesidades de los demás y evitar el rechazo que no logra cubrir las suyas propias adecuadamente. Junto con otros miembros del grupo, Fiona reconoce una espiral típica de la depresión en la que, a medida que su estado de ánimo se deteriora, cada vez va dejando de lado más actividades que podrían aportarle un sentido de dominio o de placer. Así pues, una parte fundamental de la planificación de su recaída es identificar los signos de advertencia precoz de este proceso, tomar un espacio para la respiración y reflexionar sobre un método de acción apropiado, e implicarse deliberadamente en actividades enriquecedoras en momentos de estado de ánimo bajo.

La sesión 8, titulada “Utilizar lo aprendido para hacer frente a las situaciones futuras de estado

de ánimo bajo”, se utiliza tanto para mirar hacia atrás y ver lo que se ha aprendido como para mirar hacia adelante y ver como lo aprendido puede mantenerse y utilizarse para prevenir recaídas y aumentar el bienestar. Fiona identifica varias áreas en las que ha progresado: es más capaz de reconocer su tendencia a reaccionar ante factores de estrés sociales “online” y puede utilizar la meditación, incluso espacios para respiración breves de 3 minutos, para tomar conciencia de sus reacciones y elegir. Por ejemplo, Fiona describe una situación en la que sentada en el tren había sonreído a la persona sentada enfrente de ella que, de repente, se levantó y se fue. Su reacción inicial había sido asumir que la persona en cuestión había pensado que era rara, y que los otros pasajeros también se habían dado cuenta de la situación, con el consecuente sentimiento de incomodidad para ella. Sin embargo, en lugar de iniciar un ciclo de rumiación, Fiona fue capaz de permanecer con sus experiencias inmediatas y observar sus pensamientos y sus reacciones físicas en respuesta al hecho. Poco después, la persona que se había ido regreso a su asiento procedente del aseo... Esta experiencia y otras ilustran a Fiona las ventajas de permanecer en el momento presente y de permitir a los hechos y a las experiencias desplegarse, en lugar de quedarse atrapado en patrones y reacciones habituales pero inútiles.

Resultados de la investigación

Dos ensayos controlados aleatorizados han evaluado la efectividad de la MBCT para la depresión recurrente. En un ensayo inicial multicentro llevado a cabo por Teasdale et al. (2000), 145 pacientes recuperados de depresión fueron sometidos aleatoriamente a MBCT o al tratamiento habitual y fueron seguidos durante un periodo de 60 semanas. La MBCT redujo significativamente las tasas de recaída en pacientes con tres o más episodios previos de depresión; el 66% de los del grupo sometido al tratamiento habitual frente al 40% de los del grupo MBCT sufrieron recaída. Un estudio posterior de Ma y Teasdale (2004) replicaba esos resultados en una muestra menor compuesta por 73 pacientes recuperados, 55 de los cuales habían sufrido tres o más episodios de depresión. De este último grupo, el 78% de los que habían continuado el tratamiento habitual recayeron durante el año de seguimiento, en comparación con sólo el 36% en el grupo MBCT.

Los resultados de ambos ensayos defienden la utilización de la MBCT para ayudar a reducir el riesgo a recaída en personas con depresión recurrente. El hecho que la MBCT reduzca las tasas de recaída hasta cerca de la mitad en individuos con tres o más episodios de depresión, pero que no tuviera efectos significativos en aquéllos con uno o dos episodios previos, es consecuente con su enfoque en la reactividad y la rumiación cognitiva y con la asunción de que mediante aprendizaje asociativo esos procesos son cada vez más relevantes para la recaída a medida que se atraviesan episodios repetidos.

Sólo ahora empiezan a aparecer estudios en los que se investigan explícitamente los efectos en parámetros cognitivos relevantes y mecanismos hipotéticos de acción. Williams, Teasdale, Segal y Soulsby (2000) hallaron que la MBCT puede reducir los déficits de memoria autobiográfica; un fenómeno que ha demostrado desempeñar un papel etiológico central en la depresión. En un estudio comparativo antes-después, Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid (2004) descubrieron que la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR), el programa de mindfulness genérico desarrollado por John Kabat-Zinn, reducía las tendencias rumiantivas en pacientes que ya habían sufrido depresión, (2007).

Si bien había sido específicamente desarrollado para prevenir recaídas en casos de depresión, el enfoque del programa en cambiar la reactividad y la rumiación cognitivas sugiere que también puede tener efectos beneficiosos para pacientes que están sufriendo el trastorno. Existen datos preliminares procedentes de una comparación antes-después de MBCT (Kenny y Williams, 2007) de que podría ser así y que revelan reducciones significativas de los síntomas en individuos con depresión resistente al tratamiento que fueron tratados con MBCT después de CBT. La posibilidad de suministrar MBCT a pacientes con síntomas actuales (o agudos) de depresión es aceptada ya que las personas con depresión altamente recurrente pueden experimentar síntomas residuales significativos y no cumplir los estrictos criterios de recuperación que se han impuesto en los ensayos clínicos existentes (12 semanas sin síntomas). Sin embargo, hacen falta más ensayos controlados aleatorizados que exploren la utilización de la MBCT para individuos con síntomas depresivos antes de poder confiar en la idoneidad del enfoque para este grupo de pacientes.

MBCT para individuos con historial de depresión suicida

Son varias las razones que nos llevan a sospechar que las habilidades adquiridas durante la MBCT pueden resultar particularmente adecuadas para pacientes que se vuelven suicidas cuando están deprimidos (Williams et al.; 2006; Lau, Segal y Williams, 2004). En primer lugar, las tendencias de evitación, objetivo de la MBCT, resultan importantísimas para entender las ideas y los comportamientos suicidas. El deseo de escapar de una situación insoportable es una de las motivaciones más comunes para un comportamiento suicida (p. ej. Hjelmeland et al.; 2002) y teorías psicológicas sobre suicidio muy destacadas convergen en sugerir que el suicidio puede entenderse como un intento de escapar de una conciencia del sí mismo adversa (p. ej. Baumeister, 1990); de un sufrimiento mental intolerable o “psychache” (p. ej. Schneidman, 1997); o de circunstancias intolerables en las que la oportunidad de escapar por otros medios o de ser rescatado parece remota (p. ej. Williams y Pollock, 2000; Williams, 2001). Así las cosas, la capacidad de permanecer abierto frente a experiencias difíciles y respondiendo con autocompasión y aceptación puede ser de vital importancia. Además, la experiencia clínica sugiere que algunos individuos pasan cantidades de tiempo considerables rumiando sobre planes y fantasías de suicidio; ideas suicidas que provocan malestar y comodidad al mismo tiempo y que se producen en un contexto de déficits más amplios en la solución de problemas efectiva (Schotte, Cools y Payvar, 1990). Así, la capacidad de retirarse del pensamiento rumiativo y llegar a ver los pensamientos y las fantasías suicidas como otro tipo de pensamientos y fantasías, simplemente como acontecimientos mentales, tiene el potencial de ser muy beneficioso para los pacientes suicidas. En definitiva, los pensamientos y los déficits cognitivos relacionados con el suicidio parecen estar sujetos a los mismos procesos de reactividad cognitiva que otros elementos de la depresión (Williams, van der Does, Barnhofer, Crane y Segal.; en prensa; Williams, Barnhofer, Crane y Beck, 2005). Por consiguiente, desarrollar la capacidad para detectar las señales de aviso precoz de crisis suicidas y para permanecer conscientes y tomar las decisiones correctas sobre cómo responder puede ser fundamental a la hora de determinar si una crisis se convierte en una crisis suicida, o si los individuos que experimentan ideas suicidas pasan a desarrollar un comportamiento suicida.

Un trabajo piloto elaborado en Oxford sugiere que la MBCT puede aceptarse para pacientes que hayan sido suicidas, y se han incorporado varias modificaciones en grupos pilotos para modificar la MBCT y acercarla más a las necesidades de personas con historial suicida. Los cambios incluyen: (1) Un mayor énfasis en orientar la atención de los participantes hacia fuera mediante prácticas de meditación formal (p. ej. meditaciones vistas y oídas) y potenciando la asistencia y el hecho de prestar atención a las pequeñas cosas de la vida cotidiana (p. ej. observar un pájaro, o el ruido del tráfico). El objetivo es mejorar la capacidad de los participantes para instaurarse en el momento presente en momentos de intensa negatividad, de pensamientos o de recuerdos intrusivos. (2) Un mayor énfasis en la utilización de prácticas de meditación activa (yoga, estiramientos, caminar) para aquéllos que experimentan alguna dificultad con la meditación sentada, debido, por ejemplo, a la agitación o al exceso de pensamientos intrusivos. (3) Reflexión en clase sobre los pensamientos que acompañan a los estados de ánimo suicidas y las indicaciones de recaída de los participantes para crisis suicidas, a fin de aumentar la conciencia metacognitiva de los mismos. (4) Desarrollo de un plan de crisis que permita a los participantes llevar a cabo acciones inteligentes en el caso de que su estado de ánimo se deteriore en el futuro, incorporando acciones en caso de ideas suicidas. (5) Contacto individual limitado fuera de clase (por teléfono y en persona) entre el instructor y cualquiera de los participantes que esté experimentando dificultades específicas para hablar de cómo deberían manejarse a través de la práctica de meditación o del uso de otras estrategias alternativas.

En la práctica, durante el trabajo con grupos de personas que han experimentado ideas o comportamientos suicidas, existe cierta reticencia inicial a explorar directamente los pensamientos suicidas en clase, por miedo a “darles ideas”. Sin embargo, la experiencia ha sido que los efectos de plantear esas cuestiones directamente en la clase son positivos, y ayuda a aplicar una actitud de apertura ante *todas* las experiencias, y las ventajas de adoptar un enfoque metacognitivo incluso ante aquellos pensamientos que se perciben como los más potentes, vergonzosos, peligrosos o atrayentes. Las clases piloto han sido motivadoras, y eso sugiere que la MBCT puede ser beneficiosa para por lo menos algunos individuos con historial de depresión suicida. Si bien existen muy pocos datos en este campo, un estudio piloto reciente de nuestro grupo sugiere que la MBCT puede tener efectos protectores en

asimetría alfa prefrontal en encefalogramas en reposo en pacientes suicidas, un indicador neurofisiológico de funcionamiento emocional (Barnhofer et al.; 2007). Otro dato interesante del estudio llevado a cabo por Kenny y Williams (2007) en el que se examinaba la MBCT en pacientes deprimidos es que se hallaron resultados equivalentes en pacientes cuya depresión tenía rasgos suicidas y en los que no.

Resumen y conclusiones

La terapia cognitiva basada en mindfulness es un programa formativo que enseña a los participantes a reconocer y desvincularse de estados mentales caracterizados por patrones de autoperpetuación de pensamientos rumiantes y negativos (Segal et al.; 2006) y a adoptar una postura hacia la experiencia que se caracterice por la apertura, la curiosidad y la aceptación, en lugar de la evitación experiencial. La práctica de meditación, los ejercicios de terapia cognitiva y las preguntas dirigidas facilitan el proceso. Necesitamos más estudios que exploren los mecanismos de acción de la MBCT y que examinen su eficacia comparada con intervenciones psicoterapéuticas alternativas plausibles, pero los resultados iniciales sugieren que es un tratamiento prometedor para personas con depresión recurrente y que también podría aplicarse a aquéllas cuya depresión tiene rasgos suicidas y a aquéllas con síntomas actuales (o agudos).

Agradecimientos: Este trabajo ha contado con el apoyo de una beca del Wellcome Trust, GR067797.

Referencias

BARNHOFER, T.; DUGGAN, D.S.; CRANE, C.; HEPBURN, S.; FENNELL, M.; WILLIAMS, J.M.G. (2007). “The effects of meditation of frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals”. *NeuroReport, 18*, 709-712

COMPTON, W.M.; CONWAY, K.P.; STINSON, F.S.; GRANT, B. F. (2006). “Changes in the prevalence of

major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002". *American Journal of Psychiatry*, 163, 2141-2147.

GOLDNEY, R.D.; WILSON, D.; DEL GRANDE, E.; FISHER, L.J.; MACFARLANE, A. C. (2000). Suicide ideation in a random community sample: Attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 98-106.

HJELMELAND, H.; HAWTON, K.; NORDVIC, H.; BILLE-BRAHE, U.; DE LEO, D.; FEKETE, S.; et al. (2002). "Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions2. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 32, 380-393.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.

KATZ, M.; KLERMAN, G.L. (1979). "Introducción: Overview of the clinical studies program". *American Journal of Psychiatry*, 136, 49-51.

KELLER, M.B.; BOLAND, R.J. (1998). "Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar Major Depression". *Biological Psychiatry*, 44, 348-360. Katz y Klerman (1979)

KENNY, M.A.; WILLIAMS, J.M.G.; (2007). "Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy". *Behaviour Research & Therapy*, 45, 617-625.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; KORETZ, D.; MERIKANGAS, K. R. et al. (2003). "The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R)". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.

KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; ZHAO, S.Y.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric-disorders in the United States - results from the national comorbidity survey". *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

LAU, M.A.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. (2004). "Teasdale's differential activation hypothesis:

Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior". *Behaviour Research & Therapy*, 42, 1001-1017.

LAVORI, P.W.; KELLER, M.B.; MUELLER, T.I.; SCHEFTNER, W.; FAWCETT, J.; CORYELL, W. (1994). "Recurrence after recovery in unipolar MDD-an observational follow-up-study of clinical predictors and somatic treatment as a mediating factor". *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4, 211-229.

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, 31-40.

MANN, J J.; WATERNAUX, C.; HAAS, G.L.; MALONE, K.M. (1999). "Towards a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients". *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.

MONROE, S.M.; HARKNESS, K.L. (2005). "Life stress, the "Kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective". *Psychological Review*, 112, 417-455.

MURRAY, C.J.L.; LÓPEZ, A.D. (1996). *The global burden of disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

NOLEN-HOEKSEMA, S. (2004). "The response styles theory". En PAPAGEORGIOU, C.; WELLS, A. Eds. *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment*, págs. 107-124, Wiley, Chichester, Reino Unido.

PAPAGEORGIOU, C.; WELLS, A. (2004). Nature, functions and beliefs about depressive rumination. En PAPAGEORGIOU, C.; WELLS, A. Eds. *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment*, págs. 3-20, Wiley, Chichester, Reino Unido.

PAYKEL, E.S.; BRUGHA, T.; FRYERS, T. (2005). "Size and burden of depressive disorders in Europe". *European Neuropsychopharmacology*, 15, 411-423.

RAES, F.; HERMANS, D.; WILLIAMS, J.M.G.; BEYERS, W.; BRUNFAUT, E.; EELLEN, P. (2006). "Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of major depression". *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 699-704.

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 & Research*, 28, 433-455.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D.; GEMAR, M. (1996). "A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder". *Psychological Medicine*, 26, 371-380.

SCHNEIDMAN, E.; (1997). "The suicidal mind". En R. MARIS, M.M. SILVERMAN; S.S. CANETTO (Eds.). *Review of Suicidology*, págs. 22-42. Guilford Press, Nueva York.

SCHOTTE, D.E.; COOLS, J.; PAYVAR, S. (1990). Problem-solving deficits in suicidal patients - trait vulnerability or state-phenomenon. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 58, 562-564.

SOLOMON, D.A.; KELLER, M.B.; LEON, A.C.; MUELLER, T.I.; LAVORI, P.W.; SHEA, M.T. et al. (2000)." Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder". *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.

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.

TREYNOR, W.; GONZALEZ, R.; NOLEN-HOEKSEMA, S. (2003). "Rumination reconsidered: A psychometric analysis". *Cognitive Therapy and Research (Número especial sobre rumiación)*, 27, 247-259.

WATKINS, E.; MOULDS, M. (2005). "Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression". *Emotion*, 5, 319-328.

WENZLAFF, E.M.; WEGNER, D.M. (2000). "Thought suppression". *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

WILLIAMS, J.M.G. (2001). *Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain*. Penguin Books, Londres, Reino Unido.

WILLIAMS, J.M.G.; BARNHOFER, T.; CRANE, C.; BECK, A.T. (2005). "Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation". *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 421-431.

WILLIAMS, J.M.G.; DUGGAN, D.S.; CRANE, C.; FENNELL, M. J.V. (2006). "Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour". *Journal of Clinical Psychology*, 62, 201-210.

WILLIAMS, J.M.G.; POLLOCK, L. (2000). "The psychology of suicidal behaviour". En K. HAWTON; K. VAN HEERINGEN (EDS.). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. págs. 79-93. John Wiley & Sons, Chichester, Reino Unido.

WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; SOULSBY, J. (2000). "Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients". *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

WILLIAMS, J.M.G.; VAN DER DOES, A.J.W.; BARNHOFER, T.; CRANE, C.; SEGAL, Z.V. (en prensa). "Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality". *Cognitive Therapy and Research*, 32, 83-104.

13

Mindfulness y trastorno límite de la personalidad

Shireen L. Rizvi, Stacy Shaw Welch y Sona Dimidjian

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno de la personalidad severo que se caracteriza por desregulación prominente y omnipresente de las emociones, el comportamiento y el pensamiento. Los criterios de diagnóstico actuales del TLP incluyen dificultades con las relaciones interpersonales, inestabilidad afectiva, problemas de ira, comportamientos impulsivos destructivos, esfuerzos frenéticos por evitar el abandono, problemas con la propia identidad, sensación crónica de vacío, síntomas disociativos transitorios y/o ideas paranoides, y comportamientos suicidas (American Psychiatric Association, 2002). Para elaborar un diagnóstico, por lo menos cinco de esos nueve criterios deben estar presentes al principio de la edad adulta y durante muchos años.

De todos los trastornos psiquiátricos, el TLP es uno de los más difíciles de tratar en el sistema de salud mental por varias razones. En primer lugar, los individuos con TLP utilizan el tratamiento de salud mental en niveles muy desproporcionados. A pesar de que las tasas de prevalencia indican que entre el 1 y el 2% de la población general reúne los criterios de TLP, se estima que entre el 9 y el 40% de los usuarios de servicios hospitalarios tienen TLP diagnosticado (Surber et al.; 1987; Swigar, Astrachan, Levine, Mayfield y Radovich, 1991). En segundo lugar, el diagnóstico del TLP se asocia con varios “comportamientos que interfieren con la terapia” que hacen que la administración de un tratamiento consistente resulte difícil. Las tasas elevadas de abandono de hasta el 60% son comunes en los estudios de tratamiento para TLP y por lo general tiene lugar en los primeros tres a seis meses de tratamiento independientemente de la duración planeada del mismo (Kelly et al.; 1992; Skodol, Buckley y Charles, 1983; Waldinger y Gunderson, 1984). Otras conductas que interfieren con la terapia y que pueden inducir al desgaste (*burn out*) del terapeuta son que el paciente abandone furioso la sesión antes de tiempo o que no se vaya una vez finalizada, el lanzamiento de objetos, el no presentarse a las citas o hacerlo excesivamente tarde, el no

pagar la terapia o el no llevar a cabo las tareas que se le asignan (Linehan, 2003; Stone, 2000). En tercer lugar, los individuos con TLP a menudo tienen diagnosticados varios trastornos a la vez. Los trastornos de conducta, en especial la depresión mayor, son los más observados, pero también son bastante elevadas los niveles de otros trastornos del Eje I, como trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por consumo de sustancias y trastorno de estrés postraumático (Lieb, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004; Skodol et al.; 2002). Para terminar, el TLP va asociado con un riesgo elevado de letalidad. De hecho, el TLP es el único diagnóstico DSM-IV para el que los intentos crónicos de autolesión o de suicidio son un criterio y existen estudios que demuestran que hasta el 8% de los pacientes con TLP terminan por cometer suicidio (Linehan, Rizvi, Shaw Welch y Page, 2000).

Por fortuna, avances recientes en este campo apuntan a la existencia de tratamientos prometedores para el TLP. La terapia dialéctico-conductual (DBT), desarrollada originalmente por Linehan para individuos suicidas con TLP (Linehan, 2003, b), es la que hasta ahora ha recibido el mayor aval empírico, y hay nueve ensayos clínicos aleatorios que demuestran su eficacia (véase un resumen en Linehan y Dexter-Mazza, 2007). La DBT también es uno de los primeros tratamientos psicosociales para cualquier trastorno que incorpora el mindfulness como elemento central.

Visión general de la terapia dialéctico-conductual (DBT) para TLP

La DBT es una terapia cognitivo-conductual infundida con estrategias de aceptación. La “dialéctica” central de la DBT existe en la tensión entre aceptar al paciente exactamente como está en ese momento y al mismo tiempo empujar hacia el cambio y crear una vida que valga la pena vivir. El cambio se logra mediante estrategias cognitivo-conductuales estándares como análisis funcionales, gestión de emergencias, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades. La aceptación es un proceso activo, como queda demostrado con la utilización de estrategias de validación (Linehan, 1997).

En su formato estándar, son cuatro los componentes del tratamiento: psicoterapia individual semanal, sesiones semanales de entrenamiento en grupo, consultas por teléfono cuando hacen

falta y reuniones semanales del equipo de consulta con todos los terapeutas de DBT. Las pautas para llevar a cabo las sesiones individuales especifican que el tratamiento debe orientarse a objetivos claramente priorizados. Objetivos que incluyen, por orden de prioridad: conductas que supongan una amenaza para la vida como impulsos y acciones suicidas, de autolesión y homicidas; conductas que interfieran o que supongan una amenaza para la terapia; trastornos del Eje I graves y pautas que excluyan una calidad de vida razonable. Además, las sesiones se estructuran para empezar con un repaso de la tarjeta-diario, que es un formulario de control que el paciente rellena a diario y donde registra los impulsos, las conductas, el uso de habilidades y las experiencias emocionales que surgen a lo largo de la semana desde la última sesión. Las sesiones de entrenamiento funcionan como una clase normal y siguen un programa concreto cada semana, diseñado para mejorar las habilidades en cuatro dominios: mindfulness, efectividad interpersonal, regulación de las emociones y tolerancia al malestar (Linehan, 2003).

Teoría biosocial y desarrollo y mantenimiento de la sintomatología del TLP

La teoría biosocial del TLP de Linehan propone que el trastorno es principalmente una disfunción del sistema de regulación emocional. Desde esta perspectiva, los criterios de comportamiento del TLP pueden verse como intentos por regular las emociones negativas o como las consecuencias inexorables de unas emociones desreguladas. Además, la teoría indica que esta disfunción de la regulación de las emociones se desarrolla con el tiempo. Por otra parte, la teoría postula que existe una transacción entre una tendencia biológica hacia la emocionalidad intensa y un “ambiente invalidante” (véase Linehan, 2003), que a menudo castiga, corrige o ignora el comportamiento independientemente de su validez real. A través de las interacciones con este entorno, el individuo aprende a pasar por alto la validez de sus propias respuestas emocionales y suele observar pistas externas para obtener información sobre cómo responder. Al mismo tiempo, aprende a conformar objetivos y expectativas no realistas para él mismo y para los demás. Como consecuencia de este aprendizaje a lo largo del tiempo, una persona con TLP tiende a oscilar entre la inhibición emocional (suprimiendo las respuestas emocionales) y los estilos emocionales extremos. Además, Linehan plantea la

teoría de que un problema central en los individuos con TLP es que su experiencia de las emociones es diferente de la de los individuos sin TLP en tres dominios específicos. Primero, los individuos con TLP tienen umbrales menores de señales emocionales. Segundo, los individuos de TLP tienen una reactividad mayor ante las señales emocionales, y eso significa que sus respuestas son más extremas con mayor rapidez que en otros individuos. Tercero, en TLP, existen teorías que apuntan a que es evidente un regreso más lento a los niveles originales tras un episodio emocional. Esas tres características son el resultado del déficit biológico y del ambiente invalidante, propuesto en la teoría biosocial, y llevan inevitablemente a una vida llena de emociones intensas, dificultades interpersonales, problemas de afrontamiento y comportamientos disfuncionales que a menudo funcionan (sin importar lo poco que se hayan vivido) para aliviar el dolor y el sufrimiento de esos estados emocionales intolerables.

Tratar el desajuste emocional con mindfulness en DBT

Las habilidades centrales de mindfulness en DBT están diseñadas para ayudar a los pacientes a centrarse más en el momento presente, dejando pasar recuerdos del pasado y preocupaciones sobre el futuro. Las siete habilidades concretas también apuntan a las dificultades que son consecuencias inevitables del desajuste emocional omnipresente descrito antes. Dificultades que incluyen problemas que acontecen en estados de gran excitación con el procesamiento de nueva información vital para aprender, patrones de autoinvalidación de mucho tiempo y conducta impulsiva que se produce en un contexto de activación emocional y que disminuye el sufrimiento emocional a corto plazo. El mindfulness, como se ha descrito antes, se enseña rutinariamente en el entrenamiento grupal en habilidades.

Además de enseñar mindfulness en grupos, el terapeuta individual también lo incorpora con frecuencia en la terapia individual. De hecho, la terapia es una oportunidad (aunque no siempre agradable) durante la cual las personas con TLP son puestas en contacto directo con situaciones emocionales que por lo general intentan evitar. Cuando se les pide que describan una interacción negativa reciente con alguien cercano o que cuenten su último acto de autolesión por el que sienten una culpa intensa puede generar estados altamente desregulados.

Un objetivo de la DBT es que el individuo aprenda a tener recursos en los contextos relevantes, incluidos los momentos de dificultad. Así pues, las habilidades de mindfulness se utilizan en las sesiones para ayudar al paciente a empezar a regular sus emociones de manera efectiva. La práctica del mindfulness ayuda a las personas con TLP de cuatro maneras que se solapan: (1) Aumenta su control de la atención; (2) Aumenta la conciencia de la experiencia privada; (3) Disminuye las acciones impulsivas y (4) Aumenta la autovalidación (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan, 2006).

El mayor control de la atención se obtiene haciendo énfasis en la participación total en cada momento. Este enfoque en el momento presente al principio requiere un esfuerzo constante ya que la mayoría de personas indican hacerlo con muy poca frecuencia. A los pacientes en apuros se les puede pedir que se centren en su respiración y en como el aire entra por la nariz y sale por la boca como manera de crear conciencia en ese preciso momento. El hecho de prestar atención así también permite al paciente empezar a experimentar y a prestar atención a sus propios estados (emociones/impulsos/pensamientos) sin hacer nada para eliminarlos. Así, es más consciente de su propia experiencia y puede empezar a etiquetar los pensamientos como pensamientos y los sentimientos como sentimientos, sin juzgar. Una ventaja adicional de todo ello es un aumento del *insight* o introspección de posibles precipitantes y consecuencias de la conducta desadaptativa (p. ej. “Soy consciente de que el pensamiento ‘Soy una persona horrible’ se me pasó por la cabeza antes de tener el impulso de autolesionarme” o “Me di cuenta de que estaba menos enfadado inmediatamente después de autolesionarme”). Esta introspección ayuda porque contribuye a una completa evaluación conductual del comportamiento inadaptado, que constituye la base de todo tratamiento cognitivo-conductual.

Además, esta mayor conciencia también genera más soluciones efectivas porque el individuo aprende a “aguantar” los impulsos. Al darse cuenta de las sensaciones fisiológicas o de los pensamientos sin hacer nada por intentar cambiarlos abiertamente, los individuos aprenden a aceptarlos y a tolerarlos mediante mindfulness. La conceptualización conductual de los comportamientos destructivos característicos del TLP (p. ej. consumo de sustancias tóxicas, conductas suicidas) especifica que esos comportamientos suelen verse reforzados negativamente debido a la reducción inmediata del malestar emocional que surge del mismo. Dado que las personas aprenden con el tiempo a implicarse en esos comportamientos, por lo

general *no* aprenden que el malestar emocional se disipará solo.

En definitiva, el blanco (target) del mindfulness es el comportamiento autoinvalidador tan común en pacientes con TLP. Según la teoría biosocial, las personas con TLP a menudo se han criado en ambientes que modelan sistemáticamente la invalidación. Así, muchas han aprendido a autoinvalidarse con el tiempo. Autoinvalidación que por lo general se presenta en el tratamiento con las mismas palabras repetidas del tipo “No puedo” y “No debería” en lo referido a lo que los pacientes piensan, sienten y quienes son. La ubicuidad de la autoinvalidación entre los pacientes con TLP resulta particularmente problemática dada la investigación de los efectos de la eliminación de pensamientos y de la evitación. Se trata de estudios que demuestran la existencia de un patrón claro en la que la supresión del pensamiento y la evitación tienen la consecuencia paradójica de *aumentar* los pensamientos y sentimientos que se intenta disminuir (Gross y John, 2003; Wegner, 1994). Una de las funciones de las intervenciones de mindfulness en DBT es dirigirse explícitamente hacia la autoinvalidación de los pacientes con TLP. El mindfulness enseña a los pacientes a abordar la experiencia con una postura de aceptación sin juzgar. Con la práctica los pacientes aprenden a aplicar esas habilidades a los pensamientos y a los sentimientos que han podido aprender a invalidar automáticamente mediante experiencias pasadas. Así, las estrategias de mindfulness pueden ayudar a interrumpir el ciclo de emociones intensas y los efectos paradoxales de la invalidación.

Habilidades de mindfulness de la DBT

En DBT, el mindfulness se conceptualiza como la experiencia de introducirse plenamente en el momento presente, a nivel de experiencia directa e inmediata. Para lograrlo, se enseñan una serie de siete habilidades concretas, que se practican con regularidad. Habilidades que se consideran “centrales” en tanto que son directamente relevantes para la práctica efectiva de todas las demás habilidades de DBT y, por lo tanto, se repiten frecuentemente en el entrenamiento. Son las siguientes: mente sabia, observar, describir, participar, sin juzgar, con conciencia plena y eficiencia.

En DBT se asume que todas las personas tienen un acceso innato a la sabiduría. Este estado de sabiduría, o de “mente sabia”, representa la síntesis de otros dos “estados mentales” abstractos: “mente emocional” y “mente razonable”. La mente emocional hace referencia al estado en el que las emociones se experimentan como pensamientos y comportamiento controladores. Es común que los pacientes con TLP que inician tratamiento describan sentirse como en estado continuo de mente emocional porque se sienten constantemente bajo el control de sus emociones. En cambio, la mente razonable hace referencia al estado en el que la lógica y la razón controlan los pensamientos y la conducta. Mientras que la mente emocional es caliente e impulsiva, la mente razonable es fría y calculadora. Por su parte, se considera que la mente sabia es una mezcla de las mejores partes de esos estados mentales, además de la calidad de un sentido intuitivo de *saber* algo en el fondo. Acceder a la mente sabia permite llevar a cabo acciones con facilidad aunque dicha acción sea difícil. Por ejemplo, la mente sabia puede guiarnos para que entremos en una casa en llamas para salvar a un niño; una acción claramente difícil pero que va acompañada de la claridad del conocimiento intuitivo. Algo que se asume en la DBT es que todos estamos “en mente sabia” en algún momento; de hecho, y con la práctica, la mente sabia puede experimentarse con más regularidad y se puede acceder mejor a ella cuando así se desea.

Las otras seis habilidades de mindfulness se organizan en habilidades de *qué* y habilidades de *cómo*. Las de *qué* describen las acciones que uno realiza cuando se practica el mindfulness. Son: *observar, describir y participar*. De hecho, sólo pueden practicarse de una en una; por ejemplo, no es posible observar y describir o describir y participar en el mismo momento. Las habilidades de *cómo* incluyen *sin juzgar, con conciencia plena y efectivamente*; pueden practicarse individualmente cuando se está aprendiendo y, a medida que la habilidad aumenta, pueden hacerse coincidir simultáneamente durante la práctica de una habilidad *qué* dada.

La primera de las habilidades *qué*, *observar*, es la percepción directa de las experiencias, sin añadir conceptos ni categorías. Es algo que puede resultar extremadamente extraño y difícil para muchos pacientes (e incluso para muchos terapeutas). Puede ayudar el hecho de pensar en los cinco sentidos cuando se practica la observación porque los sonidos, el tacto, el gusto, la vista y el olor proporcionan una oportunidad constante para la observación. La práctica invita a los pacientes a prestar atención al nivel de sensación directa y *simplemente notar*. Es

habitual que cuando se enseña esta habilidad, los pacientes indiquen prestar atención automáticamente a descripciones conceptuales. Por ejemplo, un paciente puede observar un sonido de “pío pío” fuera y atribuirle una etiqueta (p. ej. “es un pájaro”). El terapeuta ayuda a identificar la categorización que se ha producido y redirige al paciente de nuevo a las sensaciones de sonido. A menudo la categorización va rápidamente seguida de una evaluación crítica (p. ej. “Odio los pájaros; este sitio es demasiado ruidoso; de todos modos, no puedo realizar esta estúpida tarea”). La práctica de la observación ayuda a los pacientes a regresar una y otra vez a la sensación directa, incluso a las que se consideran desagradables. También pueden aplicarse observaciones a las experiencias internas, como las sensaciones de una emoción particular. Con sólo darse cuenta de lo que se siente al estar enfadado, por ejemplo, sin hacer nada para cambiarlo, uno puede observar las sensaciones físicas y, con el tiempo, reconocer que la emoción en sí misma no supone ninguna amenaza.

Describir implica añadir una etiqueta descriptiva a lo que se está observando. Cuando se pide a los participantes que expliquen en voz alta al terapeuta o al grupo lo que han observado, se les está pidiendo que describan. Por ejemplo, si la paciente de la que hablábamos antes ha estado practicando la descripción, es posible que haya recibido instrucciones para notar “pensar”, como en “He pensado que un pájaro va a piar” o “juzgar”, como en “el juicio de que ‘esto es una estupidez’ se me ha pasado por la cabeza”. Muchos pacientes experimentan los pensamientos como hechos literales y objetivos. Si bien muchos pensamientos que se asumen como hechos son relativamente benignos (p. ej. “ese sonido es de un pájaro”), otros pensamientos que se asumen como hechos pueden asociarse con consecuencias significativamente negativas. Por ejemplo, los pacientes indican que “saben” que no gustan a alguien basándose en la expresión facial o en un comentario que interpretan como malicioso. Reconocer que el *pensamiento* “no le gusto” es distinto al *hecho* “no le gusto” es un paso importante para aprender una nueva conducta. Si no es más que un pensamiento, está abierto a pruebas de falsificación que lo avalen. Practicar la habilidad de describir permite a los pacientes empezar a experimentar los pensamientos como hechos mentales que surgen y que pasan por la mente. Los pacientes pueden practicar la descripción utilizando experiencias externas (p. ej. sonidos, colores) o internas (p. ej. pensamientos, emociones).

Participar hace referencia a un acceso total y completo en la experiencia. Cuando uno

participa, la separación entre el sí mismo y la actividad desaparece. Es un estado de implicación total, parecido al estado de fluir (flow) descrito por otros autores (p. ej. Csikszentmihalyi, 1997). También es la falta de conciencia del sí mismo, ya que el sí mismo y la actividad se experimentan en un mismo estado. Los pacientes a menudo pueden recordar actividades en las que participan total y naturalmente; varía mucho de un caso a otro, pero algunos ejemplos son: actividades deportivas, baile, o participar en conversaciones que cautivan su interés. Sin embargo, practicar la participación en más actividades diarias puede resultar muy difícil para los pacientes con TLP que con frecuencia luchan con altos niveles de conciencia de sí mismos. Tanto la terapia individual como la de grupo pueden ser oportunidades para practicar estas habilidades y a menudo se pide a los pacientes que se lancen a la actividad de participar en la terapia. De hecho, participar también puede ser una práctica de gran valor para pacientes que buscan sensaciones o que tienen tendencia a juzgar determinadas actividades como mundanas y/o aburridas.

Sin juzgar, la primera habilidad de *cómo*, es la más radical de las enseñadas en DBT. Implica dejar pasar todos los juicios, tanto buenos como malos, sobre uno mismo y sobre los demás. Es algo que los pacientes suelen objetar porque asumen que dejar de juzgar significa dejar de tener preferencias o de aprobar. Por ejemplo, los pacientes suelen asumir que ser crítico significa que no pueden odiar algo muy doloroso. Es importante aclarar que ser no crítico no significa dejar de tener respuestas emocionales fuertes. Además, tampoco significa dejar de lado los valores ni las preferencias. Un paciente puede preferir vivir en un mundo sin prejuicios contra las personas con enfermedades mentales, de hecho puede odiar los casos de prejuicios cuando se producen, y seguir siendo no crítico. Ser no crítico implica hacer hincapié en los hechos observables (p. ej. quién, qué, cuándo y dónde) y describir las consecuencias, en contraposición a llevar a cabo evaluaciones e interpretaciones. A los pacientes se les pide que practiquen la capacidad de no juzgar simplemente describiendo, sin añadir sus interpretaciones. También tienen que reestructurar los pensamientos críticos al momento y repetir una frase o una afirmación sin juzgar.

Con conciencia plena significa simplemente prestar atención a una cosa a la vez. Es lo contrario de un comportamiento “multitarea” y de hacer una cosa mientras se piensa en otra. Se anima a los pacientes a pensar que todo puede hacerse conscientemente. Un buen ejemplo

es la referencia a la descripción de Thich Nhat Hanh de lavar los platos. Escribe: “Lavar los platos es un medio y un fin a la vez, es decir, no solo lavo los platos para que estén limpios sino que también los lavo por lavarlos, para vivir plenamente cada momento en que lo estoy haciendo” (2010, pág. 40). Cuando se enseña esta habilidad, los pacientes suelen responder diciendo que consiguen más cuando hacen varias cosas a la vez y que hacer las cosas de una en una es ineficiente. Cabe citar también el estudio que sugiere que la multitarea se asocia con dedicar más tiempo a cada tarea (p. ej. Foerde, Knowlton y Poldrack, 2006). Las anécdotas personales sobre cómo la multitarea crea más problemas también son demostraciones útiles de las consecuencias negativas de hacer más de una cosa al mismo tiempo (p. ej. hablar por el teléfono móvil mientras se conduce, provocando un casi accidente; mantener una conversación con alguien mientras se piensa en otra cosa puede hacer que se produzca un momento embarazoso en el que uno no sabe lo que le acaban de preguntar). Las consecuencias positivas de practicar la conciencia plena incluyen un mayor control de la atención y menos rumiación, que a menudo pueden reducir el malestar emocional.

La habilidad de *eficiencia* requiere que los pacientes practiquen el abandonar hacer “lo correcto” en favor de hacer “lo que funciona”. La máxima “No tire piedras sobre su propio tejado” resulta aquí muy apropiada. La práctica de la eficiencia significa hacer solamente lo necesario en el momento para lograr los objetivos deseados, ni más ni menos. Los pacientes con TLP a menudo luchan con esta habilidad por el gran hincapié en demostrar que “tienen razón” y que las cosas “deberían” ser de determinada manera. Se les enseña que la cuestión no es tanto si tienen razón o si no la tienen, sino que lo importante es que consigan lo que desean. La DBT con pacientes que sufren TLP suele proporcionar multitud de oportunidades para que practiquen el ser efectivos y las interacciones con miembros de la familia, con amigos y con los facultativos son contextos muy valiosos en los que practicar. Así las cosas, ser efectivo es algo que se resalta durante el tratamiento y los terapeutas preguntan con frecuencia a sus pacientes “¿qué sería lo efectivo en esta situación?” como manera de guiar y estructurar respuestas conductuales de los pacientes.

Cabe destacar también que con la terapia dialéctico-conductual, el terapeuta modela la utilización de todas esas habilidades. El terapeuta de DBT participa con conciencia plena en la terapia de manera efectiva y sin juzgar. Además, practica con el paciente y comparte su

propia experiencia de la práctica del mindfulness. Idealmente, el terapeuta demuestra que el mindfulness no es algo que se adquiera fácilmente sino que con práctica y diligencia el uso de esas habilidades lleva a una mejora general de la calidad de vida.

Ejemplo de caso

Como decíamos antes, el mindfulness se enseña a todos los pacientes en grupos de habilidades de DBT y se considera la base de muchas otras habilidades. El nivel en el que cada terapeuta dialéctico-conductual hace hincapié en el mindfulness depende de los objetivos del paciente, de los objetivos de la terapia y de la formulación de cada caso. Este ejemplo de caso ilustra cómo las habilidades de mindfulness se entrelazan en el modo de terapia individual de la DBT. “Mia^[1]” es una mujer de 22 años que cumplía los criterios de TLP. Contaba con un historial de intentos de suicidio y de autolesiones no suicidas, por lo general cortándose, que cometía entre 10 y 30 veces al mes desde que tenía 17 años. Mia asistía a un instituto público y vivía con su novio, con el que tenía una relación tumultuosa que a menudo incluía intensas peleas seguidas de rupturas temporales. Por lo general él abandonaba durante algunos días el apartamento que compartían, en ocasiones teniendo relaciones con otras mujeres, para después regresar y reanudar la relación. En esos casos, Mia se realizaba cortes o tomaba dosis no letales de calmantes tras las peleas con su novio. Análisis detallados realizados indicaban que el patrón habitual era que tras un conflicto tomara suficientes calmantes como para quedarse dormida, con el pensamiento de “si me mata, bien”. Al despertar, se cortaría hasta sentirse “aliviada”, no asistiría a clase y pasaría el día sola. Este patrón ocurría entre 1 y 5 veces al mes, con el resultado de problemas académicos y una amenaza de expulsión del centro, aunque Mia fuera una estudiante brillante y aplicada con buenos resultados académicos a pesar de este patrón y que esperaba estudiar medicina algún día.

Las fases iniciales de la terapia se centraron en ayudar a Mia a acabar con todo comportamiento de autolesión y en enseñarle otras maneras para regular sus afectos. Las habilidades de mindfulness se conceptualizaron como algo esencial en el tratamiento para Mia. Las principales áreas de énfasis fueron (1) ayudarle a utilizar la “mente sabia” para tomar decisiones más efectivas sobre su vida, basadas en sus valores en lugar de en la

evitación de afectos negativos inmediatos, y (2) aumentar su capacidad para observar sus experiencias privadas sin juzgar, ni autoinvalidación ni evitación, para poder (a) tolerar mejor los afectos negativos y (b) elegir con mayor conciencia una respuesta efectiva (disminuyendo por lo tanto la conducta impulsiva y destructiva).

Centrarse en el mindfulness se logró principalmente haciendo hincapié en las siete habilidades de mindfulness de la terapia individual. No fue algo que se hiciera en un protocolo formal, sino como respuesta a los problemas y a las cuestiones que Mia aportaba cada semana de tratamiento. Practicar las habilidades en la sesión de tratamiento era una prioridad, ya que eran nuevas y difíciles para Mia. Simplemente describirlas y asignarlas como tarea hubiera supuesto un fracaso. Más abajo se citan ejemplos de cómo se incorporaron las habilidades a la sesión de tratamiento.

Mente sabia

Mia, como la mayoría de pacientes con TLP, se identificó inmediatamente como alguien que “vive en mente emocional” y que tiene dificultades para actuar de forma consciente basándose en sus valores/sabiduría interior. El siguiente es un ejemplo de cómo se utilizó la mente sabia en una conversación sobre dejar de autolesionarse como una opción.

T: Bien, entonces ¿con qué te cortaste?

P: Con una cuchilla de afeitar...

T: Pero pensaba que te habías desecho de todas la semana pasada... ¿fuiste a comprar una?

P: No... me había quedado una, por si acaso. Me guardé una. Es una especial para mí, creo que en realidad no estoy preparada para hacer esto. No lo voy a dejar. Todo lo que puedo decir es que cortarme funciona por ahora y, francamente, en verdad pienso que no quiero dejarlo. Tenía sentido cuando hablamos la semana pasada pero ahora creo que no sirvo.

T: Así que has estado pensado mucho sobre ello.

P: Sí...

T: De acuerdo. ¿Repasaste la mente sabia ayer por la noche?

P: Sí...

T: Bien, entonces te diré lo que quiero que hagas: quiero que repases esta decisión de dejar o no dejar de cortarte, pero utilizando la mente sabia, practicando realmente esa habilidad. Y te diré por qué: cuando hablamos de esto mismo la semana pasada, tenías todas las razones para dejar de cortarte, tenías la lógica, ¿cómo denominarías ese estado mental?

P: Mente racional.

T: Correcto, porque utilizas la razón. Ahora me sorprende que cuando llegaste a casa y tiraste todas las cuchillas menos una... apuesto lo que sea a que tomaste esa decisión desde una mente emocional. ¿Entiendes lo que quiero decir?

P: Sí, estoy de acuerdo. Tenía que hacerlo pero siento que no puedo. Es la historia de mi vida.

T: Bien, de acuerdo, eso es cierto para muchas personas, podemos pensar lógicamente en algo antes de ser tentados por otra cosa pero cuando estamos mal pensamos con las emociones. Utilizar la mente sabia es intentar utilizar el mindfulness para salir de esa trampa, para ir realmente hacia nuestro interior y acceder a nuestra sabiduría, y eso tiene lógica y sentimiento. Así que, de hecho, quiero que lo practiques ahora y veas lo que tu mente sabia dice sobre esa decisión de cortarse. Porque aunque mi mente sabia quiera que lo hagas y estés de acuerdo conmigo, en última instancia es verdad que tienes que saberlo en tu propia mente sabia. Entonces, ¿qué práctica te pareció más útil en grupo en cuanto a encontrar la mente sabia?

P: Me gustó aquella en la que hacíamos ver que éramos una piedra que se hundía hasta el fondo de un lago y que ese fondo era la mente sabia.

T: Bien, pues hagámoslo ahora. Siente tu respiración y después imagina la piedra... cuando llegues al fondo, quiero que veas si puedes observar lo que dice tu mente sabia acerca de soltar esa última cuchilla. No fuerces nada. Sólo observa lo que ocurre.

Tras este ejercicio, Mia dijo que había sentido que su mente sabia le decía que tenía que

cerrar la puerta a los cortes y que eso era lo correcto, pero su miedo a “volverse loca” sin la salida de cortarse le hacía ser reticente a comprometerse totalmente con la abstinencia. El hecho de darse cuenta de esto generó una discusión sobre las maneras de tolerar las emociones intensas, y también un plan para acordar abandonar los cortes durante tres meses con el entendimiento de que su temor era válido y que si la ayuda del terapeuta y de las habilidades de la DBT no funcionaban, siempre podría volver más cortarse más adelante.

Observar y describir

La observación y la descripción se utilizaron para ayudar a Mia a empezar a experimentar momentos de afectos negativos intensos y a elegir conscientemente sus respuestas en lugar de reaccionar impulsivamente. Se hacía hincapié en observar la “ola” de emociones y en permitirles subir y bajar sin adoptar una conducta de evitación. Durante las sesiones, el terapeuta pedía con frecuencia a Mia que observara y describiera sus emociones y que las tolerara durante periodos de tiempo progresivamente más extensos (30 segundos, 2 minutos, etc.) sin adoptar esfuerzos por evitar. En lugar de “convertirse en” su emoción, Mia aprendió a tomar distancia y a observar los pensamientos, las sensaciones fisiológicas y las urgencias que estaba experimentando. También empezó a preguntar “¿puedo tolerar este momento?” o “¿puedo tolerarlo durante los próximos cinco minutos?”. Entonces utilizaría la habilidad de descripción, bien para describirse a sí misma lo que estaba ocurriendo (*“Siento el pensamiento de que no puedo soportarlo... tengo lágrimas en los ojos y siento la imperiosa necesidad de salir corriendo de la sala... siento una presión en el pecho... tengo calor...”*). La dificultad de esta tarea para Mia (y para muchos pacientes con TLP) no puede exagerarse. Sin embargo, practicar estas habilidades de mindfulness de esta manera resultó de gran utilidad y empezó a reconocer que sus emociones *“podían ser dolorosas pero no me matarán... y disminuyen solas aunque no haga nada para detenerlas”*.

Otras habilidades de mindfulness

Las otras habilidades de mindfulness también se incorporaron a menudo en el tratamiento pero debido a las limitaciones de espacio no se propone la transcripción detallada de cada una de ellas. Trabajar para disminuir las autocríticas, frecuentes en Mia y que tendían a aumentar su vulnerabilidad emocional, era un tema frecuente en el tratamiento. En terapia, los siguientes tipos de interacciones ocurrían en numerosas ocasiones:

P: ¡Simplemente soy tan TONTA! Por qué hago estas cosas...

T: ¿Podrías decirme, por favor, qué quieres decir y abandonar la crítica?

P: No puedo creer que... que haya hecho algo tan... tan estúpido...

T: “Tan estúpido” no me dice nada... ¿qué pensamiento es? Utiliza la descripción...

P: Estoy tan furiosa conmigo misma que he evitado la clase.

T: ¡¡Fantástico!! Entonces te sientes enfadada contigo misma por haber evitado. Genial, ahora sé lo que está pasando y podemos trabajar juntos para solucionar este problema...

La clave de interacciones como ésta es un tono ligero, sin juicios (incluso ligeramente burlón o irreverente) y guiar donde haga falta. Mia trabajó la observación de las críticas, y el hecho de elegir conscientemente o bien reformularlas, u observarlas y dejarlas pasar o crear empatía.

Mia incorporó la participación de varias maneras. Primero, utilizaría esa habilidad a menudo para lanzarse en el comportamiento que eligiera como alternativa a cortarse; por ejemplo, a menudo saldría a pasear y a observar de manera consciente sus pies en contacto con el suelo, todas las sensaciones físicas, etcétera. El terapeuta también le solía pedir que practicara la participación durante las sesiones, en especial cuando se viera tentada a evitar un contenido difícil. Para terminar, empezó a participar en tareas domésticas rutinarias, como lavar los platos y hacer la colada. Mia también utilizaba la habilidad de “conciencia plena” de formas similares para ayudarse a implicarse totalmente en alternativas a la autolesión. Habilidad que también utilizó para ayudarse a “frenar” en momentos de fuerte carga emocional, y le pareció, tanto a ella como a su terapeuta, que era algo muy útil para disminuir el comportamiento impulsivo.

Durante el transcurso del tratamiento, Mia manifestó una mejora destacable y al final del

mismo había abandonado todo comportamiento de autolesión, era mucho menos crítica, asistía a clase con regularidad y obtenía buenas notas. Rompió la relación con su novio de una manera muy correcta y se mudó a otra casa que compartía con más chicas. Tanto el terapeuta como Mia creen que las habilidades de mindfulness han tenido una importancia vital para ella. El ejemplo más evidente fue la utilización de la observación y la descripción; en cuanto Mia aprendió que podía tolerar el dolor emocional y que éste no dura para siempre *sin que ella tenga que hacer nada al respecto*, las conductas de evitación, como la autolesión, disminuyeron espectacularmente. También parece que la práctica de esas habilidades, junto con la participación y la mente sabia, supusieron un mayor sentido del sí mismo. La práctica de la no crítica y de habilidades efectivas también le ayudó mucho a la hora de aumentar el control de la conducta.

Ejercicios de mindfulness específicos

A continuación presentamos algunos ejercicios de mindfulness específicos que utilizamos en nuestra práctica de terapia con pacientes TLP. La lista debe considerarse ilustrativa y no exhaustiva. Cuando se practica la DBT, uno se da cuenta rápidamente de que no hay límites en cuanto a las posibilidades de la práctica del mindfulness. Recordando que las habilidades de *cómo* se incorporan en la práctica de la mente sabia y que no hemos incluido ejercicios específicos para las de *qué*. En cambio, el terapeuta de DBT es consciente de las críticas del paciente, de su implicación en más de una cosa a la vez, de la utilización de “afirmaciones de debería hacer” durante la práctica, y de la presencia de voluntad (en contraposición a la voluntad efectiva a implicarse en el proceso). Existen muchas fuentes escritas disponibles con ideas para la práctica del mindfulness. Las habilidades de la DBT están muy influenciadas por las escrituras de Thich Nhat Hanh y muchos de sus libros publicados contienen ejercicios prácticos muy valiosos. Otra fuente de ejercicios es el libro *Vivir con plenitud las crisis* (2004) de Jon Kabat-Zinn y *Mindfulness en la vida cotidiana* (2009). Además, el manual de Linehan (1993b), la reciente publicación de un libro sobre adaptaciones de DBT a la práctica clínica (Dimeff y Koerner, 2007) y un libro sobre DBT para adolescentes (Miller, Rathus y Linehan, 2007) contienen ejercicios prácticos de DBT.

Mente sabia

- A los pacientes se les pide que utilicen la visualización y que imaginen una piedra que se hunde hacia el fondo de un lago de agua limpia y transparente. El terapeuta guía la visualización y les da instrucciones del tipo: “Imagina que eres una piedrecita que cae al agua. Igual que la piedra, empiezas a sumergirte en el agua, en círculos, cada vez más profundamente en el agua limpia y transparente que te contiene. Te hundes lentamente haciendo círculos, hasta que llegas al fondo. Y cuando descansas en el fondo, experimentas una sensación de estar centrado y en paz”.
- Hay que pedir a los pacientes que sigan el sentimiento y la cadencia de su respiración con una práctica sencilla o con cualquier otra práctica que hayan aprendido. Transcurridos unos instantes se debe preguntar a los pacientes si pueden experimentar o conectar con un lugar sabio y centrado en su interior.

Observar

- El terapeuta puede decir una palabra como “elefante” y pedir a los pacientes que simplemente observen cómo la palabra atraviesa sus mentes. También se les indica que no la expulsen ni la mantengan, sino que simplemente observen como la palabra viene y va.
- El terapeuta puede ofrecer algo de comer, pequeño, como uvas, un trozo de fruta, menta o un chocolatín y pide a los pacientes que observen las sensaciones de comer, como el gusto, la textura, el olor y la sensación física de tragarse.
- El terapeuta puede poner música desafinada, o que varios de los pacientes consideren desgradable. Se les pide que observen el sonido, y también que observen los pensamientos, las emociones o las sensaciones que surjan.

Describir

- Se aportan fotografías de personas realizando expresiones emocionales (p. ej. enfado,

miedo, alegría) y se pide a los pacientes que describan lo que ven. A menudo los pacientes dirán “está muy enfadada” o “tiene miedo” y el terapeuta puede indicar que el enfado o el miedo no se observan directamente y que por lo tanto no pueden describirse. En cambio, “los labios hacia abajo”, “el ceño fruncido”, “los ojos entrecerrados”, etcétera, son ejemplos de descripciones.

- Tras un ejercicio de observación como los anteriores, se puede pedir a los pacientes que describan su experiencia, sin añadir juicios, ni interpretaciones, etcétera.

Participar

- Las actividades puede llevarse a cabo en sesiones de grupo, en las que se pide a los pacientes que participen plenamente. Por ejemplo, utilizando una sopa de letras o un laberinto, se les puede pedir que se dediquen a solucionarlo durante un periodo de tiempo determinado. Al terminar se les puede preguntar si se les han pasado juicios por la mente sobre ellos mismos o sobre el ejercicio.
- Cualquier actividad que tiende a requerir conciencia de uno mismo supone una gran oportunidad para practicar la habilidad de participación. Otras opciones populares son cantar (p. ej. canciones típicas como “El corro de la patata”), bailar o reír a carcajadas como en la risoterapia (“laugh club”).
- Otro ejercicio interesante de participación es uno que genere conciencia de uno mismo, como los descritos antes. A continuación, se les pide que imaginen el aspecto que hubieran tenido durante el ejercicio si lo hubieran hecho sin conciencia de uno mismo. Después se repite el ejercicio, dándoles una oportunidad adicional de lanzarse a la participación.

Referencias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición). Barcelona: Masson Cop.

CSIKSZENTMIHALYI, M. (1997). *Fluir: Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.

DIMEFF, L.A.; KOERNER, K. (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. Nueva York: Guilford Press.

FOERDE, K.; KNOWLTON, B.J.; POLDRACK, R.A. (2006). "Modulation of competing memory systems by distraction". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103, 11778-11783.

GROSS, J.J.; JOHN, O.P. (2003). "Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationship, and well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

HAHN, T.N. (2010). *Hacia la paz interior*. Barcelona: Debolsillo clave.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairos.

KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: cómo descubrir las claves de la atención plena*. Barcelona: Paidós Ibérica.

KELLY, T.; SOLOFF, P.H.; CORNELIUS, J.; GEORGE, A.; LIS, J.A.; ULRICH, R. (1992). "Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment". *Journal of Personality Disorders*, 6, 417-433.

LIEB, K.; SCHMAHL, C.; LINEHAN, M.M.; BOHUS, M. (2004). "Borderline Personality Disorder". *The Lancet*, 364, 453-461.

LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

LINEHAN, M.M. (2003). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

LINEHAN, M.M. (1997). "Validation and psychotherapy". En A. BOHART; L. GREENBERG (Eds.), *Empathy reconsideration: New directions in psychotherapy* (págs. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.

LINEHAN, M.M.; DEXTER-MAZZA, L. (2007). "Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder". En D.H. BARLOW (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4^a ed.). Nueva York: Guilford Press.

LINEHAN, M.M.; RIZVI, S.L.; SHAW WELCH, S.; PAGE, B. (2000). "Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders". En K. HAWTON; K.V. HEERINGEN (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (págs. 147-178). Nueva York: John Wiley & Sons.

LYNCH, T.R.; CHAPMAN, A.L.; ROSENTHAL, M.Z.; KUO, J.R.; LINEHAN, M.M. (2006). "Mechanisms of change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and empirical observations2. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.

MILLER, A.L.; RATHUS, J.H.; LINEHAN, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Nueva York: Guilford Press.

SKODOL, A.E.; BUCKLEY, P.; CHARLES, E. (1983). "Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality?". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405-410.

SKODOL, A.E.; GUNDERSON, J.G.; PFOHL, B.; WIDIGER, T.A.; LIVESLEY, W.J.; SIEVER, L.J. (2002). "The Borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure". *Society of Biological Psychiatry*, 51, 936-950.

STONE, M.H. (2000). "Clinical guidelines for psychotherapy for patients with Borderline Personality Disorder". *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 193-210.

SURBER, R.W.; WINKLER, E.L.; MONTELEONE, M.; HAVASSY, B.E.; GOLDFINGER, S.M.; HOPKIN, J.T. (1987). "Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services". *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1112-1114.

SWIGAR, M.E.; ASTRACHAN, B.; LEVINE, M.A.; MAYFIELD, V.; RADOVICH, C. (1991). "Single and repeated admissions to a mental health center: Demographic, clinical and use of service characteristics". *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 259-266.

WALDINGER, R.J.; GUNDERSON, J.G. (1984). "Completed psychotherapies with borderline patients". *American Journal of Psychotherapy*, 38, 190-202.

WEGNER, D.M. (1994). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychological of mental control*. Nueva York: Guilford Press.

1. Los nombres y demás información se han alterado para proteger la confidencialidad.

14

Abordajes basados en mindfulness para trastornos de la conducta alimentaria

Ruth Q. Wolever y Jennifer L. Best

Las preocupaciones bajan mejor con sopa

Proverbio judío

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes de conducta multidimensionales y complejos caracterizados por déficits centrales constantes en la autorregulación de la ingestión de alimento, del afecto y de la cognición (Dalle Grave, Di Pauli, Sartirana, Calugi y shafran, 2007; Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger y Crosby, 2003; Shafran, Teachman, Ferry y Rachman, 1999; Spoor, Bekker, Van Heck, Croon y Van Strien, 2005). El trastorno de la autorregulación de la ingestión de alimento está vinculado a una dificultad en reconocer las señales fisiológicas de hambre y de saciedad, además de en discernir esas señales de señales somáticas de emoción. El trastorno en la regulación de las emociones refleja déficits a la hora de identificar, gestionar y utilizar de forma adaptativa las emociones. El trastorno cognitivo refleja una rigidez extrema que se observa en la limitación cognitiva alrededor de las conductas alimentarias, el perfeccionismo y un pensamiento distorsionado sobre el peso y las formas. Los trastornos de la conducta alimentaria con frecuencia persisten incluso frente al deterioro significativo del bienestar psicológico y fisiológico. Dada su prevalencia cada vez mayor, y el riesgo elevado asociado de recaídas y de psicopatologías comórbidas, se les otorga mayor atención a fin de mejorar la eficacia de los tratamientos existentes. Los enfoques de mindfulness pueden intervenir mejorando la autorregulación y empiezan a surgir pruebas que demuestran su utilidad potencial.

Trastornos de la conducta alimentaria: un resumen de las características de diagnóstico, epidemiología, tratamiento y resultado

Las personas que sufren de trastornos de la conducta alimentaria por lo general se mueven por un intenso deseo de lograr un ideal de cuerpo delgado (Thomsen, McCoy y Williams, 2001) y suelen caracterizarse por tener imágenes corporales distorsionadas (Cash y Deagle, 1997), preocupaciones con pensamientos relacionados con la comida (Powell y Thelen, 1996) y un concepto de sí mismos demasiado envuelto en el peso y la forma corporales (APA, 2000). Además, la recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria suele verse complicado por comorbilidad del Eje I y/o patología del Eje II (Fernández-Aranda et al.; 2008). El desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria está relacionado con la confluencia de factores biopsicosociales: valores socioculturales dominantes e influencia de iguales (Hutchinson y Rapee, 2007), dinámica interpersonal de la familia de origen (Felker y Stivers, 1994) y diferencias individuales de temperamento y de estilo de personalidad (Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón, 2005), juntamente con vulnerabilidades biológicas establecidas (Becker, Keel, Anderson-Fye y Thomas, 2004). La prevalencia de trastornos alimentarios clínicamente significativos atraviesa ahora líneas socioeconómicas y demográficas (p. ej. minorías étnicas, hombres y mujeres de mediana edad, Brandsma, 2007; Harris y Cumella, 2006; Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm y Fairburn, 2000). Los tres principales trastornos de la conducta alimentaria reconocidos en las comunidades clínicas y académicas son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA) (APA, 2000).

Anorexia nerviosa

Un diagnóstico de AN refleja: (1) rechazo rígido a mantener un peso corporal de por lo menos el 85% del peso esperado en función de la edad y la altura; (2) miedo importante a ganar peso o a engordar; (3) influencia excesiva del peso o de las formas corporales en la evaluación de uno mismo; y (4) ausencia de por lo menos los tres últimos ciclos menstruales postmenarquia en mujeres (APA, 2000). Las personas a las que se les diagnostica un trastorno de la conducta alimentaria pueden clasificarse además como de tipo restrictivo o de tipo compulsivo-

purgativo (APA, 2000). La prevalencia de punto actual del trastorno de la conducta alimentaria se estima en el 0,3% en Estados Unidos y Europa Occidental (Hoek y van Hoeken, 2003) con una prevalencia de vida de cerca del 0,5-3,7% entre la mujeres (Grupo de trabajo de la APA sobre trastornos alimentarios, 2000). La edad media de inicio de la anorexia nerviosa se sitúa entre los 14 y los 18 años (APA, 1994), aunque están empezando a surgir síntomas de alimentación desordenada y de mala imagen corporal de forma alarmante en cohortes prepubescentes (Rohinson, Chang, Haydee y Killen, 2001).

Debido a las características distintivas clínicas de pérdida extrema de peso y de desnutrición crónica, la anorexia nerviosa implica riesgos significativos para la salud a largo plazo (Office on Women's Health, 2000; NIMH, 2001) y se considera uno de los trastornos psiquiátricos más letales (Sullivan, 1995). La prognosis a largo plazo es equívoca (véase Berkman, Lohr y Bulik, 2007 para un resumen extenso); por ejemplo, las tasas de recuperación tras diez años oscilan entre el 27% en una muestra norteamericana (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro et al.; 1991) y el 69% en una muestra alemana (Herpertz-Dahlmann, Muller, Herpertz y Heussen, 2001). Dado este panorama tan nefasto, una revisión sistemática de los estudios controlados y aleatorizados destaca la necesidad considerable de incrementar el poco apoyo para la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia familiar para prevenir recaídas entre adultos con anorexia nerviosa que han recuperado su peso y para resolver los síntomas de esta enfermedad en muestras adolescentes respectivamente (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway y Lohr, 2007).

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se define por (1) episodios recurrentes de atracción (consumir grandes cantidades de alimento en un periodo de tiempo diferenciado unido a la percepción de pérdida de control); y (2) comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes con el fin de evitar ganar peso. Se trata de conductas que pueden incluir la provocación del vómito, el ayuno, la práctica excesiva de ejercicio y/o el uso excesivo de laxantes, diuréticos u otra medicación que promueva la pérdida de peso (APA, 2000). En los diagnósticos severos, el ciclo de conducta de compensación del atracción debe producirse una media de dos veces a la

semana en tres meses. Aunque tanto los pacientes con anorexia como con bulimia nerviosa tienden a desarrollar conceptos de sí mismos basados principalmente en el peso y en la forma corporal, los pacientes con bulimia por definición no deben tener un peso más bajo del normal (APA, 2000).

La prevalencia actual de la bulimia nerviosa es de cerca del 1% en mujeres y del 0,1% en hombres en el mundo Occidental (Hoek y van Hoeken, 2003), con una prevalencia de vida estimada entre el 1,1 y el 4,2% en mujeres (Grupo de trabajo de la APA sobre trastornos alimentarios, 2000). Sin embargo, una proporción significativamente mayor de la población sufre los síntomas subclínicos del trastorno (i.e. 5,4% de síndrome parcial; Hoek y van Hoeken, 2003). El comienzo del trastorno tiende a ocurrir en la adolescencia o al principio de la edad adulta (p. ej. entre muestras en edad universitaria), y un número sustancial de individuos con anorexia nerviosa desarrolla posteriormente bulimia tras la recuperación del peso (Office on Women's Health, 2000). Las consecuencias de la bulimia nerviosa para la salud se centran en complicaciones de conducta de purga crónica, y la complicación potencial más seria es la de parada cardiaca (Office on Women's Health, 2000). La tasa media de mortalidad es <1% (Keel y Mitchell, 1997; Steinhause, 1999) y las tasas de recuperación son variables y oscilan entre el 22 y el 77%, con una probabilidad elevada de recaída (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor, 2000; véase un resumen en Quadflieg y Fichter, 2003).

El tratamiento de la bulimia nerviosa por lo general implica agentes psicofarmacológicos (p. ej. fluoxetina) y/o algún tipo de psicoterapia (p. ej. CBT) o un enfoque basado en la autoayuda. Un amplio resumen cualitativo de pruebas controladas aleatorias publicadas entre 1980 y 2005 (Shapiro et al.; 2007) cita pruebas contundentes de intervenciones médicas y de conducta que reducen significativamente los síntomas centrales de la bulimia y que promueven la prevención de recaídas, pero también destaca como principal problema el de retener a los participantes en todas las tecnologías terapéuticas (Shapiro et al.; 2007).

Trastorno por atracón

Los individuos que se adecuan a los criterios de diagnóstico de trastorno por atracón sufren episodios recurrentes de atracones incontrolables en ausencia de conductas compensatorias

inadecuadas (APA, 2000). Las características secundarias implican comer más rápido de lo habitual durante el episodio de atracón, comer sin sensación de hambre, comer hasta el punto de sentirse demasiado lleno, sentimiento de culpa, depresión y/o vergüenza por la ingesta excesiva de comida y sensación de malestar como reacción al atracón (APA 2000). Son síntomas que deben producirse un mínimo de dos días a la semana durante un periodo de seis meses con un máximo de dos semanas de abstinencia (APA, 2000). Aunque no se trata de un requisito para el diagnóstico, la mayoría de individuos que sufren trastorno por atracón tienden a sufrir sobrepeso u obesidad (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007; Reichborn-Kjennerud, Bulik, Sullivan, Tambs y Harris, 2004). El trastorno por atracón sigue siendo un diagnóstico de investigación y está clasificado oficialmente como una forma de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (ED-NOS; APA, 2000).

De hecho, el trastorno por atracón es el más prevalente de los tres trastornos principales de la conducta alimentaria y afecta a entre el 0,7 y el 4% de los individuos. Estudios norteamericanos basados en la comunidad apuntan a tasas algo superiores (2-5%; Bruce y Agras, 1992) y existen datos de tasas de trastorno por atracón de hasta el 30% entre personas obesas que buscan tratamiento para la pérdida de peso (Spitzer et al. 1992; 1993). Si bien parece que el trastorno por atracón está en aumento entre grupos diversos, existen datos que sugieren que la disparidad racial en las tasas de este trastorno son inferiores a las publicadas en informes previos (Striegel-Moore et al.; 2003). El riesgo de obesidad y las consecuencias médicas relacionadas son resultados de salud física relevantes para la patología de trastorno crónico por atracón (Fairburn et al.; 2000). Igual que la bulimia nerviosa, y a diferencia de la edad temprana media de comienzo de la anorexia, el trastorno por atracón suele surgir al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta (Office on Women's Health, 2000). El transcurso natural del trastorno por atracón ha recibido menos atención si se compara con otros trastornos de la conducta alimentaria y, basándonos en la limitada literatura disponible, parece que las tasas de recaída son escasas en seguimiento a más largo plazo (Fairburn et al.; 2000; Fichter, Quadflieg y Gnutzmann, 1998) aunque los resultados observados a corto plazo sean más equívocos (Cachelin et al.; 1999).

Aunque el tratamiento del trastorno por atracón utilice una gama similar de intervenciones basadas en farmacología, CBT y autoayuda, la menor cantidad de evidencia existente a través

de estudios controlados y aleatorizados da lugar a hallazgos no concluyentes (véase un resumen exhaustivo en Brownley, Berkman, Sedway, Lohr y Bulik, 2007). Uno de los debates actuales en cuanto a la gestión del trastorno por atracón en muestras obesas y con sobrepeso es si se debe priorizar la regulación de la ingesta de comida antes de establecer los esfuerzos para la pérdida de peso (véase una discusión al respecto en Brownley, Berkman, Sedway, Lohr y Bulik, 2007). Sobre este problema, la CBT ha logrado generar cambios positivos, significativos y resistentes en la patología por atracón pero no siempre ha sido efectiva a la hora de promover una pérdida de peso apreciable (véase un resumen en Brownley, Berkman, Sedway, Lohr y Bulik, 2007).

El trastorno de la conducta alimentaria como un intento de autoregulación: formulación de problemas y fundamento teórico para la utilización del mindfulness

En las últimas décadas, una cantidad convincente de estudios han sugerido que los déficits centrales del trastorno de la conducta alimentaria vienen dados por intentos no efectivos de autoregularse (p. ej. Davis y Jamieson, 2005; Overton, Selway, Stongman y Houston, 2005; Whiteside et al.; 2007). Una restricción calórica severa, atracones y conductas compensatorias inapropiadas se conceptualizan como intentos por regular aspectos adversos de la experiencia y pueden considerarse fruto de una reacción ante el estrés. Si observamos el trastorno de la conducta alimentaria desde una perspectiva autorreguladora funcional, son cuatro los modelos conceptuales básicos: la teoría de regulación emocional (p. ej. Gross, 1998; Heatherton y Baumeister, 1991; Wilson, 1984), la teoría cognitivo-conductual limitadora (Herman y Polivy, 1980; Polivy y Herman, 1985); la evitación cognitiva (Heatherton y Baumeister, 1991) y la teoría del control mental (Wegner, 1994). Teorías todas ellas que postulan que los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria intentan regular: (1) la emoción a través de la conducta; (2) la conducta a través del pensamiento; y (3) el pensamiento a través de la conducta (control mental). Los procesos psicológicos frustran cada una de las fases de este intento.

Intentos por regular las emociones a través de la conducta

Los individuos con trastorno de la conducta alimentaria tienen déficits marcados para la autorregulación emocional adaptativa, es decir, tienen dificultades a la hora de identificar las emociones adecuadamente, de gestionarlas y de utilizarlas de forma adaptativa (Bydlowski et al.; 2005; Carano et al.; 2006; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery y Jeczmien, 2006; Wheeler, Greiner y Boulton, et al, 2005). Los mismos pacientes (Bydlowski et al.; 2005; Wheeler, Greiner y Boulton, et al, 2005) y la observación (Berthoz, Perdereau, Godart, Coros y Haviland, 2007) destacan niveles más elevados de alexitimia (dificultad para identificar y describir la experiencia emocional) en las personas que sufren un trastorno de la conducta alimentaria que en las muestras normativas. Además, esos niveles más elevados de alexitimia se relacionan con actitudes corporales más trastornadas, menos autoestima, mayores tasas de depresión y patología de atracón más severa entre los pacientes que padecen ese trastorno (Carano et al.; 2006). Es importante destacar también que las tendencias hacia la alexitimia por lo general ocurren en aquellas personas con un estilo de pensamiento concreto y orientado externamente (Sifneos, 1996).

La identificación precisa de las emociones requiere una orientación interna, una atención refinada al componente fisiológico de la experiencia emocional y un discernimiento entre las emociones reales y otros estados físicos (p. ej. el hambre o el cansancio). La escasa conciencia interoceptiva es una de las características del trastorno de la conducta alimentaria (Fassino, Piero, Gramaglia y Abbate-Daga, 2004; Spoor, Bekker, Van Heck, Croon y Van Strien, 2005) y las señales fisiológicas de la emoción a menudo se confunden con pistas para la regulación del apetito. Las personas que siguen dietas estrictas no responden a las señales del hambre y al final el hambre acaba por relacionarse y confundirse con una emoción negativa.

Las personas más propensas al atracón no sólo tienen problemas a la hora de leer las señales del hambre sino que también tienen dificultades a la hora de discriminar las señales somáticas de saciedad gástrica y de saciedad específica del gusto (Allen y Craighead, 1999; Hetherington y Rolls, 1988). En todos los tipos de trastorno de la conducta alimentaria este desajuste considerable en la experiencia de hambre y de saciedad no está solamente relacionado a un desajuste emocional sino también a un desajuste en la fisiología misma del hambre y de la saciedad. Los individuos con anorexia nerviosa es posible que no perciban el

hambre debido a un procesamiento desajustado de las señales de insulina (Nakai y Koh, 2001). Además, se han observado trastornos en los patrones de activación en las correlaciones neurofisiológicas de procesamiento somatosensorial y de la atención ante estímulos de comida en resonancia magnética (Santel, Baving, Krauel, Munte y Rotte, 2006). Por otra parte, las valoraciones de hambre subjetiva tienen una correlación negativa con la preocupación por comer, por el peso y por las formas (Spoor, Bekker, Van Heck, Croon y Van Strien, 2005).

Las habilidades para la identificación de las emociones no se basan solamente en un sentido muy afinado de conciencia interoceptiva sino que también se deben a la aceptación de la experiencia emocional. Al contrario, cuando las emociones se etiquetan como patológicas, los individuos tienden a darse atracos, a consumir sustancias o a disociar, en un intento por reducir la conciencia de emoción (p. ej. Leahy, 2002). Por otra parte, los individuos con trastorno de la conducta alimentaria pueden evitar las emociones en parte porque mantienen creencias imprecisas acerca de la naturaleza y de las consecuencias de las emociones (Linehan, 1993a; Corstorphine, 2006).

Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tienen problemas a la hora de gestionar y utilizar las emociones de forma adaptativa. De hecho, tienden a utilizar el hecho de comer como una forma de evitar o de escapar de estados emocionales negativos y de crear estados más positivos. Por ejemplo, el estrés, el dolor y los sentimientos negativos son antecedentes comunes del atraco (Agras y Telch, 1998; Davis y Jamieson, 2005; Gluck, Geliebter, Hung y Yahav, 2004; Lynch, Everingham, Dubitzky, Hartman y Kasser, 2000; Stein et al.; 2007). Confrontados a un sentimiento negativo, los individuos con trastorno de la conducta alimentaria tienen una serie limitada de estrategias para la regulación de las emociones (p. ej. personas con trastorno por atraco en una muestra universitaria Whiteside et al.; 2007) y utilizan los atracos y las conductas compensatorias para escapar de una experiencia negativa, escapando totalmente a la conciencia de uno mismo (Heatherton y Baumeister, 1991). Se restringe la atención, que se centra externamente, y se reduce la inhibición contra el atraco o la purga. Eso concuerda con el hallazgo de que la alexitimia se da comúnmente en aquellas personas con un estilo de pensamiento concreto y orientado hacia el exterior (Sifneos, 1996).

La dificultad para regular las emociones se complica porque los individuos con trastornos de la conducta alimentaria pueden ser propensos a una mayor reactividad ante estrés a la luz de las vulnerabilidades biológicas identificadas (p. ej. niveles elevados de cortisol, anomalía cardiovagal: Faris et al.; 2006; Gluck et al.; 2004; Kollai, Bonyhay, Jokkel y Szonyi, 1994; Petretta et al.; 1997). Además, tienen más dificultad a la hora de aceptar y gestionar el malestar (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller y Meyer, 2007). De hecho, el comer como consuelo emocional ha surgido como un estilo evitador más general en una amplia gama de muestras con trastornos clínicos y no alimentarios (Lindeman y Stark, 2001; Spoor, Bekker, Van Serien y van Heck, 2007). Los individuos con trastorno de la conducta alimentaria también pueden utilizar la comida y las conductas compensatorias para producir un estado emocional más positivo (Overton et al.; 2005). Las purgas, por ejemplo, suelen llevarse a cabo para aliviar el malestar emocional abrumador que se experimenta tras un atracón (Corstorphine, Waller, Ohanian y Baker, 2006).

Fundamento para enfoques de mindfulness basados en la regulación de las emociones

El mindfulness ofrece una excelente oportunidad para mejorar la regulación de las emociones. Prepara a los individuos para que se centren interiormente en una cultura muy orientada hacia el exterior, cultiva la aceptación de las emociones como parte de la experiencia humana y permite a las personas practicar la identificación y la experimentación de las emociones sin reaccionar ante ellas. Al mismo tiempo, las técnicas de mindfulness aplicadas específicamente a la comida permiten a los individuos separar ligeramente las pistas fisiológicas de la emoción de las del hambre o la saciedad.

Interacción de la conducta y la cognición en la autoregulación. Intentos por regular la conducta mediante rigidez cognitiva

Mi cuerpo empezó a cerrarse. Me puse muy, muy enferma. Cuando pasas hambre, no te puedes concentrar. Era como un zombi andante, como un muerto viviente. Me consumía con lo que comería, lo que no comería.

Las poblaciones con trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por un pensamiento rígido y distorsionado en relación con los patrones alimenticios, el perfeccionismo y el pensamiento relacionado con el aspecto físico. Intentan regular la conducta mediante una orientación cognitivo-conductual rígida de limitación (Herman y Polivy, 1980; Polivy y Herman, 1985). Esa limitación con respecto a la comida es obvia en la anorexia, pero también es prominente en las personas que sufren de bulimia y de trastorno por atracón. Aquéllos que hacen dieta para perder peso internalizan una serie de reglas dietéticas astringentes cuyo resultado es una ingesta calórica muy restringida que priva al cuerpo de nutrientes y energía esenciales. En respuesta a este estado crónico de “hambre”, algunas personas experimentan la necesidad de pegarse un atracón cuando ya que es demasiado abrumador como para evitarlo (Polivy y Herman, 1985). Las dietas inflexibles quedan invalidadas por este impulso fisiológico y el efecto de abstinencia-violación a menudo tiene como resultado un verdadero atracón (Agras y Telch.; 1998). Como consecuencia, las dietas y los patrones de pensamiento relacionadas son inherentes en la aparición y el mantenimiento de la patología alimentaria.

La limitación conductual en forma de dieta también se predice por creencias relacionadas con el aspecto físico en modelos de ecuaciones estructurales (Spangler, 2002). De manera similar, esas creencias relacionadas con el aspecto predicen la insatisfacción corporal y otras vulnerabilidades de la patología alimenticia en puntos temporales en un grupo étnicamente diverso de mujeres adolescentes. Lo que es más, el modelo estadístico no logra avalar una relación bidireccional en el tiempo (Spangler, 2002), y eso sugiere que los pensamientos distorsionados relacionados con el aspecto llevan a limitaciones de conducta (p. ej. hacer dieta) que, a su vez, lleva a patologías alimentarias.

Esos pensamientos relacionados con el aspecto físico son una forma de pensamiento perfeccionista común en los trastornos de la conducta alimentaria (véase un resumen en Bardone-Cone et al.; 2007). Cuando son perfeccionistas, las personas mantienen estándares extraordinariamente elevados de rendimiento, aspecto físico y/o logros y tienden a manifestar poca tolerancia ante resultados que no son consistentes con el logro de estándares personales (véase un resumen en Bardone-Cone et al.; 2007). Aunque parezca irónico, dado que las

medidas de éxito tienden a ser desmesuradamente irreales, los individuos perfeccionistas con trastorno de la conducta alimentaria están insatisfechos crónicamente debido a que se fijan objetivos inalcanzables en materia de alimentación, peso y aspecto físico (Steele, Corsini y Wade, 2007) y se caracterizan por experimentar con frecuencia sentimientos de culpa (Swan y Andrews, 2003; Lawson, Waller y Lockwood, 2007). Las ideas perfeccionistas residuales que se observan en pacientes que han superado un trastorno de la conducta alimentaria se consideran indicadores de riesgo de recaída (Lilenfeld et al.; 2000).

La gravedad clínica del trastorno de la conducta alimentaria también está relacionada con pensamientos gravemente distorsionados, rígidos e incluso mágicos sobre la relación de los pensamientos relacionados con la comida con el hecho de comer, el peso corporal y el aspecto físico (Shafran et al.; 1999; Shafran y Robinson, 2004; Spangler, 2002). Denominada fusión pensamiento-forma, esta característica cognitiva refleja ideas de que el mero hecho de pensar en comida se considera “prohibido”: (1) aumenta la posibilidad de que la persona haya ganado peso, (2) moralmente equivale a consumir alimentos problemáticos, y (3) hace que el individuo se sienta más pesado (Shafran et al.; 1999). Así, los pensamientos sobre alimentos difíciles se fusionan con la idea de que esos pensamientos pueden influir directamente en el peso o en la forma, además de incidir en la autoevaluación como algo inmoral y somáticamente más graso. Desde un punto de vista de autoregulación, la fusión pensamiento-forma se ha asociado con la necesidad de llevar a cabo conductas compensatorias, como comprobar el cuerpo, ejercicio e incluso purgas (véase una discusión al respecto en Shafran y Robinson, 2004).

Intentos por regular el pensamiento a través de la conducta (control mental)

Como simplemente para sacarme de la cabeza la idea de la comida.

N.F. Simpson, dramaturgo

Igual que algunos modelos postulan que el pensamiento se utiliza para controlar la conducta, otros sugieren que la conducta se utiliza para gestionar el pensamiento. Una teoría que cuenta con mucha aceptación postula que las conductas de los trastornos de la conducta alimentaria se

mantienen mediante la evitación de la conciencia desagradable del sí mismo (p. ej. Heatherton et al.; 1991); y la teoría del control mental (Wegner, 1994) abunda todavía más en ese sentido. La preocupación por la imagen corporal, el concepto negativo de uno mismo y la comida están muy vinculados con la patología alimentaria (Dobson y Dozois, 2004; Eldredge y Agras, 1996; Faunce, 2002; Lazarus y Galassi, 1994; Lingswiler, Crowther y Stephens, 1989; Marcus, Wing y Hopkins, 1988; Nauta, Hespers, Kok y Jansen, 2000; Phelan, 1987; Powell y Thelen, 1996; Ricciardelli, Williams y Finemore, 2001; Shafran, Lee, Cooper, Palmer y Fairburn, 2007). De hecho, las patologías alimentarias suelen estar arraigadas en un concepto de sí mismo estrecho y rígidamente mantenido (o de difícil acceso), centrado en el peso y en la forma del cuerpo (p. ej. APA, 2000; Dunkley y Grilo, 2007; Farchaus Stein, 1996; Hrabosky, Masheb, White y Grilo, 2007). Se sabe que las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria tienen baja autoestima (p. ej. Jacobi et al.; 2004) y tienden a mantener ideas fundamentales negativas sobre ellas mismas y sus relaciones interpersonales (Dingemans, Spinhoven y van Furth, 2006; Hughes, Hamill, van Gerko, Lockwood y Waller, 2006; Leung y Price, 2007). Para complicar todavía más esa tendencia, los que sufren bulimia nerviosa y trastorno por atracón manifiestan un sesgo de atención selectiva para todo aquello que suponga una amenaza para el concepto que sí mismos (Jansen, Nederkoorn y Mulkens, 2005; Meyer, Waller y Watson, 2000). Al dirigir constantemente la atención a pensamientos que socavan la autoestima, se ven inclinados a llevar a cabo atracones o purgas como una manera de evitar o de escapar a una exposición prolongada a ellos (Lingswiler et al.; 1989, Powell y Thelen, 1996; Spranger, Waller y Bryant-Waugh, 2001). Es cierto incluso en muestras de riesgo, e incluso cuando la amenaza al concepto de sí mismo es subliminal (p. ej. Waller y Mijatovich, 1998; Meyer y Waller, 1999). Además, parece ser que los estados fisiológicos inciden en esas tendencias de evitación, y el grado de ayuno influye en los sesgos de atención selectiva en las mujeres con mayor patología alimentaria autoaplicada. De hecho, manifiestan un mayor sesgo de atención para las palabras relacionadas con las bajas calorías cuando se encuentran en un estado de no ayuno y muestran un patrón de atención opuesto cuando se ven privadas de alimento (Placanica, Faunce y Soames Job, 2002).

La explicación de esos resultados se entiende más fácilmente a través de la relación paradójica entre rumiación y supresión de pensamientos. La rumiación es un proceso cognitivo

perseverante en el que la atención se centra en reproducir hechos molestos en la mente y/o en un flujo repetitivo de pensamientos negativos de autocritica (Nolen-Hoeksema, 2000) en un intento, a menudo infructuoso, por evitar sensaciones negativas intensas (véase una discusión al respecto en Gross, 1998) y encontrar un sentido cuando no se han logrado objetivos importantes (Martin, Tesser y McIntosh, 1993). La supresión de pensamientos es un comportamiento de autoregulación encubierto utilizado para limitar la exposición a pensamientos e imágenes molestos (Wegner, 1994). Sin embargo, los intentos crónicos por suprimir hechos privados no deseados provoca, irónicamente, un efecto rebote en el que la imagen o el pensamiento molesto se hace más molesto todavía (p. ej. el fenómeno del oso blanco; Wegner, 1994). En esos casos, la rumiación puede caracterizarse como un “fallo” de la supresión de pensamientos donde la atención se fija en todos y cada uno de los pensamientos desagradables que uno preferiría evitar. Así pues, cuanto más se suprimen los pensamientos de comida o de concepto negativo de uno mismo, más se centra uno en la comida o en ese concepto negativo de uno mismo. Seguramente esta falta de capacidad de pasar la atención conscientemente hacia determinados contenidos cognitivos, o apartarla de los mismos, se debe a una dedicación excesiva en la idea de esos pensamientos. Así pues, los atracones y demás conductas compensatorias parecen funcionar como intentos conductuales por suprimir y controlar los pensamientos negativos o molestos. Sin embargo, hasta el momento ningún estudio ha examinado directamente un modelo de control mental de la patología alimentaria.

Fundamento para los enfoques de mindfulness basados en la interacción pensamiento-conducta

Está claro que el mindfulness resulta adecuado para abordar la interacción afianzada (soltar el bloqueo) entre los procesos cognitivos rígidos y las conductas disfuncionales observadas en los trastornos de la conducta alimentaria. De hecho, la práctica del mindfulness puede, a la vez: (1) cultivar una actitud no crítica y de aceptación (Kabat-Zinn, 2009); (2) aportar un mayor control consciente de la atención (Jha, Krompinger y Baime, 2007); y (3) demostrar que los pensamientos son sólo pensamientos. El mindfulness es una cualidad de la atención, en la que una persona aporta intencionadamente una conciencia no crítica a la experiencia de su momento presente (i.e.; pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas) con voluntad,

curiosidad y aceptación (Kabat-Zinn, 2009). En teoría, cuanto más se practica, más se desarrollan la aceptación y la ausencia de crítica. La aceptación se conceptualiza como un proceso dinámico de autoafirmación o autovalidación formado por componentes cognitivos, afectivos y de conducta (Linehan, 1993a; Wilson, 1996; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Cuando una persona acepta conscientemente su experiencia interior, este “despertar discenidor” proporciona, irónicamente, un mejor control para responder a la experiencia con flexibilidad y adaptabilidad, en lugar de hacerlo impulsiva o rígidamente (Kabat-Zinn, 2009).

Recientemente, Bishop y sus colegas proponían un modelo de dos componentes para operacionalizar el mindfulness que incluía la adopción y la aceptación de la experiencia, además de una autoregulación de la atención (Lau et al.; 2006). Esta entrenamiento de la atención puede ayudar a las personas que sufren un trastorno de la conducta alimentaria a desplazar la atención de la comida, la imagen corporal y el concepto negativo de uno mismo hacia contenidos más adaptativos que, además, les ayuden a desvincularse de los mismos en lugar de suprimirlos. La práctica del mindfulness enseña a observar los pensamientos desde la distancia y a reconocer que sólo son pensamientos; hechos mentales que pueden tener o no una base real. Así, los pensamientos automáticos de autocrítica se convierten en “hechos mentales” que deben observarse desde la neutralidad en lugar de verdades que deben creerse automáticamente.

En la línea de un modelo de reactividad ante el estrés (Kabat-Zinn, 2004), el mindfulness proporciona una oportunidad fantástica para aprender. Mejorado por adoptar una postura no crítica y de observación, los individuos aprenden a desempaquetar la gran cantidad de información sobre la experiencia del estrés obtenida de emociones, pensamientos y sensaciones físicas, y que rigen el comportamiento. De hecho, tienen la oportunidad de separar cada uno de los componentes de la reacción de estrés (p. ej. cuestiones fisiológicas sobre el estado de ánimo frente a apetito) y desarrollar una guía interna (“brújula interior”) de cómo utilizar la información obtenida de una manera consciente y adaptativa (Wolever, Ladden, Davis, Best, Greeson y Baime, 2007).

Además, cuando el mindfulness se aplica directamente a la conducta alimentaria, los participantes aprenden a dirigir la atención a la experiencia sensorial de comer y de saciarse.

Así, aprenden a abordar el hecho de comer de una manera más relajada, sin juicios y registrando mejor la regulación del apetito. Esto último implica al mismo tiempo una reducción de las malas interpretaciones de los estados físicos internos y estar más en consonancia para utilizar las claves fisiológicas del apetito para iniciar y finalizar el periodo de ingesta de alimentos. Por último, los enfoques basados en mindfulness pueden abonar más si cabe el terreno para adoptar un sentido más fluido y expansivo del sí mismo y para implicarse en conductas de mayor aceptación de uno mismo entre los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

Así pues, el mindfulness se ve como un proceso de autoregulación mediante el cual los individuos afinan su *capacidad para prestar atención al constante flujo de pensamientos y sensaciones físicas*, además de afinar su capacidad para alterar su *orientación y relación con sus experiencias*. De hecho, este proceso de autoregulación funciona como un potente paradigma de aprendizaje en el que los individuos se convierten en sus propios expertos en interrumpir procesos autoreguladores disfuncionales personales, permitiendo así un cambio en los patrones afianzados. Este fundamento tan prometedor se está probando empíricamente en un número cada vez mayor de estudios que han hallado pruebas preliminares de la eficacia de los programas basados en mindfulness a la hora de reducir los síntomas centrales del trastorno de la conducta alimentaria. Dicho esto, la clarificación empírica de los mecanismos de acción en esos enfoques sigue en un estadio muy temprano.

Intervenciones basadas en mindfulness para trastornos de la conducta alimentaria: el estado actual de las pruebas

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes complejos que representan déficits tanto específicos como generalizados de autoregulación. Estos trastornos con frecuencia persisten incluso frente al deterioro significativo del bienestar psicológico y fisiológico. Dada su prevalencia cada vez mayor, y el riesgo elevado asociado de recaídas y de psicopatologías concurrentes, se les otorga mayor atención a fin de mejorar la eficacia de los tratamientos existentes. Como respuesta a esta necesidad cada vez mayor, se han mezclado cuatro enfoques terapéuticos innovadores basados en mindfulness con la teoría cognitivo-conductual

tradicional: la terapia dialéctico-conductual (DBT; Linehan, 1993a), la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes et al.; 1999), la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2006; Baer, Fischer y Huss, 2006) y la práctica de una alimentación consciente basada en mindfulness (MB-EAT; Kristeller, Baer y Quillian-Wolever, 2006; Kristeller y Hallett, 1999).

Terapia dialéctico-conductual (DBT)

La DBT apareció por primera vez a principios de los 1990 para mejorar los déficits de autoregulación en el trastorno límite de personalidad (TLP) (Linehan, 1993a). Se trata de una terapia que ayuda a los pacientes a cultivar habilidades básicas de mindfulness junto con otras habilidades de regulación de las emociones, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar (Linehan, 2003). Además, desde un punto de vista empírico, la DBT ha tenido un impacto muy positivo en la mejora de la sintomatología clínica del TLP (Linehan, Armstrong, Suárez, Allmond et al.; 1991; Linehan, 1993a) y es el enfoque basado en mindfulness más estudiado en muestras de trastornos de la conducta alimentaria. En un análisis seminal, Telch (1997) presentó un estudio de caso en profundidad de la adaptación de la DBT para una mujer obesa con trastorno por atracón. La intervención, de 23 sesiones (i.e.; 19 reuniones semanales y 4 reuniones mensuales) se estructuró en tres fases: (1) fundamento teórico del programa, (2) principales componentes de la DBT y (3) refuerzo y generalización de lo logrado (Telch, 1997). Este enfoque dio lugar a mejoras significativas de los atracones aunque los síntomas de peso y estado de ánimo no se estabilizaron (Telch, 1997). A continuación Telch y sus colaboradores probaron la eficacia del enfoque en un programa de DBT en grupo para personas con trastorno por atracón en un ensayo inicial sin control (Telch, Agras y Linehan, 2000) y el resultado fue que el 82% de la muestra alcanzó un estado de ausencia de atracón al finalizar el programa de 18 sesiones (Telch et al.; 2000; véase una descripción detallada de la intervención en Wiser y Telch, 1999), al tiempo que las tasas de abstinencia permanecían elevadas tres (i.e.; 80%) y seis meses (i.e.; 70%) después del tratamiento (Telch et al.; 2000). Las preocupaciones en torno a la comida, el peso y el aspecto físico también mejoraron, igual que el impulso de comer como consuelo emocional y la regulación de estados de ánimo negativos (Telch et al.; 2000).

En un estudio controlado y aleatorizado más riguroso (Telch, Agras y Linehan, 2001), 44 mujeres con trastorno por atracón redujeron sus comportamientos de atracón objetivos en un marco de DBT y de control con lista de espera (Telch, Agras y Linehan, 2001). Sin embargo, entre las 18 que finalizaron el tratamiento, las que asistían a DBT manifestaron unos niveles de abstinencia significativamente superiores al final del tratamiento en comparación con los controles (i.e.; 89% frente al 12,5%), aunque las mejoras sostenidas fueron más modestas (i.e.; 56% de abstención en el seguimiento de 6 meses). Las que participaron en DBT también se caracterizaron por tener menos preocupaciones con respecto al peso, al aspecto físico y a la comida y manifestaron, de media, un impulso menor a comer en respuesta a un enfado que las participantes en lista de espera (Telch, Agras y Linehan, 2001). Los análisis post-hoc subsecuentes de las mujeres que asistieron a DBT en ambos ensayos (N = 32) indicaron que un inicio temprano del trastorno por atracón (antes de los 16 años) y una puntuación limitadora más elevada al principio predicen unos resultados peores (Safer, Lively, Telch y Agras, 2002).

La aplicación de la DBT para el tratamiento de la bulimia y la anorexia nerviosas está mucho menos desarrollada. Safer et al. (2001a) aportan las primeras explicaciones clínicas de la adaptación de la DBT para casos de bulimia nerviosa resistentes al tratamiento con resultados positivos (Safer et al.; 2001a). Además, un estudio controlado y aleatorizado en mujeres con bulimia nerviosa muestra mayores reducciones de atracones y de purgas en las participantes en DBT que en los controles en lista de espera (Safer, Telch y Agras, 2001b). En cuanto a la anorexia nerviosa, McCabe y Marcus (2002) debaten sobre la efectividad de la DBT desde un punto de vista clínico, aunque prácticamente ningún estudio ha comprobado empíricamente si la DBT es útil para el tratamiento de ese trastorno. La única excepción es un estudio piloto sin control que se está llevando a cabo en Alemania con adolescentes ingresadas con anorexia y bulimia (Salbach et al.; 2007).

Son tres las direcciones que el estudio de la DBT con trastornos de la conducta alimentaria debería tomar para complementar estos resultados tan prometedores obtenidos hasta ahora: (1) probar el enfoque manualizado e integrador frente o como complemento de las intervenciones cognitivo-conductuales, de terapia interpersonal (IPT) y familiar tradicionales; (2) probar la DBT para anorexia nerviosa; y (3) explorar la posibilidad de generalizar los resultados incluyendo a hombres y a muestras étnicamente diversas.

Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

El segundo enfoque basado en mindfulness que puede adaptarse fácilmente a los trastornos de la conducta alimentaria es la ACT (Hayes et al.; 1999). Conceptualizada para tratar una amplia gama de trastornos psiquiátricos y de conducta, su filosofía central sostiene que los comportamientos inadaptados se llevan a cabo a propósito o habitualmente para reducir o controlar las experiencias desagradables (p. ej. pensamientos de autocrítica, emociones negativas, sensaciones corporales dolorosas; Hayes et al.; 1999). El malestar y la disfunción permanentes se mantienen debido a esta evitación experiencial además de mediante la fusión cognitiva (i.e.; mantener los pensamientos al nivel de verdades absolutas como “creo que estoy gorda, por lo tanto, lo estoy”). La adaptación de la ACT como tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria resulta adecuada en teoría dado que encaja perfectamente con los modelos prominentes que explican las patologías alimentarias (teorías de limitación, de regulación de las emociones y de escape).

La ACT utiliza habilidades de mindfulness, metáforas y técnicas de defusión cognitiva para reducir la rigidez cognitivo-comportamental y mejorar la autoregulación y la calidad de vida en general (Hayes et al.; 1999). Además, enfatiza en la clarificación de valores importantes de la vida como una forma continua de motivación para mantener el cambio de conducta adaptativo (Hayes et al.; 1999). En esencia, la ACT expone a los pacientes a los aspectos de su experiencia que consideran problemáticos, pero desde un punto de vista privilegiado descentrado, consciente y de aceptación. Este componente basado en la exposición, junto con una clarificación de los valores, ayuda al paciente a implicarse de manera más creativa y a adaptarse a las muchas circunstancias de la vida.

Aunque la ACT cuenta con un apoyo digno de mención para mejorar los síntomas de varios trastornos clínicos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), son muy pocos los trabajos llevados a cabo en muestras con trastornos de la conducta alimentaria. La literatura existente consta de estudios de caso único sobre anorexia nerviosa (Bowers, 2002; Hayes y Pankey, 2002; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; Orsillo y Batten, 2002). Wilson y Roberts (2002), por su parte, ofrecen un resumen importante de cuestiones que deben tomarse en consideración a la hora de evaluar y tratar la anorexia nerviosa desde una perspectiva de

ACT. Queda claro que los ensayos clínicos de enfoques basados en ACT para la mejora de los síntomas centrales de las patologías alimentarias son un terreno prometedor para más investigación científica.

Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT)

La MBCT es una extensión del pionero programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 2004) de Jon Kabat-Zinn, destinado a la vulnerabilidad cognitiva duradera en casos de depresión crónica resistente al tratamiento (Segal et al.; 2006). La MBCT aplica habilidades básicas de MBSR (p. ej. meditación de escaneo del cuerpo, meditación sentada, meditación andando, conciencia de la respiración, yoga consciente) para reducir los modelos mentales de pensamientos depresogénicos persistentes y para mejorar el estilo de evitación de sensaciones onnipresentes (Segal et al.; 2006). Sin embargo, y a diferencia de las técnicas de cambio terapéutico cognitivo existentes, la MBCT, en gran parte como la ACT, no intenta cambiar el *contenido* de la experiencia sino que reta al individuo a alterar el *contexto* de la experiencia mediante la práctica de la aceptación y del “dejar pasar” (Segal et al.; 2006). Baer y sus colaboradores evaluaron la MBCT para el tratamiento del trastorno por atracón clínico y subclínico (Baer, Fischer y Huss, 2005; Baer et al.; 2006). De hecho, utilizaron la MBCT para reducir la reactividad ante los pensamientos y emociones automáticos que preceden al atracón en lugar de reducir dichos pensamientos y emociones. A diferencia de otros enfoques basados en mindfulness para trastornos alimentarios (p. ej. MB-EAT, DBT y ACT), se hace mucho más hincapié en practicar estrategias de mindfulness puro en ausencia de aplicar directamente mindfulness al comer y a la actividad física, o enfoques de terapia cognitivo-conductual como la solución de problemas o estrategias asertivas (Baer et al.; 2005).

En el análisis del caso original, la MBCT se asoció no sólo a mejoras inmediatas y sostenidas de la patología por atracón sino que también implicó aumentos significativos en mindfulness de autoaplicación (Baer et al.; 2005). Del mismo modo, un ensayo sin control más reciente de un programa de diez sesiones de MBCT revelaba los efectos positivos para el atracón objetivo, la gravedad del atracón y las preocupaciones por la comida (Baer et al.; 2006). Las

mujeres que participaron en este ensayo también manifestaron un aumento notable en la autoobservación y la no crítica de esos hechos privados tras el tratamiento (Baer et al.; 2006). Se trata de resultados preliminares muy alentadores y que abonan el terreno para la evaluación de pruebas controladas aleatorias de este enfoque.

Práctica de una alimentación consciente basada en mindfulness (MB-EAT)

También influenciado por el programa MBSR, se trata del primer enfoque basado en mindfulness creado específicamente para tratar un trastorno alimentario (Kristeller y Hallett, 1999) que aplica el mindfulness a la terapia cognitivo-conductual y visualizaciones dirigidas desarrolladas para controlar procesos de autoregulación relacionados con el peso, la forma corporal y la alimentación. Este enfoque, que más tarde se denominó MB-EAT (Kristeller et al.; 2006) coincide con los modelos de regulación afectiva (p. ej. Wilson, 1984), con la teoría limitadora (p. ej. modelo de dieta crónica de Herman y Polivy, 1980), con el modelo de escape (Heatherton y Baumeister, 1991) y con el control mental (Wegner, 1994), aunque amplía todavía más esas explicaciones de autoregulación para incluir la ciencia de la regulación de ingesta de alimento, incluido el rol del concepto de hambre y de saciedad. Utilizando un diseño de base ampliada con un único grupo antes y después, Kristeller y Hallett (1999) demostraron reducciones en los síntomas de atracón, en la gravedad de los mismos, y en la ansiedad y la depresión de mujeres obesas con trastorno por atracón sometidas a seis semanas de tratamiento. También es importante destacar que los análisis de correlación indicaron que las mejoras en cuanto a los atracones estaban asociadas a mejoras de mindfulness, de control de la alimentación y de conciencia de las señales de saciedad. Además, el tiempo dedicado a practicar meditación relacionada con la comida predecía una gravedad menor del atracón (Kristeller y Hallett, 1999). Ese enfoque original se amplió después a un tratamiento de 9 sesiones (MB-EAT: Kristeller, Baer y Quillian-Wolever, 2006; Kristeller, Wolever y Sheets, 2008), basado en la práctica de conciencia del apetito de Craighead (Craighead y Allen, 1995; Allen y Craighead, 1999) y niveles más profundos de trabajo de aceptación de sí mismo utilizando el perdón y el trabajo de la sabiduría interior para un cambio sostenido. La eficacia de la MB-EAT se comprobó posteriormente en una prueba controlada aleatoria doble, comparándola con un enfoque activo psicoeducativo

basado en terapia cognitivo-conductual y un control con lista de espera (Kristeller, Wolever y Sheets, 2008) en una muestra étnicamente diversa de hombres y mujeres obesos con trastorno por atracón o patrones de atracón subclínicas. Los análisis por intención de tratamiento (ITT) mostraron un descenso de los atracones objetivos, de la gravedad de los mismos y de los síntomas depresivos en ambos tratamientos activos. Sin embargo, solamente los asignados aleatoriamente al tratamiento MB-EAT manifestaron niveles inferiores de locus de control respecto a la comida, lo que sugiere una mayor internalización del cambio (Kristeller, Wolever y Sheets, 2008). También cabe destacar que se detectaron mejoras significativas en el metabolismo de glucosa postprandial (Wolever, Best, Sheets, et al.; 2006; Wolever, Best, Sheets y Kristeller, 2008) solamente en el grupo MB-EAT, e independientemente del cambio de peso. Este hallazgo plantea la posibilidad de que el enfoque basado en mindfulness también influya en índices biológicos de autoregulación de una manera distinta a otros enfoques conductuales. Los Institutos de Salud Nacionales (NIH) de EE.UU. en la actualidad están financiando pruebas adicionales de esta hipótesis junto con ensayos de eficacia de este enfoque para la pérdida de peso (MB-EAT; beca de NIH 5U01 AT002550) y el mantenimiento de esa pérdida (EMPOWER: becas de NIH 5U01 AT004159 y 5 U01 AT004158). Se trata de unas becas que permiten mejorar y desarrollar este enfoque y cuyo resultado es el actual protocolo de 15 semanas (se describe a continuación) denominado EMPOWER (siglas en inglés de “mejora del mindfulness para la prevención de la recuperación de peso”; Wolever et al.; 2007).

Existe otro enfoque más que merece ser abordado. Los resultados preliminares de una muestra no clínica de participantes comunitarios con tendencias a sufrir trastorno por atracón sugieren la utilidad de un enfoque de MBSR modificado de 8 semanas de duración con componentes psicoeducativos (Smith, Shelley, Lehigh y Vanleit, 2006). Por supuesto, las pruebas aleatorias y controladas de este modelo están en orden.

Ejercicios y experiencias de los participantes del programa EMPOWER

La práctica de técnicas de mindfulness tradicional (p. ej. meditación sentada, escaneo del cuerpo) proporciona una plataforma básica desde la que aprender de uno mismo sin juicios.

Además, esta plataforma de aprendizaje parece facilitar la aplicación de la teoría cognitivo-conductual y otras habilidades tradicionales conocidas por mejorar la recuperación. En el enfoque EMPOWER (Wolever et al.; 2007), existen por lo menos 9 habilidades centrales, todas ellas fundamentales para recuperarse de trastornos de la conducta alimentaria:

1. Observar sin juzgar todos los pensamientos reactivos, emociones y sensaciones físicas que rigen la conducta.
2. Separar las emociones de esa carga de reactividad: las emociones son hechos pasajeros que a menudo no requieren respuesta.
3. Separar los pensamientos de esa carga de reactividad: Los pensamientos son sólo pensamientos, hechos pasajeros que a menudo no requieren respuesta.
4. Separar y tolerar los impulsos de conducta de esa carga de reactividad.
5. Aclarar las señales fisiológicas de hambre y de saciedad (saciedad gástrica).
6. Prestar atención a la saciedad específica del gusto.
7. Discernir la impronta fisiológica de la regulación del apetito (5 y 6) de las emociones (p. ej. la diferencia entre ansiedad y hambre; la diferencia entre en paz y estar repleto).
8. Discernir la necesidad real subyacente a la reactividad.
9. Tomar una decisión sabia e informada sobre abordar esta necesidad real.

Grupo de habilidades nº 1: *Observación de la reactividad sin juzgar* – Como punto de partida, los individuos con trastorno de la conducta alimentaria necesitan desarrollar habilidades para pasar la atención a los estados internos a fin de observar las emociones, los pensamientos y las sensaciones y cómo éstos interactúan para regir la conducta. La mayoría de participantes al principio luchan por centrar su atención en los estados internos, y la mejor manera de describir la práctica del mindfulness es como un paradigma de aprendizaje que permite a las personas convertirse en abogados y expertos de sí mismos. El no juzgar es fundamental para crear este entorno de aprendizaje que permita a los pacientes explorar sus patrones con menos defensas. A menudo manifiestan sorpresa cuando degustan el no juzgar. También es común que los participantes lloren durante la primera práctica de meditación de

perdón, cuando se les pide que consideren perdonarse a sí mismos por los errores que han cometido, o por comportamientos poco sanos que han llevado a cabo; y muchos de ellos simplemente “nunca lo habían tomado en consideración”. Al principio, algunos experimentan ansiedad debido a la idea de perdonarse, porque creen que un juicio tan afilado de uno mismo les dota de un mayor sentido de control. Además, hace falta prestar más atención para explorar la delgada línea entre responsabilidad y juicio cuando se utiliza el mindfulness para avalar un cambio de conducta de cualquier tipo (tabla 14.1).

Tabla 14.1. Nueve grupos básicos de competencias mejorados por enfoques de mindfulness fundamentales para la recuperación de trastornos alimentarios.

Nueve grupos básicos de competencias del enfoque EMPOWER	
1.	Observar sin juzgar la reactividad (carga de pensamientos, emociones y sensaciones físicas que rigen la conducta).
2.	Separar las emociones de esta carga y aprender que las emociones son hechos pasajeros que a menudo no requieren respuesta.
3.	Separar los pensamientos de esta carga de reactividad y aprender que los pensamientos son sólo pensamientos, hechos pasajeros que a menudo no requieren respuesta.
4.	Separar y tolerar los impulsos de conducta de esa carga de reactividad.
5.	Aclarar las señales fisiológicas de hambre y de saciedad (saciedad gástrica).
6.	Prestar atención a la saciedad específica del gusto.
7.	Discernir la firma fisiológica de las emociones y las indicaciones de regulación del apetito.
8.	Discernir la necesidad verdadera subyacente a la reactividad.
9.	Toma de decisiones sabia e informada para colmar la necesidad verdadera.

Grupo de habilidades nº 2: Apartar las emociones – Las personas necesitan demostrar una

voluntad de aceptar la experiencia emocional (incluidos los cambios en la respuesta fisiológica), garantizada por la comprensión de que las emociones son hechos pasajeros (Linehan, 2003; Gratz y Gunderson, 2006) y que no se tiene que reaccionar ante ellas. De hecho, es el proceso de captar las emociones el que puede alargar su presencia. La práctica regular de la meditación sentada refuerza este aprendizaje y puede incluir patrones como:

Si observas que tu mente se disipa o que tu atención es reclamada por una emoción, observa simplemente de que se trata... cualquier sentimiento que esté presente está bien... y no tienes que hacer nada... sólo observarlos sin juzgarlos... sólo darte cuenta de lo que están experimentando... sin intentar cambiarlo, sólo observando... sientas lo que sientas está bien... simplemente date cuenta, sea lo que sea... incluso puede que encuentres que las emociones vienen y van... como las hojas que flotan agua abajo en el arroyo... puedes observarlas cuando llegan y pasan sin implicarte... y si te encuentras flotando río abajo con las hojas, puedes subir a la orilla y volver a mirar como las hojas van flotando río abajo...

El siguiente paso es sentarse con la emoción desde una postura de mayor aceptación. Registrar con precisión esas señales permite explorar que la necesidad real existe y que está generando una conducta poco saludable (p. ej. comer por hambre física, por ansiedad de aliviarse, o permanecer despierto porque se está exhausto). Durante el año pasado estuvimos mostrando a nuestros pacientes una herramienta denominada *Stop-Breathe-Feel* (en español: para, respira y siente; Wolever et al.; 2007), que les enseña a reconocer sin juzgar la emoción presente y a entender que comer (u otra conducta compensatoria) no colmará la necesidad real. Por ejemplo, si uno come para controlar la ansiedad, las indicaciones de apetito son menos relevantes porque el objetivo de comer es controlar esa ansiedad. Nosotros animamos a los pacientes a captar la información del cuerpo lo antes posible y a aplicar el mindfulness; se trata simplemente de darse cuenta de la ansiedad y reconocer que el problema que la genera no se va a solucionar comiendo. En cambio, la emoción es solamente una herramienta del proceso de toma de decisiones sobre cómo abordar la necesidad real (sea lo que sea que está desencadenando la ansiedad). Cuanto mejor reconoczcamos la importancia de las emociones como herramientas del proceso de toma de decisiones, menos miedo tendremos cuando aparezcan. De hecho, la aceptación se ha descrito como el hecho de responder activamente a los sentimientos permitiéndolos o dejándolos pasar antes de precipitarse e intentar

solucionarlos o cambiarlos. Permitirlos significa que los participantes registran su presencia antes de decidir cómo van a responder ante la misma (Segal, Williams y Teasdale, 2006). La mayoría de pacientes experimentan esta sencilla herramienta de “para-respira-siente” como algo muy potente: simplemente decidir que uno para, respira y siente lo que está ocurriendo en ese momento, sin evitaciones, refuerza la confianza. De hecho, utilizamos la metáfora del viaje en tren: uno de los objetivos de este programa es desarrollar un cierto tipo de atención que permita identificar la parada adecuada (p. ej. observar directamente la información emocional desde una postura no reactiva). Sin embargo, cuando nos pasamos de parada, todavía podemos repetir la tarea. Así pues, cuando nos perdemos la información emocional, todavía podemos corregir el error y bajar en otra parada (p. ej. un atracón o un comportamiento compensatorio) y rehacer el camino para ver cómo hemos llegado hasta ahí.

Grupo de habilidades nº 3: Apartar los pensamientos – Los enfoques de mindfulness tradicional son excelentes para ayudar a los participantes a aprender que los pensamientos son sólo pensamientos, eventos mentales que no tienen necesariamente una base real. Esto es un reconocimiento muy potente para los participantes que sufren de trastornos de la conducta alimentaria y cuyos pensamientos se fusionan con patrones de conducta y emocionales. Una mujer obesa de 33 años con trastorno por atracón se sintió significativamente poderosa cuando se dio cuenta, por sí misma, de que “‘quiero comer’” es sólo un pensamiento al que no tengo que responder”. Además de reconocer que los pensamientos no son verdades, la observación de la calidad del pensamiento puede aportar información. Por ejemplo, los participantes con trastorno de la conducta alimentaria se benefician de reconocerlo cuando su pensamiento es negativo. En mindfulness puro, la observación sin juzgar del pensamiento negativo basta para reducir su potencia, pero persiste la pregunta empírica de si hace falta o no más apoyo (p. ej. herramientas adicionales) para ayudar a contrarrestar los patrones perceptivos de toda la vida. Por su puesto, es una cuestión que queda confundida entre la cantidad de práctica de los participantes. La experiencia clínica sugiere que muchos participantes practican las técnicas más breves y logran algunos cambios de perspectiva, pero quizás no practican lo suficiente para replantear patrones de pensamiento habituales sin la ayuda de herramientas adicionales.

Grupo de habilidades nº 4: Separación y tolerancia de los impulsos de conducta – Las conductas de los participantes con trastorno de la conducta alimentaria caen en un continuo

compulsivo-impulsivo (Claes, Vandereycken y Vertommen, 2005; Lawson, Waller y Lockwood, 2007), por lo que aprender a aguantar hasta el final un impulso para reaccionar es importante. Los participantes también refuerzan su capacidad de tolerar los impulsos de conducta aprendiendo a ver cómo se desarrollan sin responder. La práctica se organiza en sesiones semanales de EMPOWER que potencian la observación de pequeños impulsos no aprobados, reforzando así la tolerancia a impulsos más fuertes (Wolever et al.; 2007). Por ejemplo, durante una sesión de meditación sentada, se pide a los participantes que observen cualquier deseo de moverse nerviosamente o de recolocar la postura corporal, además de observar qué ocurre con ese impulso si no se hace nada. De un modo similar, durante meditaciones con comida, se pide a los participantes que jueguen con el impulso de tragar de una manera parecida, haciendo una pausa momentánea antes de morder o antes de tragar para observar qué ocurre. Además, la práctica se refuerza con un debate específico sobre la tolerancia de esos impulsos. Tolerancia que sirve para debilitar la vinculación automática entre impulsos y reacciones. Los participantes también se benefician de la práctica de mini-meditaciones (Kristeller et al.; 2006), de la técnica *Stop-Breathe-Feel* (Wolever et al.; 2007) e incluso de 20 minutos de práctica sentada regular cuando experimentan el impulso de darse un atracón o de compensar. La tolerancia, y la consecuente confianza, puede llegar a desarrollarse más mediante la observación sin juzgar de esos impulsos, en lugar de aplicar el enfoque clínico más tradicional (aunque muy útil también) de distraerse durante un impulso.

Grupo de habilidades nº 5: Reconocer el hambre y la saciedad – El trabajo clínico temprano de Geneen Roth (p. ej. Roth, 1992) fue el primer enfoque extendido al “comer compulsivo” en prestar atención a la importancia del apetito y de la saciedad. El programa MB-EAT amplió este enfoque incorporando la práctica adicional de plenitud y contextualizando esa práctica con mindfulness, haciendo mucho hincapié en el hecho de no juzgar. Registrar los indicios de regulación del apetito (y las emociones al respecto) requiere tener experiencia en sentir el cuerpo. Eso plantea un problema en el trastorno de la conducta alimentaria, porque las personas que sufren un trastorno más restrictivo manifiestan esas sensaciones físicas paradójicas, mientras que los que lo sufren de tipo más compulsivo e impulsivo, a menudo se disocian de la experiencia somática. De hecho, tienen muchos pensamientos y juicios sobre el cuerpo, pero bastante menos experiencia en sentir sus

sensaciones. Las prácticas de MBSR tradicionales en técnicas de escaneo de cuerpo y de yoga suave se utilizan para desarrollar esta habilidad básica esencial. Dado que es muy difícil para los participantes mantener la atención en la experiencia del cuerpo, las personas con historiales significativos de dieta y/o atracón también tienden a tener más dificultades para practicar el escaneo del cuerpo que la meditación sentada. La experiencia de una mujer obesa de 52 años con trastorno por atracón demuestra lo difícil que fue para ella centrar la atención en la experiencia física durante un escaneo del cuerpo dirigido. Aunque estaba muy implicada en su grupo de tratamiento y a menudo se ofrecía voluntaria para explicar su experiencia, sólo podía notar “aprovecho la ocasión para dibujar círculos con mis tobillos (estiramientos)” cuando le preguntaban sobre su experiencia durante el escaneo del cuerpo.

En EMPOWER, las técnicas de escaneo del cuerpo de MBSR se adaptan para centrar al individuo en las sensaciones de hambre y de saciedad gástrica (plenitud). Una escala de siete puntos de hambre/saciedad basada en el trabajo de Craighead y Allen (1995) ofrece a los participantes el marco conceptual para valorar su sensación somática de hambre y de saciedad. Hemos utilizado los ejercicios que aparecen a continuación con pacientes con trastorno por atracón y bulimia nerviosa durante los últimos 7 años, pero no tenemos experiencia en su utilización en casos de anorexia nerviosa. Clínicamente hablando, los pacientes con anorexia tienden a experimentar una sensación de saciedad en ausencia de alimento en el estómago; y no está claro que puedan beneficiarse de este modelo de conciencia interoceptiva. Lo más probable es que necesiten ajustes de este enfoque que se centren más en la tolerancia de la sensación de alimento en el cuerpo y que aparten los juicios de las sensaciones reales en el proceso (figura 14.1).

Escala de hambre/saciedad

El objetivo es comer cuando uno se siente entre 2 y 2,5 (moderadamente hambriento) y dejar de comer entre 5 y 5,5 (moderadamente saciado).

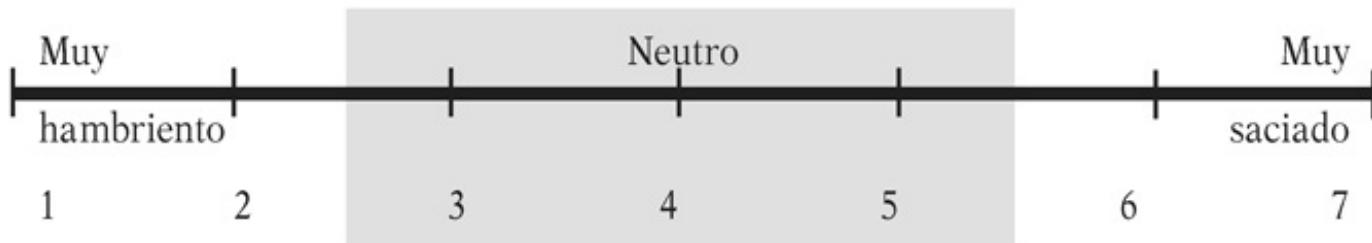


Figura 14.1. Escala de siete puntos de hambre y de saciedad

A los participantes con bulimia nerviosa y con trastorno por atracón se les recuerda que el estómago se encuentra justo debajo a la izquierda del esternón, ya que muchos creen que está más abajo y centran la atención incorrectamente en la zona intestinal. También se les enseña a centrarse y a prestar atención a las zonas con potencial de sensación con instrucciones como:

Cuando estés listo puedes desplazar tu conciencia a las sensaciones del estómago... Observa qué hay... También puedes poner una mano sobre el estómago para darte mejor cuenta de lo que tu cuerpo tiene para compartir contigo... si es darte una sensación de hambre... Recuerda que puede ser muy sutil, o muy intenso y obvio... No hay sensaciones buenas o malas... sólo siente las sensaciones físicas que se producen en su tripa... en tu cuerpo... siente lo que te dice, o no te dice el cuerpo en este momento... Siente lo hambriento o lo lleno que estás, con 1 como lo más hambriento posible; 4, neutro y 7 como lo más lleno que puedas estar... [dejar aquí tiempo suficiente para que todos den con su número]... Recuerda de nuevo que esas sensaciones pueden ser muy sutiles o potentes... y que conforman la mejor estimación del nivel de apetito o saciedad. Cualquier ligera punzada del estómago, un poco de hambre, ¿quizás un 3? O señales un poco más fuertes, de hambre moderada, ¿quizás un 2,5 o un 2? ¿O quizás tienes demasiada hambre? ¿Sientes una incomodidad más fuerte, inferior al 2? Tómate un minuto para darte cuenta de lo que te dice el estómago. Nadie sabe esta información mejor que tú... Así que a medida que cada vez eres más consciente de tu nivel de hambre o de saciedad, pregúntate cómo lo sabes... ¿Qué experiencias o sensaciones te ayudan a dar con el número/nivel? Quizás también notes otras sensaciones, sentimientos o

pensamientos... Date cuenta de todo lo que experimentes. No intentes cambiarlo, sólo date cuenta de ello. Intenta separar la emoción o el pensamiento de las sensaciones de hambre física... O quizás no tienes ninguna sensación, ni sentimiento, ni pensamiento particular. Aprende a volver a conectarte con tu cuerpo... cualquier experiencia está bien... sólo tienes que observarla, sea la que sea... Y con la siguiente respiración, o justo después, puedes empezar a reorientarte en la sala. Y abrir los ojos.

Enseñar a los participantes a registrar la saciedad es similar. Sin embargo, en las clases iniciales, se les dan sugerencias de saciedad más que de hambre.

Por ejemplo:

De nuevo, recordar que estas sensaciones pueden ser muy sutiles o potentes... realiza la mejor estimación de tu nivel de hambre o de saciedad. ¿Cuán físicamente satisfecho te sientes? Quizás tu estómago se siente cálido, moderadamente lleno –quizás un 5.5. O quizás estás en una parte más temprana del proceso... quizás solamente sientes la primera muestra de estiramiento... un 5 o así. O quizás se siente más estirado o con una pequeña distensión, si has comido más de lo que necesitabas –pongamos un 6 o así. Sientas la sensación física que sientas, sólo tienes que darte cuenta de ella. Observa también tus emociones y pensamientos. Y sé consciente de la diferencia entre físicamente y emocionalmente satisfecho. Quizás estés aburrido y quieras salir de aquí. O quizás estás sorprendido de aprender algo sobre ti mismo. Sea cual sea la experiencia, solamente obsérvala, no intentes ni juzgarla ni criticarla.

Los ejercicios de registro de la saciedad son más fáciles de conseguir en tandem con la ingestión de una comida moderada, especialmente rica en fibra. Los participantes a menudo dicen que no saben lo que es sentir una saciedad moderada; “sé cuando tengo hambre y cuando estoy lleno, pero nunca presto atención a los estados intermedios”. Es útil recordar que para conseguir esta habilidad es necesario atención, paciencia y práctica. Clínicamente, la mayoría de personas pueden identificar episodios en los que se sienten llenos, y a menudo hablan de sedación al mismo tiempo. Para ellos es importante intentar desacoplar la etiqueta cognitiva “ lleno” y las sensaciones que indican haber comido en exceso. Algunos dicen que experimentan dolor, y otros hablan de una profunda comodidad en ese estadio. En cualquier caso, la sensación de saciedad excesiva sirve para desplazar la atención de los pensamientos o las emociones a unas cuantas sensaciones y permite un desetiquetado continuo de la sensación.

Los participantes se benefician de la escucha atenta de las descripciones de las puntuaciones hambre-saciedad de los demás, en particular destacando las sensaciones físicas que les llevaron a optar por esa puntuación. El acceso a múltiples ejemplos es básico para aprender este proceso. También es el momento oportuno para abordar posibles confusiones si los participantes mencionan emociones en lugar de señales físicas (p. ej. irritable, con pánico, cómodo, feliz), destacando que las señales físicas y no las emocionales son los indicadores más fiables de cuándo comer. Si bien la psicología puede en ocasiones dar lugar a ellas (p. ej. un nivel bajo de azúcar en sangre puede hacer que estemos irritables), existe un riesgo al utilizarlos para señalar la necesidad de comer ya que otras cosas también pueden crear esos estados emocionales.

También es común que los participantes con historiales significativos de dietas y/o atracones digan “no siento nada” cuando se les pide por primera vez que registren señales de hambre o de saciedad. Puede llevar semanas de práctica, particularmente antes, durante y después de las comidas, ya que las personas que han estado desconectadas de su experiencia somática durante años necesitan una estimulación y una práctica continuas para empezar a registrar esas señales de nuevo. En la práctica clínica, son muy pocas las personas que no han sido capaces de volver a aprender a sentir esas señales, y son fracasos que se deben a complicaciones de la diabetes como la neuropatía.

Grupo de habilidades nº 6: Reconocimiento de gusto – El temprano trabajo clínico de Geneen Roth (p. ej. Roth, 1992) también centraba la atención en el gusto y, de nuevo, MB-EAT y EMPOWER lo amplían para añadir componentes de no juicio. Un segmento de un ejercicio de ese tipo con chocolate es el siguiente:

Empieza por colocar un bombón delante de ti pero a una distancia que no puedas llegar. Cierra los ojos o adopta una mirada hacia abajo si cerrarlos te hace estar incómodo. Deja las manos sobre el estómago y realiza 4 ó 5 respiraciones profundas, tranquilas. No fuerces la respiración, simplemente invita al aire a pasar hasta el fondo de los pulmones. Siente como tu pecho se hincha y se deshincha. Siente como tus costillas se expanden hacia los lados y se liberan. Y cuando la respiración alcance suavemente el fondo de los pulmones, siente como el abdomen se expande al inspirar y se contrae al espirar. Deja que tu cuerpo descance mientras desplazas la atención hacia el estómago y la boca. Simplemente observa las sensaciones físicas que tienes en este preciso momento. Date cuenta de los pensamientos que tienes... de las emociones. Y sé consciente de la

diferencia entre sensaciones físicas por un lado y pensamiento o emociones por el otro. Sea cual sea la experiencia, solamente obsérvala, no intentes ni juzgarla ni criticarla. Sólo observa lo que estás sintiendo. No intentes cambiarlo, sólo date cuenta de ello. O quizás no sientes ninguna sensación, sentimiento ni pensamiento particular. También está bien. Ahora mismo sólo observa, lo que sea.

En la siguiente respiración, o en la posterior, deja que tus ojos se abran pero mantén la mirada hacia abajo. Ahora toma el bombón con la mano y desenvuélvelo lentamente. Sigue consciente de cualquier pensamiento o emoción que pase por tu mente. Ahora mira el bombón, manténlo en la mano abierta, y obsérvalo como si fuera la primera vez que ves uno. Si fueras un pintor ¿cómo lo pintarías? Observa la forma, el tamaño, los colores, la forma en la que la luz se refleja en él... (pausa larga)

Ahora desplaza tu atención al olor a chocolate. Colócalo debajo de la nariz y vuelve a cerrar los ojos... simplemente nota el olor. ¿En qué parte de la nariz hueles el bombón? ¿Qué elementos puedes oler? ¿Leche? ¿Vainilla? ¿Aromas de tabaco o de tierra? Ahora observa todo lo que puedas del aroma... (pausa larga)

Ahora acércatelo a los labios para tener un primer contacto con su sabor. Permanece con los ojos cerrados... ¿A qué sabe? ¿Qué notas de textura? ¿Es suave o rugoso? ¿Se deshace o no? Se trata de tomar conciencia de los detalles de este bombón.

Ahora colócalo sobre la lengua y mantenlo así, sin morderlo. ¿Qué notas en cuanto a sabor? Muévelo por la boca. ¿Sabe distinto en diferentes partes de la boca? Deja que se derrita en la lengua. ¿Qué sientes mientras se deshace? Sólo tienes que estar completamente presente en este momento de degustarlo. ¿Qué notas con respecto a tu saliva? ¿Y en la boca? El sabor ¿cambia a medida que pasa el tiempo, a medida que se derrite? ¿Cómo? Tómate todo el tiempo que necesites para que el chocolate se derrita y puedas experimentar totalmente las sensaciones de comerlo. ¿Sientes como abandona la boca y pasa por la garganta? ¿Y de ahí al estómago? Sé consciente de todos los pensamientos y emociones que pasan, distingue un pensamiento o una emoción de una sensación como la del gusto... ¿Qué ocurriría si comieras así casi siempre? ... Observa todo lo que tienes presente, sin juzgar... (pausa muy larga)... y abre los ojos cuando estés listo.

Grupo de habilidades nº 7: Discernir entre las indicaciones de regulación del apetito y otros eventos internos – Las indicaciones de regulación del apetito (hambre, saciedad y saciedad de determinado sabor) deben separarse de las emociones, pensamientos, impulsos de conducta y otras sensaciones físicas (p. ej. cansancio) a fin de utilizarlas correctamente.

Aprender estas habilidades requiere la adquisición de las seis anteriores, ya que el aprendizaje no es un proceso lineal. Como tal, el programa EMPOWER organiza la enseñanza de las habilidades en cada uno de esos ámbitos. Cada habilidad influye en las demás, y los nuevos contextos suponen un desafío para las habilidades existentes. Por ejemplo, cuando los participantes pueden sentir una emoción, y pueden sentir el hambre, entonces pueden empezar a compararlas y a desarrollar maneras personales de distinguirlas. Afinar esa distinción se basa en la identificación de la emoción y del hambre, y así sucesivamente. Por ejemplo una mujer observó con el tiempo que su sensación de ansiedad se producía en la zona alta del pecho, mientras que las señales de hambre procedían de la zona del estómago, justo debajo del esternón. Otra participante que a menudo comía para acallar la ansiedad observó que notaba más la sensación de ansiedad (p. ej. pálpitos) al final de la respiración, después de espirar, cuando puede sentir más acelerados los latidos de su corazón. Estos hechos tan potentes dotaron a estas mujeres de mecanismos para distinguir entre ansiedad y hambre.

Grupo de habilidades nº 8: Identificar las necesidades verdaderas – Cuando los participantes ya dominan la observación y la distinción de los componentes de su propia experiencia, el programa EMPOWER anima a dar el siguiente paso: tomar una decisión informada para cubrir mejor las necesidades verdaderas. Aunque la reactividad a veces se rige por la costumbre solamente, a menudo es en un intento por colmar una necesidad subyacente. A medida que los participantes obtienen habilidades de observación del sí mismo sin juzgar, son capaces de discernir las necesidades verdaderas con mayor claridad. Por ejemplo, si la necesidad verdadera es el aburrimiento, los participantes pueden decidir buscar una mejor manera de entretenérse. Si la necesidad verdadera es un cansancio temporal, dormir puede ser una respuesta muy útil. Si la necesidad verdadera es la frustración relacionada con un incidente en concreto, la asertividad o la solución de problemas puede resultar adecuada. En teoría, tras identificar la necesidad verdadera, la mente sabia es la que guía las elecciones de conducta. Sin embargo, muchos participantes también parecen beneficiarse de tener ejercicios específicos para aclarar sus procesos de toma de decisiones.

Grupo de habilidades nº 9: Colmar las necesidades verdaderas – Científicos clínicos subrayan la necesidad de promover una mayor autoaceptación en las personas con trastorno de la conducta alimentaria, al tiempo que se potencia un cambio de conducta significativo (p. ej.

Wilson, 1996). Permitir (EMPOWER en inglés) a los participantes que parezcan más capaces de hacer frente a esta dialéctica cuando los cambios necesarios se contextualizan como intentos por representar sus declaraciones de intenciones personales y visiones de salud. Se les guía para que reflejen y desarrollos declaraciones de intenciones personales (similares a los enfoques de ACT), además de para pasar tiempo cultivando una visión de la salud a largo plazo. Así, los participantes utilizan este contexto de lo que realmente quieren para ellos mismos a largo plazo para guiar sus decisiones en cada momento. La técnica de para-respira-conecta se enseña para animarles a realizar pausas momentáneas antes de las conductas que intentan cambiar; se centran conscientemente y recuerdan por qué el cambio importa a largo plazo (Wolever et al.; 2007). Este enfoque recibe además ayuda de estrategias para el establecimiento de objetivos a corto y a largo plazo, específicos, cuantificables, orientados a acciones, realistas y ligados al tiempo. Aunque sigue siendo una cuestión empírica, la experiencia clínica sugiere que estas herramientas adicionales aumentan significativamente el enfoque de mindfulness y viceversa.

La elección de añadir herramientas adicionales al tratamiento con mindfulness puede depender en parte del nivel de práctica de mindfulness que los individuos estén dispuestos a emprender, y de su capacidad para crear un entorno propicio a la escucha interior. Dada la realidad práctica de las vidas de la mayoría de los pacientes, y el hecho que esos enfoques puedan beneficiar a muchas personas a las que la meditación no les interesa *per se*, puede resultar inteligente utilizar el mindfulness para crear un espacio de aprendizaje que mejore la toma de decisiones inteligente haciéndolo además de una manera más activa. Por ejemplo, cuando uno está decidiendo si comer o no, es útil tener en cuenta las indicaciones fisiológicas de hambre en lugar de las señales externas de que es la hora de comer (la comida está lista, empieza la pausa de la hora de la comida, etcétera). De un modo similar, al decidir que se ha terminado de comer, es útil registrar las indicaciones fisiológicas de saciedad moderada en lugar de las indicaciones externas (no hay nada en el plato, se ha acabado el tiempo, etcétera). Sin embargo, la cultura occidental se deja llevar tanto por los estímulos externos y va a tal velocidad que a menudo no basta con enseñar a los pacientes a prestar atención al hambre y a la saciedad. También deben planificar con atención el establecimiento de un entorno en el que puedan registrar esas señales; y esto requiere asertividad y otras técnicas tradicionales. Por

ejemplo, imagine que es una enfermera que trabaja en turnos de 12 horas sin pausa para comer. Aunque fisiológicamente es importante comer durante el turno, el sistema de salud no prevé tiempo para esa actividad. Así pues, la enfermera debe utilizar habilidades asertivas para garantizar aunque sea una pausa de 15 minutos para comer, además de flexibilidad para sentir cuál es el mejor momento para hacer la pausa, y de planificación y preparación para que esa comida nutritiva esté disponible en porciones pequeñas y rápidas de consumir. Del mismo modo, registrar señales de hambre y saciedad moderadas después del turno de trabajo puede ayudarle a evitar comer en exceso después del trabajo, pero algunas ingestas nutritivas durante el turno también le ayudarán a evitar comer en exceso después.

En este tipo de situación, el mindfulness ayuda a los participantes a crear un espacio de aprendizaje óptimo, y la introducción de conceptos y herramientas de otros enfoques tradicionales puede reforzar la intervención. Por ejemplo, los tratamientos más punteros para bulimia y trastorno por atracón (p. ej. Apple y Agras, 1997; Fairburn, 1998) animan a los participantes a reconocer y a etiquetar los pensamientos y las emociones que preceden a los atracones. El mindfulness, sin embargo, puede facilitar este aprendizaje aplicando una pátina de ausencia de juicios para eliminar las críticas duras (de uno mismo y de los demás), con lo que los pacientes se liberan y pueden realizar una observación de sí mismos más precisa. De todos modos, una diferencia significativa entre esos enfoques y los basados en mindfulness es que la terapia cognitivo-comportamental potencia la intervención directa en los pensamientos o conductas, mientras que el mindfulness puro sugiere que basta con observar el pensamiento, la emoción o la sensación; el mero proceso de prestar atención sin juzgar permite un cambio interior en el participante.

Resumiendo, los participantes con trastorno de la conducta alimentaria se rigen por un déficit en la autoregulación de la ingesta de alimento, de las emociones y de los pensamientos. Existe un fuerte aval teórico para la aplicación del mindfulness para este desajuste, y también hay literatura reciente sobre su eficacia. Algunos enfoques utilizan técnicas de MBSR más tradicionales, mientras que otros aplican estas técnicas de mindfulness directamente a la alimentación y a los mecanismos compensatorios característicos de este tipo de trastornos. Por su parte, el enfoque del programa EMPOWER conceptualiza el mindfulness como una potente herramienta de autoaprendizaje en la que los individuos exploran nuevas maneras de

autoregularse. Algunas de esas maneras se enseñan mediante mindfulness puro, mientras que otras aplican el mindfulness a otras técnicas de cambio de conducta (p. ej. establecer objetivos). Los estudios que se realicen en el futuro serán importantes para evaluar la eficacia de varios aspectos de los tratamientos basados en mindfulness para el tratamiento de problemas específicos.

Agradecimientos: Los autores quieren expresar su agradecimiento a Jean Kristeller, doctorado, Sasha Loring, MEd, LCSW, Michael Baime, MD y Larry Ladden, doctorado, cuya sabia dedicación a la aplicación del mindfulness ha influido profundamente en nuestro trabajo.

Referencias

AGRAS, W.S.; TELCH, C.F. (1998). “The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women”. *Behavior Therapy*, 29, 491-503.

ALLEN, H.N.; CRAIGHEAD, L.W. (1999). “Appetite monitoring in the treatment of binge eating disorder”. *Behavior Therapy*, 30, 253-272.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición). Washington, DC: American Psychiatric Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición). Washington, DC: American Psychiatric Press.

GRUPO DE TRABAJO DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION SOBRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. (2000). “Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders” (revisión). *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-39.

APPLE, R.F.; AGRAS, W.S. (1997). “Overcoming Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder”. Graywind Publications, Inc.

BAER, R.A.; FISCHER, S.; HUSS, D.B. (2005). “Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.

BAER, R.A.; FISCHER, S.; HUSS, D.B. (2006). “Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating”. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23,

- BARDONE-CONE, A.M.; WONDERLICH, S.A.; FROST, R.O.; BULIK, C.M.; MITCHELL, J.E.; UPPALA, S.; SIMONICH, H.; et al. (2007). "Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions". *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- BECKER, A.E.; KEEL, P.; ANDERSON-FYE, E.P.; THOMAS, J.J. (2004). "Genes and/or jeans?: Genetic and socio-cultural contributions to risk for eating disorders". *Journal of Addictive Diseases*, 23, 81-103.
- BERKMAN, N.D.; LOHR, K.N.; BULIK, C.M. (2007). "Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature". *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.
- BERTHOZ, S.; PERDEREAU, F.; GODART, N.; CORCOS, M.; HAVILAND, M.G. (2007). "Observer and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures". *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 341-347.
- BOWERS, W.A. (2002). "Cognitive therapy for anorexia nervosa". *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 247-253.
- BRANDSMA, L. (2007). "Eating disorders across the lifespan". *Journal of Women and Aging*, 19, 155-172.
- BROWNLEY, K.A.; BERKMAN, N.D.; SEDWAY, J.A.; LOHR, K.N.; BULIK, C.M. (2007). "Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials". *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337-348.
- BRUCE, B.; AGGRAS, W.S. (1992). "Binge eating in females: A population-based investigation". *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365-373.
- BULIK, C.M.; BERKMAN, N.D.; BROWNLEY, K.A.; SEDWAY, J.A.; LOHR, K.N. (2007). "Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials". *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-320.
- BYDLOWSKI, S.; CORCOS, M.; JEAMMET, P.; PATERNITI, S.; BERTHOZ, S.; LAURIER, C.; CHAMBRY, S.; CONSOLI, S.M. (2005). "Emotion-processing deficits in eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.

CACHELIN, F.M.; STRIEGEL-MOORE, R.H.; ELDER, K.A.; PIKE, K.M.; WILFLEY, D.E.; FAIRBURN, C.G. (1999). “Natural course of a community sample of women with binge eating disorder”. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 45-54.

CARANO, A.; DE BERARDIS, D.; GAMBI, F.; DI PAOLO, C.; CAMPANELLA, D.; PELUSI, L. (2006). “Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder”. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 332-340.

CASH, T.F.; DEAGLE, E.A. (1997). “The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis”. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.

CLAES, L.; VANDEREYCKEN, W.; VERTOMMEN, H. (2005). “Impulsivity-related traits in eating disorder patients”. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 739-749

CORSTORPHINE, E. (2006). “Cognitive-emotional-behavioral therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions”. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461.

CORSTORPHINE, E.; MOUNTFORD, V.; TOMLINSON, S.; WALLER, G.; MEYER, C. (2007). “Distress tolerance in the eating disorders”. *Eating Behaviors*, 8, 91-97.

CORSTORPHINE, E.; WALLER, G.; OHANIAN, V.; BAKER, M. (2006). “Changes in internal states across the binge-vomit cycle in bulimia nervosa”. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 446-449.

CRAIGHEAD, L.W.; ALLEN, H.N. (1995). “Appetite awareness training: A cognitive behavioral intervention for binge eating”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 249-270.

DALLE GRAVE, R.; DI PAULI, D.; SARTIRANA, M.; CALUGI, S.; SHAFRAN, R. (2007). “The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients”. *Eating and Weight Disorders*, 12, 108-113.

DAVIS, R.; JAMIESON, J. (2005). “Assessing the functional nature of binge eating in the eating disorder”. *Eating Behaviors*, 6, 345-354.

DEAVER, C.M.; MILTENBERGER, R.G.; SMYTH, J.; MEIDINGER, A.; CROSBY, R. (2003). “An evaluation of affect in binge eating”. *Behavior Modification*, 27, 578-599.

- DINGEMANS, A.E.; SPINHOVEN, Ph.; VAN FURTH, E.F. (2006). "Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms". *Eating Behaviors*, 7, 258-265.
- DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J.A. (2004). "Attentional biases in eating disorders: A meta-analytic review of Stroop performance". *Clinical Psychology Review*, 23, 1001-1022.
- DUNKLEY, D.M.; GRILLO, C.M. (2007). "Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients". *Behaviour Research and Therapy*, 45, 139-149.
- ELDRIDGE, K.L.; AGGRAS, W.S. (1996). "Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*, 19, 73-82.
- FAIRBURN, C.G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z.; DOLL, H.A.; NORMAN, P.; O'CONNOR, M. (2000). "The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women". *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- FARCHAUS STEIN, K. (1996). "The self-schema model: A theoretical approach to the self-concept in eating disorders". *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 96-109.
- FARIS, P.L.; ECKERT, E.D.; KIM, S.W.; MELLER, W.H.; PARDO, J.V.; GOODALE, R.L.; HART-MAN, B.K. (2006). "Evidence for a vagal pathophysiology for bulimia nervosa and the accompanying depressive symptoms". *Journal of Affective Disorders*, 92, 79-90.
- FASSINO, S.; PIERO, A.; GRAMAGLIA, C.; ABBATE-DAGA, G. (2004). "Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity". *Psychopathology*, 37, 168-174.
- FAUNCE, G.J. (2002). "Eating disorders and attentional bias: A review". *Eating Disorders*, 10, 125-139.
- FELKER, K.R.; STIVERS, C. (1994). "The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescence". *Adolescence*, 29, 821-834.
- FERNANDEZ-ARANDA, F.; PINHEIRO, A. P.; THORNTON, L.M.; BERRETTINI, W.H.; CROW, S.; FICHTER, M.M.; HALMI, K.A.; KAPLAN, A.S.; KEEL, D.; MITCHELL, J.; ROTONDO, A.; WOODSIDE, D.B.; KAYE, W.H.; BULIK,

C.M. (2008). "Impulse control disorders in women with eating disorders". *Psychiatry Research*, 157, 147-157.

FICHTER, M.M.; QUADFLIEG, N.; GNUTZMANN, A. (1998). "Binge eating disorder: Treatment outcome over a 6-year course". *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 385-405.

FRANCO-PAREDES, K.; MANCILLA-DIAZ, J.M.; VAZQUEZ-AREVALO, R.; LOPEZ-AGUILAR, X.; ALVAREZ-RAYON, G. (2005). "Perfectionism and eating disorders: A review of the literature". *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.

GILBOA-SCHECTMAN, E.; AVNON, L.; ZUBERY, E.; JECZMIEN, P. (2006). "Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency?". *Depression and Anxiety*, 23, 331-339.

GLUCK, M.E.; GELIEBTER, A.; HUNG, J.; YAHAV, E. (2004). "Cortisol, hunger, and desire to binge eat following a cold stress test in obese women with binge eating disorder". *Psychosomatic Medicine*, 66, 876-881.

GRATZ, K.L.; GUNDERSON, J.G. (2006). "Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder". *Behavior Therapy*, 37, 25-35.

GROSS, J.J. (1998). "The emerging field of emotion regulation: An integrative review". *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

HALMI, K. A.; ECKERT, E.; MARCHI, P.; SAMPUGNARO, V.; APPLE, R.; COHEN, J. (1991). "Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa". *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.

HARRIS, M.; CUMELLA, E.J. (2006). "Eating disorders across the life span". *Journal of Psychosocial Nursing*, 44, 20-26.

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, 1-25.

HAYES, S. C.; PANKEY, J. (2002). "Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa". *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 243-247.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An*

experiential approach to behavior change. Nueva York: Guilford Press.

HEATHERTON, T.F.; BAUMEISTER, R.F. (1991). "Binge eating as escape from self-awareness". *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

HEFFNER, M.; SPERRY, J.; EIFERT, G.H.; DETWEILER, M. (2002). "Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example". *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.

HERMAN, C.; POLIVY, J. (1980). "Restrained eating". En A. STUNKARD (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: Saunders.

HERPERTZ-DAHLMANN, B.; MULLER, B.; HERPERTZ, S.; HEUSSEN, N. (2001). "Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation". *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42, 603-612.

HETHERINGTON, M.; ROLLS, B. (1988). "Sensory specific satiety and food intake in eating disorders". En B. WALSH (Ed.), *Eating behaviors in eating disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

HOEK, H.; VAN HOEKEN, D. (2003). "Review of the prevalence and incidence of eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

HRABOSKY, J.I.; MASHEB, R.M.; WHITE, M.A.; GRILO, C.M. (2007). "Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 175-180.

HUDSON, J.I.; HIRIPI, E.; POPE, H.G.; KESSLER, R.C. (2007). "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.

HUGHES, M.L.; HAMILL, M.; VAN GERKO, K.; LOCKWOOD, R.; WALLER, G. (2006). "The relationship between different levels of cognition and behavioural symptoms in the eating disorders". *Eating Behaviors*, 7, 125-133.

HUTCHINSON, D.M.; RAPEE, R.M. (2007). "Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence". *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1557-1577.

- JACOBI, C.; PAUL, T.; DE ZWAAN, M.; NUTZINGER, D.O.; DAHME, B. (2004). "Specificity of self-concept disturbances in eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 35, 204-210.
- JANSEN, A.; NEDERKOORN, C.; MULKENS, S. (2005). "Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders". *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183-196.
- JHA A.P.; KROMPINGER J.; BAIME M.J. (2007). "Mindfulness Training Modifies Subsystems of Attention". *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(2):109-119.
- KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós
- KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.
- KEEL, P.K.; MITCHELL, J.E. (1997). "Outcome in bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- KOLLAI, M.; BONYHAY, I.; JOKKEL, G.; SZONYI, L. (1994). "Cardiac vagal hyperactivity in adolescent anorexia nervosa". *European Heart Journal*, 15, 1113-1118.
- KRISTELLER, J.L.; BAER, R.A.; QUILLIAN-WOLEVER, R. (2006). "Mindfulness-based approaches to eating disorders". En R.A. BAER (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* Oxford, U. K.: Academic Press (Elsevier).
- 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.
- KRISTELLER, J.L.; WOLEVER, R.; SHEETS, V. (2008). *Mindfulness-based eating awareness therapy (MB-EAT): A randomized clinical trial for binge eating disorder*. Manuscrito enviado para su publicación.
- LAU, M.A.; BISHOP, S.R.; SEGAL, Z.V.; BUIS, T.; ANDERSON, N.; CARLSON, L.; SHAPIRO, S.; CARMODY, J.; ABBEY, S.; DEVINS, J. (2006). "The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation". *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- LAWSON, R.; WALLER, G.; LOCKWOOD, R. (2007). "Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features". *Eating Behaviors*, 8(3), 305-310.

LAZARUS, S.; GALASSI, J.P. (1994). "Affect and cognitions in obese binge eaters and non-binge eaters: The association between depression, anxiety, and bulimic cognition". *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 141-157.

LEAHY, R.L. (2002). "A model of emotional schemas". *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.

LEUNG, N.; PRICE, E. (2007). "Core beliefs in dieters and eating disordered women". *Eating Behaviors*, 8, 65-72.

LILENFELD, L.R.; STEIN, D.; BULIK, S.M.; STROBER, M.; PLOTNICOV, K.; POLLICE, C.; RAO, R.; MERIKANGAS, K.R.; NAGY, L.; AYE, H.K. (2000). "Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women". *Psychological Medicine*, 30, 1399-1410.

LINDEMAN, M.; STARK, K. (2001). "Emotional eating and eating disorder psychopathology". *Eating Disorders*, 9, 251-259.

LINEHAN, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

LINEHAN, M.M.; ARMSTRONG, H.E.; SUAREZ, A.; ALLMOND, D.; HEARD, H.L. (1991). "Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients". *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

LINGSWILER, V.M.; CROWTHER, J.H.; STEPHENS, M.A.P. (1989). "Affective and cognitive antecedents to eating episodes in bulimia and binge eating". *International Journal of Eating Disorders*, 8, 533-539.

LYNCH, W.C.; EVERINGHAM, A.; DUBITZKY, J.; HARTMAN, M.; KASSER, T.J. (2000). "Does binge eating play a role in the self-regulation of moods?". *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35, 298-313.

MARCUS, M.D.; WING, R.R.; HOPKINS, J. (1988). "Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

- MARTIN, L.L.; TESSER, A.; McINTOSH, W.D. (1993). "Wanting but not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings". En D.W. WEGNER; J.W. PENNEBAKER (Eds.), *Handbook of mental control* (págs. 552-572). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- MCCABE, E.B.; MARCUS, M.D. (2002). "Is dialectical behavior therapy useful in the management of anorexia nervosa?". *Eating Disorders*, 10, 335-337.
- MEYER, C.; WALLER, G. (1999). "The impact of emotion upon eating behavior: The role of subliminal visual processing of threat cues". *International Journal of Eating Disorders*, 25, 319-326.
- MEYER, C.; WALLER, G.; WATSON, P. (2000). "Cognitive avoidance and bulimic psychopathology: The relevance of temporal factors in a nonclinical population". *International Journal of Eating Disorders*, 27, 405-410.
- NAKAI, Y.; KOH, T. (2001). "Perception of hunger to insulin-induced hypoglycemia in anorexia nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 29, 354-357.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. (2001). "Eating disorders: Facts about eating disorders and the search for solutions". *NIH Publication NO. 01-4901*. Bethesda, MD: National Institute of Mental health, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- NAUTA, H.; HOSPERS, H.; KOK, G.; JANSEN, A. (2000). "A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters". *Behavior Therapy*, 31, 441-461.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (2000). "The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms". *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- OFFICE ON WOMEN'S HEALTH. (Febrero de 2000). *Eating disorders*. Washington, D.C.: National Women's Health Information Center, U.S. Department of Health and Human Services.
- ORSILLO, S.M.; BATTEN, S.V. (2002). "ACT as treatment of a disorder of excessive control: Anorexia". *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 253-259.

OVERTON, A.; SELWAY, S.; STRONGMAN, K.; HOUSTON, M. (2005). "Eating disorders. The regulation of positive as well as negative emotion experience". *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12, 39-56.

PETRETTA, M.; BONADUCE, D.; SCALFI, L.; DE FILIPPO, E.; MARCIANO, F. MIGAUX, M.L.; THEMISTOCLAKIS, S.; IANNICELLO, A.; CONTALDO, F. (1997). "Heart rate variability as a measure of autonomic nervous system function in anorexia nervosa". *Clinical Cardiology*, 20, 219-224.

PHELAN, P. (1987). "Cognitive correlates of bulimia: The Bulimic Thoughts Questionnaire". *International Journal of Eating Disorders*, 6, 593-607.

PLACANICA, J.L.; FAUNCE, G.J.; SOAMES JOB, R.F. (2002). "The effect of fasting on attentional biases for food and body shape/weight words in high and low Eating Disorder Inventory scorers". *International Journal of Eating Disorders*, 32, 79-90.

POLIVY, J.; HERMAN, C.P. (1985). "Dieting and bingeing". *American Psychologist*, 40, 193-201.

POWELL, A.L.; THELEN, M.H. (1996). "Emotions and cognitions associated with bingeing and weight control behavior in bulimia". *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 317-328.

QUADFLIEG, N.; FICHTER, M.M. (2003). "The course and outcome of bulimia nervosa". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 99-109.

REICHBORN-KJENNERUD, T.; BULIK, C.M.; SULLIVAN, P.; TAMBS, K.; HARRIS, J.R. (2004). "Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors". *Obesity Research*, 12, 1445-1454.

RICCIARDELLI, L.A.; WILLIAMS, R.J.; FINEMORE, J. (2001). "Restraint as misregulation in drinking and eating". *Addictive Behaviors*, 26, 665-675.

ROBINSON, T.N.; CHANG, J.Y.; HAYDEL, K.F.; KILLEEN, J.D. (2001). "Overweight concerns and body dissatisfaction among third-grade children: The impacts of ethnicity and socioeconomic status". *Journal of Pediatrics*, 138, 181-187.

ROTH, G. (1992). *Cuando la comida sustituye al amor: la relación entre las carencias afectivas y nuestra actitud ante la comida*. Barcelona: Urano.

SAFER, D.L.; LIVELY, T.J.; TELCH, C.F.;AGRAS, W.S. (2002). "Predictors of relapse following

successful dialectical behavior therapy for binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*, 32, 155-163.

SAFER, D.L.; TELCH, C.; AGRAS, W.S. (2001a). "Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report". *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101-106.

SAFER, D.L.; TELCH, C.F.; AGRAS, W.S. (2001b). "Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.

SALBACH, H.; KLINOWSKI, N.; PFEIFFER, E.; LEHKUHL, U.; KORTE, A. (2007). "Dialectical behavior therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/BN) –a pilot study". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 91-108.

SANTEL, S.; BAVING, L.; KRAUEL, K.; MUNTE, T.F.; ROTTE, M. (2006). "Hunger and satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures". *Brain Research*, 1114, 138-148.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SHAFRAN, R.; LEE, M.; COOPER, Z.; PALMER, R.L.; FAIRBURN, C.G. (2007). "Attentional bias in eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 40, 369-380.

SHAFRAN, R.; TEACHMAN, B.A.; KERRY, S.; RACHMAN, S. (1999). "A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion". *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 167-179.

SHAFRAN, R.; ROBINSON, P. (2004). "Thought-shape fusion in eating disorders". *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 399-408.

SHAPIRO, J.R.; BERKMAN, N.D.; BROWNLEY, K.A.; SEDWAY, J.A.; LOHR, K.N.; BULIK, C.M. (2007). "Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials". *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321-336.

SIFNEOS, P.E. (1996). "Alexithymia: Past and present". *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.

SMITH, B.W.; SHELLEY, B.M.; LEAHIGH, L.; VANLEIT, B. (2006). "A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on binge eating2. *Complementary Health Practice Review*, 11, 133-143.

SPANGLER, D.L. (2002). "Testing the cognitive model of eating disorders: The role of dysfunctional beliefs about appearance2. *Behavior Therapy*, 33, 87-105.

SPITZER, R.; DEVLIN, M.; WALSH, B.; HASIN, D.; WING, D.; MARCUS, M.; STUNKARD, A.; YANOVSKI, S.; AGRAS, S.; MITCHELL, J.; NONAS, C. (1992). "Binge eating disorder: A multisite field of the diagnostic criteria". *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.

SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T.; WING, R.; MARCUS, M.D.; STUNKARD, A.; DEVLIN, M.; et al. (1993). "Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study". *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.

SPOOR, S.T.P.; BEKKER, M.H.J.; VAN HECK, G.L.; CROON, M.A.; VAN STRIEN, T. (2005). "Inner body and outward appearance: The relationships between appearance orientation, eating disorder symptoms and internal body awareness". *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 13, 479-490.

SPOOR, S.T.P.; BEKKER, M.H.J.; VAN STRIEN, T.; VAN HECK, G.L. (2007). "Relations between negative affect, coping and emotional eating". *Appetite*, 48, 368-376.

SPRANGER, S.C.; WALLER, G.; BRYANT-WAUGH, R. (2001). "Schema avoidance in bulimic and non-eating-disordered women2. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 302-306.

STEELE, A.; CORSINI, N.; WADE, T. D. (2007). "The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of 'benign' perfectionism". *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1647-1655.

STEIN, R.I.; KENARDY, J.; WISEMAN, C.V.; ZOLER DOUNCHIS, J.; ARNOW, B.A.; WILFLEY, D.E. (2007). "What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences". *International Journal of Eating Disorders*, 40, 195-203.

STEINHAUSEN, H.C. (1999). "Eating disorders2. En H.C. STEINHAUSEN; F. VERHULST (Eds.), *Risk and outcome in developmental psychopathology* (págs. 210-230). Oxford, U.K.: Oxford University Press.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; DOHM, F.A.; KRAEMER, H.C.; TAYLOR, C.B.; DANIELS, S.; CRAWFORD, P. B.; SCHREIBER, G.B. (2003). "Eating disorders in white and black women". *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326-1331.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; WILFLEY, D.E.; PIKE, K.M.; DOHM, F.A.; FAIRBURN, C.G. (2000). "Recurrent binge eating in black American women". *Archives of Family Medicine*, 9, 83-87.

SULLIVAN, P.F. (1995). "Mortality in anorexia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.

SWAN, S.; ANDREWS, B. (2003). "The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment". *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 367-378.

TELCH, C.F. (1997). "Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*, 22, 77-81.

TELCH, C.F.; AGGRAS, W.S.; LINEHAN, M.M. (2000). "Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial". *Behavior Therapy*, 31, 569-582.

TELCH, C.F.; AGGRAS, W.S.; LINEHAN, M.M. (2001). "Dialectical behavior therapy for binge eating disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.

THOMSEN, S.R.; MCCOY, J.K.; WILLIAMS, M. (2001). "Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines". *Eating Disorders*, 9, 49-64.

WALLER, G.; MIJATOVICH, S. (1998). "Preconscious processing of threat cues: Impact on eating among women with unhealthy eating attitudes". *International Journal of Eating Disorders*, 24, 83-89.

WEGNER, D. (1994). "Ironic processes of mental control". *Psychological Review*, 101, 34-52.

WHEELER, K.; GREINER, P.; BOULTON, M. (2005). "Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women". *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 114-123.

WHITESIDE, U.; CHEN, E.; NEIGHBORS, C.; HUNTER, D.; LO, T.; LARIMER, M. (2007). "Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative

affect?”. *Eating Behaviors*, 8, 162-169.

WILSON, G.T. (1984). “Toward the understanding and treatment of binge eating”. En R.C. HAWKINS, W.J. FREMOUW; P.F. CLEMENT (Eds.). *The binge purge syndrome* (págs. 264-289). Nueva York, N. Y.: Springer.

WILSON, G.T. (1996). “Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity”. *Behavior Therapy*, 27, 417-439.

WILSON, K.G.; ROBERTS, M. (2002). “Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.

WISER, S.; TELCH, C.F. (1999). “Dialectical behavior therapy for binge eating disorder”. *Journal of Clinical Psychology in Session: Psychotherapy in Practice*, 55, 755-768.

WOLEVER, R.Q.; BEST, J.L.; SHEETS, V.L.; DAVIS, J.; PSUJEK, J.; LIEBOWITZ, R.; KRISTELLER, J.L. (2006). *Bio-behavioral outcomes of a mindfulness-based intervention for binge eating disorder*. Artículo presentado en la Conferencia de investigación norteamericana sobre medicina complementaria e integradora, Edmonton, Canadá.

WOLEVER, R.; BEST, J.L.; SHEETS, V.L.; KRISTELLER, J.L. (2008). *Mindfulness-based intervention for binge eating disorder (BED) enhances post-prandial glucose metabolism independent of weight change*. Manuscrito en proceso de preparación.

WOLEVER, R.Q.; LADDEN, L.; DAVIS, J.; BEST, J.; GREESON, J.; BAIME, M. (2007). *EMPOWER: Mindful Maintenance Therapist Manual*. Manual de tratamiento inédito para becas 5U01 AT004159 y 5 U01 AT004158 de NIH. Duke University and University of Pennsylvania (respectivamente).

15

Paraíso perdido: mindfulness y conductas adictivas

Thomas Bien

Que la tierra bajo nuestros pies sea el cielo o el infierno depende completamente de nuestra forma de ver y de caminar.

Thich Nhat Hanh (2001)

En el Principio fue el Paraíso

Según las historias de muchas culturas, hubo un momento en el que el ser humano vivía en la facilidad y la maravilla, libre del duro trabajo, de la lucha, de los conflictos y de la alienación y la fragmentación que hoy conocemos. A veces esta perfección se proyecta hacia el futuro: un Nuevo Jerusalén que desciende a la tierra, la ciudad de Dios, o un cielo al que vamos después de la muerte. En ocasiones se ve como el resultado posible del esfuerzo humano, una tradición que procede de la República de Platón (ca. 360 antes de nuestra era; Hamilton and Cairns, 1969) y de *Utopía* de Tomás Moro (1989), hasta el valle *Shangri-La* de James Hilton, (1992) y *Walden dos* de B. F. Skinner (1984), entre otros.

En un contexto budista, el paraíso siempre está disponible pero no puede encontrarse ni en el futuro ni en el pasado. Sólo está disponible en el momento presente, en ese breve instante de percepción antes de dividir al mundo en juicios de placer y dolor, ganancia y pérdida, deseo y aversión. De ahí surge el sentimiento de yo o de ego, la sensación de “*Me gusta esto y quiero más para mí*”, o “*Esto no me gusta, y quiero evitarlo*”. Este sentido del yo es la espada en llamas que impide nuestro regreso al jardín. Es la sensación de que somos una entidad separada, que no cambia, aislada de todo y de todos, un poco de desechos que flotan al azar en un universo sin sentido.

En el budismo, el paraíso se alcanza cuando invertimos ese proceso. El paraíso se logra cuando volvemos a entrar en el momento presente con profundidad y claridad, sin quedar atrapados en ningún deseo ni aversión, sin el punto de vista reducido del sí mismo aislado y alienado que quiere y quiere, sin nuestras patrones mentales habituales de juicio o de culpa. Este tipo de percepción se denomina *mindfulness*. Y con *mindfulness*, el paraíso está disponible aquí y ahora. De hecho, sólo puede darse aquí y ahora –no en el pasado mítico, ni en el futuro escatológico, ni siquiera como resultado de la ingeniería social– algo importante ya que esos esfuerzos pueden ser con otras razones.

Esta tendencia humana a buscar el placer y a evitar el dolor no es errónea ni malvada. Incluso hay cierta necesidad, cierta utilidad. La vida requiere de esa capacidad. Lo único es que cuando se une a nuestros enormes cerebros, se convierte en una capacidad que puede tener un ataque de locura con facilidad. Es imposible que este proceso de lucha sinfín pueda en algún momento dar lugar a la paz. Porque la paz no se encuentra construyendo un mundo que sólo contenga sensaciones agradables y que evite todo dolor. Para encontrar la paz hace falta sabiduría, y la sabiduría nos enseña que el fundamento de la paz se basa en la aceptación de la naturaleza fundamental de la vida humana: que el bien y el mal, el placer y el dolor, la ganancia y la pérdida son necesarias al tiempo que inevitables. Cuando aceptamos este simple hecho, evitando los extremos de la lucha fútil o la pasividad nihilista, podemos estar en el momento presente, y estar totalmente vivos.

La adicción como evitación

La adicción, en sentido estricto, implica el consumo de sustancias para crear un estado de conciencia alterado y para hacerlo de una manera compulsiva y destructiva. Pero en el sentido más amplio, todos los seres humanos somos adictos. Somos adictos a patrones compulsivos de búsqueda de placer y de evitación del dolor. Cuando Buda dijo que “todos los mundanos están trastornados” (Goleman, 1997), eso era exactamente lo que quería decir. Nuestra no aceptación de la naturaleza de la realidad, el *ser así* (en sánscrito: *tathata*) de las cosas, da lugar a una lucha sinfín por crear un mundo completamente libre de dolor y repleto de placer. El adicto parece que solamente lo aborda de una manera particular –con drogas y alcohol– o,

por extensión, con conductas como el juego o el sexo. Sólo es una forma del problema humano esencial de la división aborigen del mundo que percibimos en opuestos.

La persona adicta espera encontrar una solución sencilla a este dilema existencial. Siente que la vida duele y quiere evitar ese dolor. Por otra parte, le gusta mucho el placer y quiere encontrar más de una manera fácil, fiable y repetible. Independientemente de la droga de que se trate, la intención es evitar el dolor y aumentar el placer.

Y funciona. Las drogas, por lo menos temporalmente y a corto plazo, proporcionan placer. También aportan un respiro bastante completo de nuestras preocupaciones y problemas. La drogadicción no sería un problema tan grave si las cosas fueran de otra manera. Si todo fuera distinto, nadie se vería tentado a probar sustancias adictivas. Es precisamente porque funcionan con tanta eficacia en ese sentido que resultan tan atractivas.

Sin embargo, quiero destacar que el efecto es a corto plazo. Por una parte, uno puede consumir drogas inicialmente para mejorar una experiencia positiva. La persona se encuentra con amigos y quiere soltarse realmente y divertirse con ellos. O quizás quiera celebrar un éxito. Por otra parte, es posible que tome drogas para desactivar el dolor. Un amigo ha dicho algo insensible. El aumento de salario anticipado, al final no va a tener lugar. La persona lo utiliza para apagar el dolor por un rato. Pero a medida que la tendencia a consumir drogas para esos fines aumenta gradualmente, la droga al mismo tiempo empieza a perder sus efectos positivos. Debido a la tolerancia fisiológica y psicológica, la persona intenta consumir cada vez más el mismo tipo de sustancia para intentar recuperar el estado mental original y atractivo, esa sensación fluida y paradisíaca que hacía de la droga algo tan atractivo al principio. Pero en definitiva, es como intentar saciar la sed con agua salada, y el esfuerzo fracasa. Así no se puede volver a entrar en el paraíso.

Lo que se considera como un consumo problemático varía considerablemente entre culturas. Lo que los norteamericanos considerarían un caso serio de alcoholismo genera miradas de perplejidad entre los australianos, que consideran ese nivel de consumo, a lo sumo, un hábito de bebida social y para nada problemático. La cultura judía tradicional incorpora el vino a rituales familiares como el Passover, y los judíos suelen relacionarse con unos niveles bajos de alcoholismo en cuanto a lo que se considera consumo normal de vino, mientras que los

europeos del este son conocidos por su amor al vodka. Pero la clave clínica para determinar lo que constituye un problema con la bebida en un contexto cultural es el impacto que tenga en la vida de la persona, en su salud, su bienestar y el funcionamiento general.

Sin embargo, el diagnóstico se elabora de lo que constituye un abuso o dependencia, una vez se ha establecido el patrón de dependencia, y el consumo de drogas queda lejos de ser un estado alterado benignamente en el que uno se toma un respiro temporal de sus problemas o mejora un estado de celebración. Al contrario, se busca el contacto con la droga con mayor frecuencia, la vida se centra en mantener el suministro, los rituales del consumo, y recuperarse de los episodios de consumo. De modo que quedan pocos recursos para invertir en solucionar los problemas de la vida. El trabajo y las relaciones se descuidan y los recursos financieros desaparecen. Y cada vez más, cuando la persona adicta intenta tomar las riendas de su vida, la vida que encuentra es dolorosa y fuera de control. Así, frente a estas dificultades, sólo tiene una respuesta muy desarrollada y practicada: consumir.

Llegados a este punto, el consumo de drogas tiene muy poco que ver con el placer. Muchas personas que han sido adictas durante mucho tiempo indican que, de hecho, queda muy poco con lo que disfrutar del consumo de las drogas. Una razón puede ser que el cuerpo que ve condicionado a anticipar la introducción de la droga en determinados momentos y lugares o en determinadas circunstancias. En el caso del alcohol, por ejemplo, el cuerpo se prepara para la introducción de la droga depresiva con un ajuste homeostático anticipatorio en dirección contraria a la de los efectos de la droga. Es decir, mientras que el alcohol reduce la velocidad del corazón y de la respiración, y disminuye la presión arterial, por ejemplo, cuando el cuerpo anticipa la introducción de alcohol, aumentan las pulsaciones, la respiración y la presión arterial incluso antes de que se introduzca. Cuando se establece este condicionamiento, la persona adicta necesita más cantidad de la droga en cuestión para lograr el mismo efecto.

Cuando el placer del consumo desaparece o por lo menos disminuye en gran parte, lo que queda es simplemente un patrón compulsivo. En términos de condicionamiento, se trata casi exclusivamente de una cuestión de consolidación negativa o evitación. En lugar de consumir para mejorar los estados placenteros, ahora se trata de evitar el dolor y la incomodidad, incluida la incomodidad fisiológica del síndrome de abstinencia. Pero más importante todavía

es evitar el dolor de una vida que se ha deteriorado en todos los frentes importantes.

La espiral destructiva descendente queda bien reflejada en la historia del Bebedor de *El Principito* de Saint-Exupery (1978):

“¿Por qué bebes?” preguntó el principito.

“Para olvidar”, respondió el bebedor.

“¿Para olvidar qué?”, inquirió el principito, que ya le compadecía.

“Para olvidar que tengo vergüenza”, confesó el bebedor bajando la cabeza.

“¿Vergüenza de qué?”, indagó el principito, que deseaba socorrerle.

“¡Vergüenza de beber!”. Terminó el bebedor, que se encerró definitivamente en el silencio.

Si el consumo de drogas es un paradigma de evitación, si se trata de olvidar, es razonable que la solución apunte hacia la no evitación y el recuerdo. Un enfoque que ayuda a las personas a recordar en lugar de olvidar, a ser más consciente que menos, que aumenta su capacidad de enfrentarse a la verdad del momento presente, incluso en sus elementos desagradables, debería, a primera vista, ser la esencia de la cura. El mindfulness es un enfoque de ese tipo. El mindfulness nos enseña a estar presentes, incluso con lo que duele. Y de hecho, cuando lo aprendemos bien, también encontramos muchos elementos positivos del presente, elementos que nos perdemos cuando estamos tan centrados en evitar el dolor. En este sentido, el mindfulness puede ser una manera de volver a entrar al paraíso, de adquirir el estado de equilibrio psicológico profundo que los budistas denominan *nirvana*.

Pero no es tan fácil para las personas que sufren una adicción ver la trampa en la que han caído con suficiente claridad como para cambiarlo. Para empezar, la psicología del aprendizaje nos enseña que estamos más controlados por las consecuencias inmediatas de nuestra conducta que por las consecuencias a largo plazo. En el paradigma del laboratorio, si una rata hambrienta tira de una palanca y el pienso cae casi inmediatamente, la rata aprende

rápidamente a tirar de las palancas. Pero si el pienso cae más lentamente –si cae, por ejemplo, una hora después– el aprendizaje no se produce tan fácilmente. Del mismo modo, son precisamente las etapas tempranas del consumo de drogas las que por lo general son las más agradables. Las primeras dos copas sientan muy bien. La primera raya de cocaína sienta genial. Por desgracia, las secuelas desagradables son menos determinantes del comportamiento posterior.

Otra complicación más en este caso es que el consumo de drogas afecta a la memoria. En el caso del alcohol, los problemas de memoria ocurren en un continuo que empieza con efectos agudos, como una confusión vaga al recordar hechos; que sigue con lagunas debidas al alcohol en las que faltan los recuerdos de todo un periodo, y que alcanza el efecto extremo y crónico del síndrome de Korsakov, en el que no puede asimilarse ninguna información nueva (Miller y Saucedo, 1983). Un paciente con síndrome de Korsakov puede ser presentado día tras día al mismo terapeuta sin que lo recuerde, o puede llegar a preguntar por qué un líder político, fallecido desde hace tiempo, ya no sale en los periódicos, ya que la capacidad de recordar nueva información cesa en cuanto se inicia el trastorno.

Pero incluso en casos menos extremos, las consecuencias negativas del consumo de drogas siguen siendo menos sobresalientes ya que no se recuerdan con claridad, si es que se recuerdan. El consumidor recuerda el zumbido agradable y la sensación de bienestar, pero se olvida de la horrible confusión, el enfado, el estupor o incluso, en algunos casos, las peleas o la violencia física que llegan después.

El mindfulness del proceso de cambio

Si la adicción implica evitación y falta de conciencia, es lógico razonar que lo que se necesita es un aumento de la conciencia y de la capacidad de experimentar la vida con claridad, tal cual es, con calma y sin evasión. El mindfulness es precisamente practicar eso. Es una apertura a la experiencia sin juzgar y momento a momento. Así, el papel del terapeuta es ayudar a llevar a cabo un cambio en la conciencia, hacer que las consecuencias negativas del consumo sean más notables. Sin embargo, eso es algo que resulta particularmente

problemático por los efectos en la memoria que acabamos de citar, además de efectos condicionantes muy potentes.

El tipo de conciencia necesario varía con el estadio de cambio. Prochaska y DiClemente (1986) llevaron a cabo análisis de factores de las fases que se atraviesan al cambiar una conducta adictiva[1]. En el modelo completo de seis factores las fases son: *precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída*. Entender las fases y saber en qué punto se encuentra el paciente puede ayudar al terapeuta a estar presente de una manera útil, y a facilitar el tipo de conciencia necesario para progresar. Los procedimientos para ayudar a la persona adicta a través de dichas fases de cambio han sido detallados por Miller y Rollnick (1999) en un proceso que denominan *entrevista motivacional*. En el caso que nos ocupa, la entrevista motivacional es el arte de aumentar la conciencia de la persona de una manera específica, convirtiéndolo en un proceso de mayor mindfulness.

Precontemplación significa falta de conciencia. En esta fase, la persona simplemente no sabe que hay un problema. No es que se pueda decir que hay negación, ya que ésta connota que el individuo sabe, en algún nivel, que existe un problema pero rechaza reconocerlo. Ante la pregunta de si tiene algún problema de consumo de sustancias, en esta fase el individuo expresa una sincera sorpresa. Es por esa razón que en esta fase de cambio las personas por lo general no reciben tratamiento, a menos que su pareja o alguna persona cercana haya insistido en ello. Lo que estas personas necesitan son pruebas claras de que existe un problema. El trabajo del terapeuta aquí no es dar una clase ni convencer, sino destacar las pruebas disponibles de que hay un problema. La preocupación de la pareja, por ejemplo, se enmarca en este procedimiento para indicar que el consumo de drogas de la persona está causando problemas en la pareja –sin entrar en si la percepción de la pareja es verídica.

Contemplación. En esta fase puede parecer que el individuo establece un diálogo interior acerca de si el problema es real o no. “Bueno, me estoy gastando mucho dinero en cocaína y sé que no es bueno para mí... pero, mira a Jorge, consume incluso más que yo y parece que está bien”. De nuevo, el terapeuta que trabaja con alguien que se encuentra en esta fase busca destacar los aspectos problemáticos de la experiencia del paciente, superando los efectos normalizadores de la distorsión de la memoria y del contexto social (los consumidores de

drogas se relacionan entre sí), teniendo siempre la cautela de que sea el propio paciente el que extraiga la preocupación en lugar de decirle por lo que debería preocuparse. Porque como todo terapeuta experimentado sabe, las lecciones provocan rechazo más que un cambio de conducta.

La *determinación* es una fase que no siempre surge del análisis de los factores pero que sigue siendo útil de manera heurística. En esta fase la persona está preparada para cambiar. A fin de avanzar a la siguiente fase, el paciente debe percibir que existen opciones que hacen que el cambio sea posible. Si ha oído hablar de un grupo de apoyo, de un libro útil, o de un terapeuta que ofrece ayuda, puede pasar a la siguiente fase. Pero si ha llegado hasta aquí, reconociendo que hay un problema y estando preparado para cambiar pero no ve la manera de hacerlo, lo más probable es que regrese a la fase de precontemplación.

La fase de *acción* es cuando el individuo lleva a cabo las acciones que implican el cambio. Puede ser que asista a un grupo, que haga terapia, que lea un libro o que se cree un plan personal. Plan que puede implicar elementos como fijar una fecha para dejar el consumo, deshacerse de la droga y de todo lo que le rodea, informar a las personas cercanas de su plan, evitar situaciones de riesgo, etcétera. Sin embargo, la fase de acción implica habilidades distintas de las necesarias para la fase posterior de mantenimiento y, de hecho es una de las implicaciones más significativas del modelo. Dicho coloquialmente, dejar las drogas es distinto a permanecer limpio. Por eso, es importante que el terapeuta sepa en qué fase se encuentra el paciente y que ofrezca estrategias apropiadas para la misma. Permanecer limpio implica habilidades como la de anticipar las situaciones difíciles que puedan surgir (una boda en la que se servirá alcohol, por ejemplo), explicar el cambio de conducta a los amigos, controlar el estrés sin consumir, etcétera. Todo eso requiere una mayor conciencia y claridad.

La mayoría de personas fracasan en el primer intento por alterar una conducta adictiva y de ahí que entren en la fase de *recaída*. En esta fase, el individuo necesita un camino por el que avanzar de nuevo por las primeras fases lo más rápidamente posible y sin perderse en sentimientos de culpa, vergüenza o desesperanza: hacer frente a la falta de conciencia de la precontemplación, a la ambivalencia de la contemplación, a la disposición de la determinación, a la formulación de un plan de acción y al desarrollo de habilidades para

seguir por el buen camino. Cuando el individuo logra establecer una nueva manera estable de permanecer en el mundo sin la droga (o, como alternativa, un estado de moderación estable), se puede considerar que ha logrado finalizar el proceso con éxito. De hecho, deja de verse a sí mismo como una persona adicta, y quizás no tenga que luchar demasiado para persistir en la conducta modificada. Los impulsos que puedan surgir de vez en cuando por lo general no son muy fuertes y pueden soportarse bien.

Para la persona que intente modificar un patrón de adicción puede ser bastante útil ser consciente de esas fases, y entender los procesos predecibles y las dificultades potenciales. Una de las dificultades de abandonar el consumo de drogas, en especial cuando la abstinencia es el objetivo preferido, es que el adicto puede hacerlo con éxito durante todo el día y sucumbir en un momento de debilidad. Por eso, las habilidades implicadas en mindfulness pueden ser de gran ayuda ya que enseñan a ver los pensamientos y los sentimientos como fenómenos de paso en lugar de cómo una verdad inalterable, y a cambiar la relación que establece con esos procesos internos en lugar de luchar por alterar su naturaleza. Los pacientes a los que veo en terapia a menudo se sienten orgullosos de decirme que no están experimentando impulsos de recaída, pero les recuerdo que la existencia o no de esos impulsos de hecho no es muy significativo. Los impulsos surgen o no, es un proceso del que no tenemos ningún control. Y dado que no lo controlamos, no merecemos ni crédito ni culpa si ocurren o si no. Lo que importa es cómo gestionamos el impulso de recaer cuando se produce. Aunque pueda parecer que va en contra de la intuición, el mindfulness sugiere que de hecho estamos en mejores circunstancias siendo conscientes de los pensamientos y sentimientos de recaída cuando surgen que intentando negar su existencia.

Explorar los impulsos

En la exploración de los impulsos uno aborda la aparición de impulsos de recaída con mindfulness (Marlatt y Gordon, 1985). En lugar de luchar contra ellos, algo que a menudo aumenta la potencia de aquello que estamos intentando suprimir, uno busca sobrellevar esos sentimientos, igual que cuando un surfero explora las olas. En este enfoque, se compromete la necesidad de vincular los estados internos y la conducta exterior. Muchos de nosotros, a decir

verdad, hemos tenido sentimientos de querer hacer algo que sabemos que es dañino, o querer evitar algo cuando sabemos que es beneficioso, al tiempo que descubrimos que todavía podemos realizar la elección positiva. En una deprimente mañana de lunes podemos sentir que lo que nos apetece es quedarnos en la cama en lugar de ir a trabajar, pero la mayoría vamos al trabajo.

Cuando se compromete el enlace absoluto entre estados internos y conducta, cuando vemos claramente que de hecho no necesitamos actuar de acuerdo con estados de ánimo y emociones pasajeros, somos libres para experimentar lo que surja sin miedo a que signifique inevitablemente recaer. El comienzo de un impulso, en sus dimensiones cognitiva, afectiva y fisiológica, puede experimentarse claramente sin actuar al respecto, sobre todo cuando también logramos ver todos esos estados internos como pasajeros y transitorios. Tener experiencia en meditación es útil aquí ya que en meditación uno aprende que no debemos rascarnos a cada picor, que podemos pensar repetidamente en levantarnos del cojín para llevar a cabo alguna obligación “urgente”, al tiempo que permanecemos sentados, observando ese impulso con calma y tranquilidad sin sucumbir. Así, la persona que experimenta un impulso de recaída aprende a preguntarse: “¿Qué pensamientos están surgiendo en mí al respecto?”. Ni siquiera es necesario desafiarles como se haría en la terapia cognitivo-conductual: basta con verlos claramente *como pensamientos*, que llegan y que se van. Del mismo modo uno puede preguntarse “¿Cuáles son las emociones que surgen en mí en relación con este impulso?” y “¿Cómo se siente en mi cuerpo?”, invitando en cada caso una conciencia tranquila y abierta de esos acontecimientos internos pasajeros. En la exploración de los impulsos existe un metamensaje que indica que los pensamientos y los sentimientos de recaída no son en absoluto aterradores ya que puedo experimentarlos sin sucumbir. Sin embargo, intentar eliminar esos sentimientos genera el mensaje opuesto: si tenemos miedo hasta de reconocer esos estados internos, deben ser verdaderamente terribles, y si son tan peligrosos, eso puede crear un estado de cautela crónica y de ansiedad en lugar de una conciencia abierta y que fluye libremente.

Mindfulness de problemas de la vida

La relación entre adicción y problemas en la vida es bidireccional: una persona puede consumir drogas de forma problemática debido, en parte, a circunstancias difíciles de la vida, además de que el consumo de por sí también crea más problemas. Cuando un individuo empieza a cambiar su consumo problemático de drogas, los problemas de la vida, a menudo evitados durante mucho tiempo, tienden a salir a la superficie. Para poder lograr establecer un nuevo patrón de comportamiento con éxito, debe hacer más que dejar de consumir. También debe establecer una vida feliz y satisfactoria y una forma adecuada de abordar los problemas. Si se crea ese estilo de vida, la tentación por consumir no será irresistible. De lo contrario, el tirón puede parecer irresistible.

A menudo los problemas de la vida se vinculan a los estados internos. La persona que se recupera puede desear reparar una relación dañada por una forma de hablar y de comportarse poco acertada durante los años de consumo de drogas, pero su enfado es tan abrumador y dice algo que hace que la relación todavía resulte más dañada. Una persona sin empleo sabe que debería empezar a buscar trabajo, pero la ansiedad de las entrevistas puede impedir la búsqueda energética y activa de ese objetivo.

A fin de hacer frente a esos problemas de la vida de manera efectiva, la persona necesita ocuparse del estado emocional subyacente a la conducta desadaptativa o evitación. El mindfulness es una práctica ideal para ello ya que, como decíamos antes en el contexto de la exploración de los impulsos, con la práctica uno ve que no existe conexión entre los estados internos y la conducta y que uno experimenta clara y repetidamente que todos los estados internos, con independencia de su incomodidad, aparecen y pasan, aunque no siempre sea todo lo rápido que a uno le gustaría. Así, uno llega a ver la ansiedad como un evento normal y natural, algo que todas las personas experimentan intermitentemente. No hay que acrecentar el problema estando ansioso por la idea de estar ansioso, sino que se puede aprender a experimentar la ansiedad con claridad al tiempo que se sigue trabajando por alcanzar los objetivos que uno se fija en la vida. Aunque es cierto que la ansiedad puede surgir en una entrevista de trabajo, eso no significa que se tenga que evitar la situación. Eso no sólo crearía muchos problemas, financieros y de otra índole, sino que además la evitación tiende a acrecentar la ansiedad. Por ejemplo, nadie experimenta mayor ansiedad que las personas que sufren de agorafobia. Si la evitación resultase efectiva, esas personas lograrían extinguir su

ansiedad permaneciendo en su zona de seguridad. Por desgracia, incluso haciéndolo, siguen experimentando muchísima ansiedad, probablemente más que la persona que aceptan la ansiedad como algo natural y que se enfrentan al mundo de todos modos. Por lo tanto, enseñar a los pacientes a trabajar conscientemente con sus pensamientos y sentimientos puede ser algo muy valioso para ayudarles a inclinarse hacia los problemas de la vida y hacerles frente de forma efectiva, en lugar de intentar evitar y evadir, procesos que en definitiva ayudaron a crear el patrón de consumo de drogas.

Mindfulness y el terapeuta

Ya sugería en otro texto (Bien, 2006) que la implicación psicoterapéutica más importante del mindfulness radica no tanto en las técnicas que se deben enseñar a los pacientes –aunque pueden ser muy valiosas– sino en la capacidad del terapeuta de estar verdaderamente presente. En efecto, Segal, Williams y Teasdale (2006) descubrieron, contra todo pronóstico inicial, que enseñar mindfulness a los pacientes no era realmente posible si no lo practicaban ellos mismos. Lambert y Simon (2010), por ejemplo, postulan que el 30% de la varianza en resultados terapéuticos debe atribuirse a factores comunes como la relación terapéutica, mientras que sólo el 15% de la varianza se atribuye a la técnica terapéutica específica. Es así a pesar de que los terapeutas por lo general consideran su técnica como lo más importante. Miller, Taylor y West (1980) descubrieron que la empatía del terapeuta, uno de los factores importantes en una relación terapéutica, tiene una elevada correlación ($r=0.82$) con el resultado terapéutico. El mindfulness, la práctica de la conciencia del momento presente sin juzgar, parece exactamente el tipo de atención necesaria para permitir la empatía y una relación terapéutica positiva. Y de hecho, si bien hace falta investigar más en este área, algunos estudios iniciales avalan la idea de que la práctica del mindfulness aumenta la empatía (Aiken, 2006; Wang, 2006; Shapiro, Schwartz y Bonner 1998), y mejora la calidad de la alianza terapéutica (Wexler, 2006). Eso puede ser especialmente importante con un trastorno estigmatizador como la adicción, en el que la calidad de la relación interpersonal con el terapeuta (por ejemplo si es empático por una parte o aleccionador por otra) es más determinante de que los pacientes sean reacios que cualquier rasgo de negación supuesto por

parte del paciente (Miller y Rollnick, 1999).

Un terapeuta que practica el mindfulness puede ser más capaz de seguir los cambios momento a momento del estado emocional del paciente, ser más consciente de la fase de cambio en la que éste se encuentra (que puede realizar movimientos menores incluso en una sesión clínica) y de aceptar lo que el paciente presente como natural y entendible, incluida la tendencia tan humana de resistir a los cambios.

Referencias

AIKEN, G.A. (2006). *The Potential Effect of Mindfulness Meditation on the Cultivation of Empathy in Psychotherapy*, tesis doctoral, Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco, California

BIEN, Thomas, (2006). *Mindful Therapy: A Guide for Therapists and Helping Professionals*. Boston: Wisdom.

HAMILTON, E.; CAIRNS, H. (1969), Eds. *Diálogos recogidos de Platón*. Universidad de Princeton: Bollingen.

HILTON, James. (1992). *Horizontes perdidos*. Barcelona: Plaza y Janés.

GOLEMAN, D. (1997). *La meditación y los estados superiores de conciencia*. Málaga: Sirio.

LAMBERT, M.; SIMON, W. (2010). “La relación terapéutica”. En S.F. HICK; T. BIEN, (Eds.), *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairós.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.

MILLER, W.R.; SAUCEDO, C.F. (1983). “Assessment of neuropsychological impairment and brain damage in problem drinkers”. En W.R. MILLER (Ed.), *Alcoholism: Theory research and treatment*, 2^a edición, Needham Heights, MA: 1989.

MILLER, W.R.; TAYLOR, C.A.; WEST, J.C. (1980). “Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.

MILLER, W.R.; ROLNICK, S. (1999). *La entrevista emocional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

MORO, Santo Tomás. (1989). *Utopía*. Madrid: Rialp, cop.

NHAT HANH, Thich. (2001). *Transformation at the base: Fifty verses on the nature of consciousness*. Berkeley: Parallax Press, p. 198.

PROCHASKA, J.O.; DiCLEMENTE, C.C. (1986). "Toward a comprehensive model of change". En W.R. MILLER; HEATHER (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (págs. 3-27). Nueva York: Plenum Press.

SAINTE-XUPÉRY, de, Antoine. (1978). *El Principito*. Madrid: Alianza Editorial. Pág. 55.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SHAPIRO, S.L.; SCHWARTZ, G.E.; BONNER, G. (1998). "Effects of mindfulness-based stress reduction on medical or premedical students2. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.

SKINNER, B.F. (1984). *Walden Dos*. Barcelona: Martínez Roca.

WANG, S.J. (2006) *Mindfulness meditation: Its personal and professional impact on psychotherapists*, tesis doctoral, Capella University.

WEXLER, J. (2006). *The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance*, tesis doctoral, Massachusetts School of Professional Psychology.

1... Estudios posteriores suyos revelaron que esas mismas fases se dan en todos los tipos de cambio de la conducta humana que estudiaron, y no sólo en la adicción.

16

Mindfulness para trauma y trastorno por estrés postraumático

Victoria M. Follette y Aditi Vijay

El mejor camino para salir es siempre a través.

Robert Frost

Debido a acontecimientos como los ataques terroristas del 11 de septiembre, las bombas en los trenes de Madrid en 2004, y múltiples conflictos armados en todo el mundo, la palabra trauma y la expresión trastorno por estrés postraumático (TEPT) forman parte del léxico popular. La palabra trauma procede de la palabra griega para herida y en terminología psicológica se refiere a aquellas experiencias angustiosas que abruman la capacidad del individuo para funcionar. Los traumas psicológicos se asocian con la exposición a acontecimientos externos que se consideran dolorosos y que pueden tener un impacto en procesos psicológicos internos (Wilson, Friedman y Lindy, 2001). Sin embargo, es importante indicar que el trauma no ocurre en el vacío ni en un contexto aislado; hay otros factores del entorno que inciden en la exposición al trauma y las respuestas o reacciones consecuentes. De hecho, los efectos del trauma no se limitan al TEPT sino que pueden ser multidimensionales y tener un impacto en numerosos ámbitos de la vida. Esas complejas respuestas al trauma pueden afectar las relaciones del individuo, su nivel de funcionamiento y la capacidad para llevar a cabo y participar en la propia vida. La exposición a un acontecimiento potencialmente traumático es una experiencia estadísticamente normativa y hay estimaciones que sugieren que toda persona se verá expuesta, de media, a un acontecimiento potencialmente traumático por lo menos a lo largo de su vida (Bonanno, 2005; Breslau, 2002). El trauma se define como un acontecimiento en el que la persona “ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás” (APA, 2998). Es importante destacar que si bien hay personas que muestran signos de malestar psicológico tras la exposición al hecho traumático, otras recuperan su nivel de

funcionamiento anterior sin necesidad de intervención externa. Aunque se clasifican como “trastornos”, el TEPT y el estrés agudo son considerados por muchos como patrones de respuesta normal ante hechos de la vida extremadamente estresantes (Wilson et al.; 2001).

En respuesta a la necesidad de tratamiento para las personas que han sufrido un trauma, los terapeutas cognitivos comportamentales han desarrollado tratamientos basados en exposición que resultan efectivos para el tratamiento de las reacciones al trauma (Foa y Meadows, 1997). La terapia basada en la exposición se centra en los pensamientos y las reacciones emocionales asociadas con los recuerdos del acontecimiento traumático. La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) es un tratamiento relacionado basado en pruebas que incorpora elementos de terapia cognitiva y de exposición. Aunque la TPC fue desarrollada en un principio para trabajar con víctimas de violencia sexual, investigaciones recientes indican que es una terapia efectiva en veteranos de guerra con TEPT crónico (Monson et al.; 2006).

Aunque se ha documentado la utilidad de los tratamientos basados en la exposición, la literatura existente también indica que una proporción de supervivientes de traumas tienen dificultad a la hora de participar en tratamientos basados en exposición y, por lo tanto, no siempre experimentan los beneficios plenamente (Becker y Zayfert, 2001). Proponemos que los tratamientos conductuales mejorados con mindfulness acabarán siendo un tratamiento útil que aporte una alternativa de enfoque para pacientes que o no pueden o no quieren someterse a terapias tradicionales. Además, dado que nuestro tratamiento va destinado a varios de los dominios que van más allá de los síntomas relacionados con el trauma, puede aportar un enfoque más adecuado para pacientes que presentan una amplia gama de problemas asociados con la exposición a traumas (Follette, Palm y Rasmussen-Hall, 2004; Follette, Palm y Pearson, 2006). En este capítulo se presenta brevemente la literatura sobre traumas y mindfulness y la utilidad de la construcción de mindfulness en un enfoque conductual integrador al tratamiento. Un enfoque que surge de las bases teóricas y de las prácticas asociadas con lo que se ha denominado terapia conductual de tercera generación. Esta “tercera generación”, o “tercera ola” se fundamenta en las tradiciones anteriores de terapia conductual y proporciona un enfoque contextual para abordar problemas psicológicos complejos. La terapia conductual tradicional se centraba en las conductas y las emociones problemáticas e intentaba modificar esas conductas mediante condicionamiento y principios conductuales (Hayes, 2004). La

terapia conductual de segunda generación avanzaba y se centraba en pensamientos defectuosos y esquemas patológicos y se acabó conociendo como terapia cognitivo-conductual. Las conductas inefectivas se modificaban mediante la aplicación de un modelo cognitivo centrado en ideas y/o procesamientos de la información disfuncionales. Por su parte, la terapia conductual de tercera generación integra componentes de la primera y la segunda, al tiempo que también hace hincapié en construcciones de mindfulness, aceptación, valores y dialéctica. Esta terapia conductual de tercera generación se basa en un enfoque empírico, centrado en principios que ponen el énfasis en la función por encima de la forma, marcando como objetivo la causa subyacente de la conducta en lugar de la topografía. De hecho, son enfoques que tienden a utilizar estrategias de cambio contextual y de experiencia junto con enfoques conductuales más tradicionales. Los tratamientos que han surgido asociados a este movimiento (terapia de aceptación y compromiso [ACT], psicoterapia analítico funcional [FAP] y terapia dialéctico-conductual [DBT]) buscan mejorar el repertorio existente del paciente mejorando la flexibilidad psicológica, con lo que se consigue una conducta más efectiva (Hayes, 2004). Nuestro enfoque conductual integrador para el tratamiento de los traumas se aprovecha de las prácticas de terapia conductual de tercera generación para permitir al terapeuta elaborar un tratamiento a medida idiográficamente, al tiempo que permanece consistente desde un punto de vista teórico y filosófico. Para demostrar la aplicación de este enfoque utilizaremos un ejemplo clínico para mostrar cómo los ejercicios de mindfulness pueden implementarse en una persona que ha vivido un trauma y mejorar el tratamiento general.

El trauma

Se considera acontecimiento traumático cualquiera que exceda la capacidad de la persona de hacerle frente y que posteriormente impide su capacidad de funcionar efectivamente. Cloitre, Cohen y Koenen (2006) aseveran que el trauma se define como cualquier circunstancia en la que un hecho excede la capacidad de una persona para proteger el bienestar o la integridad de su psiquis, y donde el poder del hecho es mayor que los recursos disponibles para responder y recuperarse efectivamente. Una noción inherente a esta conceptualización es que un hecho angustiante por si solo no se considera traumático y que una parte importante a la hora de

determinar el impacto de un hecho es la reacción individual. Así pues, la exposición al trauma representa una relación compleja entre el hecho traumático, el individuo y su respuesta. El impacto de un hecho de este tipo puede ser devastador para algunas personas, mientras que otras son capaces de retomar la vida con, al parecer, pocas interrupciones. El malestar relacionado con el trauma puede estar formado por el deseo de la persona de pasar mucho tiempo procesando el hecho, evitando al mismo tiempo los recordatorios de la experiencia. El movimiento entre polos aparentemente opuestos en cuanto a la reacción ante la experiencia se conoce como dialéctica central del trauma (Herman, 1992; Follette y Pistorello, 2007).

Las definiciones y conceptualizaciones iniciales del trauma asumían que cualquier individuo que se viera expuesto a un hecho que se sitara fuera del rango de los hechos humanos normales desarrollaría algún tipo de malestar psicológico. La investigación actual indica que la exposición a hechos potencialmente traumáticos es, de lejos, más “normal” de lo que se asumía en un principio y que el desarrollo de malestar psicológico no es la respuesta necesaria al hecho en sí (Breslau, 2002; Bonanno, 2005). Si bien existe cierta controversia sobre las cifras exactas, existen pruebas de que los niveles de TEPT varían en relación con una variedad de factores como la población y el tipo de exposición al trauma. El estrés traumático se ha estudiado más frecuentemente en el contexto de exposición a guerras, violencia interpersonal y desastres naturales. Sin embargo, también están surgiendo nuevos datos en el ámbito de la exposición a ataques terroristas. Existen estudios epidemiológicos que indican que en los veteranos de la Guerra de Vietnam, el 30,9% de los veteranos hombres y el 21,2% de las veteranas mujeres desarrollaron TEPT (Breslau et al.; 1998). La experiencia de una violación se asocia en gran medida con el TEPT: el 65% de los hombres y el 45,9% de las mujeres que han sufrido una violación desarrollan el trastorno. La literatura existente también indica que entre el 13 y el 30% de la población general está expuesta a un desastre natural en el transcurso de su vida (Briere y Elliott, 2000). En general, los hombres son más proclives a señalar que han sido testigos de violencia o de muerte, mientras que las mujeres suelen experimentar más algún tipo de violencia interpersonal (Fairbank, Ebert y Caddell, 2001). El género es una variable moderadora en el desarrollo del TEPT y las mujeres son dos veces más proclives que los hombres a desarrollarlo (Breslau et al.; 1998). Por último, los cambios tecnológicos y del contexto geopolítico han aumentado significativamente el riesgo a

la exposición a atentados terroristas.

Secuelas psicológicas del trauma

Existen una serie de resultados adversos que se asocian al trauma psicológico y que no se limitan al desarrollo del trastorno por estrés postraumático. El trastorno por estrés agudo (TEA) es un trastorno psicológico que se caracteriza por una serie de síntomas disociativos y de ansiedad que incluyen desrealización, despersonalización, amnesia disociativa y un sentimiento subjetivo de aturdimiento (APA, 2008). En el TEA, esos síntomas se manifiestan al mes del hecho traumático. Se trata de una categoría de diagnóstico que se introdujo en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM) para distinguir entre las reacciones al trauma con límite en el tiempo y un trastorno de estrés postraumático a más largo plazo. Concretamente, el malestar que persiste durante más de un mes se considera trastorno por estrés postraumático. El malestar psicológico que se genera tras un hecho traumático también puede incluir depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de sustancias o conductas de autolesión, además del TEPT (Polusny y Follette, 1995). Además, el malestar resultante de la exposición a un trauma puede asociarse a dificultades posteriores a la hora de establecer y mantener relaciones personales. Malestar que puede manifestarse inmediatamente después del incidente traumático o más tarde a lo largo de la vida (Cloitre et al.; 2006).

El TEPT es el trastorno psicológico más comúnmente asociado a la exposición a traumas y se diferencia del resto de trastornos psicológicos porque la etiología se especifica en los criterios de diagnóstico. Concretamente, para poder otorgar este diagnóstico a un paciente, éste tiene que haberse visto expuesto a un hecho traumático. Sin embargo, y como indicábamos antes, la exposición a un hecho angustioso no basta para determinar el resultado psicológico. La respuesta del individuo y la sintomatología asociada son lo que determinan la clasificación del hecho. El TEPT se caracteriza por una constelación de síntomas que se agrupan en las siguientes categorías: reexperimentación, evitación de estímulos e hiperactivación. El individuo reexperimenta el trauma de varias maneras: recuerdos recurrentes o intrusivos, sueños angustiosos o malestar extremo al verse expuesto a elementos que le recuerdan el trauma. El segundo grupo de síntomas incluye la evitación persistente de todo lo que recuerde

al trauma. Incluye una sensación general de embotamiento que puede manifestarse con la evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al trauma. Los síntomas de la hiperactivación incluyen insomnio, irritabilidad o ataques de enfado, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y una respuesta sobresaltada exagerada (Fairbank et al.; 2001). Los grupos de síntomas del TEPT son recíprocos en naturaleza y los síntomas de un grupo influyen en las manifestaciones de conducta de otros grupos (Wilson, 2004). Cuando un individuo manifiesta síntomas de uno de esos grupos, es probable que el funcionamiento en otras áreas se vea influenciado y que experimente síntomas de más de un grupo. Por ejemplo, si una persona está reexperimentando el acontecimiento, es probable que también experimente dificultades para concentrarse en el trabajo o que no logre dormir bien. Eso subraya la importancia de una evaluación completa a fin de determinar el rango de trastorno y obtener una visión precisa de lo que le está ocurriendo al paciente.

El TEPT complejo es una categoría de la que se conceptualiza que incluye síntomas adicionales a los indicados en los criterios de diagnóstico del TEPT. A medida que la investigación de traumas y del TEPT ha evolucionado, los investigadores y los facultativos han observado que el diagnóstico DSM original del trastorno no recogía todos los síntomas que manifestaban las personas que habían sobrevivido a traumas extensos o prolongados. En respuesta a esas observaciones se desarrolló el diagnóstico del TEPT complejo, para hacer referencia a la sintomatología posterior a un trauma que se produce repetida y acumulativamente, por lo general durante un periodo de tiempo y con relaciones y contextos específicos (Courtois, 2004). El tema del trauma complejo es origen de controversia en el campo del estrés traumático. Un aspecto importante de ese debate es si el TEPT complejo se diferencia lo suficiente de las conceptualizaciones actuales del TEPT, por lo que merecería sus propios criterios diagnósticos. En la actualidad, el TEPT complejo no se ha incluido como una categoría aparte en el DSM pero muchos facultativos e investigadores consideran útil utilizar esta construcción en su trabajo con personas que han sobrevivido a traumas. El trauma complejo por lo general se observa en situaciones en las que la víctima está atrapada, como en casos de abuso infantil prolongado. Además de los síntomas de TEPT, el TEPT complejo incluye ineficacia interpersonal y problemas para la regulación de las emociones que se asocian a los supervivientes de exposiciones prolongadas a acontecimientos traumáticos.

Follette, Iverson y Ford (en prensa) destacan que el trauma complejo puede influir en el desarrollo de características de la personalidad o en unas habilidades pobres para hacer frente a la situación en los supervivientes de comienzo temprano o de abusos a largo plazo. Una de las características distintivas de un diagnóstico de TEPT complejo es la dificultad para la regulación interpersonal y de las emociones. Son dificultades que pueden hacer que el paciente manifieste una dificultad extrema para iniciar tratamientos de exposición de manera segura (Ford, 1999). Además, algunos investigadores sugieren que puede existir la posibilidad de efectos iatrogénicos si la exposición se implementa en esta población antes de que dominen la habilidad de regulación de las emociones que les permitiría implicarse completamente en el tratamiento (Ford y Kidd, 1998).

La sintomatología del trauma puede ser resultado de varios factores de estrés y tanto facultativos como investigadores son cada vez más conscientes de que los pacientes presentan múltiples experiencias traumáticas. Además, la notabilidad de factores contextuales en síntomas relacionados con el trauma, además de la capacidad de recuperación, están claramente documentadas en la literatura médica. El contexto puede moderar los resultados asociados con las experiencias traumáticas, por lo que es importante para los facultativos y los investigadores ser conscientes de algunos de los factores del entorno más comunes que pueden incidir en el tratamiento. En este capítulo hablaremos de los factores del entorno asociados con este trauma examinando tres categorías frecuentemente observadas: violencia interpersonal, guerra y desastres naturales.

Violencia interpersonal. La expresión “violencia interpersonal” hace referencia a formas de violencia perpetradas por un individuo hacia otro con la intención concreta de causarle un daño. Este tipo de violencia incluye los abusos físicos o sexuales, el trauma sexual y la victimización. El abuso infantil (abuso físico/sexual o negligencia) es un problema en todo el mundo y las consecuencias, tanto del maltrato como del abuso infantil, son muy amplias. Los niños son vulnerables al abuso simplemente porque dependen de los adultos para su seguridad y su bienestar en general. Además, cuando un niño vive en un entorno abusivo, con frecuencia hay otros factores presentes (p. ej. falta de recursos financieros adecuados, falta de supervisión adecuada) que se asocian a unos resultados psicológicos pobres. Una característica distintiva del trauma infantil es que puede ser en detrimento de la trayectoria de

desarrollo del niño, ya que se le niega el acceso a varias de las experiencias de aprendizaje adecuadas para su edad (Cloitre et al.; 2006). Cuando un niño no tiene la oportunidad de acceder a experiencias de aprendizaje adecuadas desde un punto de vista de desarrollo, eso puede traducirse en dificultades a lo largo de su vida, como los problemas de apego. Concretamente, cuando el niño no se ha desarrollado en un entorno en el que cuidador es seguro, fiable y emocionalmente validador, pueden producirse problemas de confianza, intimidad y límites. Los problemas de apego también están relacionados con problemas con la regulación de los afectos, de las emociones, una expresión precisa y un malestar psicológico general (Cloitre et al.; 2006)

La victimización y la revictimización sexuales son formas de violencia interpersonal que inciden en una proporción importante de la población. La revictimización es uno de los resultados más observados asociado con la victimización infantil (Polusny y Follette, 1995). Son varios los factores que se asocian con unos niveles elevados de revictimización. El abuso sexual infantil y el abuso sexual en la adolescencia parecen ser los factores de mayor riesgo para la futura victimización (Classen, Palesh y Aggarwal, 2005; Desai, Arias, Thompson y Basile, 2002; Marx, Heidt y Gold, 2005). La gravedad, la frecuencia y la edad en la que se produce el primer incidente, así como la relación con el perpetrador y la duración del abuso son elementos que sirven para aumentar el riesgo de revictimización. La naturaleza del contacto sexual también influye en el riesgo futuro; cuanto más invasivo fuera el contacto sexual en la infancia mayor es el riesgo de revictimización. La literatura existente indica que las mujeres revictimizadas tienen muchas más probabilidades de mostrar síntomas de TEPT o de sufrir trastornos de ansiedad que las mujeres que han sufrido un único incidente de violencia sexual (Classen et al.; 2005; Arata, 2002). Además de experimentar un malestar psicológico, las mujeres víctimas de violencia sexual tienden a experimentar más problemas de salud en cualquier momento de su vida (Buckley, Green y Schnurr, 2004). El hecho que el TEPT se desarrolle tras el primer incidente de victimización aumenta mucho la posibilidad de más malestar y revictimización (Chu, 1992). Victimización y revictimización suponen para los individuos con un historial de traumas un riesgo a sufrir problemas de regulación afectiva, problemas interpersonales e intrapersonales y malestar psicológico en general (Cloitre y Rosenberg, 2006).

Las experiencias repetidas y prolongadas de victimización aumentan la probabilidad de desarrollar psicopatologías más serias y actúan en detrimento del funcionamiento en otros dominios. Además, existen datos que sugieren que los efectos de los traumas son acumulativos; es decir, un aumento de la exposición a traumas aumenta la posibilidad de desarrollar una sintomatología traumática (Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996; Kaysen, Resick y Wise, 2003). Además, la violencia interpersonal tiene un impacto distinto en la víctima que otros acontecimientos traumáticos (p. ej.; las guerras o los desastres naturales) como función de los factores relacionales asociados con la agresión. Muchos supervivientes de violencia interpersonal infantil sufrieron los ataques por parte de alguien a quien conocían y/o en quien confiaban y son casos en los que es probable que los problemas para la regulación afectiva, emocional y del sentido de sí mismo formen parte de los síntomas que se presentan. En esos casos, la conceptualización del TEPT complejo puede resultar especialmente adecuada y útil. Otra construcción destacable para esta población es la traición, lo que sugiere que resultados como la amnesia son una respuesta adaptativa a un abuso infantil porque el niño permanece dependiente del cuidador para sus necesidades básicas y la amnesia resultante le permite olvidar la traición del abuso (Freyd, 1994). A ningún niño le interesa comportarse de forma que incida negativamente en el apego hacia el cuidador. Este tipo de amnesia sirve para mantener esta relación a fin de permitirles sobrevivir. Los factores asociados con el trauma interpersonal, como los problemas de confianza y de memoria, tienen implicaciones para la relación terapéutica. Los supervivientes de este tipo de experiencias es posible que no tengan la oportunidad de implicarse en relaciones sanas y apropiadas. Así, pueden surgir problemas al desarrollar la alianza terapéutica. Por otra parte, las ventajas de la relación terapéutica pueden resultar particularmente esenciales para esta población, ya que presenta a los pacientes un modelo de relaciones interpersonales saludables en el futuro.

Guerras. Por desgracia, las guerras y los conflictos armados son un parte central del panorama político y social tanto actual como histórico. La implicación en una situación de guerra se ha citado como un factor muy probable de la aparición de síntomas de trauma, malestar psicológico y/o TEPT (Fairbank et al.; 2001). Los veteranos de guerra son distintos de otros supervivientes de traumas debido a la cantidad y al tipo de acontecimientos traumáticos a los que se han podido ver expuestos por vivir en zonas de combate (Keane,

Zimering y Caddell, 1985). La constelación de síntomas que se reconocen en la actualidad como TEPT se estudiaron en un principio debido al malestar psicológico que presentaban los soldados que regresaban de la guerra (Wilson, 2004). La prevalencia a lo largo de la vida del TEPT en personal militar se estima en el 30,9% para hombres y el 26,9% para mujeres (Breslau et al.; 1998). Sin embargo, son cifras que se cuestionan, y que podrían ser subestimaciones importantes debido al estigma de recurrir a los servicios de salud mental y a las posibles ramificaciones de la carrera de los militares.

El tiempo total pasado en una zona de combate y el entorno (p. ej. vivir en la línea de frente) van asociados a unos niveles superiores de sintomatología de trauma (Kaysen et al.; 2003). Además de la duración, los soldados en combate con frecuencia permanecen hipervigilantes como resultado de la exposición a un peligro crónico e impredecible. Este estrés constante puede relacionarse con cambios cognitivos y biológicos que suelen asociarse con problemas psicológicos posteriores. Además, los veteranos de guerra manifiestan la dificultad de regresar a la vida civil por la transición del pensamiento de batalla y el sentimiento de desconexión de la normalidad de la vida cotidiana. Existen estudios epidemiológicos que indican que una proporción importante de personal militar experimenta malestar psicológico (Fairbank et al.; 2001). En la actualidad en Estados Unidos sigue habiendo muchos militares que regresan de múltiples despliegues en Irak y/o Afganistán, que han estado sirviendo durante mucho tiempo y que corren un riesgo importante de desarrollar TEPT (Hoge, Castro y Messer, 2004). Por último, y en la misma línea, cabe destacar también que la exposición al riesgo de un ataque terrorista sigue siendo un factor de estrés más bien crónico tanto para el personal civil como militar. Bonanno (2005) aporta datos acerca del impacto de los acontecimientos del 11 de septiembre que indican que la población norteamericana se vio impactada por esos ataques.

Desastres naturales. Terremotos, incendios, inundaciones, huracanes y tornados son acontecimientos a gran escala que afectan negativamente a un número significativo de personas en todo el mundo (Briere y Elliott, 2000). Como ocurre con otros factores de estrés extremos, los síntomas psicológicos que se asocian a los desastres naturales incluyen TEPT, depresión, ansiedad, ira, disociación, conductas agresivas y antisociales, quejas somáticas y problemas de consumo de sustancias (Briere y Elliott, 2000). Además del malestar resultante por el

desastre, que incluye heridas y pérdida de seres queridos, a menudo existe un estrés asociado con la pérdida de recursos como la propiedad y el cobijo. Eso puede interferir en los pacientes con el empleo, la escuela y el acceso a recursos necesarios para reconstruir sus vidas. El huracán Katrina, que asoló la zona sureste de Estados Unidos en 2005, es un ejemplo icónico de desastre natural que supuso una enorme cantidad de pérdidas materiales con importantes consecuencias posteriores tanto para los individuos como para el conjunto de la comunidad. El modelo de conservación de recursos, que asevera que intentamos mantener, proteger y crear recursos cuando hay una amenaza inminente, queda demostrado en algunos de los impactos del huracán Katrina (Hobfoll, 1989; Hobfoll, Johnson, Ennis y Jackson, 2000). En el ejemplo del Katrina, se observa en los supervivientes que el trauma del huracán estaba compuesto por la pérdida de seres queridos, la pérdida de sus casas y el entorno caótico resultante cuando las personas de la zona eran incapaces de acceder a recursos para sustituir a los que acababan de perder. Además, muchos de los supervivientes de esa tragedia fueron desplazados y perdieron varios recursos de apoyo social, además del sentido más general de apoyo que puede proporcionar el hecho de pertenecer a una comunidad.

Evaluación analítico-funcional del TEPT

Como ya hemos dicho en varias ocasiones, es esencial analizar los elementos contextuales de la exposición relacionada con traumas cuando se evalúan los resultados relacionados con los mismos. Son múltiples los factores que afectan el tratamiento del trastorno exacerbando, manteniendo o mejorando los síntomas y el tratamiento general (Wilson, 2004; Follette y Naugle, 2006). Así pues, una serie de factores más allá del trauma per se se vuelven significativos al planificar el tratamiento. La evaluación clínica analítico-funcional es un proceso que identifica variables de control potencialmente relevantes y que permite la comprensión individualizada del paciente (Follette y Naugle, 2006). Un análisis funcional examina la conducta relevante, sus antecedentes y las consecuencias. Cuando se realiza un análisis de este tipo, el facultativo trabaja para determinar cuáles son los factores de control relevantes para cada paciente, además de qué podría influir en la probabilidad de cambio de conducta. El objetivo de este análisis es seleccionar e investigar las relaciones entre variables

que pueden observarse y modificarse, ya que no podemos cambiar factores históricos como la exposición misma al trauma. Centrarse solamente en el hecho traumático, ignorando otras variables próximas y distantes significativas, podría dar lugar a una conceptualización inadecuada del caso que, a su vez, resultaría en una mala aplicación de los componentes del tratamiento. Una evaluación analítico-funcional permite al facultativo obtener una imagen idiográfica del paciente, que permite idear un tratamiento a medida con el fin de obtener resultados positivos.

Teoría de aprendizaje y el desarrollo y mantenimiento del TEPT

La teoría de los dos factores de Mowrer propone un modelo muy aceptado para explicar cómo se desarrolla y se mantiene el TEPT. Se trata de una teoría que postula que la psicopatología es una función de condicionamiento clásico y aprendizaje instrumental (Mowrer, 1960). Una formulación conductual de la teoría de los dos factores aporta un marco de trabajo mediante el cual conceptualizar el desarrollo y el mantenimiento del TEPT (Keane, Zimering y Caddell, 1985). El primer factor propone que el miedo se aprende mediante el condicionamiento clásico. El acontecimiento traumático sirve de estímulo no condicionado que se condiciona y se asocia posteriormente con unas sensaciones intensas de miedo. Mediante el proceso de condicionamiento clásico, la sensación de miedo se sostiene a través del aprendizaje emocional a pesar de las consecuencias naturales que por lo general la extinguirían. El segundo factor del modelo explica las conductas evitativas que tienen lugar después para impedir entrar en contacto con la información condicionada, reduciendo así la posibilidad de extinguir la conducta. Mediante el proceso de aprendizaje instrumental, las personas evitan las señales condicionadas que evocan ansiedad. El individuo siente que su ansiedad ha disminuido por la evitación del estímulo rechazado, con lo que se refuerzan las conductas evitativas. En personas con TEPT, los síntomas de cualquiera de los grupos (evitación, reexperimentación o hiperactivación) pueden servir para ayudar a evitar las señales que evocan ansiedad o malestar. La teoría de los dos factores explica el desarrollo y el mantenimiento del TEPT, y el principio de conducta de generalización de estímulos explica el fenómeno de las reacciones complejas ante una variedad de estímulos. Es una observación

común que para algunos individuos el TEPT se exacerba con el tiempo. La generalización de estímulos es el proceso que se produce cuando un estímulo nuevo evoca reacciones más fuertes en un individuo porque es similar a un estímulo ya condicionado. Este proceso de generalización de estímulos puede producirse en supervivientes de traumas cuando reaccionan ante una serie de estímulos intentando evitar un número cada vez mayor de situaciones potencialmente evocadoras de ansiedad. El condicionamiento clásico es esencial en el desarrollo del TEPT mientras que el aprendizaje instrumental y la aplicación de conductas de evitación, reexperimentación e hiperactivación son esenciales en el mantenimiento del trastorno (Keane et al.; 1985; Fairbank et al.; 2001).

Terapia conductual de tercera generación

Un enfoque conductual contextual subyace en los tratamientos de tercera generación y arguye que la única manera de entender realmente la conducta es examinarla en el contexto en el que se produce. Una característica notable de los enfoques de tercera generación es el énfasis en la distinción entre la función y la forma de la conducta. La capacidad para identificar y después apuntar hacia las causas subyacentes de una conducta tiene implicaciones muy potentes para el tratamiento. La evitación experiencial es una construcción propuesta como marco de trabajo para conceptualizar las conductas funcionalmente similares que se asocian con el trauma (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Evitación experiencial

Se trata de un proceso que ocurre cuando un individuo es reacio o no quiere experimentar pensamientos, sentimientos o emociones desagradables (Hayes et al.; 1996). Esta evitación se conceptualiza como una dimensión diagnóstica funcional que organiza la conducta por función en vez de por topografía y que abarca una amplia y variada clase de conductas asociadas con una serie de psicopatologías. Los síntomas relacionados con traumas representan una clase de casos en los que la presentación inicial de las conductas es variada, pero la función que llevan a cabo es similar. Así pues, para obtener los máximos resultados, el principal objetivo es

dirigirse a la función de la conducta de la vida del paciente. Por ejemplo, un paciente puede presentar problemas graves de consumo de sustancias y autolesiones frecuentes. Si bien esas conductas parecen ser distintas en la superficie, a menudo se observa que la causa subyacente y la función son similares. Vemos que ambas estrategias se utilizan para evitar pensamientos y sentimientos desagradables asociados con un trauma previo. Entonces, es la evitación misma la que se convierte en el objetivo del tratamiento. Por supuesto, es importante destacar que la evitación experiencial no siempre es dañina. De hecho, puede utilizarse estratégicamente, permitiendo al individuo funcionar de manera adaptativa al hacer frente a los requisitos competitivos del medio. La evitación experiencial resulta clínicamente relevante cuando interfiere con la capacidad del paciente para vivir su vida plenamente y de manera positiva.

Cada vez son más los investigadores de traumas que reconocen la evitación como un componente central del mantenimiento de sus síntomas (Briere y Runtz, 1991; Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995; Plumb y Follette, 2006). El paradigma de la evitación experiencial representa una conceptualización útil cuando se trabaja con supervivientes de traumas; sin embargo, también se han desarrollado otros enfoques clínicos que se centran en la evitación. Aunque la evitación experiencial no *siempre* sea desadaptativa, los intentos continuos por evitar una serie de pensamientos y de sentimientos pueden producir disrupciones en varios dominios, que pueden incluir, entre otros, problemas psicológicos (Follette et al.; 2004). En una revisión de los problemas asociados con un historial de abuso sexual, Polusny y Follette (1995) postulan que los supervivientes de traumas intentan evitar su malestar de varias maneras que incluyen el consumo de sustancia, la autolesión y la evitación de la intimidad. Son comportamientos que proporcionan un alivio a corto plazo, pero que a la larga se relacionan con otros problemas y un mayor malestar general. Los niveles más elevados de evitación experiencial se asocian con una mayor sintomatología del trauma, además de con otras formas de psicopatología (Plumb, Orsillo y Luterek, 2004).

La conceptualización conductual del TEPT arguye que la evitación de los estímulos temidos sirve para mantener los síntomas del trauma o del TEPT. El proceso de evitación experiencial proporciona una visión más profunda de cómo varias conductas (p. ej. consumo de sustancias, autolesión, reexperimentación, etc.) pueden funcionar como conductas evitativas porque no permiten al individuo permanecer en contacto con el momento presente, evitando así el

contacto con áreas importantes de sus vidas. Estas conductas evitativas sirven para mantener la sintomatología del trauma durante un periodo de tiempo mayor. Este capítulo propone un enfoque de conducta integradora al tratamiento que incorpora técnicas y mindfulness, desde terapias de tercera generación, con el objetivo de la evitación experiencial.

La flexibilidad psicológica, que cada vez se considera más relacionada con la evitación experiencial, es una construcción que funciona basándose en “contactar con el momento presente como un ser humano consciente y, en función de lo que brinde la situación, actuar en consecuencia con los valores que hemos elegido” (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson, 2004; Bond y Bunce, 2003). La flexibilidad psicológica permite al individuo persistir en cambiar sus acciones en función de valores importantes de la vida. Los elementos de terapia conductual contemporánea buscan aumentar la flexibilidad psicológica ampliando el repertorio del individuo a través de la incorporación de técnicas de mindfulness y de aceptación que le permitan vivir una vida consistente con unos valores. Nuestro enfoque se centra en la evitación experiencial, de distintas maneras, a fin de aumentar la flexibilidad psicológica.

Tratamiento del trauma

La mayoría de tratamientos existentes para el trauma se centran en reducir los síntomas, algo que resulta apropiado para una gran cantidad de pacientes (Becker y Zayfert, 2001; Follette, Palm y Rasmussen-Hall, 2004). Existen pruebas muy interesantes que indican que la terapia de exposición, basada en la teoría de los dos factores de Mowrer, es efectiva para el tratamiento de los traumas (Rothbaum, Meadows, Resick y Foy, 2003). Las técnicas específicas de exposición (en vivo vs. imaginación) pueden variar en función de una serie de consideraciones teóricas y prácticas. Se considera que la terapia de exposición funciona de varias maneras: activación de la estructura de miedo, cambio en la relación con los pensamientos y los sentimientos asociados con los recuerdos del trauma, y establecimiento de pensamientos más preciosos sobre el trauma. Además, la exposición también ayuda a demostrar que la ansiedad no permanece constante ni cuando se imagina ni cuando se está en la situación temida, y que simplemente experimentar ansiedad, malestar o síntomas de TEPT no desemboca

automáticamente en la pérdida de control (Foa y Meadows, 1997).

Aunque existen pruebas que avalan la eficacia de la exposición, muchos facultativos se muestran reacios a utilizarla debido a la falta de formación o a preocupaciones sobre la capacidad del paciente para tolerar el trabajo. Además, algunos pacientes rechazan este tratamiento, bien de entrada o bien al principio del proceso de terapia. Los problemas clínicos incluyen aumentos de los pensamientos suicidas, disociación, autolesiones y finalización prematura en pacientes que empiezan las terapias basadas en exposición para tratar traumas (Becker y Zayfert, 2001). Existen pruebas que sugieren que muchos supervivientes de traumas adoptan una estrategia de evitación para controlar el malestar provocado por el trauma y por los recuerdos del mismo (Rosenthal, Rasmussen-Hall, Palm, Batten y Follette, 2005). Aunque la exposición se centre en los sentimientos molestos y desagradables asociados con un acontecimiento traumático, un repertorio limitado de habilidades, como la falta de voluntad de iniciar el trabajo de exposición, puede limitar la utilidad de este enfoque para algunos individuos. Además, en casos de TEPT complejo, es posible que los pacientes no hayan desarrollado las habilidades de regulación normativas necesarias para implicarse en este tipo de tratamiento. Creemos que la exposición mejorada con mindfulness ofrece a los facultativos una manera de centrarse en la evitación, que constituye una barrera para una terapia de trauma efectiva. Además, un enfoque de terapia alternativa puede resultar útil para el tratamiento de multitud de síntomas del trauma que no están directamente relacionados con el TEPT.

Mindfulness

Como ya se ha explicado en la primera parte del libro, los orígenes de la práctica del mindfulness se encuentran en las filosofías y principios orientales (Follette, Palm y Pearson, 2006; Baer, 2003). Marlatt y Kristeller (1999) definen el mindfulness como el hecho de prestar toda la atención a la experiencia presente, momento a momento. Kabat-Zinn define el mindfulness como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 2009). A pesar de la ligera variabilidad entre las definiciones, los componentes centrales del mindfulness implican estar en contacto con el momento presente y observar ese preciso momento sin juzgar. Si bien existen varias maneras

de que cada uno desarrolle la práctica del mindfulness, una forma ampliamente reconocida es a través de la meditación. Varias de las intervenciones basadas en mindfulness enseñan a los pacientes una serie de habilidades que les ayudan a prestar atención a las experiencias internas que se producen en ese momento. Si bien las habilidades que se enseñan y los métodos utilizados varían, la mayoría de esas intervenciones promueven una actitud no crítica hacia las experiencias internas. (Baer, 2003) La literatura existente indica que las intervenciones basadas en mindfulness son efectivas para el tratamiento de varios trastornos físicos y psicológicos (Baer, 2003; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006). Así, ha quedado probado que el mindfulness es efectivo en reducir el dolor y en el tratamiento de la depresión (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Segal, Williams y Teasdale, 2006).

Existen datos que sugieren que la capacidad de autorregular las emociones está relacionada con el mindfulness y el bienestar psicológico general (Brown y Ryan, 2003). Muchos pacientes manifiestan déficits en la capacidad de observar, etiquetar y regular las experiencias internas asociadas con las emociones. El mindfulness es una estrategia potencial para ayudar a los individuos a aprender habilidades que mejoren su capacidad de autoregulación, permitiéndoles gestionar el malestar. Los datos preliminares que establecen la utilidad del mindfulness con los problemas psicológicos tienen implicaciones importantes y positivas para el tratamiento de los traumas y del TEPT.

Mindfulness y traumas

La investigación sobre la incorporación del mindfulness en tratamientos existentes para los traumas es muy prometedora (Becker y Zayfert, 2001; Cloitre, Cohen y Koenen, 2006). El mindfulness potencia la aceptación en lugar de la evitación y puede aportar una herramienta para organizar la exposición a los estímulos temidos. No consideramos que el mindfulness funcione como una forma de control sino más bien para aumentar la conciencia psicológica y la flexibilidad al responder a las experiencias emocionales (Follette et al.; 2006). El mindfulness es, en parte, una manera de proporcionar al paciente habilidades que le ayuden a gestionar el malestar que se produce al iniciar el trabajo de exposición.

En algunas personas que han experimentado traumas puede haber habido conductas o

estrategias como la disociación, utilizadas como una especie de mecanismo de supervivencia. Si bien se trata de conductas que pueden resultar adaptativas en ese contexto, ya no resultan útiles en el contexto actual e incluso pueden resultar peligrosas ya que ponen al paciente en riesgo de revictimización. En algunos casos esas conductas se caracterizan como estrategias obvias de evitación, mientras que en otras situaciones se manifiestan como síntomas de hipervigilancia que conceptualizaríamos como otra forma de evitación. Ambas clases de conductas comparten una “falta de conciencia” del entorno, ya sea malinterpretando situaciones potencialmente amenazadoras o por la incapacidad de etiquetar correctamente los sentimientos propios. El objetivo del mindfulness es facilitar a los individuos la capacidad de ser conscientes de sus experiencias en el momento presente a fin de establecer los cimientos para implicarse plenamente no sólo en la terapia sino también en sus vidas (Follette y Pistorello, 2007).

Enfoque conductual integrador

Nuestro tratamiento se guía por un enfoque conductual contextual, con la asunción fundamental de que lo más efectivo es entender la función de conducta más que su mera topografía. No está destinado solamente a centrarse en los síntomas y reducir el malestar, sino que también tiene como objetivo abordar el mecanismo que media en el malestar. Un objetivo adicional de este trabajo es ayudar al paciente a avanzar y a identificar los valores y objetivos asociados con una vida significativa. Un enfoque de conducta contextual examina variables relevantes históricas y del entorno, como se describe en una evaluación clínica analítica funcional, en relación con el desarrollo y el mantenimiento del malestar psicológico (Follette et al.; 2004). Por su parte, el enfoque de conducta integrador utiliza un paradigma de evitación experiencial para conceptualizar factores distales y próximos también relacionados con factores de estrés actuales y consecuencias a largo plazo del trauma (Hayes et al.; 1996; Follette et al.; 2004). Como elemento central encontramos la ACT, aunque también incorpora técnicas de DBT y de FAP. Creemos que las bases teóricas similares de estos enfoques hacen que la integración sea coherente en los principios fundamentales (Follette et al.; 2004). Como se ha indicado antes, este enfoque de conducta integrador utiliza distintos aspectos de tratamiento de terapias conductuales contemporáneas a fin de poder elaborar un tratamiento a medida para las

necesidades específicas de cada paciente. Otro de los objetivos es evitar el eclecticismo teórico combinando los enfoques de la DBT (Linehan, 2003), la ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la FAP (Kohlenberg y Tsai, 2008). Sin embargo, también deberíamos indicar que tanto la ACT como la DBT han descrito tratamientos coherentes que no implican integración alguna (cf. Walser y Hayes, 2006 y Wagner y Linehan, 2006).

En las fases iniciales de la terapia, el principal objetivo es ayudar al paciente a crear y mejorar un grupo de habilidades que serán de utilidad para abordar el difícil trabajo posterior. En estos primeros momentos se trata de varias estrategias de aceptación, práctica de mindfulness, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Linehan, 2003). El objetivo aglutinador de la práctica del mindfulness en este contexto es empezar a hacer que el paciente se libere del control de las experiencias internas. Habilidades como la regulación de las emociones y la expresión precisa de las mismas sirven para enriquecer el repertorio de conductas del individuo, a fin de hacer frente a las emociones negativas. Cuando se ha establecido que el paciente está dispuesto a experimentar niveles mayores de malestar, el tratamiento avanza hacia la exposición mejorada con mindfulness.

La DBT se desarrolló en un principio para tratar a pacientes con TLP que manifestaban conductas suicidas y parasuicidas (Linehan, 2003). Se basa en el concepto de que la conducta de autolesión está asociada a un desajuste emocional relacionado a su vez con la evitación o el escape de pensamientos y sentimientos difíciles. Igual que con la ACT, este tratamiento utiliza la dialéctica de aceptación y cambio a fin de vivir la vida que se desea. La DBT utiliza conceptos como el de autovalidación para ayudar a los pacientes a aceptarse como son, al tiempo que trabajan los cambios que quieren en sus vidas. Para muchos supervivientes de traumas, la autoaceptación puede ser un paso difícil y el mindfulness es una manera de trabajarla.

La FAP es un tratamiento conductual clave que ofrece estrategias importantes para tratar los factores de relaciones asociados con un historial de trauma. De hecho, afirma que la relación terapéutica puede utilizarse como un agente de cambio (Kohlenberg y Tsai, 2008) y proporciona el trabajo de base necesario para pacientes que sufren lo que se ha descrito como TEPT complejo. En esencia, la FAP apunta hacia las conductas relevantes desde un punto de

vista clínico que se producen durante las sesiones, como la dificultad para desarrollar un sentimiento de confianza y de seguridad en la relación con otra persona. Los terapeutas pueden responder con contingencia a los comportamientos a fin de reforzar las conductas adaptativas y apropiadas. Una razón por la que consideramos que la FAP es tan importante en la terapia de traumas es que ayuda al paciente a crear un repertorio para desarrollar una alianza con el terapeuta que puede hacer que se produzca el difícil ejercicio de liberarse de estrategias de control y de evitación previas. Este enfoque conductual integrador, integra, valga la redundancia, construcciones de mindfulness y de desarrollo de habilidades que ayudan al paciente a aprender a aceptar los pensamientos y los sentimientos molestos ya que sirven para construir una vida más enriquecedora. A medida que el tratamiento avanza, también se incorpora el concepto de aceptación para ayudar al paciente a empezar a implicarse en nuevas conductas que pueden provocar ansiedad pero que se asocian con lo que el paciente quiere hacer con su vida. La integración de estos enfoques de tratamiento nos permite elaborar tratamientos a medida de las necesidades de cada paciente sin sacrificar la integridad teórica.

Viñeta clínica

Para poder demostrar la incorporación de las prácticas de mindfulness en un paradigma de conducta integrador utilizaremos una viñeta clínica. Tomemos en consideración la siguiente descripción de persona que ha sobrevivido a un trauma:

Helena tiene 32 años y acude a tratamiento para trabajar la culpa que experimenta como resultado del abuso sexual al que se vio sometida durante un periodo de seis años y que se inició cuando ella tenía once. Aunque tenía una relación muy próxima con su padre biológico, éste murió de repente en un accidente de carretera cuando Helena tenía siete años. Su madre se volvió a casar tres años más tarde. Su padrastro empezó a abusar de ella más o menos un año después de casarse con la madre de Helena.

Cuando explica las razones que la llevan a buscar tratamiento ahora, Helena describe que siente como si “hubiera hecho algo” para precipitar el abuso y que tiene problemas para concentrarse en el trabajo y para dormir por las noches. También manifiesta que esos problemas hacen que le cueste permanecer en una relación, algo

que desea. Helena indica que en los últimos quince años ha consumido alcohol y se ha autolesionado para intentar sobrellevar las dificultades de su vida. Además cuenta que le resulta extremadamente difícil permanecer en tratamiento porque el terapeuta le pide hacer cosas que son muy difíciles para ella, con lo que hasta ahora ha abandonado la terapia en dos ocasiones.

En esta fase inicial del tratamiento, el objetivo es ayudar al paciente a desarrollar un grupo de habilidades que le permitan abordar los pensamientos y los sentimientos molestos sin autolesionarse. También está claro que crear una relación terapéutica sólida será necesario para que pueda tolerar el trabajo. Al mantener el enfoque conductual integrador, sugerimos empezar con una combinación de mindfulness y de tolerancia al malestar. De hecho, utilizamos la tolerancia al malestar como un puente hacia la seguridad para el paciente y el objetivo a largo plazo es la “aceptación radical” de una manera que vaya más allá de la gestión de las emociones. Como ya hemos dicho, los ejercicios de mindfulness servirán para permitir al paciente experimentar el momento presente como es, no como parece ser. Es decir, en este momento el trauma ha terminado, se ha sobrevivido, y el paciente se encuentra en un lugar seguro. Los pensamientos y los sentimientos se aceptan, no como una realidad, sino como reacciones aprendidas de experiencias anteriores. El paciente no tiene que correr, ni esconderse, ni autolesionarse ni incurrir en ninguna otra conducta para deshacerse de las experiencias internas. En cambio, puede sentarse con este momento y darse cuenta de sus pensamientos y sus sentimientos, observando que no pueden ni herirla ni matarla; simplemente aprender a estar en este momento presente. Para proporcionar un contexto para este trabajo, también hablamos con el paciente de valores con respecto a la vida que le gustaría vivir. Es una actividad útil para implicar al paciente en el proceso terapéutico y para aportar el fundamento de la importancia del trabajo que se está haciendo. La idea de vivir una vida positiva es un paso esencial porque el tratamiento del trauma es una tarea difícil y es importante que el paciente tenga una idea de la dirección que toma el trabajo.

Durante las fases preliminares de la práctica del mindfulness es importante empezar con ejercicios más básicos como fundamento. Un ejercicio de respiración consciente puede ser un buen punto de partida.

Empecemos por cerrar los ojos y sencillamente observar la respiración. Se sabe que en

ocasiones los supervivientes de traumas son reacios a cerrar los ojos, y está bien, pueden hacer estos ejercicios con los ojos abiertos, dirigiendo la mirada a un punto neutro de la sala. Observemos como el aire entra al cuerpo y llega a los pulmones. Observemos la inspiración y la espiración de la respiración. Observemos cómo nos sentimos cuando tomamos aire y cómo nos sentimos al expulsarlo. No cambiamos la manera de respirar, simplemente observamos la respiración y cómo se siente el cuerpo. Está bien si observamos que nos hemos distraído o que la atención está en otro lugar. Simplemente lo observamos y devolvemos la atención a la respiración.

(Follette y Pistorello, 2007, traducción libre)

El texto anterior es un ejemplo de ejercicio de mindfulness básico que los profesionales pueden utilizar con los pacientes, sobre todo en las fases iniciales del tratamiento. Observar la respiración es un elemento central de la mayoría de prácticas de mindfulness y aporta una habilidad fundamental que puede utilizarse siempre. Como ocurre con todas las conductas, el mindfulness es una capacidad que puede desarrollarse y que como cualquier capacidad tiene que practicarse.

El terapeuta puede introducir distintas formas de ejercicios de mindfulness, siempre con el objetivo de llevar la atención del paciente al momento presente. A menudo lo más fácil es empezar con ejercicios de mindfulness centrados en las sensaciones físicas o corporales. Además del mindfulness de la respiración, los ejercicios de mindfulness que implican estímulos externos como los colores de la sala, el sabor de los alimentos y los sonidos del entorno pueden resultar útiles. Son ejercicios que abordan aspectos físicos del entorno y que aportan un punto de partida tangible para el paciente. A medida que al paciente demuestra que domina esos conceptos, el terapeuta puede introducir el de mindfulness en relación con la observación de pensamientos y sentimientos internos. Y medida que la terapia progresa hacia el trabajo basado en la exposición, es importante integrar el mindfulness y demás estrategias de autoregulación según corresponda. Sabemos que la incorporación de esas habilidades facilitará la relación entre el paciente y el terapeuta y permitirá al primero aprender a cuidar de él mismo. Son pasos importantes hacia el cuidado del paciente a lo largo del proceso, al tiempo que se trabaja para cambiar su vida en la dirección que desea.

Creemos que para pacientes como Helena, estos ejercicios le ayudarán a implicarse en el proceso de la terapia, algo que en el pasado había sido una barrera para el tratamiento. Además le ayudarán a evaluar mejor la situación de su vida actual y a identificar cómo quiere que ésta sea. De hecho, esta parte del proceso le ayudará a determinar los pasos que necesita llevar a cabo para avanzar en esa dirección. Consideramos que al incorporar la práctica y los valores del mindfulness nos centramos en la evitación experiencial que muchos supervivientes de traumas experimentan y muestran en sus vidas. Son métodos potentes para ayudar a que el paciente entre en contacto consigo mismo y con el momento presente y, por lo tanto, permitir su implicación total en el proceso terapéutico.

Pensamientos finales

Experimentar un acontecimiento traumático es difícil para cualquier persona y hacer frente a los efectos psicológicos también puede serlo. Una reacción común es evitar cualquier recuerdo o referencia al trauma, pero este tipo de vida puede resultar inadaptado en última instancia. Un enfoque conductual contextual ofrece una vía para conceptualizar el caso mediante un paradigma de evitación experiencial que reúne una serie de problemas de conducta y de déficits relacionados con el trauma vivido. Hace hincapié en el examen de factores proximales y distales relacionados con las quejas presentes para que el facultativo tenga en cuenta todos los factores relevantes. Además, este enfoque incorpora principios de mindfulness y de aceptación para ayudar a que el paciente entre en contacto con el momento y, posteriormente, empiece a avanzar en la vida en la dirección que desea. El objetivo de estos principios básicos es aumentar la flexibilidad psicológica que, en definitiva, ampliará su capacidad para responder con eficacia. Además de trabajar con los pacientes desde un contexto válido desde el punto de vista técnico, también resulta imprescindible que los terapeutas aborden la tarea con compasión, tanto para el paciente como para ellos mismos. La tarea es difícil pero las recompensas son significativas. Basándose en lo que ya se ha establecido en las terapias cognitivo-conductuales, creemos que la utilización de estrategias mindfulness y de aceptación mejorará el repertorio de herramientas clínicas para los terapeutas dedicados al tratamiento de los traumas.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición). Masson: 2008.
- ARATA, C.M. (2002). "Child sexual abuse and sexual revictimization2. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-164.
- BAER, R.A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- BECKER, C.B.; ZAYFERT, C. (2001). "Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD". *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107-122.
- BONANNO, G.A. (2005). "Resilience in the face of potential trauma". *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135-138.
- BOND, F.W.; BUNCE, D. (2003) "The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance". *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067.
- BRESLAU, N. (2002). "Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929.
- BRESLAU, N.; KESSLER, R. C.; CHILCOAT, H. D.; SCHULTZ, L. R.; DAVIS, G. C.; ANDRESKI, P. (1998). "Trauma and posttraumatic stress disorder in the community". *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- BRIERE, J.; ELLIOTT, D. (2000). "Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population". *Journal of Interpersonal Violence*, 13(4), 661-679.
- BRIERE, J.; RUNTZ, M. (1991). "Childhood sexual abuse: Long term sequelae and implications for psychological assessment". *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- BROWN, K.W.; RYAN, R.M. (2003). "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing". *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 822-848.
- BUCKLEY, T.C.; GREEN, B.L.; SCHNURR, P.P. (2004). "Trauma, PTSD and physical health: Clinical

Issues". En J.P. WILSON; T.M. KEANE (Eds.) *Treating psychological trauma and PTSD*. Nueva York: Guilford Press.

CHU, J.A. (1992). "The revictimization of adult women with histories of childhood abuse". *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 259-269.

CLASSEN, C.C.; PALESH, O.G.; AGGARWAL, R. (2005) "Sexual revictimization: A review of the empirical literature". *Trauma, Violence and Abuse*, 6(2), 103-129.

CLOITRE, M.; COHEN, L.R.; KOENEN, K.C. (2006). *Treating survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Nueva York: Guilford.

CLOITRE, M.; ROSENBERG, A. (2006). "Sexual revictimization: Risk factors and prevention". En V.M. FOLLETTE; J.I. RUZEK (Eds.) *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, (págs. 321-361). Nueva York: The Guilford Press.

COURTOIS, C. (2004). "Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.

DESAI, S.; ARIAS, I.; THOMPSON, M.P.; BASILE, K.C. (2002). "Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men". *Violence and Victims*, 17, 639-653.

FAIRBANK, J.A.; EBERT, L.; CADDELL, J.M. (2001). "Posttraumatic stress disorder". En H.E. ADAMS; P.B. SUTKER (Eds.) *Comprehensive handbook of psychopathology*, (págs. 183-209). Nueva York: Springer.

FOA, E.B.; MEADOWS, E.A. (1997). "Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review". *Annual Review of Psychiatry*, 48, 449-480.

FOA, E.B.; RIGGS, D.S.; MASSIE, E.D.; YARZOWER, M. (1995). "The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder". *Behavior Therapy*, 26, 487-499.

FOLLETTE, V.M.; IVERSON, K.M.; FORD, J.D. (en prensa). "Contextual behavioral treatment for complex PTSD". En C.C. COURTOIS; J.D. FORD (Eds.) *Complex traumatic stress disorders: An evidence-based clinician's guide*. Nueva York: Guilford.

FOLLETTE, V.M.; PALM, K.M.; PEARSON, A.N. (2006). "Mindfulness and trauma: Implications for treatment". *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 45-61.

FOLLETTE, V.M.; PALM, K.M.; RASMUSSEN-HALL, M.L. (2004). "Acceptance, mindfulness and trauma". En S.C. HAYES, V.M. FOLLETTE; M.M. LINEHAN (Eds.) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, (págs. 192-208). Nueva York: Guilford Press.

FOLLETTE, V.M.; PISTORELLO, J. (2007). *Finding life beyond trauma: Using acceptance and commitment therapy to heal from post-traumatic stress and trauma-related problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

FOLLETTE, V.M.; POLUSNY, M.A.; BECHTLE, A.E.; NAUGLE, A.E. (1996). "Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse". *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25-35.

FOLLETTE, W.C.; NAUGLE, A.E. (2006). "Functional analytic clinical assessment in trauma treatment". En V.M. FOLLETTE; J.I. RUZEK (Eds.). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 2^a Ed., (págs. 17-33). Nueva York: The Guilford Press.

FORD, J.D. (1999). "PTSD and disorders of extreme stress following war zone military trauma: Comorbid but distinct syndromes?". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12.

FORD, J.D.; KIDD, P. (1998). "Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic PTSD". *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.

FREYD, J.J. (1994). "Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse". *Ethics & Behavior*, 4(4), 307-329.

HAYES, S.C. (2004). "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies". *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; BUNTING, K.; TWOHIG, M.; WILSON, K.G. (2004). "What is Acceptance

and Commitment Therapy?”. En S.C. HAYES; K.D. STROSAHL (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (págs. 3-29). Nueva York: Springer-Verlag.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD, E.V.; FOLLETTE, V.M.; STROSAHL, K.D. (1996). “Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

HERMAN, J.L. (1992). “Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma”. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

HOBFOLL, S.E. (1989). “Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress”. *American Psychologist*, 44, 513-524.

HOBFOLL, S.E.; JOHNSON, R.E.; ENNIS, N.; JACKSON, A.P. (2000). “Resource loss, resource gain and emotional outcomes among inner city women”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632-643.

HOGUE, C.W.; CASTRO, C.A.; MESSEYER, S.C. (2004). “Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care”. *New England Journal of Medicine*, 350, 13-22.

KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.

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.

KAYSEN, D.; RESICK, P.A.; WISE, D. (2003). “Living in danger: The impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder”. *Trauma, Violence and Abuse*, 4(3), 247-264.

KEANE, T.M.; ZIMERING, R.T.; CADDELL, J.M. (1985). “A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans”. *The Behavior Therapist*, (8), 9-12.

KOHLENBERG, R.J.; TSAI, M. (2008). *FAP. Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga. UMA.

LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*.

Barcelona: Paidós.

MARLATT, G.A.; KRISTELLER, J.L. (1999). "Mindfulness and meditation". En W.R. MILLER (Ed.) *Integrating Spirituality into Treatment: Resources for Practitioners*, (págs. 67-84). Washington, D. C.: American Psychological Association.

MARX, B.P.; HEIDT, J.M.; GOLD, S.D. (2005). "Perceived uncontrollability and unpredictability, self-regulation and sexual revictimization". *Review of General Psychology* 9(1), 67-90.

MONSON, C.M.; SCHNURR, P.P.; RESICK, P.A.; FRIEDMAN, M.J.; YOUNG-XU, Y.; STEVENS, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898-907.

MOWRER, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.

PLUMB, J.C.; FOLLETTE, V.M. (2006). "Acceptance and Commitment Therapy for Surviving Trauma". En A. MAERCKER; R. ROSNER (Eds.), *Psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Illness models and therapy practice*, (págs. 128-140). Alemania: Thieme.

PLUMB, J.C.; ORSILLO, S.M.; LUTEREK, J.A. (2004). "A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245-257.

POLUSNY, M.; FOLLETTE, V.M. (1995). Long term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 143-166.

ROSENTHAL, Z. M.; RASMUSSEN-HALL, M.; PALM, K.; BATTEN, S.; FOLLETTE, V.M. (2005). "Chronic avoidance helps explain the relationship between the severity of child sexual abuse and psychological distress in adulthood". *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 25-41.

ROTHBAUM, B.O.; MEADOWS, E.A.; RESICK, P.; FOY, D.W. (2003). "Terapia cognitivo-conductual". En E.B. FOA, T. M. KEANE; M. J. FRIEDMAN (EDS.). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SHAPIRO, S.L.; CARLSON, L.E.; ASTIN, J.A.; FREEDMAN, B. (2006). "Mechanisms of mindfulness". *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.

WAGNER, A.W.; LINEHAN, M.M. (2006). "Applications of DBT to PTSD and related problems". En V.M. FOLLETTE; J.I. RUZEK (Eds.) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, (págs. 117-145). Nueva York: The Guilford Press.

WALSER, R.D.; HAYES, S.C. (2006). "Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: Theoretical and applied issues". En V.M. FOLLETTE; J.I. RUZEK (Eds.) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, (págs. 146- 172). Nueva York: The Guilford Press.

WILSON, J.P. (2004). "PTSD and complex PTSD: Symptoms, syndromes, and diagnoses". En J.P. WILSON; T.M. KEANE (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. Nueva York: The Guilford Press.

WILSON, J.P.; FRIEDMAN, M.J.; LINDY, J.D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. Nueva York: Guilford Press.

Conciencia plena y TDAH

L. Zylowska, S.L. Smalley y J.M. Schwartz

Y la facultad de retrotraer voluntariamente una atención fugitiva, es la verdadera raíz del juicio, del carácter y de la voluntad. Nadie es compos sui si no la tiene. Una educación que mejorase esta facultad sería “la” educación par excellence. Pero es más fácil definir este ideal que dar direcciones prácticas para realizarlo.

William James, 1890

Introducción

Una de nuestras facultades más importantes es la atención. Es la puerta de entrada a nuestra experiencia y una cualidad básica de nuestra conciencia. El lugar y la manera en los que situamos nuestra atención o el lugar y la manera en los que otras cosas se hacen con nuestra atención determina nuestras experiencias cotidianas, las relaciones con nosotros mismos y con los demás y la calidad de nuestras vidas. Esta conexión entre la capacidad de regular la atención y el bienestar queda profundamente ejemplificada en el mindfulness o la conciencia plena, y en una enfermedad neuropsiquiátrica denominada trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En ambos, el rol de la atención se considera crucial para la autoregulación de pensamientos, emociones y conductas, y si bien el TDAH puede considerarse como un trastorno caracterizado por problemas de autoregulación, la práctica de la conciencia plena puede considerarse como una herramienta para mejorar esa autoregulación. En este capítulo se presenta el marco de trabajo teórico de cómo puede aplicarse la práctica de la conciencia plena para tratar distintas facetas del TDAH según la neurociencia cognitivo-afectiva y nuestras propias experiencias con un programa para TDAH basado en mindfulness, para adultos y adolescentes, que se llama prácticas de conciencia

plena para TDAH.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El TDAH es un trastorno definido desde un punto de vista conductual que se caracteriza por un grupo de síntomas de falta de atención (p. ej. “dificultad para seguir las tareas”, “olvidos”) y/o hiperactividad e impulsividad (p. ej. “ser inquieto,” “dificultad para permanecer sentado”) con inicio hacia los siete años y discapacidad en dos situaciones por lo menos (APA, 1994). En la actualidad se reconocen tres subtipos de TDAH: con predominio de déficit de atención (50-75%), con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad (20-30%) y un tipo combinado (menos del 15%) (Wilens, Biederman y Spencer, 2002). Las tasas de prevalencia varían del 2 al 16% pero la mayoría de estimaciones se sitúan entre el 5 y el 10% de niños y adolescentes y el 4% de adultos (Kessler et al.; 2006; Skounti, Philalithis y Galanakis, 2007). Desde una edad temprana el diagnóstico del TDAH se asocia con una amplia variedad de trastornos comórbidos como trastornos de conducta negativa (trastorno de oposición desafiante y de conducta), ansiedad y/o trastornos del estado de ánimo y consumo/dependencia de sustancias (Cantwell, 1996; McGough et al.; 2005). Además de la comorbilidad psiquiátrica, las personas con TDAH suelen manifestar trastornos comórbidos de aprendizaje y de desarrollo socioemocional como dislexia, déficit de las funciones ejecutivas y problemas sociales (niveles elevados de trastorno del espectro autista) (Biederman et al.; 2004; Clark, Feehan, Tinline y Vostanis, 1999; Loo et al.; 2007).

Etiología del TDAH

Se trata de un trastorno heterogéneo en cuanto a presentación y etiología: las causas genéticas, neuroconductuales, psicosociales y del entorno se han identificado como influyentes en el desarrollo y la variabilidad del TDAH. Si bien los factores de riesgo ambientales, como poco peso al nacer, tabaquismo de la madre durante el embarazo, exposición al plomo y el estatus socioeconómico son importantes, quizás lo que más destaque es la predisposición biológica

(Nigg, 2003; Zuddas, Ancilletta, Muglia y Cianchetti, 2000). Estudios de familias, gemelos y adopción muestran que el TDAH y sus conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad son altamente heredables, con estimaciones de heredabilidad del orden del 76% (Faraone et al.; 2005). También están implicados los genes que participan en la neurotransmisión cerebral (p. ej. dopamina, serotonina, norepinefrina y cannabinoides) (Faraone, Biederman y Mick, 2006; Lu et al.; 2008). Varias regiones del cerebro (p. ej. corteza prefrontal, amígdala, cerebelo, ganglios basales) muestran diferencias funcionales y/o estructurales en los pacientes con TDAH en comparación con controles que no padecen el trastorno (Bush, Valera y Seidman, 2005). Además, ciertas regiones del cerebro implicadas en el trastorno también lo están en el autocontrol o la autoregulación (Berger, Kofman, Liben y Henik, 2007; Nigg y Casey, 2005). Por otra parte, cada vez más se entiende más como un trastorno con fundamentos variados genéticos, de desarrollo y ambientales, de lo que se desprenden los problemas en las habilidades de autoregulación.

Cabe destacar que aunque el TDAH sea un trastorno definido categóricamente (i.e.; el diagnóstico existe o no existe), la naturaleza continua de las dimensiones conductuales de falta de atención y de hiperactividad-impulsividad se reconocen perfectamente (Smalley, 2008a; Swanson et al.; 2001). Puede resultar apropiado pensar en este trastorno como un extremo en el continuo de población de variabilidad en esas dimensiones conductuales, igual que ahora reconocemos la dislexia como un extremo en el continuo de la habilidad para la lectura, o la diabetes como un extremo en el continuo de la tolerancia a la glucosa. Los estudios neurobiológicos de las últimas décadas han permitido entender mejor los factores etiológicos probables que contribuyen a la responsabilidad del TDAH. Tres áreas muy amplias e interrelacionadas (atención/cognición, afecto y reactividad al estrés) muestran diferencias en el TDAH y probablemente desempeñan un rol en su etiología. Tres áreas en las que seguramente subyacen varios de los problemas de autoregulación observados en el trastorno y que se consideran mecanismos mediante los cuales la práctica de la conciencia plena puede resultar útil (revisada posteriormente).

Modalidades de tratamiento actuales para el TDAH

Son varios los tratamientos que se han investigado en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: medicación psicotrópica (estimulantes y no estimulantes), tratamientos psicosociales (terapia comportamental, terapia cognitivo conductual, terapia familiar, entrenamiento de habilidades sociales), psicoterapia individual, cursos de orientación y enfoques complementarios y alternativos (neurofeedback, cambios en la dieta alimentaria, suplementos e intervenciones mente-cuerpo) (Arnold, 2001). El tratamiento estándar para el TDAH implica medicación, terapia conductual o ambos elementos a la vez (Jensen et al.; 2007). La medicación estimulante se considera la “práctica recomendada” en el tratamiento del trastorno a lo largo de la vida (Dodson, 2005). Si bien es claramente beneficiosa para muchos individuos con TDAH, se considera que un porcentaje tan elevado como entre el 20 y el 30% de los niños y adolescentes, y quizás el 50% de los adultos, no responden debido a una reducción insuficiente de los síntomas o por la aparición de efectos secundarios intolerables (Shekim, Asarnow, Hess, Gaucha y Wheeler, 1990; Wender, 1998). También es importante destacar que muchos padres o adultos con TDAH no acuerdan con el uso de medicación por varias razones y desean utilizar formas de tratamiento alternativas.

Enfoques nuevos de autoregulación

Las nuevas estrategias de tratamiento no farmacológicas orientadas a la neurocognición y/o a la creación de conciencia del sí mismo y de habilidades de autoregulación cada vez tienen más interés en el TDAH. Aunque siguen siendo limitados, estudios recientes de esos tratamientos avalan la utilidad de sus enfoques. Ejemplos de esos estudios en niños y adultos son: un programa de entrenamiento de memoria de trabajo (Klingberg et al.; 2005) y programas de entrenamiento centrados en la memoria como los que utilizan neurofeedback (Beauregard y Levesque, 2006). En adultos, ejemplos de enfoques adicionales que se basan en estrategias de mayor “autoconciencia” son la psicoterapia individual (Rostain y Ramsay, 2006), la terapia cognitivo conductual (Safren et al.; 2005), el entenamiento metacognitivo (utilización de metáforas para describir patrones cerebrales y de conducta) (Wasserstein y Lynn, 2001), el programa de rehabilitación cognitiva (rehabilitación de déficits de habilidades de planificación y organización) (Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey y Stevenson, 2002) y cursos de orientación (ADDA, 2002).

La meditación se ha propuesto como un tratamiento alternativo/complementario prometedor para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Arnold, 2001) y unos pocos estudios tempranos han investigado su efectividad en esta población. Dos estudios piloto no publicados ($n = 23-24$) analizan el uso de la meditación en niños de 12 años y menos (tipo de meditación inespecífica). Ambos estudios avalan la utilidad de la meditación para mejorar la conducta en casos de TDAH (Kratter, 1983; Moretti-Altuna, 1987). Otro estudio piloto ($n = 8$) con adultos con TDAH analiza los efectos de un programa de entrenamiento de habilidades estructurado y basado en los principios de la terapia dialéctico-conductual (Hesslinger et al.; 2002), que incluye la enseñanza de habilidades de mindfulness (realizado sin un curso de meditación formal). Se detectaron mejoras en los síntomas de TDAH y de depresión, así como en las pruebas de atención, en el grupo de tratamiento comparado con el control con lista de espera. Sin embargo, la interpretación de los resultados es limitada debido al tamaño reducido de la muestra y a la tasa elevada de abandono. Todavía se sabe poco sobre cómo pueden utilizarse la meditación o la práctica del mindfulness en la población con TDAH a lo largo de la vida. Nuestro grupo finalizó hace poco un estudio de viabilidad de un curso basado en mindfulness en un grupo de adultos ($n = 25$) y de adolescentes ($n = 8$) con TDAH. Se analizó un curso de 8 semanas de duración denominado prácticas de conciencia plena para TDAH (traducción al español de *MAPs for ADHD*; véase la descripción en la siguiente sección) en un estudio de etiqueta abierta con evaluación previa y posterior de los síntomas de TDAH, síntomas de estado de ánimo y ansiedad, estrés percibido, mindfulness y mediciones de neurocognición (atención, inhibición y memoria de trabajo). Varias de las escalas de autoaplicación (medidas de TDAH, ansiedad, depresión, estrés y mindfulness) también fueron recogidas a los 3 meses de finalizar el curso. El estudio y sus resultados iniciales se describen en detalle en otro lugar (Zylowska et al.; 2008). En general, el estudio detectó un buen nivel de participación en el programa y una satisfacción elevada entre los participantes. Las comparaciones antes/después del curso muestran reducciones significativas ($p < 0,01$) en TDAH, ansiedad y síntomas depresivos declaradas por los pacientes, además de medidas de atención a conflictos y cambio del objeto de la atención. Por otra parte, (datos no publicados) se han detectado mejoras significativas ($p < 0,01$) en las mediciones de estrés percibido y mindfulness. En un seguimiento de 3 meses se indicaron mejoras adicionales en síntomas de TDAH sin cambios (p. ej. sin mejora adicional o pérdida de mejora) en ansiedad, depresión,

mindfulness o estrés. El estudio demuestra que el entrenamiento basado en mindfulness es una intervención viable en un subgrupo de adultos y adolescentes con TDAH y que puede mejorar las dificultades neurocognitivas y de conducta.

Conciencia plena: una visión general

El término *conciencia plena* o *mindfulness* se ha utilizado en distintos contextos y puede denotar realidades distintas: una cualidad de conciencia o de atención, un modo o proceso mental, un rasgo psicológico, una técnica específica de meditación, un grupo de técnicas, o un resultado de la práctica en sí (Bishop et al.; 2004; Brown y Ryan, 2003; Hayes y Shenk, 2004; Schwartz y Begley, 2002; Segal, Williams y Teasdale, 2006). Al debatir sobre la aplicación del mindfulness al TDAH nos centramos en la “conciencia plena” como metaconciencia (Teasdale et al.; 2000), una característica de la conciencia que tiene una función reguladora (observar y corregir) en el resto de las experiencias del individuo y que lleva a una mejor autoregulación de la conducta y mejor procesamiento cognitivo-emocional (Brown y Ryan, 2003; Brown, Ryan y Creswell, 2007). Creemos que la conciencia plena puede fomentarse de varias maneras (herramientas de meditación o de no meditación) y en nuestro programa utilizamos psicoeducación y prácticas formales (meditación sentada y andando) e informales (mindfulness en la vida cotidiana) como sistemas de enseñanza de la conciencia plena.

Existen muchas definiciones de “autoregulación”, ya sea como concepto unitario o teniendo en cuenta sus componentes de regulación emocional, cognitiva o de conducta. Términos como “control de los impulsos”, “inhibición”, “autocontrol”, “gestión de uno mismo”, “autocorrección” o “independencia” se utilizan para describir aspectos de autoregulación. Puede decirse que la autoregulación es un elemento central del ser humano, una marca de la capacidad para ejecutar una elección, autocorregirse e invalidar respuestas prepotentes que pueden proceder de la genética/biolología, de influencias ambientales intrauterinas y/o de un aprendizaje temprano. Si bien la capacidad para autoregularse es el resultado de una combinación de temperamento, estilos de procesamiento cognitivo, crianza y entorno, los seres humanos podemos aprender a autorregularnos a través de la participación activa (o esforzada) de funciones más elevadas de la corteza cerebral que participan en la regulación emocional y

cognitiva (Ochsner y Gross, 2005; Schwartz, Gullifor, Stier y Thienemann, 2005a). En este contexto, la conciencia plena podría verse como una característica específica de atención e intención (Bishop et al.; 2004; Brown y Ryan, 2003; Shapiro, 1982) que lleva a controlar y modular el pensamiento, la emoción y la conducta con el resultado de una mejor conciencia y una mayor flexibilidad a la hora de responder. Los procesos implicados en esta función reguladora se han descrito de maneras muy diversas como descentramiento, desautomatización (Teasdale, Segal y Williams, 2003), exposición (Baer, 2003), regulación de la atención en el momento presente y adopción de una actitud abierta y de aceptación (Bishop et al.; 2004; Hayes, Follette y Linehan, 2004; Kabat-Zinn, 2004), y una postura de espectador imparcial (Schwartz y Beyette, 1997).

A continuación abordamos cómo la práctica de la conciencia plena puede incidir en aspectos de autoregulación en casos de TDAH, sobre todo, atención/cognición, emoción y gestión del estrés, y como puede llegar a dar lugar a cambios funcionales/estructurales del cerebro. Aunque reconocemos que 1) la regulación emocional implica atención a conflictos o control en funciones ejecutivas (Hariri, Bookheimer y Mazziotta, 2000; Ochsner y Gross, 2005); 2) los estados afectivos o el estrés pueden influir en la atención (Davidson, Amso, Anderson y Diamond, 2006); y que 3) la respuesta ante una situación de estrés parece estar relacionada con la capacidad de regulación cognitivo-emocional de uno mismo (Urry et al.; 2006), trataremos esas materias por separado para destacar el afecto y el estrés como las dimensiones hasta ahora menos enfatizadas en el TDAH y como objetivos para los enfoques basados en mindfulness.

La conciencia plena como herramienta para la regulación de la atención/cognición en el TDAH

En el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, las discapacidades en cuatro procesos cognitivos son algo que suele encontrarse y que muestra déficits en: procesamiento del lenguaje (p. ej. fluidez verbal, lectura, escritura), memoria de trabajo, inhibición (capacidad de impedir una respuesta) y atención (Barkley, 1997; Nigg, Blaskey, Stawicki y Sachek, 2004; Seidman, 2006; Verte, Geurts, Roeyers, Oosterlaan y Sergeant, 2006). Se sabe

que varios de esos procesos cognitivos funcionan juntos y conforman una función ejecutiva definida como la capacidad para hacer planes por adelantado, establecer objetivos y ejecutar en función de los mismos. Función ejecutiva (un concepto estrechamente vinculado a la idea de control cognitivo) que en el TDAH suele verse con frecuencia comprometida y que es al mismo tiempo un componente clave para el desarrollo de la autoregulación; un proceso que empieza a surgir hacia los 3 años y que continua desarrollándose en la adolescencia y en el inicio de la edad adulta (Davidson et al.; 2006; Diamond, 2002). Los exámenes de estudios de imágenes que investigan diferencias cerebrales en TDAH (Bush et al.; 2005) muestran un funcionamiento de la corteza prefrontal menos activo en tareas de función ejecutiva, además de diferencias en estructuras relacionadas con la atención (p. ej. cingulada anterior). Los individuos con TDAH a menudo manifiestan déficits en varias mediciones de procesos de atención como estar alerta, orientación y/o atención a conflictos. Estar alerta hace referencia a cómo se prepara y se sostiene la atención; la orientación define cómo se presta la atención (desconectar y volver a conectar) y la atención a conflictos se define como el proceso de inhibir una respuesta automática para prestar atención a una respuesta menos automática (Fan, McCandliss, Sommer, Raz y Posner, 2002). Aunque la mayoría de estudios avalan los déficits de atención a conflictos en el TDAH (Loo et al.; 2007; Seidman, Biederman, Faraone, Weber y Ouellette, 1997) también se observan diferencias de procesamiento neuronal al estar alerta y orientarse (Konrad, Neufang, Hanisch, Fink y Herpertz-Dahlmann, 2006).

Dadas las múltiples discapacidades de atención y cognitivas del TDAH, la práctica de la conciencia plena puede considerarse como un enfoque de solución (compensatorio) o rehabilitación (inversión) de este trastorno. Los distintos procesos implicados en la práctica de mindfulness formal e informal pueden llegar a activar repetidamente la función ejecutiva (atención, memoria de trabajo e inhibición), y eso puede tener como resultado que se refuercen esas habilidades, además de cambios importantes en las capacidades de autoregulación. Dado que la atención es un elemento central en la práctica del mindfulness (i.e.; “prestar atención a la atención”) todos los sistemas de atención (estar alerta, orientación y conflicto) (Fan et al.; 2002) estarán involucrados. En la práctica formal (meditación sentada o andando), la atención se activa continuamente en las siguientes fases: (1) centrar la atención en un “ancla de atención” (por lo general, un elemento sensorial como la respiración); (2) notar que se

producen distracciones y dejarlas pasar (o no quedárselas); (3) volver a centrar o reorientar la atención hacia el “ancla de atención”. El control de la atención y el conflicto de atención, además de su orientación, pueden resultar particularmente importantes para llevar a cabo el proceso. Otros ejercicios de meditación mindfulness trabajan la flexibilidad del enfoque de la atención variándolo de más estrecho a más amplio y engendrando lo que se conoce como conciencia abierta o “atención receptiva” (Jha, Krompinger y Baime, 2007). La conciencia plena en la vida cotidiana (o práctica informal), en la que el individuo comprueba su conciencia/atención a lo largo del día, puede seguir activando las mismas redes de atención que en la práctica formal pero quizás ofrece modalidades para generalizar desde una situación educativa o clínica en la que pueden introducirse las prácticas.

Los últimos estudios empíricos publicados demuestran que la atención y sus redes pueden modificarse con la práctica de la meditación en distintas poblaciones clínicas y no clínicas. Un estudio elaborado por Jha (2007) muestra que un curso intensivo (un retiro de un mes de duración) con meditadores con mucha experiencia mejoró la atención alerta, mientras que un curso menos intensivo (de 8 semanas de duración, sin retiro) con participantes recién iniciados tuvo un impacto en la atención de orientación. Al mismo tiempo, los meditadores con mucha experiencia parecen tener mejor capacidad para la atención de conflictos que los recién iniciados al principio del estudio. Una revisión de distintos estudios de meditación implica la activación de la corteza cingulada anterior (ACC) y de la corteza prefrontal (Cahn y Polich, 2006), estructuras que se ven implicadas en el desarrollo de atención a conflictos y habilidades de autocontrol/autoregulación y en la modulación del conocimiento y las emociones en personas adultas (Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman, 2007; Lieberman et al.; 2007). Pagnoni y Cekic (2007) han demostrado que los meditadores con mucha experiencia, comparados con controles sanos, no manifiestan el declive típico relacionado con la edad en el rendimiento de la atención y tienen una menor reducción del volumen de materia gris vinculado a la edad en varias regiones del cerebro, en particular en el putamen. Además también se aprecian mejoras en la respuesta a una prueba de parpadeo de atención, y una asignación más efectiva de los recursos de atención en meditadores con experiencia después de un curso intensivo de 3 meses de duración (Slagter et al.; 2007).

En general, la medida en la que los procesos de atención se ven afectados por la práctica de

conciencia plena depende del tipo y de la duración de dicha práctica o de los puntos fuertes o las vulnerabilidades cognitivas preexistentes. Los estudios futuros que se realicen con personas con TDAH –un extremo del espectro de atención/cognitivo– arrojarán más luz a todas estas cuestiones.

La conciencia plena como herramienta para la regulación de las emociones en el TDAH

Una línea relativamente nueva de estudios recientes sobre el TDAH se interesa por la regulación afectiva y demás aspectos de temperamento y de rasgos de carácter con dicho trastorno (Lynn et al.; 2005; Panzer y Viljoen, 2005; Plessen et al.; 2006). Durante mucho tiempo se han observado niveles elevados de comorbilidad de trastornos de la conducta y del estado de ánimo, ansiedad y consumo de sustancias en el TDAH (Cantwell, 1996; McGough et al.; 2005), lo que manifiesta una vulnerabilidad potencial a desajustes afectivos. También se ha propuesto que los déficits en la inhibición y en el control de los impulsos están relacionados con problemas de la regulación emocional (Barkley, 1997; Nigg y Casey, 2005). Cada vez son más los estudios que investigan el procesamiento afectivo en el TDAH y las diferencias en el reconocimiento y la identificación de los afectos (Braaten y Rosen, 2000; Pelc, Kornreich, Foisy y Dan, 2006; Rapport, Friedman, Tzelepis y Van Voorhis, 2002; Yuill y Lyon, 2007). Estudios de neuroimagen recientes sugieren que las regiones del cerebro asociadas con la regulación afectiva (amígdala, corteza prefrontal ventromedial) pueden tener una estructura y una función diferente en casos de TDAH (Cardinal, Winstanley, Robbins y Everitt, 2004; Plessen et al.; 2006). Además, la búsqueda de novedades, un rasgo de temperamento que incide en la regulación afectiva, y la reactividad potencial ante situaciones de estrés son elevadas en casos de TDAH (Lynn et al.; 2005; Stadler, 2007; Tyrka, 2006).

Las diferencias en la regulación emocional en pacientes con TDAH avalan la hipótesis de que ésta es un continuo clave subyacente al trastorno y aporta más fundamento para utilizar el mindfulness como tratamiento complementario. La práctica del mindfulness enseña a implicarse en los estados emocionales de una forma que no es ni evitadora, ni flotante ni disociativa, sino “observando conscientemente y permaneciendo presente con la emoción”. Este marco aporta curiosidad, apertura y aceptación/voluntad hacia las experiencias

emocionales, además de un cierto grado de distanciamiento o desidentificación de la emoción que puede resultar útil en casos de implicación emocional excesiva (problemas de depresión o de ira) y de evitación emocional (p. ej. trastornos de ansiedad) (Teasdale et al.; 2003). Prestar atención a la respiración, una práctica de ejercicios formales e informales, puede inducir la relajación y disminuir la respuesta fisiológica, un aspecto central de la experiencia emocional. Centrar la atención en un foco neutro (p. ej. la respiración, las plantas de los pies o un objeto externo) puede utilizarse para desmarcarse de estados emocionales particularmente intensos. Ha quedado demostrado que la práctica del mindfulness previene la recaída en depresión crónica (Teasdale et al.; 2001), mejora la conducta impulsiva en pacientes con trastorno límite de personalidad (Bohus et al.; 2004), reduce la agresividad en adolescentes con trastorno de conducta (Singh et al.; 2007) y mejora los resultados en casos de consumo de sustancias (Marlatt et al.; 2004) y de trastorno de ansiedad generalizada (Roemer y Orsillo, 2007). También se ha observado que la inducción de un estado de conciencia plena reduce las sensaciones negativas en respuesta a imágenes desagradables (Arch y Craske, 2006) y a acontecimientos emocionalmente provocadores (Broderick, 2005). Los niveles más elevados de predisposición al mindfulness están correlacionados con una amortiguación de la respuesta de la amígdala a sensaciones negativas mediante la corteza prefrontal en una tarea de etiquetado de sensaciones (Creswell et al.; 2007). En el transcurso de la práctica del mindfulness, los procesos que suelen verse invocados –activación de la atención a conflictos, revaluación de los estados emocionales (i.e.; desvinculación y observación de las emociones) y práctica de la ecuanimidad y de autocompasión– promueven la regulación emocional adaptativa (Leary, Tate, Adams, Allen y Hancock, 2007b; Mauss, Cook, Cheng y Gross, 2007). En general, la literatura existente avala la práctica del mindfulness como herramienta para mejorar la regulación emocional con bastante eficacia en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La conciencia plena como herramienta para la regulación del estrés en el TDAH

Además de sufrir alteraciones en la regulación cognitivo-emocional, los individuos que padecen de TDAH pueden diferenciarse de aquéllos que no sufren el trastorno en sus

respuestas ante el estrés o la carga de estrés. Una gran cantidad de estudios sugiere que el estrés –como por ejemplo el conflicto parental o los insultos prenatales/perinatales– puede aumentar el riesgo de sufrir TDAH o discapacidades asociadas (Pressman et al.; 2006; Talge, Neale y Glover, 2007). Se trata de un trastorno en el que se observan niveles elevados de conflicto familiar, problemas de relaciones o de pareja, fracaso escolar o profesional y una calidad de vida menor en términos de salud (Adler, 2004; Escobar et al.; 2005; Pressman et al.; 2006). Varios estudios también revelan una respuesta anormal del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) en las personas que sufren este trastorno (Blomqvist et al.; 2007; Kaneko, Hoshino, Hashimoto, Okano y Kumashiro, 1993; King, Barkley y Barrett, 1998; Sondeijker et al.; 2007). Además, también se ha detectado una tasa elevada de trastorno por estrés postraumático en los casos de TDAH (Kessler et al.; 2005; Smalley et al.; 2007), lo que avala la hipótesis de que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad podría asociarse con alteraciones en la respuesta al estrés o en la carga de estrés (alostática). La práctica de mindfulness y de otros enfoques mente-cuerpo puede tener un impacto en el TDAH mediante la inducción de la relajación (Benson, 1997; Kabat-Zinn, 2004).

Conciencia plena y neuroplasticidad: implicaciones para el TDAH

Cada vez son más los estudios que sugieren que la actividad cerebral puede modularse con conductas o experiencias repetidas (Draganski et al.; 2004; Schwartz, Stapp y Beauregard, 2005b), como prácticas mentales como la meditación (Lazar et al.; 2005; Pagnoni y Cekic, 2007). Este efecto de neuroplasticidad –cambios funcionales y estructurales duraderos en el circuito neuronal correspondiente tras una conducta repetida– ha quedado demostrado en estudios con animales (Nudo et al.; 1996) y seres humanos (Draganski et al.; 2006; Maguire et al.; 2000; Mechelli et al.; 2004), como en un estudio de práctica cognitiva en casos de TDAH (Olesen, Westerberg y Klingberg, 2004). Con una práctica más esforzada al principio, las regiones de la corteza prefrontal pueden implicarse repetidamente y, de ahí, que su función pueda mejorar. Además, a medida que la práctica repetida continúa, puede producirse la automatización de una postura consciente y un cambio consecuente de la corteza prefrontal a los ganglios basales (Graybiel, 1998). Esta automatización de la conciencia plena puede

ayudar a “activar” la conciencia en el momento presente con mayor facilidad (Schwartz et al.; 2005a). Todo eso podría producir, tanto en individuos con TDAH como en los que no sufren el trastorno, disrupciones más automáticas de periodos de “soñar despierto” o “separarse del resto” o “quedarse atrapado en los pensamientos” y una mejor capacidad para “tomar distancia” durante periodos de intensa respuesta emocional.

Prácticas de conciencia plena para el TDAH (programa *MAPs for ADHD*)

El programa *MAPs for ADHD* fue desarrollado en el transcurso de un estudio de viabilidad durante un periodo de dos años por los Doctores Zylowska y Smalley. Se basa en el programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) (Kabat-Zinn, 2004), en la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Segal et al.; 2006) y en la tradición de la meditación vipassana. Por su parte, otros enfoques basados en mindfulness y en aceptación, además de enfoques psicosociales al TDAH, aportaron una influencia más distal. Entre los especialistas del estudio figuran varios expertos en mindfulness como Diana Winston (profesora budista), el Dr. Jeffrey Schwartz (coautor) y el Dr. Alan Wallace (erudito budista). La práctica de la conciencia plena se adaptó para adecuarse a los problemas exclusivos de los síntomas del TDAH e incluye psicoeducación sobre el trastorno (Smalley, en prensa).

Resumen de la estructura del programa

El programa MAP es un curso de conciencia plena de 8 semanas de duración que se organiza en grupo. Consiste en una sesión semanal de dos horas y media y una práctica diaria que se realiza en casa. Esa práctica consiste en aumentar gradualmente la meditación sentada (i.e.; práctica formal) y los ejercicios de la vida cotidiana (i.e.; práctica informal). La meditación andando puede sustituirse con meditación sentada. Los participantes reciben un CD que contiene meditaciones dirigidas de 5 minutos (semanas 1-2), 10 minutos (semanas 3-5) y 15 minutos (semanas 6-8). Además, en cada sesión los participantes reciben un formulario de práctica semanal donde figura su “tarea” para la semana y se les pide que lo utilicen como

recordatorio visual colocándolo en un punto de su casa que visiten con frecuencia (en el refrigerador, por ejemplo). El programa MAPs para TDAH difiere de otros programas basados en mindfulness porque incluye (1) un componente psicoeducativo sobre los síntomas clínicos, neurobiología y etiología del trastorno; (2) los períodos de meditación sentada o andando son más breves que en otros programas similares (p. ej. en el programa de MBSR se recomienda una práctica en casa de 45 minutos); (3) ayudas visuales didácticas que explican conceptos de conciencia plena; (4) estrategias de terapia cognitivo-conductual para TDAH o de entrenamiento para ayudar en la práctica de la conciencia plena; y (5) una meditación de amor incondicional (un ejercicio de desear el bien para uno mismo y para los demás) al final de cada sesión dirigida a los problemas de baja autoestima a menudo asociados con el TDAH. Si bien la conciencia corporal se practica de varias maneras durante el curso (andando, ejercicios de movimientos breves y estiramientos, meditación cuerpo-respiración-sonido y mindfulness de emociones), no se incluyen escaneos corporales más largos (45 minutos) ni posturas de yoga utilizadas típicamente en MBSR y MBCT. Estas modificaciones, además de la omisión del retiro de medio día de duración que suele incluirse en MBSR o en MBCT, fueron motivadas por nuestro deseo de equilibrar la intensidad del entrenamiento y la facilidad de suministrarlo en situaciones clínicas o de investigación diversas. En general, el programa fue diseñado para aportar un entrenamiento de nivel inicial en conciencia plena, hacerlo adecuado para el TDAH y promover un compromiso de larga duración con el enfoque.

Resumen del contenido del programa

El programa empieza con una sesión dedicada a la presentación de los participantes, un resumen del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y de la conciencia plena, e instrucciones básicas de la meditación sentada. La presentación implica un ejercicio de “aprendamos a conocernos” en el que se pide a todos (incluido los formadores) que compartan con el grupo un aspecto interesante de ellos mismos (p. ej. “háblanos de tus hobbies”). También se pide a los participantes que reflexionen sobre sus intenciones de formar parte de la clase. Las presentaciones iniciales marcan el tono de la clase como proceso interesante y reflexivo. La psicoeducación del TDAH se proporciona en las dos primeras

sesiones y reformula los aspectos de discapacidad o de “déficit” del trastorno destacándolo como una “diferencia neurobiológica”. Así pues, el TDAH representa un extremo del aspecto del funcionamiento que puede venir con aspectos no adaptativos y potencialmente adaptativos (Jensen et al.; 1997; Smalley, 2008). Este marco de trabajo desestigmatiza el TDAH y promueve la apertura y la curiosidad al observar las características del trastorno en uno mismo. La ayuda visual que explica algunos de los conceptos se utiliza para reforzar el aprendizaje y para acomodar varios estilos de procesamiento de información que pueden ser más comunes en el TDAH. El fundamento para utilizar la conciencia plena en TDAH se presenta discutiendo de las dificultades de autoregulación comunes que se encuentran en esta enfermedad. Se revisa la neurociencia emergente de la conciencia plena para destacar el potencial del entrenamiento mental para cambiar la función y la estructura cerebral con práctica a largo plazo. Creemos que una revisión del fundamento científica refuerza la motivación de implicarse en este tipo de programas. El ejercicio de la uva (Kabat-Zinn, 2004) y una meditación básica sentada de 5 minutos sobre el mindfulness de la respiración se utilizan para introducir la práctica de la conciencia plena. La meditación formal se desmitifica y se ofrecen instrucciones de meditación básica sentada utilizando para ello un cojín de meditación o una silla. El ejercicio de meditación sentada de 5 minutos (con un CD) más la “respiración del teléfono” (tomar una respiración consciente cada vez que suena el teléfono) son la práctica para hacer en casa en la semana 1.

Sesión II: Se habla de las dificultades que aparecen al practicar la meditación como distracción, agitación y aburrimiento, y se destacan como algo común para todos y también se reconoce que puede resultar particularmente difícil para las personas con TDAH. El enfoque de regresar al marco del TDAH como un extremo en un continuo normal de funcionamiento desalienta los sentimientos de separación que a menudo expresan los individuos con TDAH y parece promover una mayor autocompasión el hecho de reconocer las dificultades que todos encontramos como parte de la “condición humana” (Leary, Tate, Adams, Allen y Hancock, 2007a). Las dificultades se explican y se validan, y se anima a los participantes a trabajar con ellas todo lo que puedan y a tomar responsabilidades por sus acciones. Es similar a la actitud que se utiliza en los cursos de orientación de TDAH, en los que se utiliza un apoyo suave a la vez que firme para ayudar con el desánimo rápido, la falta de persistencia o el esfuerzo

inconsistente que suelen manifestar las personas que sufren este trastorno. Al hablar de las dificultades de la distracción, se enfatiza que “no se trata de permanecer con la respiración sino regresar a la respiración” para animar a ser persistente incluso en el contexto de distracciones frecuentes. La observación consciente incluye hábitos inadaptados que suelen asociarse con el TDAH como mostrarse opositor, irritable, reaccionar en exceso, dejar las cosas para más tarde o evitar las tareas que requieren atención.

Sesión III: Se introduce la conciencia plena de los sonidos utilizando una breve pieza musical durante la cual se pide a los participantes que observen su experiencia de escucha, incluidos los cambios de atención a distintos instrumentos, sentimientos evocados, imágenes o asociaciones de pensamientos. A continuación se realiza una meditación durante la cual los participantes deben prestar atención a las experiencias predominantes en el momento presente de sensaciones físicas (p. ej. dolor, sentimiento o agitación), respiración o sonido. Si bien el desplazamiento de la atención de un estímulo al siguiente suele ser familiar para los individuos con TDAH, ser consciente del “tomar” y del cambio de atención desde una postura de “observador imparcial” a veces es una experiencia nueva. También se pide a los participantes que practiquen la conciencia plena durante la semana, utilizando preguntas del estilo “¿dónde está mi atención ahora mismo?” o “¿qué estoy haciendo ahora mismo?” y regresando a la tarea que estaba prevista. Se recomienda utilizar recordatorios visuales, como adhesivos o mensajes con la palabra “respira”, a modo de recordatorios ambientales para conectar con la conciencia en el momento presente (Safren, 2006).

Sesión IV: La meditación de contar la respiración se introduce como forma alternativa de trabajar la concentración. La conciencia corporal se potencia a través de movimientos suaves del cuerpo, mindfulness de sensaciones agradables, desagradables y neutras y formas de trabajar con el dolor conscientemente. Por su parte, la conciencia plena de una actividad cotidiana se refuerza con un ejercicio como ponerse o quitarse los zapatos conscientemente, o practicando mindfulness al colocar elementos importantes como las llaves o la cartera.

Sesión V: Se introduce la conciencia plena de pensamientos utilizando una fotografía del cielo y las nubes que se compara con el concepto de metaconciencia (representada por el cielo azul) en contraposición de las experiencias del momento presente (representadas por nubes con

distintas etiquetas como “pensamiento”, “sentimiento”, “imagen”, “sonido” o “sensación corporal”). Dado que muchas personas con TDAH sienten que sus mentes están continuamente “en movimiento”, también sugerimos que los numerosos pensamientos y sentimientos que experimentan (seguramente más que la media) pueden proporcionarles una mayor capacidad para practicar la conciencia. Los pensamientos demasiado negativos o críticos se trabajan utilizando un ejercicio por parejas en el que se manifiestan autocríticas al otro. En la práctica clínica, el individuo con TDAH a menudo manifiesta baja autoestima y aprueba en exceso las autocríticas negativas. También se habla de la diferencia entre ser crítico o criticar (como en discernir), y la conciencia no crítica se explica como un paso del proceso de aprendizaje que lleva al discernimiento, la elección y la acción consciente. Como parte de la práctica para hacer en casa, se pide a los participantes que cuenten los momentos en los que son hiper críticos o critican (a ellos mismos o a los demás) en un día normal.

Sesión VI: La conciencia plena de las emociones se potencia mediante una breve práctica didáctica sobre el funcionamiento y la aceptación de las emociones. Se habla de las dificultades más comunes a la hora de regular los estados emocionales en el TDAH y se introduce el mnemónico RAIN (Winston, 2003) para ayudar a establecer la conciencia plena durante las respuestas emocionales. Las siglas de RAIN hacen referencia a R (reconocer), A (aceptar), I (investigar) y N (no personalizar). Se utiliza una meditación sentada con visualización de un acontecimiento emocionalmente evocador reciente como ejercicio para aplicar ese mnemónico a dichas emociones. Una meditación de amor incondicional más larga, que empieza con la visualización de un ser querido, es la que se utiliza para practicar el trabajo de estados emocionales positivos. También se pide a los participantes que presten atención a las emociones positivas y negativas que experimentan durante la semana.

Sesión VII: Se practica la conciencia abierta de todas las experiencias del momento presente. Se establecen paralelismos con distintos aspectos de la atención (p. ej. estar alerta, orientarse, atención a conflictos) y se pide a los participantes que observen la calidad de su atención con frecuencia a lo largo del día (potenciando la “metaatención”). Dado que en el TDAH se suelen encontrar dificultades en las interacciones sociales y en la conciencia social, como no escuchar, interrumpir, hablar demasiado, soltar respuestas o estar distraído en una conversación, esta sesión también enseña a escuchar y a hablar con conciencia. En un

ejercicio, uno de los participantes es el orador, mientras que el otro escucha, aportando conciencia a sus respuestas automáticas o a los impulsos por interrumpir. También se les pide que practiquen la escucha consciente con un amigo o con sus parejas.

Sesión VIII: Se repasan los conceptos y las prácticas de conciencia plena y se ofrecen recursos para su práctica continua. Los participantes comentan lo que han aprendido en las clases durante un ejercicio de “consejo oral” en el que todos tienen la posibilidad de hablar de su experiencia. El aprendizaje del mindfulness se enmarca como un proceso a lo largo de la vida en el que se observa la atención, se renueva la intención de regresar al momento presente y se aplica la dialéctica aceptación-cambio cada día. Se revisan las modificaciones ambientales derivadas de los cursos de orientación para TDAH y de los enfoques de CBT para ayudar a recordar que se debe ser consciente o practicar el amor incondicional, como recordatorios visuales, utilizar una actividad habitual como recordatorio de que se debe ser consciente (p. ej. asociando el acto de encender el ordenador con ser consciente), recibir recordatorios por correo electrónico o en la agenda electrónica, tener a un amigo o a la propia pareja como orientador de mindfulness y asistir a grupos de meditación frecuentes o a talleres/retiros periódicos. Animamos a practicar destacando “cuánto se tarda en desarrollar una nueva habilidad” en general (p. ej. hacen falta 50 horas para aprender a tocar la armónica y 1.200 horas para aprender a tocar el violín) (Strayhorn, 2002).

Estudios de caso de participantes del programa MAPs para TDAH

La señora X es una escritora que ya ha entrado en la cuarentena. Diagnosticada con TDAH desde que era niña, recibió un tratamiento breve con la medicación estimulante Ritalina pero sus padres, cansados de los medicamentos, lo abandonaron tras varios meses. Desde entonces hizo su vida sin tratamiento y pudo realizar estudios universitarios (aunque tuvo que hacer dos años más de lo normal). Trabajaba desde casa y podía dedicarse a escribir, pero a menudo dudaba de su capacidad como escritora y sufría de depresión intermitente y ansiedad. Manifestaba problemas de concentración, problemas para organizar sus jornadas, era olvidadiza y a menudo no realizaba un seguimiento de los proyectos. De hecho, aunque tenía muy buenas ideas no era capaz de organizar sus pensamientos lo suficiente como para elaborar

un guión. Además, a menudo se sentía abrumada por tareas que requieren atención y cuando era incapaz de cumplir lo que había previsto que tenía que hacer en un día, se reprendía por ser perezosa o inepta. Se volvió a motivar con respecto a seguir un tratamiento cuando su hijo de 10 años también fue diagnosticado con TDAH. A ella le diagnosticaron un trastorno de ansiedad generalizado, depresión profunda y un subtipo de TDAH con falta de atención. El tratamiento inicial con antidepresivos ayudó con la depresión y la ansiedad, pero seguía quejándose de desorganización y falta de atención. Se probó con varios medicamentos para TDAH pero, o bien exacerbaban la ansiedad de la Sra. X o bien no eran efectivos. Así pues, la Sra. X decidió apostar por los enfoques no medicamentosos para obtener ayuda con sus síntomas TDAH y se inscribió en el programa *MAPs* para TDAH. Durante el curso se sintió aliviada al saber que podía empezar con 5 minutos de práctica sentada y prestar atención plena a cualquier experiencia, incluidas las distracciones o la impaciencia. Los ejercicios de amor incondicional le resultaron especialmente útiles y cuando le surgían las autocríticas reactivas típicas del trastorno lograba distanciarse de dichas críticas. También descubrió que cuando no sobrereaccionaba podía solucionar problemas y organizar su trabajo de manera más efectiva. Después del curso también manifestó una mejor capacidad para concentrarse y finalizar tareas. Según sus propias palabras “la idea de poder verte distraídote y poder recuperar la atención fue probablemente lo más fundamental, como la experiencia de practicarlo en la meditación –el irte para después volver. Así pues, cuando soy consciente de que me estoy distrayendo de una tarea, soy capaz de verlo mejor y de retomar la atención antes”.

Z es una adolescente de 16 años a la que se diagnosticó un TDAH de tipo combinado (i.e. con síntomas de falta de atención y de hiperactividad) a los diez años. Desde que fue diagnosticada ha estado tomando estimulantes como anfetaminas o metilfenidato, con un resultado positivo para prestar atención en la escuela y para hacer los deberes en casa. Sin embargo, incluso tomando la medicación, sigue manifestando períodos de falta de atención y de agitación, y debe levantarse con frecuencia de la silla. También dice que “flipó” cuando olvidó tomar la medicación porque al parecer no logró centrarse en absoluto y se sintió particularmente irritable y de mal humor como efecto secundario de haber dejado la medicación. Durante las sesiones del programa *MAP*, Z sentía la necesidad de levantarse

incluso durante las meditaciones de 5 minutos, pero aprendió a utilizar la meditación andando como manera de proseguir con la práctica formal durante el tiempo necesario. Asistió a la mayoría de sesiones del programa *MAPs* para TDAH e indicó que aunque su práctica formal en casa era irregular (entre 5 y 10 minutos dos veces por semana) aplicaba con frecuencia la conciencia plena a lo largo del día. También dio ejemplos de ser consciente de su cuerpo en movimiento mientras jugaba a fútbol y de ser más consciente de sus emociones y sus pensamientos durante alguna discusión con un amigo. También sentía sus pensamientos hipercríticos más fácilmente y descubrió que sin reprenderse estaba más motivada para “volverlo a intentar”. Mantenía una notita en su ordenador que le recordaba “respirar” y tenía una alarma en el teléfono móvil que le recordaba “comer más conscientemente” a la hora del almuerzo. En general, se sentía más capaz de poder “hacer algo para su TDAH”. Por otra parte, descubrió que le era más fácil regular su estado de ánimo y su atención cuando olvidaba tomar la medicación. En sus propias palabras: “cuando me distraigo... puedo volver a centrarme... cuando siento que mi mente divaga, soy capaz de darme cuenta de que está divagando y dejar pasar el sentimiento”.

Indicaciones para el futuro

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un rasgo complejo que aparece en la infancia pero que continúa durante toda la vida en la mayoría de casos. Es altamente heredable pero las interacciones posibles de genes y las influencias ambientales que dan forma a su desarrollo sólo empiezan a comprenderse ahora. El TDAH puede entenderse como un extremo del amplio continuo de variabilidad de procesos afectivos y cognitivos en la población que, solos o combinados, producen la discapacidad de la autoregulación asociada con el trastorno. Creemos que la práctica de la conciencia plena (como los programas *MAPs* para TDAH) puede reforzar las habilidades de autoregulación y posiblemente alterar las discapacidades neurobiológicas de los individuos afectados por este trastorno, además de las de las personas “en riesgo” de sufrirlo (en función de la carga familiar de TDAH o de genes de riesgo detectables futuros). En general, la práctica de la conciencia plena puede ser un enfoque valioso en un tratamiento completo del TDAH a lo largo de la vida en el que se equilibre el

tratamiento con medicación de la vulnerabilidad biológica con herramientas para mejorar la capacidad de autoregulación.

Referencias

- ADDA. (2002). *The Attention Deficit Disorder Association Guiding Principles for Coaching Individuals with Attention Deficit Disorder*. 17 de septiembre de 2007, de www.add.org/articles/coachingguide.html
- ADLER, L.A. (2004). Clinical presentations of adult patients with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 3, 8-11.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Cuarta edición). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- ARCH, J.J.; CRASKE, M.G. (2006). “Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction”. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1849-1858.
- ARNOLD, L.E. (2001). “Alternative treatments for adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 310-341.
- BAER, R.A. (2003). “Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review”. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125-143.
- BARKLEY, R.A. (1997). “Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD”. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- BEAUREGARD, M.; LEVESQUE, J. (2006). “Functional magnetic resonance imaging investigation of the effects of neurofeedback training on the neural bases of selective attention and response inhibition in children with attention-deficit/hyperactivity disorder”. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 3-20.
- BENSON, H. (1997). “The relaxation response: therapeutic effect”. *Science*, 278(5344), 1694-1695.
- BERGER, A.; KOFMAN, O.; LIVNEH, U.; HENIK, A. (2007). “Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation”. *Progress in Neurobiology*, 82(5), 256-286.

- BIEDERMAN, J.; MONUTEAUX, M.C.; DOYLE, A.E.; SEIDMAN, L.J.; WILENS, T. E.; FERRERO, F.; et al. (2004). “Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757-766.
- BISHOP, S.R.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.D.; CARMODY, J.; et al. (2004). “Mindfulness: A proposed operational definition”. *Clinical Psychology Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- BLOMQVIST, M.; HOLMBERG, K.; LINDBLAD, F.; FERNELL, E.; EK, U.; DAHLLOF, G. (2007). “Salivary cortisol levels and dental anxiety in children with attention deficit hyperactivity disorder”. *European Journal of Oral Sciences*, 115(1), 1-6.
- BOHUS, M.; HAAF, B.; SIMMS, T.; LIMBERGER, M.F.; SCHMAHL, C.; UNCKEL, C.; et al. (2004). “Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial”. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- BRAATEN, E.B.; ROSEN, L.A. (2000). “Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 313-321.
- BRODERICK, P.C. (2005). “Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction”. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 501-510.
- 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.; CRESWELL, J.D. (2007). “Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects”. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- BUSH, G.; VALERA, E.M.; SEIDMAN, L.J. (2005). “Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions”. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1273-1284.
- CAHN, B.R.; POLICH, J. (2006). “Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies”. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- CANTWELL, D.P. (1996). “Attention deficit disorder: a review of the past 10 years”. *Journal of*

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(8), 978-987.

CARDINAL, R.N.; WINSTANLEY, C.A.; ROBBINS, T.W.; EVERITT, B.J. (2004). "Limbic corticostriatal systems and delayed reinforcement". *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*, 33-50.

CLARK, T.; FEEHAN, C.; TINLINE, C.; VOSTANIS, P. (1999). "Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder". *European Child and Adolescent Psychiatry, 8(1)*, 50-55.

CRESWELL, J.D.; WAY, B.M.; EISENBERGER, N.I.; LIEBERMAN, M.D. (2007). "Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling". *Psychosomatic Medicine, 69(6)*, 560-565.

DAVIDSON, M.C.; AMSO, D.; ANDERSON, L.C.; DIAMOND, A. (2006). "Development of cognitive control and executive functions from 4 to 13 years: evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching". *Neuropsychologia, 44(11)*, 2037-2078.

DIAMOND, A. (2002). *Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: Cognitive functions, anatomy, and biochemistry*. London, UK: Oxford University Press.

DODSON, W.W. (2005). "Pharmacotherapy of adult ADHD". *Journal of Clinical Psychology, 61(5)*, 589-606.

DRAGANSKI, B.; GASER, C.; BUSCH, V.; SCHUERER, G.; BOGDAHN, U.; MAY, A. (2004). "Neuroplasticity: Changes in grey matter induced by training". *Nature, 427(6972)*, 311-312.

DRAGANSKI, B.; GASER, C.; KEMPERMANN, G.; KUHN, H.G.; WINKLER, J.; BUCHEL, C.; et al. (2006). "Temporal and spatial dynamics of brain structure changes during extensive learning". *Journal of Neuroscience, 26(23)*, 6314-6317.

ESCOBAR, R.; SOUTULLO, C.A.; HERVAS, A.; GASTAMINZA, X.; POLAVIEJA, P.; GILABERTE, I. (2005). "Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children". *Pediatrics, 116(3)*, e364-369.

FAN, J.; McCANDLISS, B.D.; SOMMER, T.; RAZ, A.; POSNER, M.I. (2002). "Testing the efficiency and independence of attentional networks". *Journal of Cognitive Neuroscience, 14(3)*, 340-347.

FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J.; MICK, E. (2006). "The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies". *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165.

FARAONE, S.V.; PERLIS, R.H.; DOYLE, A.E.; SMOLLER, J.W.; GORALNICK, J.J.; HOLMGREN, M.A.; et al. (2005). "Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder". *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323.

GRAYBIEL, A.M. (1998). "The basal ganglia and chunking of action repertoires". *Neurobiology of Learning and Memory*, 70(1-2), 119-136.

HARIRI, A.R.; BOOKHEIMER, S.Y.; MAZZIOTTA, J. C. (2000). "Modulating emotional responses: Effects of a neocortical network on the limbic system". *Neuroreport*, 11(1), 43-48.

HAYES, S.C.; FOLLETTE, V.M.; LINEHAN, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press.

HAYES, S.C.; SHENK, C. (2004). "Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments". *Clinical Psychology Science and Practice*, 11(3), 249-254.

HESSLINGER, B.; TEBARTZ VAN ELST, L.; NYBERG, E.; DYKIEREK, P.; RICHTER, H.; BERNER, M.; et al. (2002). "Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults - a pilot study using a structured skills training program". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177-184.

JAMES, W.; *Principios de psicología*, Volumen I página 454-454 de la edición de 1909. Madrid: Daniel Jorro.

JENSEN, P.S.; ARNOLD, L.E.; SWANSON, J.M.; VITIELLO, B.; ABIKOFF, H.B.; GREENHILL, L.L.; et al. (2007). "3-year follow-up of the NIMH MTA study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.

JENSEN, P.S.; MRAZEK, D.; KNAPP, P.K.; STEINBERG, L.; PFEFFER, C.; SCHOWALTER, J.; et al. (1997). "Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1672-1679; debate 1679-1681.

JHA, A.P.; KROMPINGER, J.; BAIME, M.J. (2007). "Mindfulness training modifies subsystems of

- attention". *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.
- KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- KANEKO, M.; HOSHINO, Y.; HASHIMOTO, S.; OKANO, T.; KUMASHIRO, H. (1993). "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in children with attention-deficit hyperactivity disorder". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23(1), 59-65.
- KESSLER, R.; ADLER, L.; BARKLEY, R.; BIEDERMAN, J.; CONNERS, C.K.; DEMLER, O.; et al. (2006). "The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication". *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- KESSLER, R.C.; ADLER, L.A.; BARKLEY, R.; BIEDERMAN, J.; CONNERS, C.K.; FARAONE, S.V.; et al. (2005). "Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication". *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451.
- KING, J.A.; BARKLEY, R.A.; BARRETT, S. (1998). "Attention-deficit hyperactivity disorder and the stress response". *Biological Psychiatry*, 44(1), 72-74.
- KLINGBERG, T.; FERNELL, E.; OLESEN, P.J.; JOHNSON, M.; GUSTAFSSON, P.; DAHLSTROM, K.; et al. (2005). "Computerized training of working memory in children with ADHD - a randomized, controlled trial". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 177-186.
- KONRAD, K.; NEUFANG, S.; HANISCH, C.; FINK, G.R.; HERPERTZ-DAHLMANN, B. (2006). "Dysfunctional attentional networks in children with attention deficit/hyperactivity disorder: evidence from an event-related functional magnetic resonance imaging study". *Biological Psychiatry*, 59(7), 643-651.
- KRATTER, J. (1983). "The use of meditation in the treatment of attention deficit disorder with hyperactivity". *Dissertation Abstracts International*, 44(1965).
- LAZAR, S.W.; KERR, C.E.; WASSERMAN, R.H.; GRAY, J.R.; GREVE, D.N.; TREADWAY, M.T.; et al. (2005). "Meditation experience is associated with increased cortical thickness". *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.

LEARY, M. R.; TATE, E.B.; ADAMS, C.E.; ALLEN, A.B.; HANCOCK, J. (2007a). "Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly". *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.

LEARY, M.R.; TATE, E.B.; ADAMS, C.E.; ALLEN, A.B.; HANCOCK, J. (2007b). "Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly". *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.

LIEBERMAN, M.D.; EISENBERGER, N.I.; CROCKETT, M. J.; TOM, S. M.; PFEIFER, J. H.; WAY, B. M. (2007). "Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli". *Psychological Science*, 18(5), 421-428.

LOO, S. K.; HUMPHREY, L. A.; TAPIO, T.; MOILANEN, I. K.; McGOUGH, J. J.; McCACKEN, J. T.; et al. (2008). "Executive Functioning Among Finnish Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1594-1604.

LU, A.T.; OGDIE, M.N.; JARVELIN, M.R.; MOILENAN, I.K.; LOO, S.K.; McCACKEN, J.; et al. (2008). "Association of the cannabinoid receptor gene (CNR1) with ADHD and post-traumatic stress disorder". *AM J Hum Genet: Part B Neuropsychiatric Genet*.

LYNN, D.E.; LUBKE, G.; YANG, M.; McCACKEN, J.T.; McGOUGH, J.J.; ISHII, J.; et al. (2005). "Temperament and character profiles and the dopamine D4 receptor gene in ADHD". *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 906-913.

MAGUIRE, E.A.; GADIAN, D.G.; JOHNSRUDE, I.S.; GOOD, C.D.; ASHBURNER, J.; FRACKOWIAK, R.S.; et al. (2000). "Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 97(8), 4398-4403.

MARLATT, G.A.; WITKIEWITZ, K.; DILLWORTH, T.M.; BOWEN, S.W.; PARKS, G.A.; MACPHERSON, L.M.; et al. (2004). "Vipassana Meditation as a Treatment for Alcohol and Drug Use Disorders". In S.C. HAYES; V.M. FOLLETTE; M.M. LINEHAN (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: The Guilford Press.

MAUSS, I.B.; COOK, C.L.; CHENG, J.Y.; GROSS, J.J. (2007). "Individual differences in cognitive

reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation". *International Journal of Psychophysiology*, 66(2), 116-24.

McGOUGH, J.J.; SMALLEY, S.L.; McCACKEN, J.T.; YANG, M.; DEL'HOMME, M.; LYNN, D.E.; et al. (2005). "Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families". *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627.

MECHELLI, A.; CRINION, J.T.; NOPPENEY, U.; O'DOHERTY, J.; ASHBURNER, J.; FRACKOWIAK, R.S.; et al. (2004). "Neurolinguistics: structural plasticity in the bilingual brain". *Nature*, 431(7010), 757.

MORETTI-ALTUNA, G. (1987). "The effects of meditation versus medication in the treatment of attention deficit disorder with hyperactivity". *Dissertation Abstracts International* 47(4658).

NIGG, J. (2003). "ADHD: Guides for the perplexed reflect the state of the field". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 302-308.

NIGG, J.T.; BLASKEY, L.G.; STAWICKI, J.A.; SACHEK, J. (2004). "Evaluating the endophenotype model of ADHD neuropsychological deficit: results for parents and siblings of children with ADHD combined and inattentive subtypes". *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 614-625.

NIGG, J.T.; CASEY, B.J. (2005). "An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences". *Development and Psychopathology*, 17(3), 785-806.

NUDO, R.J.; MILLIKEN, G.W.; JENKINS, W.M.; MERZENICH, M.M. (1996). "Use-dependent alterations of movement representations in primary motor cortex of adult squirrel monkeys". *Journal of Neuroscience*, 16(2), 785-807.

OCHSNER, K.N.; GROSS, J.J. (2005). "The cognitive control of emotion". *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249.

OLESEN, P.J.; WESTERBERG, H.; KLINGBERG, T. (2004). "Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory". *Nature Neuroscience*, 7(1), 75-79.

PAGNONI, G.; CEKIC, M. (2007). "Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation". *Neurobiology of Aging*, 28(10), 1623-1627.

- PANZER, A.; VILJOEN, M. (2005). "Supportive neurodevelopmental evidence for ADHD as a developmental disorder". *Medical Hypotheses*, 64(4), 755-758.
- PELC, K.; KORNREICH, C.; FOISY, M.L.; DAN, B. (2006). "Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder". *Pediatric Neurology*, 35(2), 93-97.
- PLESSEN, K.J.; BANSAL, R.; ZHU, H.; WHITEMAN, R.; AMAT, J.; QUACKENBUSH, G.A.; et al. (2006). "Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder". *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 795-807.
- PRESSMAN, L.J.; LOO, S.K.; CARPENTER, E.M.; ASARNOW, J.R.; LYNN, D.; McCACKEN, J.T.; et al. (2006). "Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 346-354.
- RAPPORTE, L.J.; FRIEDMAN, S.R.; TZELEPIS, A.; VAN VOORHIS, A. (2002). "Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder". *Neuropsychology*, 16(1), 102-110.
- ROEMER, L.; ORSILLO, S.M. (2007). "An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder". *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85.
- ROSTAIN, A.L.; RAMSAY, J.R. (2006). "A combined treatment approach for adults with ADHD - results of an open study of 43 patients". *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 150-159.
- SAFREN, S.A. (2006). "Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood". *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 8, 46-50.
- SAFREN, S.A.; OTTO, M. W.; SPRICH, S.; WINETT, C.L.; WILENS, T.E.; BIEDERMAN, J. (2005). "Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms". *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831-842.
- SCHWARTZ, J.; BEGLEY, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force* (1st ed.). Nueva York: Regan Books.
- SCHWARTZ, J.; GULLIFOR, E.Z.; STIER, J.; THIENEMANN, M. (2005a). *Mindful awareness and self-directed neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approach to mental health with focus on obsessive compulsive disorder*. Haworth Press.

SCHWARTZ, J.M.; BEYETTE, B. (1997). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. Nueva York: Harper Collins.

SCHWARTZ, J.M.; STAPP, H.P.; BEAUREGARD, M. (2005b). Quantum physics in neuroscience and psychology: a neurophysical model of mind-brain interaction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 360(1458), 1309-1327.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SEIDMAN, L.J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 466-485.

SEIDMAN, L.J.; BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; WEBER, W.; OUELLETTE, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 150-160.

SHAPIRO, D.H. (1982). Clinical and physiological comparison of meditation and other self-control strategies. *Am Journal Psychiatry*, 139, 267-274.

SHEKIM, W.O.; ASARNOW, R.F.; HESS, E.; ZAUCHA, K.; WHEELER, N. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 416-425.

SINGH, N.; LANCIONI, G.E.; JOY, S.D.S.; WINTON, A.S.W.; SABAADI, M.; WAHLER, R.G.; et al. (2007). Adolescents with Conduct Disorder Can be Mindful of Their Aggressive Behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(1), 56-63.

SKOUNTI, M.; PHILALITHIS, A.; GALANAKIS, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123.

SLAGTER, H.A.; LUTZ, A.; GREISCHAR, L.L.; FRANCIS, A.D.; NIEUWENHUIS, S.; DAVIS, J.M.; et al. (2007). "Mental Training Affects Distribution of Limited Brain Resources". *PLoS Biology*, 5(6), e138.

SMALLEY, S.L. (2008). "Reframing ADHD in the Genomic Era". *Psychiatric Times*, 25(7).

- SMALLEY, S.L.; MCGOUGH, J.J.; MOILANEN, I.K.; LOO, S.K.; TAANILA, A.; EBELING, H.; et al. (2007). "Prevalence and Psychiatric Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescent Finnish Population". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1572-1583.
- SONDEIJKER, F.E.; FERDINAND, R.F.; OLDEHINKEL, A.J.; VEENSTRA, R.; TIEMEIER, H.; ORMEL, J.; et al. (2007). "Disruptive behaviors and HPA-axis activity in young adolescent boys and girls from the general population". *Journal of Psychiatric Research*, 41(7), 570-578.
- STADLER, C.; STERZER, P.; SCHMECK, K.; KREBS, A.; KLEINSCHMIDT, A.; POUSTKA, F. (2007). "Reduced anterior cingulate activation in aggressive children and adolescents during affective stimulation: Association with temperament Traits". *Journal of Psychiatry Research*, 41(5), 410-417.
- STEVENSON, C.S.; WHITMONT, S.; BORNHOLT, L.; LIVESEY, D.; STEVENSON, R.J. (2002). "A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 610-616.
- STRAYHORN, J.M.; Jr. (2002). "Self-control: toward systematic training programs". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 17-27.
- SWANSON, J.M.; SCHUCK, S.; MANN, M.; CARLSON, C.L.; HARTMAN, C.A.; SERGEANT, J.A.; et al. (2001). "Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: The SNAP and SWAN ratings scales". 6 de junio de 2006, en <http://adhd.net>
- TALGE, N.M.; NEALE, C.; GLOVER, V. (2007). "Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health". *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
- 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 from a controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 347-357.
- 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.

- TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. (2003). "Mindfulness training and problem formulation". *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 157-160.
- TYRKA, A.R.; MELLO, A.F.; MELLO, M.F.; GAGNE, G.G.; GROVER, K.E.; ANDERSON, G.M.; PRICE, L.H.; CARPENTER, L.L. (2006). "Temperament and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in healthy adults". *Psychoneuroendocrinology*, 31(9), 1036-1045.
- URRY, H.L.; VAN REEKUM, C.M.; JOHNSTONE, T.; KALIN, N.H.; THUROW, M.E.; SCHAEFER, H.S.; et al. (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". *Journal of Neuroscience*, 26(16), 4415-4425.
- VERTE, S.; GEURTS, H.M.; ROEYERS, H.; OOSTERLAAN, J.; SERGEANT, J.A. (2006). "The relationship of working memory, inhibition, and response variability in child psychopathology". *Journal of Neuroscience Methods*, 151(1), 5-14.
- WASSERSTEIN, J.; LYNN, A. (2001). "Metacognitive remediation in adult ADHD. Treating executive function deficits via executive functions". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 376-384.
- WENDER, P.H. (1998). "Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults". *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 7, 76-79.
- WILENS, T.E.; BIEDERMAN, J.; SPENCER, T.J. (2002). "Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan". *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.
- WINSTON, D. (2003). *Wide Awake: A Buddhist Guide for Teens*: Perigee Trade.
- YUILL, N.; LYON, J. (2007). "Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD: General performance impairments or specific problems in social cognition?". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(6), 398-404.
- ZUDDAS, A.; ANCILLETTA, B.; MUGLIA, P.; CIANCHETTI, C. (2000). "Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychiatric disorder with childhood onset". *European Journal of Paediatric Neurology*, 4(2), 53-62.
- ZYLOWSKA, L.; ACKERMAN, D.L.; YANG, M.H.; FUTRELL, J.L.; HORTON, N.L.; HALE, T.S.; et al. (2008). "Behavioral and cognitive changes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder using a

mindfulness meditation approach". *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746.

18

Mindfulness y psicosis

Antonio Pinto

Homo sum. Humanum nihil a me alienum puto (Heautontimoroumenos) (163 A.C.) Soy humano. Nada de lo humano me es ajeno.

Terencio

Introducción

En los últimos años el mindfulness ha contribuido significativamente a la promoción del objetivo último de todo tratamiento médico y psicológico: aliviar el sufrimiento de los pacientes (Segal, Williams y Teasdale, 2006).

Efectivamente, todo paciente afectado por un trastorno, independientemente de cual sea la causa o la naturaleza, lanza el mismo grito desesperado y esperanzado: “ayúdenme a sentirme mejor, ayúdenme a vivir mejor”, que destaca al mismo tiempo la intolerabilidad de condición material del estar enfermo así como el componente existencial de estar sufriendo.

Así pues, se apela a todas las psicoterapias para abordar el problema y las causas del sufrimiento.

No cabe duda de que existen numerosas causas de sufrimiento, como el estrés, las enfermedades, las personas, los propios sentimientos, objetivos y deseos. Aún así, la mayoría de veces el sufrimiento se produce cuando distintos factores se combinan de manera no armoniosa.

Mientras que las psicoterapias nos ayudan a solucionar, a trabajar, a eliminar o a vivir mejor con lo que produce el sufrimiento, el mindfulness introduce un nuevo elemento importante:

ayudar a los profesionales y a los pacientes a cambiar su actitud hacia el sufrimiento en sí. Ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para ser menos reactivo ante lo que ocurre en cada momento, permitiéndonos así vivir los distintos tipos de experiencias de una manera que reduce nuestros niveles de sufrimiento al tiempo que mejora la sensación de bienestar (Germer, 2005).

El mindfulness también implica conseguir una mayor aceptación y conciencia. Aceptar las cosas como son, sin juzgarlas ni rechazarlas inmediatamente; aceptarse a uno mismo y a los demás, algo que significa una mayor benevolencia hacia nuestra propia naturaleza, nuestros límites, sentimientos y pensamientos (Kabat-Zinn, 2007).

Se puede practicar el mindfulness con distintos niveles de intensidad: desde la práctica diaria en nuestro entorno habitual, que nos permite experimentar momentos conscientes, a la práctica más intensa y continua de los monjes o profesionales de la meditación que viven en contextos extraordinarios. Independientemente del nivel y del grado de intensidad de nuestra práctica, el mindfulness nos permite alcanzar un nivel superior de percatación de pensamiento, sentimiento, emoción, deseos y acciones, así como del sufrimiento mismo (Kabat-Zinn, 2004).

Como decíamos antes, sufrir es una constante en la condición humana y cuanto más se enfoca como algo absurdo e insignificante, más insoportable resulta, porque la posibilidad de comunicarlo y de compartirlo es menor y eso hace que los que sufren dolor, lenta e inevitablemente se cierren en sí mismos en un intento desesperado por encontrar las posibles causas y soluciones. Experimentar el sufrimiento como una dimensión meramente privada e interior nos aleja de la posibilidad de ser reconfortados y abrirnos a un diálogo relacional basado sobre todo en compartir y entenderse mutuamente (Bowlby, 1998).

Pacientes graves

Esta es la típica experiencia vital interior de muchos pacientes graves que, además de su gran sufrimiento, presentan una serie de problemas que frustran la efectividad del tratamiento, tales como poca o nula conciencia de enfermedad, inestabilidad del estado de ánimo, una intensidad emocional devastadora, conductas extrañas y difícilmente comprensibles (en ocasiones

violentas hacia ellos mismos y hacia los demás) y una tendencia a atraer el rechazo y a convertirse en parias. Además, este tipo de pacientes a menudo vive en entornos familiares donde predominan niveles elevados de emoción expresada (EE), lo que, junto con las críticas y los problemas de comunicación, hace que la patología empeore o que se produzcan recaídas (Falloon I. et al.; 1985). Los déficits establecidos de estos pacientes hacen que les resulte difícil utilizar algunas funciones metacognitivas necesarias para el éxito de su terapia como la descentración, el distanciamiento, el dominio y otras habilidades (Linehan, 1993). Las psicoterapias tradicionales han demostrado ser de escasa efectividad en esos casos, como indican los elevados niveles de abandono o de ineficacia clínica. Incluso la ampliamente validada terapia cognitivo-conductual (CBT) no basta con pacientes de este tipo y es necesario adaptar el protocolo estándar. El primer cambio que debe llevarse a cabo es, sin lugar a dudas, la introducción de un monitoreo de la relación terapéutica y de la postura relacional del terapeuta hacia este tipo de paciente en particular, como fuente de aprendizaje y de cambio en la psicoterapia.

Crear un entorno terapéutico tranquilo, seguro y validante para que el paciente se sienta a salvo y confíe en el terapeuta es un paso crucial para conseguir cambios clínico (Bowlby, 1989).

Lo dicho hasta ahora explica y motiva lo que, a nuestro modo de ver, son las dificultades de tratar de intentar ayudar a estos pacientes en particular para que regresen a un camino vital caracterizado por niveles bajos de sufrimiento. Para ello, creemos que el mindfulness debería ser una herramienta adicional muy útil que podría integrarse a esos tipos de terapia que ya han demostrado ser efectivas.

De hecho, y debido a lo que ya hemos explicado, no todos los pacientes psicóticos reúnen los requisitos necesarios ni podrían soportar los protocolos de mindfulness en los formatos estructurados y validados para otras patologías (v.gr. depresión, ansiedad, etcétera). Así las cosas, es necesario resumir brevemente las principales características de la psicosis a fin de entender mejor su naturaleza intrínseca e identificar qué estrategias pueden utilizarse para adaptar los principios básicos del mindfulness de la manera que mejor se adapte a las necesidades y a las características de los pacientes para lograr los mejores resultados

posibles.

Características generales de la psicosis

Las psicosis, y la esquizofrenia en particular, ocupan sin lugar a dudas una posición predominante en la lista de patologías altamente complejas que mencionábamos antes. Son una serie de trastornos psiquiátricos severos caracterizados sobre todo por una percepción alterada de la realidad que puede llegar a una profunda pérdida de contacto con el mundo exterior y una carencia de conciencia de enfermedad, que en casos graves puede ser incluso total. Con los años ha habido varios intentos de identificar los criterios de diagnóstico básicos de la esquizofrenia. Hoy, a pesar de esos intentos, sigue habiendo algunos puntos de controversia. Sin embargo, es algo generalmente aceptado que los trastornos de pensamiento, forma y contenido, la pérdida de habilidades funcionales y un curso temporal particular son aspectos psicopatológicos comunes en varias formas de psicosis.

La esquizofrenia, por su parte, se caracteriza por una serie de síntomas tales como alucinaciones, ilusiones, pensamiento desorganizado, aplanamiento afectivo y conducta catatónica. Síntomas que deben persistir un mínimo de 6 meses. Además, las funciones cognitivas pueden deteriorarse con el tiempo (American Psychiatric Association, 2000).

Sin embargo, nosotros hacemos hincapié en la importancia de considerar la extrema variabilidad de manifestaciones fenotípicas de esquizofrenia con fines de diagnóstico y de terapia.

De hecho, si bien es cierto que esta enfermedad tiene un curso negativo a largo plazo, el deterioro psíquico debería ser inferior al principio, lo que significa mayores posibilidades de intervención. Por otra lado, es posible que los pacientes con un largo historial de enfermedad tengan una discapacidad cognitiva y social/funcional más severa (McGorry P.D.; 1999). Además, y como sugeríamos antes, el nivel de conciencia de enfermedad puede variar mucho de un paciente a otro, e incluso los delirios complejos no impiden necesariamente el comunicarse y el compartir por lo menos algunos aspectos de la realidad. Por último, no deberíamos olvidar la enorme variedad de cuadros clínicos entre las formas de esquizofrenia

con síntomas positivos/negativos prevalentes o con alteraciones en la organización formal de la arquitectura cognitiva, en lugar de en el contenido del pensamiento, lo que causa manifestaciones cognitivas y conductuales extremadamente desorganizadas y confusas (Andreasen, Arndt, Alliger, Millar y Flaum, 1995).

Hoy en día es algo ampliamente aceptado que la esquizofrenia es un trastorno mental o una serie de enfermedades transmitidas genéticamente y/o causadas por traumas perinatales o prenatales (Weinberger D.R.; 1987; Roberts G.W.; 1991).

Durante muchos años la idea de esquizofrenia estaba muy marcada por el enfoque de Kraepelin, que halló su fundamento en un curso peyorativo que culminaría en un cuadro similar al de la demencia (Kraepelin, 1919).

Así, se veía como una enfermedad básicamente crónica.

El dogma de una involución progresiva de la patología ha contribuido a un clima de desconfianza y de pesimismo entre los terapeutas y las familias de los pacientes. Estos enfoques han derivado en la orientación de las opciones terapéuticas hacia el aislamiento del sujeto de su entorno social (especialmente antes de que se utilizaran neurolépticos) o en un intento por contener sus discapacidades, que se ven como obstáculos para su regreso a la comunidad y a la posibilidad de alcanzar niveles de autonomía y de funcionamiento social normales.

Los estudios posteriores sobre la esquizofrenia (Liddle P.F. 1999) fueron determinantes para la “crisis del concepto de cronicidad y presunción de incurabilidad” (Ciompi y Müller, 1976; Huber G.; 1979), ambos relacionados con el énfasis otorgado por Kraepelin al deterioro en “Dementia Praecox” (Kraepelin, 1919). Los dos principales estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la epidemiología de la esquizofrenia revelan una amplia gama de variaciones en el curso y en los resultados de este trastorno. En concreto, el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia (IPSS) elaborado por la OMS en 1973 documentaba cómo en un seguimiento de 2 años sólo el 37% de las muestras evaluadas al principio seguían en estado psicótico, y como los dos tercios restantes de la muestra, o bien presentaban síntomas no-psicóticos o estaban totalmente recuperados.

Además, hoy sabemos cómo el curso y el resultado de un fenómeno aparentemente universal como la esquizofrenia está de hecho muy influenciado por factores que no dependen de las características intrínsecas de la patología. El mismo Bleuler diría que lo determinado es solamente la *dirección* del curso y no el curso en si. El resultado no es una característica del trastorno, sino que depende de *factores reales internos y externos* (Bleuler, 1993). En el mismo sentido, los datos de la OMS revelan una mejor prognosis de la esquizofrenia en los países en vías de desarrollo en los que los entornos familiar y social que ofrecen más apoyo desempeñan un papel importante contra el aislamiento y el estigma (OMS, 1973, 1979; Jablensky, 1987, 1989, 1992; Sartorius et al.; 1986).

Datos irrefutables actuales demuestran que el curso de la enfermedad está básicamente influenciado por hechos ambientales y que la modificación ambiental del paciente puede tener efectos importantes (Bellack Mueser et al.; 1997).

La esquizofrenia ha sido tradicionalmente ámbito de tratamiento psiquiátrico, con *medicación antipsicótica* como intervención primaria y *rehabilitación psicosocial* como secundaria (Bellack y Mueser, 1993; Penn y Mueser, 1996).

Recientemente la percepción de la naturaleza de los síndromes psicóticos y la posibilidad de influir positivamente en su curso ha cambiado gradualmente aunque con firmeza; sin embargo, y por las razones que exponemos a continuación, los pacientes psicóticos casi nunca son elegibles para psicoterapia estructurada radical.

Dificultades a la hora de estructurar un ambiente para los pacientes psicóticos

- **La primera tiene que ver con la presunción de incurabilidad** generada por el concepto de cronicidad. Una asunción de este tipo ha representado durante mucho tiempo un sesgo científico fundamental que afecta a la motivación de iniciar investigaciones clínicas serias con el fin de identificar estrategias adecuadas: no valdría la pena iniciar un complejo tratamiento terapéutico ni determinar cambios sustanciales en la forma del paciente de interpretar la realidad y vivir con ella, en el caso de una patología determinada genéticamente que está inexorablemente condenada a evolucionar (o más bien involucionar)

en un proceso crónico degenerativo y defectuoso.

- **La actitud excesivamente protectora de los centros de salud mental.** Después de los manicomios, los centros de salud mental, en sus varios departamentos, parecían una solución posible para intentar, contener y posiblemente descubrir algunos de los problemas complejos subyacentes de la estructura del fenómeno esquizofrénico.

Las estructuras de los servicios de salud mental encontraron un punto de referencia epistemológico sólido e innovador en el modelo de vulnerabilidad, renovando su impulso hacia la asistencia de pacientes esquizofrénicos. De hecho ello supuso que los psiquiatras se deshicieran de la sensación de impotencia resignada hacia planificar un programa de intervención terapéutica, tan común en las últimas décadas. Así, el servicio de salud mental habría de hacer todo lo posible por proteger a los pacientes del riesgo de una crisis producida por la exposición a un estrés que no pudieran soportar, algo que parece coherente con su modelo de referencia. Dicho de otro modo, el servicio de salud mental y su personal actuarían como barrera de defensa, preservando a los pacientes de sufrir y ofreciéndoles asistencia médica y social adecuada. De hecho, el riesgo de seguir un modelo de vulnerabilidad teórica literalmente es crear una especie de “cinturón protector” en torno a la vulnerabilidad, en lugar de alrededor de los pacientes, potenciando así la “*cronicidad de la vulnerabilidad*”. Y es que las intervenciones mediante programas estandarizados y predeterminados, cuyo objetivo es básicamente la remisión de los síntomas y la “normalización” de las conductas, presenta a los psiquiatras como “*jardineros de la locura*” cuya tarea es “*podar*” todo lo que parezca inútil y potencialmente peligroso (reprimiendo) para un “*mejor*” crecimiento del individuo (Lazslo y Stanghellini, 1993). Si bien es indudable que en un momento histórico concreto una actitud de este tipo puede haber sido útil, tras los últimos logros científicos en el campo psicológico y farmacológico (en particular la llegada de antipsicóticos atípicos), no parece cubrir las necesidades de aquéllos que creen en la posibilidad de aplicar, también con los pacientes esquizofrénicos, los principios generales de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos utilizados para otras patologías psiquiátricas.

- **Las dificultades a la hora de establecer una buena sintonía relacional y crear una alianza terapéutica sólida.** Muy a menudo los pacientes esquizofrénicos parecen no querer

recibir ayuda, su actitud es desconfiada y recelosa, llegando incluso a mostrar una hostilidad manifiesta hacia el terapeuta. Además, al intentar estructurar un escenario estable para la terapia a menudo puede haber una falta de sintonía entre el terapeuta y las necesidades del paciente, sin posibilidad aparente para una mediación razonable. A veces los terapeutas y los pacientes parecen estar implicados en una lucha racional en la que los primeros intentan potenciar el sentido crítico de los segundos a fin de aumentar su sentido de la realidad, a la vez que se muestran decididos a defender a cualquier precio sus ideas y su propia interpretación de los acontecimientos y de la realidad que les rodea. Y eso es algo que a menudo crea una brecha entre terapeuta y paciente. Otros problemas que ponen en un compromiso la alianza terapéutica son:

La falta de claridad en cuanto a los objetivos que deben lograrse. Con los años se han desarrollado distintos tipos y modelos de intervención terapéutica con sujetos esquizofrénicos, casi siempre con el objetivo de la remisión de los síntomas y un mejor manejo de las conductas disfuncionales del paciente (Burki, 1993; Hogarty, 1998). Las intervenciones de ese tipo forman parte de lo que se conoce como enfoque biopsicosocial (Penn y Mueser, 1996), y van desde un modelo de tratamiento hospitalario para el manejo de crisis hasta lo que se conoce como rehabilitación psicosocial, principalmente implementada en estructuras basadas en la comunidad. En nuestra opinión se trata de modelos que no siempre han considerado la percepción subjetiva de bienestar de los sujetos como propósito principal de la terapia, ni como uno de los indicadores de resultados que suelen rastrear los objetivos específicos de un tratamiento con psicoterapia (independencia psicológica, tolerancia a la frustración, flexibilidad mental, etc.) (Paltrinieri y De Girolamo, 1996).

Más aún, mientras los terapeutas consideren los principales síntomas psicopatológicos de los pacientes (ilusiones psicóticas, alucinaciones y conductas extrañas) como disparatados, difíciles de investigar y, por lo tanto, molestos para la terapia, es inevitable que transmitan a los pacientes, intencionadamente o no, la idea de que no mejorarán hasta que no se convenzan del hecho que las ilusiones psicóticas y las alucinaciones son los problemas básicos de su enfermedad. De hecho, es probable que los pacientes se resistan, complicando aún más la formación de la alianza terapéutica.

Otro aspecto que debe tomarse en consideración cuando se intentan comprender las razones de las dificultades a la hora de empezar la psicoterapia con los pacientes esquizofrénicos es la

- **Poca atención que se presta al historial personal de los pacientes y las asunciones disfuncionales de su estructura cognitiva**, que puede contribuir, cuando se destapa y se investiga, a entender mucho mejor a los pacientes.

Ejemplos de supuestos disfuncionales son: estar en peligro constantemente, ser una mala persona, no merecer estima ni amor, haber cometido pecados, estar condenado al aislamiento social o a una condena eterna, no ser capaz, correr el riesgo de perder el control de las propias acciones, tener que ser el mejor y nunca cometer errores, tener que perseguir la perfección a cualquier precio, asociar el hecho de cometer errores con un fracaso total, etc.

Rara vez los pacientes expresan de forma espontánea esas asunciones; al contrario, el hecho que las ideas delirantes y las alucinaciones absorban toda su energía (además de la de los terapeutas) puede retraerlos de lograr una mayor conciencia de su origen y de la relación con las causas de sus problemas. De hecho, son pacientes con graves problemas de comunicación, debidos tanto a su estructura desorganizada de verbalización como a la presencia de contenidos cognitivos aparentemente sin sentido o con un significado complejo y oscuro, difícilmente comprensible por los terapeutas.

Por último, aunque no por ello menos importante,

- **La sensación general de no aceptación y de ser algo extraño de la forma de ser de los esquizofrénicos**, que coincide en crear un estigma social que afecta y que retiene la investigación clínica, y que ha estado desempeñando un papel definitivamente negativo en el intento por iniciar un proceso psicoterapéutico con esos pacientes.

Aunque en el pasado esas cuestiones han impedido el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, ahora creemos que una alternativa posible podría ser recordar a los psiquiatras su responsabilidad existencial de cuidar de los demás, y no sólo curarles.

Cuidarles en el sentido de atenderles, evitar forzarles a adaptarse a un ritmo cotidiano que no

les pertenece o que les impide planificar su propio camino de desarrollo existencial. En palabras de Bruno Callieri, esa responsabilidad consiste en “*sentir el deber interior de recuperar una dimensión de otredad hacia el alienus...; no acallando nuestra conciencia como los Fariseos frente a la dimensión problemática y exigente de una relación intersubjetiva*”.

Desde esta perspectiva, una actitud consciente de aceptación, compasión y no crítica resulta ineludible no sólo para abordar los pensamientos y las emociones molestas, sino en primer lugar para tratar con estos pacientes graves que, debido a sus manifestaciones insondables, seguramente han recibido durante su existencia unas señales continuas de no aceptación, rechazo y abandono que alimentan todavía más su sensación constitutiva de no-pertenencia. Una actitud compasiva aumentará la conciencia del terapeuta de la importancia de la suspensión del juicio (epoché), reforzando además su deseo de cultivar la escucha, no como habilidad para aprender sino más bien como una dimensión de responsabilidad intersubjetiva (Callieri, 1984a) donde puede entenderse la diferencia. Escuchar al que pide ayuda prepara el camino para la comprensión de su mensaje, rico en contenido, planes y verdades interrelacionadas que, aunque a menudo se enmarañan, revelan otra forma de ser-en-el-mundo; utilizando la expresión de Mundt, una voluntad perturbada que revela gran dificultad para desarrollar el sí mismo, el mundo objetal y los procesos de reciprocidad social (Mundt, 1985).

Cuando se analizan los componentes clave de una relación desde este punto de vista, debe prestarse una atención especial al *estado mental y a la actitud del terapeuta* cuando *conoce* a una persona con una enfermedad mental, en particular un esquizofrénico, ya que el momento del encuentro tiene unas implicaciones humanas, clínicas y terapéuticas extraordinarias.

No cabe duda de que encontrarse con determinadas manifestaciones psicóticas por primera vez puede dar una sensación de extrañeza, ya que son ajenas a las categorías habituales de relacionarse con los demás y con el mundo. El significado simbólico de las ideas delirantes, ciertas conductas absurdas, la intrusión de lo rebuscado, la manifestación de experiencias sensoriales que de hecho son alucinaciones, el contacto con un mundo interior aparentemente lejano son experiencias consternadoras para los psiquiatras, que instintivamente toman una

actitud objetivante caracterizada por una neutralidad aseptica y justificada por su necesidad de observar y explicar (Callieri, 1985, 1993a, 1984b). Soportar tal actitud impediría el desarrollo de un diálogo genuino y afectaría a la posibilidad del terapeuta de ver al que tiene delante como un *alter* en lugar de como un *alienus*; otro que es constitucionalmente similar a nosotros, con quien puede empezar un proceso que desemboque en estar juntos como compañeros (socii) en lugar de uno delante del otro, ejemplo típico para estudiar u observar.

Pensemos en *Weltuntergangserlebnis*: la extraordinaria y molesta experiencia esquizofrénica del fin del mundo descrita admirablemente por Bruno Callieri, en la que un intento por establecer un orden mediante ejemplificaciones acabará en la disolución de la relación ego-mundo y la pérdida total de contacto con la lógica, además de cualquier otro elemento comúnmente caracterizado por un valor de continuidad. En una serie caleidoscópica de imágenes, el paciente demostrará alejarse radicalmente de cualquier estructura de significado que el terapeuta pudiera compartir (Callieri, 1993b).

Ante una experiencia así, la única alternativa a reificar y reconocer la diferencia es afirmando la *presencia* de esa persona. Estar con el otro (*mitsein*) puede transmitir la sensación de compartir una experiencia que quizás no sea comprendida en sus componentes y sus símbolos, aunque esté ocurriendo en ese momento concreto y por lo tanto pueda compartirse (*hic et nunc*), siempre que la experiencia no se considere como una dimensión privada. Eso permitiría reconocer el sufrimiento del otro en la misma matriz existencial que la propia. *Estar ahí* puede, así, ser una señal de *Humanitas* compartida y también un *elemento terapéutico*: la presencia del otro, un compañero, puede ayudar a salvar esa *relación ego-mundo* rota y permitir la transmisión de estructuras de significado que se conectan a símbolos y contenidos que de otra manera serían incomprensibles. Así, al *Lebenswelt* (mundo de la vida) se le devuelve la existencia de un individuo apartado por el mundo social (*Mitwelt*), ofreciendo su *voluntad*, hasta entonces “congelada” debido a la rigidez psicótica, la posibilidad de desplegar y tender al objeto (*protensio*) de nuevo.

La terapia cognitivo-conductual (CBT) como complemento de la asistencia estándar

La utilización de la CBT como tratamiento complementario para pacientes psicóticos parece haber proporcionado en los últimos años las herramientas necesarias para cambiar lo que describíamos en teoría en la sección anterior al marco clínico. Efectivamente, la CBT para pacientes psicóticos parece haber tomado y superado algunos de los problemas que habían estado frustrando los intentos por estructurar las intervenciones terapéuticas que podrían considerar adecuadamente tanto las características de este tipo de pacientes como la necesidad de tipos de intervenciones que pudieran estandarizarse y, por lo tanto, reproducirse.

La CBT (oportunamente revisada y adaptada para las necesidades específicas de estos pacientes) parte de una premisa fundamental: todos los pacientes, independientemente de los síntomas que presenten, pueden en alguna medida mejorar su percepción subjetiva de bienestar y, como consecuencia, la calidad de sus vidas (Perris y Skagerlind, 1994). Eso es algo que solamente es posible si se identifica el logro de una alianza terapéutica fuerte y sólida como factor central para el éxito de la terapia y, por lo tanto, se establece como objetivo de prioridad elevada. Aprovechando su rol, los terapeutas pueden intentar llegar a representar una “base segura” para los pacientes, estructurando una relación orientada en la aceptación (Bowlby J.; 1989). Sólo después el terapeuta intentará desarrollar, junto con los pacientes, un programa para lograr determinados objetivos compartidos.

El empirismo colaborativo, además de dar importancia a los pacientes como seres pensantes capaces de expresar ideas cuerdas y con significado, es el ingrediente que hace posible el hecho de poder acceder a una amplia gama de técnicas cognitivas y de conducta que permiten a las parejas terapeuta-paciente reducir los síntomas o por lo menos impedir que frustren un nivel de vida aceptable y satisfactorio.

Bosquejemos dos enfoques basados en CBT diferentes:

- A. El primero se basa en la idea de discontinuidad entre funciones normales y anormales e implica un componente psicoeducativo importante. Los principales objetivos son: reforzar las estrategias, distanciarse y corregir los síntomas psicóticos, practicar una amplia variedad de habilidades sociales y de técnicas de rehabilitación psicosocial (Tarrier et al.; 1990).
- B. El más normalizador se basa en la idea de continuidad entre funciones normales y

anormales y ve los síntoma psicóticos como el extremo de un continuo experiencial (ideas delirantes y alucinaciones). El objetivo es trabajar más “en las ideas delirantes” con el fin de tomar sus problemas existenciales, el significado personal subyacente a las ideas ilusorias y las alucinaciones y recrear la historia del desarrollo del paciente para ayudarle a retomar su vida (Kingdon y Turkington, 1994).

Recientemente han surgido muchas pruebas de la eficacia de la CBT para la psicosis. Desde finales de los 90 se han llevado a cabo varios ensayos controlados aleatorios (Kingdon y Turkington, 2005). A continuación se resumen algunos de los resultados:

El grupo London-East Anglia publicó resultados positivos (Kuipers et al.; 1997) que mostraban las ventajas de la CBT con respecto al tratamiento habitual para pacientes con síntomas psicóticos estables. Tarrier et al. (1998), en un estudio robusto bien diseñado desde el punto de vista metodológico, compararon la CBT con la orientación de apoyo (*supportive counselling*) y la asistencia rutinaria. Los resultados mostraron que tanto la CBT como la orientación de apoyo resultaban significativamente mejores que el tratamiento estándar a los 3 meses. Por su parte, la CBT tenía un efecto significativo en los síntomas positivos, mientras que la orientación psicopedagógica no. Una cifra considerablemente más elevada de personas que recibieron CBT manifestaron una mejora de más del 50% en síntomas positivos. La tasa de recaída y el tiempo transcurrido en el hospital resultaban significativamente peores para el tratamiento como grupo estándar. Sin embargo, tras un año se observó que los resultados de la terapia breve e intensa de este estudio no variaban demasiado de la terapia de apoyo posterior al dejar la terapia. En Italia, Pinto et al. (1999) llevaron a cabo un estudio aleatorio de la CBT en pacientes que empezaban tratamiento con clozapina. El grupo de CBT manifestó un efecto significativo en términos de síntomas generales. Sensky et al. (2000) compararon nueve meses de CBT con la terapia de apoyo o *befriending* (diseñada como control para factores terapéuticos “no específicos”, como el tiempo pasado con los individuos) en una prueba controlada aleatoria. Al final de la terapia, ambos grupos habían experimentado mejoras sustanciales en los síntomas depresivos, positivos y negativos. En el grupo de CBT, los logros fueron más allá en los nueve meses posteriores, mientras que los resultados del grupo de terapia de apoyo empezaron a regresar a los niveles previos. Durham et al. (2003) han obtenido resultados positivos aunque modestos utilizando un grupo de terapeutas con

entrenamiento en CBT con práctica limitada y supervisión en CBT para psicosis. Gumley, O'Grady y McNay (2003) también han mostrado ventajas positivas en la recaída.

Resumiendo (remitimos al lector a consultar la literatura especializada sobre la materia) podemos decir que varios estudios han mostrado la efectividad terapéutica resultante de un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico integrado en los resultados y la prevención de recaídas de los síntomas psicóticos. Existen meta análisis (Zimmermann et al.; 2005) y más de veinte ensayos controlados aleatorios que confirman la efectividad de la CBT en la reducción de síntomas positivos persistentes de la esquizofrenia (Turkington, Kingdon y Weiden, 2006).

Crear una atmósfera plenamente consciente para superar la “pérdida de intersubjetividad”

Una de las primeras cosas que se deben tomar en consideración es que este tipo de pacientes en concreto carece de dimensión intersubjetiva, es decir, el evento del encuentro y la comunicación (Binswanger, 1928). De hecho, se considera como uno de los principales obstáculos para entender y cuidar de esas personas; y algo esencial de un límite estructural de ese tipo es la cuestión de la alianza terapéutica, por ejemplo, la dificultad para establecer una relación terapéutica estable, necesaria para que cualquier programa estructurado pueda iniciarse. Se trata de una cuestión que se ha considerado durante mucho tiempo como uno de los principales estorbos para la cura de estos pacientes.

Al contrario, nosotros creemos que la alianza terapéutica debería considerarse como un objetivo prioritario que debe lograrse con estrategias concretas a medida, en vez de como un requisito para el tratamiento. Así pues, una carencia inicial de cumplimiento, que suele ser una característica de la patología en sí, no puede ser motivo suficiente para no intentar aplicar las estrategias adecuadas.

El rol del terapeuta

Así pues, los terapeutas desempeñan un papel crucial ya que se les necesita para convertirse en herramientas de la terapia. De hecho, y como ya mencionábamos antes, una actitud consciente y compasiva hacia el paciente puede contribuir indirectamente a transmitir la esencia de un enfoque basado en mindfulness desde el principio mismo del tratamiento, antes de que empiecen las fases psicoeducativas orientadas a los objetivos.

A partir de las primeras fases cruciales del encuentro, los terapeutas deben ayudar a sus pacientes a percibir cómo pueden ser y observarse sin juzgar ni criticar; sin clasificar ni medir, ni preocuparse por si la aprobación de los demás de ellos mismos depende de cuántas cosas correctas o incorrectas hacen; sin tener que preguntarse si pueden llegar a ser amados, aceptados sólo si se comportan correctamente, sólo en la medida en que cumplan las expectativas de los demás.

Los terapeutas intentarán crear un espacio que ofrezca tiempo a los pacientes para presentarse, contar sus historias de miedos, deseos, sentimientos y pensamientos irrationales, que son *leitmotifs* de una existencia interrumpida en su evolución por el comienzo de una enfermedad, cuyo marco quizás se mantenga unido por esos contenidos centrales indescifrables para la mayoría pero que representan el único puente de los pacientes entre una realidad compatible y lo que parece ser un caos total.

Para crear un ambiente relacional basado en esta especie de filosofía de aceptación del otro, resultará apropiado permitir al paciente unos límites de tiempo muy flexibles. El terapeuta decidirá si muestra atención, cuidado e importancia a los pacientes, además de dar el crédito necesario a su valor existencial, empezando por adaptarse y respetar sus tiempos y modalidades (no olvidemos sus dificultades con la comunicación y el pensamiento abstracto).

De hecho, más que ningún otro tipo de pacientes, las personas psicóticas proceden de un medio de alienación, sentimiento de no pertenecer y marginalización del resto de la humanidad, como reacción al contenido de sus pensamientos y conductas relacionadas. Además, dado que sus conductas se consideran no cuerdas, toda su existencia termina por devaluarse.

Eso debería ser suficiente para determinar, o por lo menos comprometer esas actitudes típicas

de la experiencia esquizofrénica, como encerrarse en uno mismo y alejarse del mundo.

Si en lugar de eso los pacientes se sienten seguros en el ambiente de una terapia cordial y que no les juzga, además de que el terapeuta les ayuda a mantener la misma actitud hacia ellos mismos, su estado de alerta permanente, que activa las ideas delirantes y las alucinaciones, probablemente dejará de tener razón de existir.

Efectivamente, la conciencia descentrada de los pensamientos automáticos de autoreproche y autocritica contribuye a liberar a los pacientes de su postura defensiva procedente de atribuir a los pensamientos de los demás sus pensamientos negativos de sí mismos. Tal déficit metacognitivo puede general fácilmente ideas delirantes de referencia, además de un sentimiento de peligro y de amenaza. Las críticas pueden ser tan desestructurantes y destructivas para el sujeto que pueden llegar a percibirse como una amenaza real para su integridad física (Mills, 2001) y la exteriorización heteroagresiva no sería una posibilidad descartable.

Por otro lado, establecer un clima de aceptación y de abstención de críticas en un trabajo de terapia permitirá a los pacientes experimentar una nueva forma de relacionarse con los demás, pudiendo al final intercambiar sus puntos de vista con alguien que no esté centrado en hacerles cambiar de opinión ni en mostrarles lo raro y lo anormal de su manera de pensar. Encontrarán a alguien que se interesa por sus ideas, sus sentimientos, su forma de vida y los pensamientos sobre ellos mismos; alguien que incluso estará interesado en hablar de cuestiones privadas y personales como el cuerpo (sus sensaciones físicas, su forma de respirar, etc.) o sus planes de vida, con sus valores, propósitos y objetivos.

Esta actitud, basada en la compasión y el entendimiento, es uno de los requisitos necesarios para que los pacientes encuentren, más adelante, el interés y la motivación de dejar sus rumiaciones mentales de lado por un momento para poder centrar su atención en relacionarse con otra persona, empezando por el terapeuta, que les mostrará (más que “enseñarles” como hace un maestro) cómo manejarse a ellos mismos y en sus acciones de una forma diferente a como suelen hacerlo (Allen y Knight, 2005).

La “*pérdida de intersubjetividad*” a menudo se ve alimentada por el miedo a los demás, que

les juzgarán y les clasificarán. Al contrario, una actitud más compasiva hacia ellos mismos seguramente tendrá un efecto en su estado mental hacia las personas que les rodean, experimentando hasta ese momento como una amenaza y un peligro. Una mayor apertura hacia los demás, que implica menos desconfianza y más preocupación por sus necesidades y dificultades, inicia un círculo virtuoso que hace que los pacientes también reciban comentarios positivos (Allen y Knight, 2005). Su sentido de valía y de dominio personal puede aumentar a medida que empiezan a desarrollar habilidades de descentramiento y de atención hacia los demás, ya que de este modo pueden experimentar el ser capaces de sentir compasión por alguien que no sean ellos mismos, además de sentir que prestan atención y cuidados, con lo que son capaces de interesarse y preocuparse por otras personas.

En este tipo de situación, la brecha existente entre los pacientes y las personas que les rodean debería disminuir, haciendo más sencilla la construcción de un puente existencial entre ellos, como personas que se encuentran para compartir una experiencia y que no construyen hipótesis ni evalúan acciones y conductas. Un “*encuentro*” es un claro ejemplo de experiencia compartida que representa tanto el punto de partida como el objetivo de esta primera fase de la terapia. El “*encontrado*” es un *alter* y no un *alienus*; otro con quien la armonía y la sincronía de intentos es posible, otro que respira y camina con nosotros para que podamos reconocerlo como a alguien similar y confiar en él en lugar de tenerle miedo. Dicho de otro modo, se ayuda a los pacientes a ampliar su sentido de compartir y pertenencia.

Una vez alcanzado este estado emocional podremos proceder con menos dificultades y “resistencia” hacia una fase que implica abordar más activamente las experiencias sensoriales y las rumiaciones de ideas de manera “calmada”, hasta el uso de técnicas de reestructuración cognitiva y/o de aprendizaje de nuevas habilidades sociales y de conducta a través de la integración de otros enfoques de tratamiento estructurados, la CBT en primer lugar.

Aceptar las ideas de los pacientes

Uno de los objetivos de una terapia basada en mindfulness es que los pacientes vean cómo su sufrimiento y su incomodidad no proceden de los síntomas en sí sino de cómo reaccionan ante

ellos y qué deciden hacer (o no hacer) para intentar superarlos o eliminarlos.

Por ejemplo, se les debería explicar que *los pensamientos no son más que pensamientos* y que *las voces son sólo voces*, con lo que no tienen poder alguno para hacer daño (Pankey y Hayes, 2003). En forma similar a la de los programas de mindfulness ya validados para la depresión (Segal et al.; 2002), se espera que los pacientes poco a poco logren, con la práctica, descentrarse de las rumiaciones y las sensaciones desagradables, que dejen de asumir automáticamente supuestos negativos sobre ellos mismos y su propio malestar, además de que tengan conductas reactivas que, a su vez, aumentan su incomodidad o terminan por ser su principal causa.

No obstante, creemos que en las primeras fases de la terapia el terapeuta no puede y no debe intentar comunicar el mensaje de que los pensamientos (delirantes) son sólo pensamientos, y que lo que les hace sufrir es solamente cómo reaccionan ante los mismos, porque un mensaje de este tipo podría ser malinterpretado por los pacientes. De hecho no siempre cuentan con la capacidad cognitiva y metacognitiva que les permitiría entender lo que se les está explicando y experimentarlo de modo descentrado. Cualquier paciente que se adhiera al contenido de una idea delirante y que en principio no muestre introspección lo más probable es que encuentre ilógico y sin sentido considerar que los pensamientos no son problemáticos. Creemos que ello socavaría la alianza terapéutica, tan frágil al principio, ya que la postura teórica del terapeuta resultaría ser la misma que la del resto del mundo, y eso equivale a decir “tus ideas no merecen consideración, ya que no tienen sentido alguno”.

Efectivamente sabemos que los pacientes psicóticos pueden estar totalmente absortos en su mundo, tanto desde un punto de vista sensorial como de ideas, estructurando y llevando a cabo su propia manera de interpretar la realidad, de entrar en contacto con otras personas, sus propias categorías de significado y sus ideas de autoevaluación.

Es importante tomar las precauciones adecuadas para prevenir que el paciente dude de que el intento del terapeuta por ayudarles a distanciarse de conductas y formas de pensar que le causan sufrimiento es de hecho una manera educada de invalidar sus construcciones mentales centrales (v.gr. “*no soy yo el inepto, quieren que cometa errores*”).

Uno de mis primeros pacientes sufría psicosis paranoide y tenía fuertes sentimientos persecutorios; cuando intentaba utilizar procedimientos “estándar” de mindfulness con él, después de unas cuantas sesiones decía: “*Hay algo que no está bien en este lugar, doctor...* *No me siento seguro... han tenido que conseguir localizarme... son poderosos... Y creo que también usted está bajo su influencia*”... De hecho, me di cuenta de que estaba entrando en un estado de alarma que no se justificaba aparentemente por lo que estábamos haciendo, sino que de hecho yo había ido demasiado rápido. Mi paciente no estaba preparado para empezar a relacionarse con alguien de una manera que le era desconocida. No confiaba en que alguien quisiera ayudarle pero lo más importante es que no confiaba en sí mismo. Mi actitud, tan centrada en averiguar qué había bajo su idea delirante, sólo reforzaba su fuerte sentimiento de ineficacia y su baja autoestima, subyacentes durante largos años de existencia atormentada, junto con sus fracasos emocionales y relaciones.

Debemos tener en cuenta que estos pacientes están estructurados de una manera que los lleva a lidiar constantemente con conceptos (pensamientos automáticos y esquemas cognitivos) continuamente, representados (también como metáforas) en ideas delirantes y a los que están muy unidos. Así, debemos ampliar, por lo menos al principio, nuestra actitud de aceptación y de adquisición de conciencia sin juzgar los contenidos de la experiencia psicótica, mostrando a los pacientes que creemos que merecen ser escuchados, creídos y tomados en serio por lo que piensan y creen que es correcto, igual que haríamos con cualquier otro ser humano.

Si por ejemplo asumimos (o nos damos cuenta) que las voces que los pacientes oyen o que su pensamiento ilusorio representa ideas de baja autoestima o valor personal (v.gr. voces que insultan), intentaremos destacar esos aspectos y preparar a los pacientes para que cambien sus actitudes, desarrollando una mayor tolerancia y compasión hacia ellos mismos. En este caso, como muestra la CBT, la atención no debe centrarse en síntomas como las voces o las ideas delirantes, sino en lo que representan. Aprender a tener una actitud más compasiva significa ayudar a los pacientes a desarrollar una mayor tolerancia hacia esos aspectos de ellos mismos que consideran negativos y responsables de su propia condición de vida. Incluso las personas así pueden aprender a quererse más como son y cuando lo hacen experimentan un estado interior más pacífico y tranquilo y con menos estrés.

A fin de prevenir *impasses* relacionales durante la terapia, en especial cuando todavía tiene que consolidarse, es adecuado prestar la máxima atención al historial del paciente, hacer que perciban nuestra voluntad de intentar de entender juntos lo que le ha ocurrido o lo que le está ocurriendo, poniendo su experiencia (psicótica) en el contexto de su camino en la vida, recreando las etapas principales, si es posible, y asumiendo que desembocarán en elementos útiles para entender mejor los problemas actuales.

Por supuesto es algo que debe hacerse en un ambiente de compasión, empatía e interés sincero por los sentimientos del paciente y por el sufrimiento causado en su situación.

En cuanto al análisis del contenido delirante llevado a cabo con el paciente, sabemos que puede permitir al terapeuta identificar las áreas problemáticas que muestren la existencia de supuestos disfuncionales específicas que él mismo ha desarrollado sobre sí mismo, los demás y el mundo (Beck, 1970).

Los terapeutas pueden ayudar al paciente a centrar su atención en él mismo para encontrar los acontecimientos de la vida pasada en los que surgieron determinadas ideas por primera vez, además de otros acontecimientos que contribuyen al mantenimiento y al refuerzo de dichas ideas (Beck, 1976).

Así pues, resulta esencial empezar esa exploración a partir de la infancia del sujeto, estudiando: (a) el estilo de apego en la relación temprana con los padres (*parenting*); (b) la creación de “modelos internos de trabajo” (Liotti, 1995); (c) la presencia de déficits en varias actividades metacognitivas (Guidano y Liotti, 1983).

Es posible que los temas que deben abordarse no siempre estén totalmente claros para los pacientes: qué piensan de ellos mismos, de su valía personal, de su capacidad de ser amados y aceptados, de sus dificultades en las relaciones interpersonales; del comportamiento de los demás hacia ellos y de los demás y sus comportamientos en general.

También es importante obtener más información de lo que opina el paciente sobre su propio trastorno (centrándose en los “problemas” y no en los síntomas), su reacción hacia el mismo y sus síntomas.

Hablar de esas cuestiones puede hacer que surjan determinadas asunciones disfuncionales que, si se identifican, sin duda ayudarán a descodificar y a entender mejor el contenido de ciertas ideas delirantes y alucinaciones, además de explicar la razón de las conductas aparentemente inexplicables del paciente (Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Bedrosian y Beck, 1980).

Por otra parte, y dado que las experiencias negativas y las convicciones de los pacientes sobre sí mismos a menudo producen problemas de estigma y consecuencias para el ajuste social y personal, como aislamiento y falta de habilidades sociales, el terapeuta les anima a identificar sus esquemas negativos y más tarde se discutirán y se presentarán supuestos y conductas más efectivas (Perris, 1989).

Este trabajo de exploración y de comprensión puede hacerse en armonía integrando el mindfulness en un enfoque cognitivo-conductual. En coherencia con los procedimientos de CBT ampliamente validados para la psicosis, el trabajo inicial debe realizarse (por lo menos con algunos pacientes) exclusivamente “dentro del delirio”, dejando de lado las técnicas de defusión cognitiva. Mientras que será posible prestar atención a lo que viene después de las ideas delirantes, es decir, sus consecuencias emocionales y de conducta en los pacientes.

Otra posible etapa es destacar la sutil aunque fundamental diferencia entre las rumiaciones mentales (que no pueden llevar a la solución de un problema y que por lo tanto son una fuente de estrés y de ansiedad continua y que se autoalimenta) y un pensamiento orientado a la solución de problemas, siempre que los pacientes reciban muestras de atención y de interés en las ideas y en los problemas que les causan sufrimiento, además de en sus verdades privadas (Lorenzini y Sassaroli, 1992), garantizando que nunca se les haga sentir juzgados ni ridiculizados. También se les tiene que mostrar la voluntad de aceptar y compartir las situaciones problemáticas en las que se encuentran (independientemente de lo plausibles que éstas sean), en un intento por encontrar juntos un sentido que puede reconectarse a momentos significativos de su evolución.

A continuación ofrecemos un ejemplo de lo que se puede decir a los pacientes:

Entiendo que las cosas que me ha contado representan un problema para usted. Aunque por ahora no parece que haya una manera de solucionarlo, si bien se ha intentado, no tiene

sentido pensar incesantemente en ello, porque de hacerlo sólo se sentirá más preocupado todavía, más estresado y más ansioso. Sería mucho más útil aprender a distraerse y a dejar pasar todos esos pensamientos problemáticos. Entonces, cuando se sienta preparado y quiera, podremos volver a abordarlos. Sé que no es fácil, si yo tuviera ese mismo problema también estaría pensando en ello todo el tiempo pero, con toda franqueza, sé que no sirve de nada. El mindfulness puede resultar de ayuda en este caso.

Una idea delirante puede contener toda la vida de un paciente y todos sus problemas, así que el pensamiento delirante puede ser la única manera que tiene de encontrar explicaciones sobre cómo funciona el mundo, al tiempo que impide que el núcleo más profundo de su identidad se rompa en mil pedazos. Así pues, es fundamental no correr el riesgo de despojarlos de la importancia de aquello en lo que creen hasta que hayan desarrollado alguna nueva clave de interpretación (Lorenzini y Sassaroli, 1998).

Ante los estados mentales y las acciones de los pacientes debe mostrarse una actitud plenamente consciente y sin juicios, que cultivará su autoestima y un sentimiento de valía personal.

Los pacientes pueden estar muy tensos y ansiosos debido a la enorme incomodidad que originan sus ideas delirantes y, dado que las situaciones estresantes pueden a su vez activar recaídas o acrecentar los síntomas (Morrison, 1998), se les ayudará no abrumándoles con rumiaciones mentales ni problemas que no pueden solucionar de inmediato, sino aprovechando la práctica de mantener la ansiedad al mínimo y de una mayor capacidad para aceptarlo y tolerarlo tal cual viene (Williams, 2002).

Creemos que, en este punto, los pacientes estarán más dispuestos a dejar de lado algunos pensamientos temporalmente, siendo más conscientes de que si no se sienten abrumados por ellos, sino que les dan un espacio y un tiempo menor durante el día, su sufrimiento puede reducirse.

En ese sentido abordamos los siguientes objetivos:

- Reducir la brecha existencial entre los pacientes y el resto de la humanidad, debido a que se sienten solos, incomprendidos y/o juzgados negativamente por su manera de pensar.

- Compartir sus “verdades privadas”, creando una oportunidad para trabajar juntos con ellas.
- Cultivar la esperanza de una solución al problema que han estado sufriendo durante tanto tiempo.
- Aumentar su voluntad de aceptar la idea de la defusión cognitiva dado que no requiere que tengan que abandonar ninguna de esas partes de sí mismos ni de sus historias que se encuentran detrás de las ideas delirantes y que representan el núcleo de su existencia misma.

Proponer un cambio

En cuanto la relación terapéutica está bien establecida y el paciente puede sentir la cercanía de su terapeuta, además de su voluntad por ayudarle, el paciente puede ser guiado hacia la posibilidad de desapegarse de los pensamientos y los estados emocionales que le perturban.

Como ya decíamos en la sección anterior, a los pacientes no se les pide que sean más o menos conscientes de que están enfermos. De hecho, desde un punto de vista de terapia, puede considerarse como un éxito o por lo menos como un buen resultado si simplemente aceptan hablar libremente de sus ideas delirantes y de sus alucinaciones sin dudar ni tener miedo. Los pacientes a menudo tienen miedo de desvelar plenamente sus pensamientos, les preocupa ser juzgados negativamente por sus pensamientos “extraños” o por los fenómenos sensoriales poco habituales que experimentan. También pueden sentirse avergonzados o molestos porque les puedan calificar de locos. Sus vidas les han enseñado que sus pensamientos pueden hacer que los demás se vuelvan desconfiados u hostiles, hasta el punto que pueden ser amenazados y atacados verbal e incluso físicamente. De hecho, a menudo se producen hospitalizaciones forzadas como consecuencia del comportamiento del paciente en coherencia con su visión del mundo o por un intento de encontrar confirmación o de compartir la existencia de las voces. Es cierto que sus conductas raras y extrañas, en ocasiones agitadas, asustan y sorprenden a la gente que les rodea que, a su vez, se siente amenazadas.

Así las cosas, el primer paso con estos pacientes es lograr persuadirles de que pueden hablar libremente con nosotros, ya que consideraremos sus pensamientos igual de válidos que los de

otra persona. Perris habla de trasmitir a los pacientes y a sus familias la importancia de un enfoque basado en aprender a “*sustituir los síntomas que deben tratarse por problemas que deben solucionarse*” (Perris, 1989).

El enfoque normalizador de la CBT para la psicosis representa la base conceptual de la que se puede partir: los pensamientos delirantes y las alucinaciones difieren sólo cuantitativamente de los procesos comunes en todos los individuos (Kingdon y Turkington, 1991, 2005). Así pues, los pensamientos delirantes pueden gatillar respuestas emocionales y de conducta, igual que cualquier otro tipo de pensamiento, que a su vez se convierte en una fuente de incomodidad real.

Sin embargo, comúnmente se reconoce que muchos problemas no pueden solucionarse de inmediato, ni de la forma deseada, aunque es posible encontrar las estrategias adecuadas para mantener en niveles mínimos el estrés derivado de un problema persistente aún no resuelto.

No cabe duda de que las ideas delirantes y las alucinaciones, además de sus consecuencias emocionales y de conducta, representan el mayor problema para los pacientes psicóticos que, con el tiempo, han desarrollado sus propias maneras personales para reaccionar o evitarlas. De hecho, tanto las intervenciones farmacológicas como psicológicas en general suelen programarse en un intento por eliminarlas, o por lo menos reducir drásticamente los síntomas pero, aunque parezca una paradoja, en determinados casos los síntomas acabaron por exacerbarse (Morrison, 1994; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995) y en otros no se lograron resultados, o muy pocos, mientras que por otro lado surgen nuevas conductas desadaptativas y sensaciones desagradables. Así pues, sería muy útil que los pacientes pudieran aprender a manejar ese material de otra manera, sugiriéndoles que muy a menudo las consecuencias más estresantes y más perturbadoras que experimentan no se deben a los síntomas sino más bien a sus respuestas a los mismos.

Un ejemplo típico es la tan temida y combatida hospitalización, que en la mayoría de ocasiones no se ejecuta debido a una recaída sino por la forma en la que los pacientes se comportan como reacción a las voces (molestando a los demás, autolesionándose o lesionando a los demás, etc.) (Rogers, Anthony, Toole y Brown, 1991).

Por esa razón, hay que explicar a los pacientes que el corazón de su problema no es un síntoma sino la manera en la que deciden responder a dicho síntoma: las *voces* o los *pensamientos* no tienen la capacidad de funcionar autónomamente en la realidad, así que no pueden hacerles daño, ni a ellos ni a nadie.

Pedimos a los pacientes que describan detalladamente sus síntomas, sentimientos y sensaciones en general, prestando atención a toda reacción posterior. Seguramente sentirán cómo algunas de sus conductas responden a ciertos fenómenos y tienen el objetivo de ejercer algún tipo de control sobre los mismos. El consumo de drogas, alcohol o medicamentos, por ejemplo, refleja su necesidad de reducir los niveles elevados de tensión y de ansiedad que activan las situaciones problemáticas, mientras que obedecer a las voces puede hacerles sentirse a salvo de posibles consecuencias aterradoras (Birchwood y Chadwick, 1997).

Dicho de otro modo, los pacientes pueden gradualmente conseguir mayor conciencia de sus propias respuestas a las voces o a los pensamientos estresantes, sin embargo, se les invitará a no oponérseles sino a observarlos, ya que fluirán por sí mismos hasta desaparecer, igual que cualquier otro sentimiento. Efectivamente sería imposible contener los sentimientos, aunque quisieramos, sin embargo los pacientes pueden no haber tenido nunca la oportunidad de experimentar esto.

El mindfulness tiene que explicarse a los pacientes, para qué sirve y cómo puede representar una nueva posibilidad para ellos de manejar las experiencias estresantes. La práctica del mindfulness puede ayudarles a no sentirse abrumados por las imágenes, los pensamientos poco habituales y las sensaciones desagradables con las que se encuentran continuamente. De hecho, no existe manera alguna de impedir que algo se introduzca en nuestras mentes, así que el verdadero desafío es aprender a no intentarlo y a no retener los sentimientos (están condenados a desaparecer), sino que hay que relacionarse con ellos de una manera distinta: abordar los sentimientos y las sensaciones con atención, incluso los desagradables, con curiosidad en lugar de luchando contra ellos o evitándolos o intentando hacerlos desaparecer (Chadwick, 2006). Animar a los pacientes a observar sus sentimientos y sus sensaciones con atención y curiosidad les llevará a ver cómo cambian continuamente; de hecho, y a modo de ejemplo, las voces rara vez persisten durante un periodo prolongado de tiempo.

Tras haber explicado qué es el mindfulness, se invitará a los pacientes a dedicar un tiempo a centrarse en su respiración y en sus cuerpos, sin lecciones, sólo guiados hacia un aumento de sus niveles de conciencia. Después, la atención se llevará suavemente hacia lo que surja, sin oposición a ningún tipo de sensación, agradable o no. También les recordaremos que a medida que se centran en las sensaciones o en lo que surja, al observarlo solamente y sin juzgar, su estrés disminuye. En la práctica, los pacientes son capaces de aceptar conscientemente la experiencia de una alucinación tal cual es, sin adherirse a su contenido sino manteniéndose lo suficientemente desapegados; teniendo en cuenta su proyecto de vida y sus planes y centrándose en sus fuentes de bienestar y de satisfacción, y entonces se dan cuenta poco a poco de que pueden lograr distintos objetivos en la vida, independientemente de sus experiencias sensoriales poco comunes.

Cabe destacar la importancia de permanecer anclado a los valores y a los objetivos vitales, ya que puede ser una herramienta efectiva para no enredarse en rumiaciones mentales ni reacciones en cadena. Los pacientes que tienen en cuenta lo que resulta importante para ellos (las relaciones interpersonales, lograr y mantener cierto nivel de autonomía, la independencia económica, etc.) se sienten más motivados para permanecer centrados en las conductas útiles para lograr sus objetivos, en lugar de dejar que sus elecciones y sus conductas sigan el impulso de las ideas delirante (Pankey y Hayes, 2003). Así pues, los pacientes que no tengan claras estas ideas deben recibir ayuda para identificar sus posibles objetivos.

Volvemos a destacar la importancia de integrar programas de CBT orientados a objetivos ya que las vidas de los pacientes pueden ser insatisfactorias por sus dificultades a la hora de lograr objetivos (Kendall, 1984).

El entrenamiento en *resolución de problemas* puede resultar de gran ayuda para que los pacientes dejen de adoptar estrategias de evitación con los problemas que consideran insolubles. De hecho, experimentarán las habilidades necesarias para hacer lo que la gente hace normalmente, es decir, en cuanto aprenden a tolerar mejor las sensaciones iniciales de ansiedad y de incomodidad, son capaces de utilizar estrategias adecuadas para salvar los obstáculos de uno en uno. Eso es algo que cultivará su autoestima y el sentido de valía personal, además de la motivación que les aporta para continuar con la terapia. Desde este

punto de vista, incluso un simple *entrenamiento en habilidades sociales*, oportunamente revisada, puede ser una herramienta válida (Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 1997).

Además, en teoría, un mayor sentido de la valía personal y del dominio pueden a su vez determinar un aumento de la autoestima y, por lo tanto, reducir el sentimiento del paciente de aislamiento y de desarraigamiento que también se nutre de la falta de compartir incluso los aspectos más comunes de la vida cotidiana.

Y para conseguir ese objetivo, los pacientes pueden aprender a identificar primero y a abandonar después esas estrategias que sólo sirven para controlar sus estados emocionales y, como consecuencia, reconocer y aceptar todo tipo de pensamiento y sentimiento molesto, simplemente siendo conscientes de los mismos de forma descentrada, sin tener que luchar por eliminarlos. Eso ayuda a los pacientes a observar cómo el hecho de centrarse demasiado en los síntomas interfiere en sus proyectos vitales (Hayes, Kirk y Wilson, 1999).

Sin embargo, los pacientes no sólo están absortos en sus propias sensaciones desagradables sino que también se castigan por sentir algo que no deberían estar sintiendo. La no aceptación es la causa del aumento exponencial del sufrimiento que, a su vez, se ve alimentado por la convicción del paciente de que los síntomas tienen algún oscuro poder y que por lo tanto deben suprimirse a cualquier precio. Esto activa una lucha interior que potencia el aislamiento y la pérdida del sentido común, y que desemboca en una espiral de mayor separación de la realidad, que acaba convirtiéndose en el tema del malestar incompatible de los pacientes.

Una terapia que implique ofrecer a los pacientes la experiencia relacional descrita es un medio de promover la idea de que la autoaceptación es el eslabón perdido en su búsqueda de sentido y significado. No obstante, puede haber estorbos para aceptar las sensaciones desagradables y las experiencias sensoriales poco comunes, y es posible que a los pacientes les cueste “*dejarlo pasar todo*” (es decir, dejar de considerar seriamente el contenido de los “pensamientos” y de las “voces”), ya que pueden esperar consecuencias negativas al abandonar su lucha o quizás estén tan acostumbrados a permanecer anclados a esas percepciones que temen perder algún elemento fundamental de sus vidas (Chadwick, 2006).

Los terapeutas tienen que hablar con los pacientes sobre el hecho de que la aceptación no

significa evitar una cuestión ni resignarse pasivamente con respecto a lo que identifican como causa de su sufrimiento. Al contrario, se los animará a apegarse a la realidad por lo que es. Aceptar todo lo que ocurre en su ámbito sensorial significa “*esta es mi experiencia y mi realidad ahora*” y este hecho ineludible puede ser una buena base para desarrollar un pensamiento no crítico. La *autoaceptación* se ve claramente frustrada por los pensamientos negativos de uno mismo. Y el *mindfulness* también puede ayudar a aumentar la conciencia de nuestros propios juicios reactivos que, como respuestas emocionales, pueden tratarse como entendibles y transitorias: pueden verse como parte del sí mismo que viene y que va pero que de hecho no es el sí mismo.

Así pues, tener “malos pensamientos” no significa ser una mala persona sino simplemente que “*en este preciso momento, por alguna razón, estoy teniendo estos pensamientos*” que pasarán y serán sustituidos por otros. No determinan ni mi forma de ser ni mis acciones, pero puedo apartarme de ellos si quiero.

El hecho es que para algunos pacientes resulta muy difícil mantener una actitud de conciencia plena con respecto a las experiencias psicóticas.

¿Qué se puede hacer al respecto?

Chadwick sugiere que habría que recordarles que todo lo que sienten está condenado a desaparecer, a la vez que su conciencia descentrada de cualquier sentimiento, sensación o reacción debe validarse y que, además, se les debe animar a mantener la conexión con su cuerpo y con la respiración en particular (Chadwick, 2006).

Aún así, es probable que los pacientes sientan que han vuelto a fracasar y que su inadecuación hace que les sea imposible seguir el programa. Y eso, a su vez, puede alimentar su tendencia a elaborar juicios negativos sobre sí mismos sin cesar. Por consiguiente, debe hacerse mucho hincapié en el hecho de que intentar lograr una condición de aceptación de los sentimientos desagradables, así como de las sensaciones físicas posteriores, es un proceso que se debe seguir y no un objetivo que conseguir.

Los pacientes deben ser guiados lenta y gradualmente por el camino hacia la conciencia y su constancia y perseverancia se potenciarán continuamente para que no se sientan desanimados.

Cualquier dificultad que surja, v.gr. las distracciones por pensamientos o voces intrusivos, se normaliza y se comparte.

También hay que invitar a los pacientes a exponerse deliberadamente a sus pensamientos extraños o a las experiencias sensoriales perturbadoras, evidentemente sin intentar ni transformarlas, ni controlarlas, ni entenderlas, sino simplemente observándolas conscientemente.

Más tarde, también será posible ayudarles a liberar el contenido literal de los pensamientos, a través de un proceso de defusión cognitiva (Luoma y Hayes, 2003). De nuevo, se les recordará que los pensamientos no tienen ningún poder para transformar directamente la realidad ni para determinar nuestras conductas.

De hecho, los pensamientos son sólo pensamientos. La esencia de las técnicas de defusión es acostumbrarse a ver los pensamientos y los sentimientos como lo que son (experiencias solamente), en lugar de como lo que parecen significar (realidades estructuradas) (Bach y Hayes, 2002).

Un sentimiento de fragmentación corporal

Otro problema común entre estos pacientes es su sentido de fragmentación y desestructuración, ubicado principalmente en su cuerpo en forma de cenestesia alterada. Se trata de una percepción alterada del cuerpo que se manifiesta en contextos interpersonales de estrés elevado, como en familias con niveles elevados de emoción expresada en las que la comunicación es muy trastornada y confusa, y que se caracteriza por mucha hostilidad y críticas que se transmiten mediante un uso inadecuado del tono y del contenido del lenguaje verbal. Es algo que hace que los pacientes se sientan constantemente en peligro o incluso amenazados físicamente y, en pacientes con traumas psicológicos y/o físicos, este tipo de manifestaciones clínicas toman la estructura y el significado defensivo de los estados disociativos. (Falloon, 1988; Kuipers y Bebbington, 1988).

Además, los déficits cognitivos de estos pacientes a menudo perjudican su capacidad de

decodificar las palabras rápida y correctamente (McKenna y Oh, 2005), con lo que su única forma de encontrar un significado a lo que ocurre a su alrededor es agarrándose a lo que procede de sus sensaciones físicas y sus estados emocionales: sentir miedo o terror, además de sentir sensaciones físicas intensas que no pueden explicar y que, a su vez, se convierten en motivo de más miedo y preocupación. De este modo, su estado de alarma inicial se amplifica.

Es probable que el paciente construya múltiples representaciones mentales no integradas de sí mismo, de modo tal que su sentimiento de fragmentación corporal puede tener la intención de ser una metáfora de algo que de lo contrario sería imposible comunicar.

Efectivamente, en esta búsqueda de sentido y significado, sería útil establecer el cuerpo como punto de partida para que los pacientes desarrollen una relación más consciente con él (Mills, 2001).

Cuando los pacientes aprenden a relacionarse con sus cuerpos de una manera diferente, siendo más conscientes de sus sensaciones comunes, incluidas las agradables, también pueden transformar más fácilmente su relación con las experiencias sensoriales estresantes y desagradables.

Informe de caso

Un paciente al que llamaremos “Juan” sufría de esquizofrenia paranoide aguda y vivía en un estado de aislamiento social y de discapacidad relacional significativos. La única actividad a la que podía dedicarse era el físicoculturismo, del que se había convertido en un practicante entusiasta. Su padre, que quería tratar de alentarlo a ampliar sus intereses, se oponía a esta única pasión y eso desencadenaba violentas peleas familiares con críticas muy amargas. Inmediatamente después de esas peleas subidas de tono, John sentía una profunda ansiedad y angustia, además de un fuerte sentimiento de peligro y de amenaza. También sacaba un sentimiento cada vez mayor de disgregación corporal, “como si mi cuerpo fuera a romperse en mil pedazos”. No sentía su cuerpo, ni podía decir cuál era su posición en el espacio, y sentía como su sangre desaparecía de las venas, “cómo si alguien me la estuviera absorbiendo”. Poco después veía a su padre “convirtiéndose en un monstruo... en una especie de vampiro”. En ese momento, sólo podía salir huyendo, desaparecía sin dejar rastro y por lo general lo encontraban transcurridos unos días en estado de confusión.

De hecho, sometido a estrés, Juan no podía descodificar sus propios niveles elevados de tensión y ansiedad y, como consecuencia, construía representaciones mentales de una identidad física basadas en una mala interpretación de las sensaciones físicas relacionadas con el miedo y con el hecho de sentirse amenazado. Su estructura psicótica le llevaría a crear un mundo, además de significados coherentes intrínsecamente, que le pudiera aportar las explicaciones necesarias para elegir el siguiente paso conductual.

Lograr mantener su atención centrada en su cuerpo y en captar y mejorar cada una de las sensaciones procedentes de cada una de sus partes; ser completamente consciente de sus sentidos, en cada momento, puede distraerles de sentirse intimidados y devastados por pensamientos y sentimientos aterradores y disgregadores que dificultan su relación plena y fluida con la realidad.

Este tipo de concentración no es un mero ejercicio de la mente, sino una capacidad renovada de desarrollar un nuevo sentido del sí mismo. Los pacientes con una unidad y una estabilidad débil del ego se beneficiarán de la práctica del “*escaneo corporal*” o del “*caminar con conciencia plena*” (Kabat-Zinn, 2004; véase también el Anexo A de este volumen). Se les invita a que observen todo lo que ocurre, todo lo que perciben y cada sensación corporal; también se les pide que observen lo que surge y que se concentren en su presentación mental de lo que están percibiendo, sólo observando, sin comentarlo.

Esto ayuda en el proceso de “*encarnación*” y de recuperación del sentido de corporeidad del paciente, que se ve amenazado por sus sentimientos de fragmentación, y potenciará un sentido más competente y estable del sí mismo, que les proteja de la disgregación y la disolución del ego, de otro modo podrían encontrar en los delirios el único modo de dar significado a los acontecimientos.

Estar en movimiento, como organismo unitario, junto con la capacidad de percibir todas las sensaciones, provoca la impresión de que las distintas partes del cuerpo están conectadas entre sí y se comunican. La fragmentación que manifiestan estos pacientes no es simplemente una idea abstracta sino una sensación física real. Experimentar una forma nueva y más consciente de estar en movimiento, sentirse más centrado y relacionado con el mundo que nos rodea de una forma nueva puede ayudar a transformar nuestra propio “ser-en-el-mundo”

(Mills, 2001).

Efectivamente, todo lo relativo a lo corpóreo puede, en justicia, combinarse para dar lugar a una conciencia del sí mismo o, dicho de otro modo, *presencia*, pero no por sí misma, en los límites de un esquema corporal más o menos definido: el cuerpo puede ser un medio para conectarse con los demás; *el cuerpo que soy*, un cuerpo sujeto, permite los encuentros con otros cuerpos sujetos, en contraposición con *el cuerpo que tengo* (Callieri, 1989), un cuerpo objeto que, según los significados psicóticos, limitados y petrificados, es objeto de brotes de violencia y de todos modos es pasivo a todo lo que procede de alguien distinto al sí mismo. Véanse las esclarecedoras páginas de Merleau-Ponty (1985) sobre este tema.

Ser capaz de experimentar áreas de bienestar, además de una manera diferente de percibirse a uno mismo, al propio cuerpo y a las sensaciones a través de un uso consciente e intencional de la práctica descrita, puede ayudar a aumentar la autoestima, además de un sentido de otorgar poder relacionado con haber desarrollado una conciencia centrada como alternativa a ser erradicado por el torrente incesante de pensamientos. Dicho de otro modo, centrarse en uno mismo y en el propio cuerpo puede ser una experiencia opuesta a la fragmentación que proporcione un sentido de seguridad y de integridad que pueda utilizarse como recurso para hacer frente a los acontecimientos estresantes del día a día. Ser consciente de las propias emociones y sensaciones también es identificarlas como lo que son (sentimientos solamente), sin tener que recurrir a interpretaciones alternativas como las ideas delirantes, a fin de no volver a disolverse en lo inexplicable y lo indescriptible.

Tras la estabilización clínica, Juan se implicó voluntariamente en un programa de CBT para pacientes psicóticos que, por supuesto, incluía algunas sesiones de mindfulness. Dado su gusto por la actividad física, mostró un interés particular en la importancia que se daba al cuerpo. Centrándose en su respiración y en su cuerpo mediante el “escaneo corporal”, y en sus interacciones cuerpo-entorno con “paseos con conciencia plena”, poco a poco desarrolló una nueva percepción de sí mismo y del funcionamiento de su cuerpo. El hecho de ser consciente de una integridad física subyacente a pesar de los cambios en sus sensaciones físicas debido a variaciones de su estado emocional proporcionó al paciente un nuevo esquema cognitivo que le permite seguir con la psicoterapia con más confianza y más tranquilidad.

Algunas variaciones prácticas del protocolo

Ya se han implementado estrategias basadas en mindfulness para el tratamiento de pacientes psicóticos (Chadwick, 2006; García Montes et al.; 2004).

Chadwick señala algunos ejemplos del uso de un protocolo de mindfulness modificado, destacando en particular la eficacia del mindfulness para manejarse con las voces “*en lugar de deshacerse de ellas*”:

Desde el principio aclaro que el mindfulness no hará desaparecer las voces ni las imágenes, etcétera. Se trata de practicar una manera distinta de responderles. Es aprender a aceptar y a vivir con esas experiencias sin sentirse preocupado, excluido, dominado ni abrumado por ellas” (Chadwick, 2006[\[1\]](#)).

Compartimos totalmente sus ajustes al protocolo estándar ya que son necesarios para adaptarlo a las características específicas de este tipo de pacientes.

Efectivamente parecen apenas capaces de tolerar las sesiones de 20-45 minutos de meditación habituales, ya que en ese lapso lo razonable es esperar que su atención vaya y venga, dado que tienden a distraerse por estímulos externos (especialmente auditivos) y rumiaciones internas. Uno de los déficits cognitivos que se suele encontrar en estos pacientes está relacionado con la capacidad de mantener su atención centrada en un objeto interno o externo (Wykes y Reeder, 2005). Eso aumentaría el riesgo de la exposición de los pacientes a las “voces” que, todavía sin ser comprendidas ni tratadas adecuadamente, pueden a su vez producir ansiedad, determinando como ya se ha probado (Birchwood y Tarrier, 1995) una condición de estrés que puede desencadenar en ideas delirantes y alucinaciones. La meditación misma puede experimentarse como algo extremadamente difícil y estresante, que desanima a los pacientes a volver a experimentarlo en las siguientes sesiones.

Durante las primeras fases experimentales con un grupo de diez pacientes, recuerdo que tras una sesión de unos 25 minutos uno de ellos dijo:

Doctor, es tan raro... durante los primeros minutos me he sentido tranquilo y he podido seguir sus instrucciones, entonces he oído una voz (externa?) que me decía que no lo hiciera...; que usted me estaba engañando y que si seguía respirando de esa manera

activaría el dispositivo que tengo en la cabeza... Me asusté.

Este ejemplo muestra como, si no se toman todas las precauciones necesarias, incluso la experiencia de la meditación puede ser abarcada por el mundo delirante del paciente, por lo que debería introducirse y ofrecerse considerando todo lo dicho acerca del uso de la CBT con pacientes psicóticos (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Otra variación muy útil introducida por Chadwick es la de *evitar los silencios prolongados* durante las sesiones. Efectivamente, los terapeutas tienen que dar instrucciones breves a los pacientes durante la práctica a fin de estimular continuamente su atención, impidiendo que se extravíen en sus inferencias (delirantes) y/o rumiaciones mentales, que pueden aumentar, en lugar de disminuir, su sensación de alienación, de no pertenencia y de desapego al mundo real.

Por esa misma razón, la práctica continuada en casa no se debe recomendar a todos los pacientes, en especial al principio de la terapia y cuando se considere que no disponen de suficientes habilidades metacognitivas, de descentramiento y de autocontrol. Otro buen motivo para compartir esta experiencia con un terapeuta es que su componente relacional puede verse como un medio y una posibilidad para que los pacientes aumenten su sentido de compartir y de pertenecer a la comunidad humana, mientras que solos en sus casas, en un entorno familiar en el que la tranquilidad y la comprensión no están siempre garantizadas, quedarían expuestos al riesgo de ser señalados con el dedo y juzgados como “*los que hacen cosas raras e insondables*” y, de nuevo, son diferentes.

Así pues, creemos que participar en una práctica en grupo es la mejor manera de empezar, aunque no hasta que se haya consolidado una relación terapéutica en un escenario de terapia individual, en la que el terapeuta haya obtenido información razonable de las posibilidades del paciente y, sobre todo, no antes de que el paciente sea capaz de confiar plenamente en su interlocutor y que su nivel de estabilidad clínica sea aceptable.

Los terapeutas tendrán que ser cautos y no proceder demasiado rápido cuando ofrezcan este nuevo tipo de experiencia y hacerlo sólo después de haber proporcionado suficientes explicaciones de su naturaleza y de los resultados previstos.

Este enfoque psicoeducativo se extenderá más adelante a los miembros de la familia si se

anima a los pacientes a hacer algunas sesiones de práctica breves en casa.

Llegado el momento, a los pacientes que parezcan estar en buen contacto con la realidad, pero a los que les cuesta concentrarse en su respiración (una tarea bastante abstracta), se les puede invitar a que se centren en lo que hacen para sí mismos. Se les puede pedir que lleven a cabo unas cuantas acciones cotidianas con mayor conciencia, especialmente las tareas más gratificantes y que les hacen sentir, en cierto modo, enriquecidos y satisfechos. Por ejemplo, se les puede sugerir que presten más atención a lo que hacen:

“Ahora estoy andando”, “Ahora estoy tocando el pomo de una puerta”, “Ahora me estoy acercando el cepillo de dientes a la boca”, etc.

El efecto es doble: les ayuda a aprender a reconocerse y a centrar su atención, donde quieren, con poco esfuerzo, ya que las tareas demasiado complicadas pueden, en caso de fracaso, debilitar todavía más su sentido de valía personal y de autoestima; y también les hace averiguar cómo pueden cuidar de sí mismos de una manera fácil, dando importancia a sus pequeñas acciones cotidianas y contribuyendo así a la formación de una imagen nueva y más positiva de sí mismos (*“Soy capaz de hacer algo por mí mismo y me siento satisfecho de ello”*), sin tener que decirse que tienen que cambiar o hacer algo distinto, sino sólo observando y revalorando lo que ya han hecho espontáneamente.

Con otras palabras, se trata de aprender a aceptarse por lo que son y lo que hacen sin importar qué es y cómo se ha hecho.

En cuanto a la defusión de las voces, las pistas que se suministran durante la cuarta sesión de MBCT nos parecen muy útiles (Segal et al. 2006).

El protocolo implica un momento de “mindfulness de sonidos”, diseñado para aumentar la conciencia de los sonidos mediante la práctica del mindfulness (véase también el Anexo A de este libro). A fin de evitar que los pacientes se queden pegados al contenido de las voces, que se sabe que desencadenan respuestas emocionales y de conducta, les invitamos a prestar atención a algunos de sus componentes formales como la tonalidad, el timbre, el tono y la longitud, además del ritmo que hacen cuando se suceden una después del otro. Esto anima a los pacientes a hacer lo opuesto de lo que harían normalmente, es decir, evitar o tener miedo

de las voces. De hecho, el objetivo es despertar su curiosidad para observarlas de un modo distinto, captar algunos detalles y averiguar aspectos particulares que nunca antes habían notado, viviendo en el momento presente y absteniéndose de toda evaluación; observarlas solamente y, si ven que se quedan demasiado rato en su posible significado, deberían tranquilamente devolver la atención a sus características sensoriales, intentando no culparse ni castigarse por no hacer el ejercicio correctamente.

De este modo, los pacientes reciben ayuda para cambiar la manera en la que manejan las malas percepciones. Se darán cuenta de que no sólo tienen que sufrirlas, sino que pueden decidir si las amplifican o no, o si las observan o las ignoran.

Además, esta ocasión debería utilizarse para reforzar la idea de que lo importante es el proceso y no el resultado, y que lograr abandonar la idea de *tener que hacer las cosas bien* por la de *estar bien* será un paso más hacia pasar del *modo hacer* al *modo ser* que es, de por sí, un objeto de conciencia centrada.

La heterogeneidad de los cuadros clínicos

Como ya hemos mencionado, la extrema heterogeneidad de síntomas y de cuadros fenotípicos debe tomarse en consideración cuando se planea una terapia. Los pacientes con ideas delirantes estructuradas pero sin trastorno mental formal ni alucinaciones presentan problemas distintos que aquéllos con un componente alucinatorio prevalente o con bajo funcionamiento social y/o niveles elevados de discapacidad cognitiva.

En nuestra opinión, la terapia en grupo siempre debe tener como objetivo mejorar las condiciones clínicas y los grupos nunca deben ser desparejos, ya que eso hace que la aceptación mutua y el compartir sean conceptos mucho más difíciles de aprender y puede, en cambio, aumentar el sentido de alteridad y de no pertenencia del paciente, además de su miedo a ser criticado o juzgado.

Tras una sesión de práctica en grupo, un paciente me preguntó si podía hablar conmigo en privado:

Doctor, mientras intentaba concentrarme en mi cuerpo y en mi respiración, intentando liberar toda sensación desagradable relacionada con las voces, me he sentido avergonzado y ansioso al pensar que mi experiencia era totalmente desconocida y no muy entendible para los demás... entonces he pensado que si esto me hace sentir tan tenso quizás no sea bueno para mí.

Otro me dijo “no podía entender por qué yo le estaba considerando similar a esos locos que oyen cosas que no existen y *cómo podía él confiar en ellos...*”.

Si por un lado intentamos ayudar a los pacientes a desarrollar un hábito de relacionarse con conciencia plena con todas las experiencias, incluidas las psicóticas en general, también es cierto que se trata de un objetivo, no un requisito, y que los pacientes deben situarse en una condición en la que puedan lograrlo.

Desde esta óptica, agrupar a los pacientes con síntomas similares puede resultar útil ya que les hará sentirse menos expuestos a críticas y a vergüenza.

Si todos los miembros del grupo comparten el mismo tipo de experiencias sensoriales o los mismos problemas, v.gr. relacionales (pensemos, por ejemplo, en la tendencia a relacionarse con los demás a través de la lente de las ideas persecutorias), es más probable que acaben por aceptar su experiencia presente sin juzgarla.

De todos modos no debemos olvidar que, incluso en el mejor escenario posible, esos pacientes tienen un conciencia lábil de enfermedad, así que no siempre es posible contar con su aceptación de las explicaciones sobre el origen y la naturaleza de sus pensamientos y sus experiencias.

Dicho de otro modo, lo que consideramos como experiencia psicótica es, para muchos pacientes, la experiencia ordinaria, evidente e irrefutable y la única manera de percibir la realidad y de interpretar los hechos.

Otra cuestión que no debe olvidarse es que son pacientes que pueden perder la noción del tiempo y del espacio e incluso de sus limitaciones físicas.

Así pues, es importante evaluar si se debe o no pedir a un paciente que cierre los ojos durante la práctica. Una alternativa a cerrar los ojos puede ser que se centren en un punto del pecho,

y/o que mantengan una mano sobre el pecho o el abdomen a fin de ayudarles a sentir su propio cuerpo y seguir la respiración.

Por último, a los pacientes que caen fácilmente en un estado delirante o de los que se ha observado que tienen un sentido elevado de alteridad incluso después de sesiones cortas se les puede sugerir que centren su atención en los movimientos del pecho de la persona que se encuentra delante de ellos y que intenten respirar al mismo ritmo (Chadwick, 2006).

El cuestionario DV-SA

Invitamos a nuestros pacientes a completar un cuestionario de autoaplicación sobre la opinión subjetiva acerca de delirios y voces (*DV-SA questionnaire: delusion and voices self-assessment questionnaire*, Pinto, Gigantesco, Morosini y La Pia, 2007), desarrollado y validado en colaboración con el Instituto Nacional de Salud italiano. Nuestro propósito no es obtener un resultado psicopatológico cuantitativo (evaluando la presencia eventual de ideas delirantes y/o alucinaciones), sino hacer que los pacientes centren su atención en sus propias respuestas a las voces y/o demás creencias (delirantes).

De hecho, se pide a los pacientes que respondan a preguntas sobre determinada idea (delirante), identificada previamente:

¿Con qué frecuencia piensas en esta idea?, ¿cómo te hace sentir esa idea?, ¿en qué medida afecta esta idea a tus relaciones con los demás o interfiere en tus acciones cotidianas?

Sobre las voces:

¿Con qué frecuencia oyes las voces?, ¿crees que son voces de otras personas?, ¿hacen que te sientas estresado o nervioso? ¿o te hacen sentir bien?, ¿te dan órdenes? ¿Y tu obedeces?, ¿en qué medida interfieren en tus relaciones con los demás y en tus actividades cotidianas? etcétera.

A fin de comprobar la medida en la que sus respuestas y las de los pacientes se solapan, el cuestionario DV-SA, los terapeutas también pueden completarlo. El objetivo es conocer mejor

a los pacientes para mejorar la sintonía terapeuta-paciente y sacar el máximo provecho de la terapia: no todo lo que los terapeutas asumen conocer de sus pacientes coincide con lo que realmente piensan o sienten, especialmente si los pacientes tienen problemas de comunicación o miedo a revelar sus pensamientos plenamente. Es algo que puede frustrar la sintonía relacional e impedir a los terapeutas aprovechar todo lo que conforma el mundo interior de un paciente.

El cuestionario DV-SA puede ser útil tanto como herramienta de diagnóstico como de terapia, ya que garantiza a los pacientes un distanciamiento inicial de los factores desencadenantes y ese es un paso muy importante hacia la desidentificación y la práctica experiencial de la conciencia descentrada (Segal et al.; 2006).

Conclusión

Los intentos por parte de los terapeutas de hacer desaparecer las señales y los síntomas “extraños” a cualquier precio también han sido durante mucho tiempo el núcleo de una relación terapéutica con los pacientes psicóticos que ha desembocado en que los facultativos se sientan impotentes y frustrados. Inexorablemente, este tipo de cosas ha afectado el curso de la patología misma, que se ha visto relegada entre las enfermedades incurables.

Mientras tanto, el núcleo de la CBT y del mindfulness son las personas, y llegar a saber y a conocer todas sus manifestaciones en lugar de dar con una explicación de las mismas.

Quizás esto aumente la posibilidad de establecer una relación terapéutica que en primer lugar es humana; una relación basada en comparar vidas y experiencias que a menudo son muy duras, ya sean reales o imaginarias. Independientemente de la medida en que el sufrimiento caracterice y permee cada aspecto de nuestra vida, esta sigue siendo auténtica, natural y, por lo tanto, compatible.

La evidencia clínica de nuestra investigación aún está pendiente, aunque, quizás, si logramos animar a los pacientes a aprender a aceptar las cosas por lo que son, sin juzgarlas, este mensaje pronto podría traducirse en una aceptación de ellos mismos y de los demás y

habremos ayudado a otro ser humano a dejar atrás la soledad y la alteridad, atravesando una dimensión privada e inaccesible implacablemente condenada a estar fuera del espacio y del tiempo.

Referencias

- ALLEN, N; KNIGHT, W.E.J. (2005). "Mindfulness, compassion for self, and compassion for others". En P. GILBERT (Ed.). *Compassion*. Londres y Nueva York: Routledge.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a edición). Washington, DC: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA).
- ANDREASEN, N.C.; ARNDT, S.; ALLIGER, R.; MILLER, D.; FLAUM, M. (1995). "Symptoms of Schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms". *Archives of General Psychiatry*, 52, 341-351
- 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.
- BECK, A.T. (1970). "Cognitive therapy: Nature and relation to Behavior therapy". *Behavior Therapy* 1, 184.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- BEDROSIAN, R.C.; BECK, A.T. (1980). "Principles of cognitive therapy". En M.J. Mahoney (Ed.) "Psychotherapy process". Nueva York: Plenum Press.
- BELLACK, A.S.; MUESER, K. (1993). "Psychosocial treatment for schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336
- BELLACK, A.S.; MUESER, K.; GINGERICH, S.; AGRESTA, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia. A step by step guide*. Nueva York: The Guilford Press.
- BINSWANGER, L. (1928). "Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte". *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 68.

- BIRCHWOOD, M.; CHADWICK, P. (1997). "The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model". *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- BIRCHWOOD, M.; TARRIER, N. (1995) (Eds.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- BLEULER, E. (1993). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Horme-Paidós.
- BOWLBY, J. (1998) *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- BURTI, L. (1993). Comentario en L. BURTI (Ed.), "Forum: Models of psychosocial rehabilitation for chronic psychiatric patients". *Italian Journal of Psychiatry Behavioral Science*, 3, 147.
- CALLIERI, B. (1984a). "La Clinica come demitizzazione della psichiatria". *Psyche*, pág. 69, Abano, Piovan.
- CALLIERI, B. (1984b). "La fenomenologia antropologica dell'incontro: il "noi" tra l'homo natura e l'homo cultura". En C.L. CAZZULLO; C. SINI (Eds.), *Fenomenologia: Filosofia e psichiatria* (pp. 53-62). Milano: Masson.
- CALLIERI, B. (1985). "Antropologia e psichiatria Clinica". *Quaderni Italiani di Psichiatria*, IV, 3, pp. 207-223.
- CALLIERI, B. (1989). "Dimensioni antropologiche della psicopatologia della "corpo-ent'a""". *Psyche*, 3.4.; pp. 213-223,
- CALLIERI, B. (1993a). "Aspetti antropofenomenologici dell'incontro con la persona delirante". – *Riv. di psichiatria*, vol. 28, n. 6, noviembre-diciembre.
- CALLIERI, B. (1993b). "Contributo allo studio psicopatologico dell'esperienza schizofrenica di fine del mondo". En *Percorsi di uno Psichiatra*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, pp. 15-42.
- CHADWICK, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester:

Wiley & Sons.

CHADWICK, P.; BIRCHWOOD, M.; TROWER, P. (1996) *Cognitive therapy of voices delusions and paranoia*. Chichester, Reino Unido: Wiley

CIOMPI, L.; MÜLLER, C. (1976) *Labenslauf und Alter der Schizophrenen: eine katamnestische Lagzeitstudie bis ins Senium*. Berlín: Springer.

DURHAM, R.C.; GUTHRIE, M.; MORTON, R.V.; et al. (2003). "Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms: Results to 3-month follow-up". *British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311.

FALLOON, I. (1988). "Expressed emotion: Current status". *Psychological Medicine*, 18, 269-274

FALLOON, I.; et al. (1985) "Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study". *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.

FOWLER, D.; GARETY, P.; KUIPERS, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: theory and practice*. Chichester: Wiley.

GARCÍA MONTES, J.M.; SORIANO, C.L.; et al. (2004). "Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso". *Psicothema*, 16 (1), 117-124.

GERMER, K.C. (2005). "Mindfulness, what is it? What does it matter?". En C.K. GERMER; R. SIEGEL; P.R. FULTON (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: The Guilford Press.

GUIDANO, V.F.; LIOTTI, G.; (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: Guilford.

GUMLEY, A.; O'GRADY, M.; MCNAY, L. (2003). "Early Intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy". *Psychological Medicine*, 33, 419-431.

HAYES, S.C.; KIRK, D.S.; WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.

HOGARTY, G.E. (1998). "L'integrazione degli interventi". En C.L. CAZZULLO; M. CLERICI; P. BERTRANDO. (Eds.), "Schizofrenia ed ambiente. Modelli della malattia e tecniche di intervento" (págs. 163-177). Milán: Franco Angeli.

HUBER, G.; SCHÜTTLER, R. (1979). *Schizophrenie*. Berlín: Springer.

JABLENSKY, A. (1987) "Multicultural studies and the nature of schizophrenia: A review". *Journal of Royal Social Medicine*, 80, 162-167

JABLENSKY, A. (1989). "An Overview of the World Helath Organization Multi-Centre Studies of Schizophrenia". En P. WILLIAMS; G. WILKINSON; K. RAWNSLEY (Eds.), *The scope of epidemiological psychiatry: Essays in honour of michael sheperd*, (pp. 225-239). Esat sussex: Routledge.

JABLENSKY, A. (1992). "Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A world Health Organization ten-country study". *Psychological Medicine*. Suppl.20.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

KABAT-ZINN, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.

KENDALL, P.C. (1984). "Cognitive processes and procedures in behavior therapy". En C.M. FRANKS; G.T. WILSON; P.C. KENDALL; K.D. BROWNELL. *Annual review of behavior therapy; theory and practice*, (Vol. 10, pp. 123-163). Nueva York: Guilford Press.

KINGDON, D.G.; TURKINGTON, D. (1991). "The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 207-211.

KINGDON, D.G.; TURKINGTON, D. (1994). *Cognitive behavior therapy of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press

KINGDON, D.G.; TURKINGTON, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.

KUIPERS, L.; BEBBINGTON, P. (1988). "Expressed Emotion research in schizophrenia: theoretical

and clinical implications". *Psychological Medicine*, 18, 893-909

KUIPERS, E.; GARETY, P.; FOWLER, D.; et al. (1997). "London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: 1. Effects of the treatment phase". *British Journal Psychiatry*, 173, 319-327.

KRAEPELIN, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Livingstone, Edinborough.

LASZLO, P.; STANGHELLINI, G. (1993). "La vulnerabilità e il suo impatto sui Servizi". En A. BALLERINI; F. ASIOLI; G. CERONI, (Eds.), *Psichiatria nella Comunità*, (págs. 70-94). Bollati Boringhieri, Torino.

LIDDLE, P.F. (1999). "Diagnosis and Pathophysiology of Schizophrenia". En M. May; N. Sartorius (Eds.) *Schizophrenia* 1.4; 45-47

LINEHAN, M. (1993). *Cognitive Behavioural treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

LIOTTI, G. (1995). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS.

LORENZINI, R.; SASSAROLI, S. (1992). "Perchè si delira". En R. LORENZINI; S. SASSAROLI (Eds.). "La verità privata. Il delirio e i deliranti" (pp. 39-49). – Roma: La Nuova Italia Scientifica.

LORENZINI, R.; SASSAROLI, S. (1998). "Patogenesi e Terapia Cognitiva del disturbo delirante". En C. PERRIS; P.D. McGORRY (Eds.), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders*. Chichester: Wiley

LUOMA, J.B.; HAYES, S.C. (2003). "Cognitive defusion". En W. O'DONOHUE, J. FISHER.; S.C. HAYES (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: John Wiley & sons.

MCKENNA, P.; OH, T. (2005). *Schizophrenic speech*. Cambridge: Cambridge University Press.

MERLEAU-PONTY, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: PlanetaAgostini.

MILLS, N. (2001). "The experience of fragmentation in psychosis: Can mindfulness help?". En I. CLARKE (Ed.), *Psychosis and spirituality*. Londres y Philadelphia: Whurr Publishers.

MORRISON, A.P. (1994). "Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without concurrent medication: A single case". *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 22, 259-

- MORRISON, A.P. (1998). "A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic?". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- MORRISON, A.P.; HADDOCK, G.; TARRIER, N. (1995). "Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach". *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- MUNDT, C. (1985) *Das Apathiesyndrom der Schizophrenen*. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer.
- PALTRINIERI, E.; DE GIROLAMO, G. (1996) "La riabilitazione psichiatrica oggi: Verso una pratica "evidence-based"". *Noos*, 3(1), 201.
- PANKEY, J.; HAYES S.C. (2003). "Acceptance and Commitment therapy for psychosis". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- PENN D.L.; MUESER K.T. (1996). "Research update on the psychosocial treatment of Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 607.
- PERRIS, C. (1989) *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Nueva York: The Guilford Press.
- PERRIS, C.; SKAGERLIND, L. (1994). "Cognitive therapy with schizophrenic patients". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(382), 65-70.
- PINTO, A.; GIGANTESCO, A.; MOROSINI, P.; LA PIA, S. (2007). "Development, reliability and validity of a self-administered questionnaire on subjective opinion about delusions and voices". *Psychopathology*, 40(5), 312-320.
- PINTO, A.; KINGDON, D.; TURKINGTON, D.; (En prensa). "Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Enhancing the therapeutic relationship to improve the quality of life". En G. SIMOS (Ed.), *CBT -A guide for the Practicing Clinician-Vol. II*. East Sussex: Routledge, 1-17.
- PINTO, A.; LA PIA, S.; MENNELLA, R.; et al. (1999). "Cognitive Behavioral therapy and clozapine for clients with treatment refractory schizophrenia". *Psychiatric Services*, 50, 901-904.

ROBERTS, G.W. (1991) "Schizophrenia a neuropathological perspective". *British Journal of Psychiatry*, 158, 8-17, January.

ROGERS, E.; ANTHONY, W.A.; TOOLE, J.; BROWN, M.A. (1991). "Vocational outcomes following psychosocial rehabilitation: A longitudinal study of three programs". *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1, 21-29

SARTORIUS, N.; JABLENSKY, A.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; ANKER, M.; COOPER J.; et al. (1986). "Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different culture". *Psychological Medicine*, 16, 909-928.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SENSKY, T.; TURKINGTON, D.; KINGDON, D.; et al. (2000). "A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication". *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.

TARRIER, N.; HARWOOD, S.; YUSUPOFF, L.; et al. (1990). "Coping Strategy Enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms". *Behavioural Psychotherapy*, 18, 283.

TARRIER, N.; YUSUPOFF, L.; KINNEY, C.; et al. (1998). "Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia". *British Medical Journal*, 317, 303-307.

TURKINGTON, D.; KINGDON, D.; WEIDEN, P.J. (2006). "Cognitive behavior therapy for schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.

WEINBERGER, D. (1987). "Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia". *Archives of General Psychiatry*, 44(7), 660-669, Julio.

WILLIAMS, S.; (2002). "Anxiety, associated physiological sensations, and delusional catastrophic misinterpretation: Variations on a theme?". En A.P. MORRISON (Ed.), *A case book of cognitive therapy for psychosis*. Nueva York: Brunner-Routledge.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1973) *The International Pilot Study of Schizophrenia*, Chapter 11. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. Chichester, Reino Unido: Wiley.

WYKES, T.; REEDER, C. (2005) *Cognitive remediation in therapy*. East Sussex: Routledge.

ZIMMERMANN, G.; FAVROF, J.; TRIEU V.H.; et al. (2005). “The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A Meta-Analysys”. *Schizophrenia Research*, 77,1-9.

1. NdT: traducción libre

Reducción del estrés basada en mindfulness para el manejo del dolor crónico

Jacqueline Gardner-Nix

“El dolor no es solo un ‘problema físico’, es un problema de todo el sistema”.

Jon Kabat-Zinn

Ya es hora de que la comunidad médica reconozca la otra mitad del sistema.

Jackie Gardner-Nix

Introducción

El dolor es una queja común en la atención primaria; el 20% de las visitas a médico clínico son por dolor crónico (McCaffrey et al.; 2003). El veinte por ciento de los adultos sufren de dolor crónico y ese porcentaje aumenta hasta la mitad de la población anciana (Cousins et al.; 2004). El dolor crónico, definido como un dolor continuo o intermitente que persiste durante más de seis meses o más allá del tiempo de curación normal de determinada dolencia, puede tener un impacto en el bienestar físico y emocional de los pacientes (Siddall et al.; 2004) y puede asociarse con una discapacidad desproporcionada con el nivel de la dolencia, además de con la depresión y la ansiedad (Bair et al.; 2003). A pesar de los analgésicos, las operaciones y demás tratamientos, la medicina occidental tradicional no logra controlar el dolor (Cousins et al.; 2004, Furrow, 2001). En ocasiones se prescriben opiáceos para el dolor crónico, pero los efectos secundarios no deseados de esos fármacos y su capacidad de perder el efecto con el tiempo están muy documentados (Gardner-Nix, 2003). Como consecuencia, muchos pacientes han optado por modalidades alternativas para controlar su sufrimiento.

Se ha demostrado que factores psicológicos, como cambios en el estado de ánimo y ansiedad alteran la percepción del dolor (Jensen et al.; 1994; Villemure y Bushnell, 2002). Un metaanálisis de las intervenciones psicológicas para el dolor crónico en la parte baja de la espalda (Hoffman et al.; 2007) avala la eficacia de las intervenciones psicológicas en la reducción del dolor indicado por el paciente, la interferencia relacionada con el dolor, la depresión y la discapacidad de las personas que sufren de dolor lumbar. El mismo estudio demuestra que los programas multidisciplinares que incluyen intervenciones psicológicas son superiores a otros programas de tratamiento activo en cuanto a la mejora de los resultados relacionados con el trabajo tanto en el seguimiento a corto como a largo plazo.

El funcionamiento de la mente al apreciar el dolor (Seminowicz y Davis, 2007) e incluso al permitir o eliminar las respuestas al mismo como inflamaciones, irritación de los nervios y espasmos musculares en las partes del cuerpo doloridas resultan especialmente interesantes a la vista de estudios que indican que no existe correlación entre la percepción del dolor y los estudios de imagen de las zonas doloridas como con TAC. Boos et al. (1995) demuestran que no existen correlación alguna entre los resultados patológicos y los síntomas de dolor de espalda, y que la hernia de disco es tan común entre pacientes sin dolor de espalda como en pacientes con dolor de espalda. Boden et al. (1990) también muestran resultados anormales en resonancias magnéticas de la columna vertebral en pacientes sin dolor de espalda. Otro elemento que se añade al misterio de por qué hay personas que sufren durante años de dolor crónico es el descubrimiento de una predisposición genética a sentir y a sufrir más dolor en determinadas personas que heredan una variante del gen COMT (catecol-oxi-metiltransferasa), frente a otras personas que se consideran más estoicas ante el dolor (Zubieta et al.; 2003), y el descubrimiento de que experiencias de abusos en el pasado, como en la infancia, en individuos susceptibles puede predisponerles a curar peor y a dolor crónico más tarde en la edad adulta (Schofferman y colegas 1993; Grzesiak, 2003).

Al intentar entender qué influye en la susceptibilidad a desarrollar dolor crónico, trabajar en otras áreas de la enfermedad relacionadas con factores psicosociales para la predisposición a la misma puede arrojar luz sobre la cuestión. Kobasa (1979) plantea una pregunta: ¿qué diferencia hay entre las personas que están expuestas a acontecimientos estresantes de la vida y no enferman y los que sí lo hacen? Para responder, estudió a ejecutivos de nivel medio y alto

y, de una muestra de 161, encontró que los que no enfermaban en general mostraban mayor dureza, un compromiso más fuerte con ellos mismos, una actitud de vigor frente al entorno, un sentido de positivismo y un locus de control interno. El trabajo de Rosengren et al. (2004) detectó que el estrés, la ansiedad y la depresión aumentan el riesgo de infartos igual que la obesidad, el colesterol y la hipertensión, aumentando también la comprensión de la influencia psicológica en la salud, que resulta revelador de por qué las intervenciones psicológicas son tan importantes en enfermedades relacionadas con el dolor crónico.

Bruehl et al. (2002, 2003) hallaron correlaciones entre el rasgo de ira y el estilo de ira (interiorizar la ira frente a exteriorizarla) y la sensibilidad a estímulos de dolor crónico y agudos, y la respuesta a los opiáceos. Carson et al. (2005) destacaron la falta de perdón correlacionada con un aumento de la probabilidad de llevar una vida afectada por dolor lumbar crónico. Carson et al. (2006) organizaron un estudio con un programa piloto de meditación de amor incondicional de ocho semanas de duración con 43 pacientes con dolor lumbar crónico asignados aleatoriamente a un grupo de estudio o controles habituales, y el resultado fueron unos descensos significativos del dolor y del malestar psicológico en el grupo de estudio.

Baliki et al. (2006) también han demostrado que el dolor de espalda continuado en resonancias magnéticas funcionales muestra la actividad de la corteza prefrontal como recuerdo impreso y miedo al dolor, y que cuanto más dolor ha sufrido la persona más ligera es la actividad en esa parte del cerebro: algo que se describe como memoria acumulativa. Millecamps et al. (2007) demuestran que la eliminación del dolor emocional en ese área del cerebro con un fármaco, D-cicloserina, con ratas, parece hacer que el dolor deje de molestarles aunque el dolor físico, como se experimenta en el tálamo donde se registra la sensación, sólo se haya reducido parcialmente. El hecho de eliminar el dolor emocional también puede reducir la sensibilidad física en la zona del dolor en el modelo animal. Por su parte, la D-cicloserina se ha utilizado para tratar fobias en seres humanos.

Todos los estudios anteriores sugieren que los tratamientos centrados en los centros cognitivos superiores implicados en la experiencia del dolor crónico pueden resultar más fructíferos que el hecho de centrarse en la sensación de dolor o en la vigilancia y la atención al mismo. Son

informes que ofrecen información sobre cómo el mindfulness y la meditación pueden influir en la experiencia del dolor crónico.

El programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) y el dolor

Kabat-Zinn (1982) elaboró un informe de los resultados de la MBSR en una muestra compuesta por 51 personas afectadas de dolor crónico. Las categorías de dolor dominantes eran espalda, cuello, hombros y cabeza. El 65% de los participantes manifestó una reducción del 33% del dolor, que para el 50% fue del 50%. Además, el 76% de los participantes manifestó una reducción en la alteración del estado de ánimo del 33%, mientras que para el 62% fue del 50%. Una limitación de este estudio fue que no hubo grupo de control.

En un estudio de seguimiento (Kabat-Zinn et al.; 1985) se comparó a un grupo de personas con dolor crónico que habían participado en un programa de mindfulness de 10 semanas de duración con un grupo que había recibido protocolos de tratamiento tradicional como anestesia y medicación. Los resultados del grupo de control no demostraron mejora alguna en parámetros en los que el grupo de mindfulness experimentó una mejora significativa: ansiedad, depresión, dolor en el momento presente, imagen corporal negativa e imposibilidad de llevar a cabo actividades por el dolor. La utilización de fármacos relacionada con el dolor se redujo en el grupo de mindfulness, y los niveles de actividad y de autoestima aumentaron. La situación era la misma en el seguimiento a los 15 meses para ambos grupos, excepto para el dolor en el momento presente, que regresó a los niveles anteriores a la intervención en el grupo de tratamiento.

Más tarde, Kabat-Zinn et al. (1987) indicaron reducciones significativas en los síntomas médicos y psicológicos a los 4 años tras el final del tratamiento en 225 participantes. Los niveles de respuesta a los cuestionarios oscilaban entre el 53 y el 70%. El 20% afirmaba haber desarrollado una “nueva perspectiva de la vida” mientras que el 40% indicaba haber tenido capacidad para controlar, entender o manejar mejor su dolor y su estrés. Una debilidad del estudio es inherente a la probabilidad de que las personas que responden a los cuestionarios sean las que se han beneficiado del tratamiento.

Se ha descubierto que la meditación mindfulness aporta mejoras significativas tanto en los aspectos mentales como físicos del dolor crónico. Un estudio elaborado por Sephton et al. (2007) en el que se investigó a 91 mujeres diagnosticadas con fibromialgia demuestra que el grupo de intervención de meditación mindfulness experimentó una disminución significativa de los síntomas de depresión comparado con el grupo de control con lista de espera, y que los efectos permanecieron estables a los dos meses de finalizar el estudio. Al desglosar los síntomas depresivos en los subtipos de síntomas cognitivos y síntomas somáticos, resultó que la MBSR disminuye significativamente la ocurrencia de ambos tipos en los pacientes del grupo de intervención.

Sagula y Rice (2004) investigaron los efectos de la MBSR en el proceso de dolor por la muerte de un ser querido en personas con dolor crónico. Se compararon 39 participantes con los 18 de su grupo de control que simplemente estaban en una lista de espera para recibir otras terapias. El grupo de mindfulness avanzó significativamente más deprisa en las fases iniciales de la pena que el grupo de control, y manifestó reducciones significativas en la depresión y el estado de ansiedad, aunque no difiere del grupo de control en las fases finales de la pena y de la ansiedad como rasgo. Los resultados en términos de dolor no se midieron en este estudio.

Ott et al. (2006) analizaron la literatura existente buscando datos sobre la efectividad de los tratamientos con mindfulness en pacientes con cáncer en relación a varios parámetros como depresión, fatiga, sueño y demás parámetros físicos, pero sólo encontraron un resumen de una conferencia en el que se medía su influencia en el dolor. Era el caso de 10 pacientes transplantados con células madre o autotransplantados de médula sometidos a periodos prolongados de hospitalización. De hecho, manifestaban un descenso significativo del dolor generado por sus intervenciones, además de aumentos en la felicidad, relajación y comodidad, y la mayoría seguían practicando el mindfulness hasta tres meses después de recibir el alta.

Plews-Ogan et al. (2005) trabajaron en un estudio piloto en el que se comparaban 8 sesiones semanales de MBSR con un masaje semanal, y tratamiento estándar (visitas cada 3 meses con ajustes de la medicación) en 30 pacientes con dolor musculosquelético crónico (23 mujeres), con intervención aleatoria. Para la evaluación se utilizaron la escala numérica del dolor (Farrar et al.; 2001) y el cuestionario SF 12 (breve cuestionario sobre calidad de vida). En el

grupo MBSR hubo tres abandonos antes de empezar el tratamiento de ocho semanas de duración, sólo cinco asistieron a siete de las ocho sesiones y un paciente asistió solamente a tres sesiones, aunque todos completaron los cuestionarios. En el grupo de masaje sólo hubo un caso de abandono, y dos en el grupo de tratamiento estándar. Aunque la tendencia era hacia la disminución del dolor en todos los grupos, el único descenso significativo en la escala fue en el grupo de masaje en la semana ocho, reduciendo una media de casi 3 puntos en la escala numérica de dolor, aunque en la semana 12 no se mantuvo ni resultó estadísticamente significativo. En las puntuaciones de calidad de vida se observó un aumento significativo en la puntuación de salud mental tanto en el grupo de masaje como en el de MBSR en la semana 8; no así en el grupo de tratamiento estándar. De hecho, este aumento sólo se mantenía en el grupo de MBSR en la semana 12 cuando hacía 4 semanas que las intervenciones habían finalizado.

Pradham et al. (2007) apuntan mejoras significativas en el malestar psicológico (reducción del 35%) en 31 mujeres con artritis reumatoide hasta 6 meses después de haber finalizado un programa de MBSR al que siguió un programa de mantenimiento de 4 meses, en comparación con un grupo de lista de espera aleatorio. Sin embargo, no hubo cambios significativos de los parámetros de la enfermedad ni se indican cambios en el dolor.

Morone et al. (2008a) informan del efecto del tratamiento con MBSR en 37 adultos de 65 años o más que sufren dolor, aleatorizados con control de lista de espera o intervención activa, y también los comprobaron tres meses después del tratamiento. La práctica de meditación se producía una media de 4,3 días a la semana, con una media de 31,6 minutos al día. Los resultados sugieren una aceptación significativamente mejor de sus límites, mayor actividad y mejor función física. En otro artículo, Morone et al. (2008b) utilizan un análisis de contenido y de teoría fundado para elaborar un estudio cualitativo de los diarios de 27 pacientes adultos de MBSR con dolor y el resultado demuestra que lograron reducir el dolor centrándose conscientemente en las tareas y organizando conscientemente las actividades que habían generado aumento del dolor, y con una mayor información de su procesamiento emocional que empeoró el dolor.

Sin embargo, las intervenciones psicológicas como el mindfulness y la meditación han demostrado tener efectos fisiológicos que probablemente median en las mejoras

experimentadas por los participantes en esos programas. Estudios, como los que analizan parámetros del sistema inmune, muestran mejoras asociadas con la participación en el programa mindfulness en casos de cáncer de mama y de próstata (Carlson et al.; 2003), en análisis de linfocitos T en hombres con VIH que habían recibido instrucciones sobre relajación, hipnosis y meditación (Taylor, 1995), en la respuesta frente a la vacuna de la gripe en trabajadores normales (Davidson et al.; 2003) y también que la meditación aumenta el nivel de desaparición de lesiones de soriasis comparado con los controles (Kabat-Zinn et al.; 1998). Es posible que la inflamación y la inestabilidad neurológica en la zona dañada en pacientes con dolor crónico cambien en los participantes a estos tratamientos cuyo resultado es una reducción del dolor y una mejor curación.

Tratamientos para el dolor crónico basados en mindfulness

Hemos estudiado la eficacia de un programa de gestión del dolor crónico basado en mindfulness (MBCPM) que desarrollamos basándonos en la MBSR. El programa se modificó para aumentar la accesibilidad a aquellas personas que habían sido derivadas a las clínicas de gestión del dolor de dos hospitales universitarios de Toronto (Gardner-Nix et al.; 2008).

Una preocupación para la mayoría de estudios sobre mindfulness ha sido la falta de estudios de control aleatorios. Creímos que hacerlo aleatorio sesgaría el estudio en la dirección de los que tuvieran menos agudeza y más motivación para seguir el tratamiento y, que, por lo tanto, estarían preparados a aceptar un plazo de seguramente varios meses. Las tasas de abandono antes de iniciar el tratamiento eran elevadas porque los pacientes con dolor agudo (el dolor “habitual” de nuestra población era de cerca de 6 sobre 10 donde 10 es atroz), no suelen estar de acuerdo en esperar demasiado tiempo una intervención, y eso no era algo que pudiera arreglarse rápidamente. Así pues, utilizamos controles en lista de espera no aleatorios.

Las clases son de dos horas y tienen lugar una vez a la semana, durante diez semanas, en dos hospitales universitarios de Toronto, o en los hospitales locales de los pacientes utilizando sistemas de telemedicina. En algunas clases se mezcla a los pacientes presentes con los que

están a distancia y en otras se trabaja por separado. El uso de telemedicina (transmisión IP a 384 kbit/s; Gardner-Nix et al.; 2008) para incluir a las personas que viven en áreas rurales ha resultado muy importante ya que hacer viajes largos aumenta el dolor, que también aumenta el estrés.

Mindfulness para el dolor crónico: resumen del tratamiento

En las clases iniciales se enseña a los participantes qué es el mindfulness y el concepto de meditación frente al de relajación, utilizando al principio la respiración como centro de atención. Empiezan con meditaciones de sólo 5 minutos, y se les anima a participar en la clase desde cualquier posición: pueden tumbarse en el suelo o estar de pie toda la clase si su dolor físico así lo requiere. También se enseñan hábitos de estilo de vida: dieta, ejercicio, sueño y relaciones, además de las actitudes descritas en el libro de Kabat-Zinn “Vivir con plenitud las crisis”. En cada clase se organizan debates en grupos pequeños y grandes sobre el tema de la semana. Las grabaciones para meditar se ofrecen en CD narrados por el monitor de la clase (JGN) e incluyen un escaneo del cuerpo de 30 minutos (que se empieza en la tercera semana), bastante anatómico y muy relevante para las personas que sufren dolor. Durante el escaneo del cuerpo se les anima a observar lo que ocurre emocionalmente y la intensidad y la calidad del dolor cuando escanean la parte o partes del cuerpo que les duelen, y ver si hay una tendencia a amputarlas mentalmente o a ignorarlas. Esto suele mejorar con el tiempo, aunque algunos indican tener que volver al escaneo más tarde después de utilizar otra medicación, para notar que “se le han devuelto” esas partes del cuerpo.

A los pacientes se les pide que mediten cada día en casa con una selección de pistas de meditación en CD que varían entre los 5 y los 30 minutos, y también se les anima a que practiquen posiciones de meditación en las que estén cómodos teniendo en cuenta sus dolores. También se utilizan las pistas de meditación del lago y la montaña de Kabat-Zinn. Algunas meditaciones implican visualizar el dolor con una guía para hacerlo disminuir. Por ejemplo, pueden visualizar el dolor como un bloque de hielo al que prestan toda su atención y que empiezan a observar que se derrite. Se considera que las meditaciones de más de 30 minutos no son aceptables para las personas con dolor crónico y que podrían reducir el cumplimiento

del fin del tratamiento.

El yoga se sustituye por movimientos conscientes, la mayoría basados en el hatha yoga; todos pueden hacerse de pie y algunos pueden hacerse sentados. Se anima a los participantes a confiar en su juicio sobre lo que pueden hacer o no. La meditación sentada suele indicarse como tarea para hacer en casa para ver si se convierte en su meditación preferida. Se sugiere considerar la transformación de la meditación sentada en meditación en el agua si los pacientes se mueven con menos dolor en ese medio, y los movimientos conscientes también pueden hacerse en el agua en lugar de en tierra firme. Cuando hay agitación, ansiedad, ataques de pánico, flashbacks, un aumento del estrés o una tendencia a quedarse dormido, es mejor optar por la meditación andando o en movimiento.

Las tareas para hacer en casa incluyen: observar su tendencia a juzgar, en lugar de observar y evaluar solamente; determinar qué exacerba su dolor y qué ayuda a hacerlo, prestar atención a los factores emocionales y a los físicos; hacer tareas sencillas o mundanas conscientemente (ducharse, vaciar un armario, ver cómo infusona una bolsita de té), que luego tienen que describir en un trabajo en grupos pequeños, y preparar la comida y comer conscientemente, que también se debate en el trabajo en grupo. En la última parte del curso hacen manualidades y collages para plasmar sus ideas del dolor en papel o en una estructura en 3D. El simbolismo de la manualidad se debate en clase si el autor desea compartirlo. Algunos prefieren escribir un diario en lugar de hacer dibujos. Las tareas para hacer en casa también incluyen la lectura del libro “Vivir con plenitud las crisis” de Jon Kabat-Zinn, sobre todo de los capítulos sobre actitudes, estrés, dolor y los dedicados a los distintos tipos de meditación.

No se introdujo ningún retiro de todo un día en silencio entre las últimas clases del tratamiento debido a la escasa asistencia ese día, al parecer debido al miedo durante el primer año que se impartió el curso. Los participantes pueden repetir las clases, y suelen hacerlo. La tasa de abandono es de cerca del 33%, definida como la asistencia a 4 de las 10 clases o menos, y se observa una tasa de abandono más elevada en las clases presenciales que en las clases a distancia.

Caso número 1

Un trabajador de una fábrica de 39 años asiste a consulta para control del dolor. Ha pasado por cuatro intervenciones quirúrgicas en la espalda después de lesionarse en el trabajo en 1989, está de baja y sus niveles de dolor son de 8 a 9 sobre 10. Al principio se le optimizó en la clínica del dolor con 100 mcg/h de fentanilo transdérmico cada 2 días, 9 mg de metadona cada 12 horas, 900 mg de gabapentina 3 veces al día y 325 mg de acetaminofén/5 mg de oxicodona en 4 pastillas al día como analgésico de rescate. Se le derivó al curso de MBCPM, para lo que condujo 11 horas y media a la semana para asistir al curso inicial, y el resto lo hizo a distancia cuando pudimos conectar a su comunidad vía telemedicina. Hacia el final del primer curso detectó que podía mantener una mayor relación con más gente de su familia, algo que le había parecido bastante problemático a lo largo de su vida. Empezó a reducir la medicación. Durante el segundo tratamiento pudo abandonar el resto de la medicación y empezó a correr. Tres años después, trabaja en una actividad no física e indica que sigue meditando cada día, a veces varias veces al día, en sesiones de entre 10 y 40 minutos.

Caso número 2

Una mujer de 38 años que trabaja en una cadena de montaje del sector del automóvil y que acude a la clínica del dolor con dolor de cabeza agudo continuo 1 mes después de haberle sido extirpados dos hemangiomas cavernosos de la columna cervical, con unos niveles de dolor de entre 8 y 9 sobre 10 (cero = ausencia de dolor, 10 = dolor atroz). La paciente manifiesta una pérdida sensorial por debajo de la T4 tras la operación, pero está haciendo rehabilitación para andar. Tomografía computarizada/resonancias magnéticas negativas. Los antidepresivos tricíclicos y los anticonvulsivos no le producen efecto y ha probado todos los opiáceos secuencialmente, incluida la metadona. En los dos años posteriores su dosis de opiáceos aumenta a 400 mg de CR oxicodona cada 8 horas, con 72 mg de hidromorfona cada 4 horas como analgésico de rescate. Se desplaza con un caminador, es propensa a la pneumonía, necesita oxígeno, utiliza un dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (CPAP) por la noche, y recibe asistencia médica a domicilio.

Con medicación, sus niveles de dolor suelen ser de 7 sobre 10. Ha realizado dos cursos de

MBCPM, vía telemedicina desde una instalación remota, dejando transcurrir 4 meses entre curso y curso. Estabiliza sus requisitos de medicación durante el primer curso, algo poco habitual en ella ya que manifiesta tolerancia a su medicación opiácea cada 2 meses aproximadamente. Seis meses después del inicio del segundo curso logra reducir su dosis de CR oxicodona a 40 mg cada 12 horas; el analgésico de rescate hidromorfona, a 24 mg 3 veces al día; se le retira el oxígeno y empieza a andar sin caminador. Tampoco necesita asistencia médica a domicilio y sus niveles de dolor “habituales” son de alrededor de 3-4 sobre 10. Hubiera podido regresar al trabajo de no ser por la pérdida sensorial por debajo de la T4. La paciente indica que medita 30 minutos al día y que si deja de hacerlo durante algunos días sus niveles de dolor aumentan y experimenta una función reducida.

Al año siguiente se separa de su esposo y se convierte en madre sola con 2 adolescentes a su cargo. Además, indica que sus niveles de dolor aumentan en presencia de su ex esposo.

Dos años después ha sido capaz de convencer a sus jefes de que le permitan regresar al trabajo. Se le ha reciclado para que ocupara un nuevo puesto en la planta que fuera seguro dada su pérdida sensorial. Sigue meditando, utilizando la técnica del escaneo corporal, todos los días.

Resultados

Planteamos la hipótesis de que los participantes en el grupo de tratamiento experimentarían un descenso general de los niveles de dolor (escala numérica del dolor, Farrar et al. 2001), escala del dolor catastrófico (Sullivan et al.; 1995) y sufrimiento (representación pictórica de la enfermedad y la automedida: prueba PRISM, Büchi et al.; 2002), y un aumento en su calidad de vida (SF 36 v2, Ware, 2000) comparado con los individuos del grupo de control de lista de espera en la clase 10. También observamos las respuestas por sexo, con la hipótesis de que las mujeres del grupo de tratamiento mostrarían una mayor mejora en esas áreas que los hombres, ya que es la tendencia observada en artículos anteriores. Las mujeres conformaron el 70% de la población representante de nuestras clínicas y clases de dolor, una observación en la línea de los informes que apuntan a que los hombres están menos dispuestos a hablar de

dolor que las mujeres (Robinson et al.; 2001) y que los hombres que buscan hacer frente al dolor manifiestan mayores niveles de alteración del estado de ánimo que las mujeres (Fow y Smith-Seemiller, 2001).

Por último, y dado que ofrecíamos el curso vía telemedicina a zonas remotas de Ontario (Canadá), comparamos los resultados entre los participantes presenciales y los que participaron en los cursos a distancia (Gardner-Nix et al.; 2008).

Se estudiaron 233 enfermos de dolor crónico sin cáncer, 178 mujeres y 55 hombres, que participaron en directo ($N = 95$), vía telemedicina desde lugares remotos ($N = 79$) y 59 controles de lista de espera.

Los estados de salud incluían dolor de espalda, dolor de cabeza y dolor facial, artritis, fibromialgia y “otros”. También se analizaron 87 pacientes con dolor crónico en cuello o espalda aparte del grupo de tratamiento total.

Estudios anteriores habían descubierto que el dolor catastrófico, definido como “una orientación negativa exagerada hacia los estímulos dolorosos y la experiencia del dolor” predice significativamente el sufrimiento y la discapacidad (Sullivan et al.; 1995, 1998). Esas clasificaciones parecían la medida más sensible de cambio durante MBCPM. El dolor catastrófico general mostraba una mejora importante con el tiempo, tanto para los grupos presenciales como para los remotos. Ambos grupos experimentaron menos magnificación del dolor e impotencia con el tiempo que el grupo de control, y el grupo remoto también acababa rumiando menos que los controles. En las reducciones muy significativas que acontecieron en las clasificaciones de dolor catastrófico de los pacientes con el tiempo no hay diferencias por sexo, ni entre pacientes con dolor en la espalda o en otras partes del cuerpo.

El tratamiento con mindfulness y meditación mejoró significativamente la calidad de vida de los pacientes en términos de rol físico, salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental; resultados consistentes con los obtenidos por Sephton et al. (2007) cuando estudiaron a pacientes con fibromialgia. El tratamiento resultó menos exitoso en los dominios físicos del cuestionario SF-36v2 que en los dominios de la salud mental, lo que sugiere que diez semanas no es un periodo de tiempo suficiente para observar cambios significativos en los aspectos

físicos de la calidad de vida en personas que han sufrido dolor prolongadamente. Los participantes remotos se beneficiaron de igual manera que los presenciales, aunque empezaron el curso con unos resultados de calidad de vida física significativamente inferiores que los participantes presenciales (Gardner-Nix et al.; 2008). Se especuló con que los participantes presenciales tenían que hacer frente al tráfico y al aparcamiento en una gran ciudad y que era menos probable que asistieran al curso si estaban demasiado discapacitados para hacer frente a esos problemas. No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a la eficacia por razones de sexo o de tipo de dolor (dolor de espalda *versus* otros dolores).

Se había indicado que un descenso de 2 puntos en la escala numérica de 0 a 10 se consideraría significativo desde un punto de vista clínico pero los autores no analizaron la influencia de este descenso en la discapacidad, el estado de ánimo y el sufrimiento percibido (Farrar et al. 2001). Los pacientes indican una “reformulación” de su dolor con el mindfulness, y nosotros hemos observado unos niveles de discapacidad anecdotíicamente inferiores en presencia de resultados de la escala de dolor sólo ligeramente diferentes. En este estudio, las clasificaciones de dolor “habituales” diferían entre grupos: el dolor “habitual” de los pacientes presenciales mejoró significativamente al final del curso, aunque sólo una media de un punto en la escala de dolor en comparación con los controles, pero no en los remotos. Los hombres del grupo de tratamiento manifestaban niveles de dolor habitual inferiores a las mujeres en las semanas 1 y 10. También se observaron diferencias significativas entre los pacientes con dolor en la espalda y los pacientes con otros dolores: al principio los pacientes con dolor de espalda valoraban su dolor habitual de manera significativamente superior que los pacientes con otras enfermedades. Más tarde, al volverlo a medir en la semana 10, la diferencia seguía presente aunque los niveles de dolor “habitual” disminuyeron durante el tratamiento.

El test PRISM es una herramienta visual/táctil pensada para evaluar la carga de sufrimiento debido a enfermedades y a la intrusividad y a la controlabilidad de las mismas o de sus síntomas que, además, ha sido validada para la artritis reumatoide (Büchi et al.; 2002) y para el lupus (Buchi et al.; 2000). Además, recientemente la validamos para su utilización en población con dolor crónico (Kassardjian et al.; en prensa). A los pacientes se les da un papel de unos 21 x 28 cm con un disco amarillo (de 7 cm de diámetro) en la esquina inferior

izquierda que representa al “sí mismo”, y cinco discos más (de 5 cm de diámetro) que representan el dolor, el trabajo, la pareja, la familia y el ocio. Se les pide que coloquen los discos en relación con el disco de sí mismos para describir la intrusividad o la importancia de cada una de esas influencias en sus vidas. Los discos que se colocan cerca del disco del sí mismo se consideran características prominentes en la vida del paciente. Las distancias (en centímetros) entre el centro del disco del sí mismo y los centros de los otros discos, aportan parámetros cuantitativos. Si el tratamiento ha sido efectivo a la hora de reducir el dolor, la distancia entre el disco del “dolor” y el del “sí mismo” aumentará, mientras que los otros discos pueden desplazarse hacia el sí mismo, siempre que representen aspectos positivos de la vida del individuo. Las interpretaciones de los discos de no dolor sólo pueden hacerse en el contexto de las vidas de los pacientes.

Se averiguó que en general existía una diferencia significativa en las clasificaciones del dolor del test PRISM tanto en los grupos presenciales como remotos en relación con los controles. El sufrimiento del dolor en hombres y mujeres resultaba significativamente diferente. En los hombres, las distancias medidas entre el disco de dolor y el de sí mismo eran mayores que en las mujeres en la primera semana, lo que sugiere que los hombres experimentaban menos dolor antes de que empezara el tratamiento. Una idea que se contradice con las observaciones de Fow y Seemiller (2001) si los cambios de estado de ánimo están correlacionados con el sufrimiento. En la semana 10, las distancias de hombres y mujeres entre los discos de dolor y de sí mismos mostraban mejoras significativas similares. También resultó que los pacientes con dolor de espalda diferían en términos de sufrimiento de dolor comparados con otras enfermedades, que parecen sufrir menos como resultado del dolor que los que sufren de dolor de espalda en la semana 1.

Un efecto interesante del curso de mindfulness apareció al validar el test PRISM para la población con dolor crónico utilizando los datos paralelos que se recogen para estudiar la eficacia del curso de MBCPM. Al evaluar la validez convergente, se hallaron mejores correlaciones en la clase 10 que en la clase 1. Eso sugiere que o bien los pacientes estaban más familiarizados con la idea de este test en la clase 10, o bien eran más conscientes de las influencias de los parámetros que se estudian en el “sí mismo”.

El futuro del mindfulness en la gestión del dolor crónico

Una parte importante de la práctica del mindfulness implica llegar a aceptar el dolor y la discapacidad en el momento presente y dejar pasar la lucha por regresar al estado pre-enfermedad. McCracken (McCracken et al.; 2004a, b; McCracken y Eccleston, 2005; McCracken y Yang, 2006; McCracken et al.; 2007; McCracken, 2007; McCracken y Vowles, 2007) ha escrito mucho acerca del rol de la aceptación en el dolor crónico y del reenfoque de participar en acciones valiosas de la vida independientemente del dolor. Hayes (2004) también ha escrito sobre la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso, que incorpora el mindfulness para ayudar a los pacientes a implicarse en actividades valiosas independientemente del dolor. McCracken y Eccleston (2005), por su parte, indican que la intensidad y el funcionamiento del dolor no están relacionados, pero que los pacientes que manifiestan mayor aceptación de su dolor están mejor en términos de funcionamiento emocional, social y físico al evaluarlos 3,9 meses después de la primera evaluación; utilizan menos medicación y su estado laboral es mejor. El artículo cuestiona las ideas cognitivo-conductuales que siguen la asunción de que si se disminuyen la atención y la conciencia del dolor, sus efectos físicos y emocionales se reducirán también. La aceptación está correlacionada con unos mejores resultados funcionales y emocionales que la reducción de la conciencia y la vigilancia frente al dolor.

Junto con la aceptación parece probable que la predisposición a una respuesta al estrés más intensa y una recuperación más lenta, acumulativa debido a acontecimientos estresantes del pasado (McEwen, 2007), pueden acompañar la perpetuación del dolor, y Goleman y Swartz (1976) ya describieron, hace 31 años, que la recuperación de una respuesta al estrés se acelera con la práctica de meditación.

Estos resultados pueden poner en duda que los programas de gestión del dolor funcionen para disminuir la percepción del dolor como tal en escalas numéricas y en correlación del nivel de disminución con la mejora clínica. Los artículos sobre aceptación también sugieren que los datos sobre reducciones de la intensidad del dolor debidas a intervenciones estándar (como procedimientos o medicación, por ejemplo) deberían seguirse en la medida de lo posible para controlar si se producen mejoras emocionales y funcionales, si se mantienen y si continúan

mejorando, o si regresan a los niveles previos a la intervención en pocos meses. Las escalas de dolor pueden resultar menos útiles en el futuro y herramientas como el cuestionario de aceptación del dolor crónico (CPAQ) (McCracken et al.; 2004b), el inventario de valores de dolor crónico (CPVI) (McCracken et al.; 2006) y el test PRISM (Buchi and Sensky, 1999) pueden tener más relevancia.

El dolor físico agudo es una advertencia de que hay algo en el cuerpo que no funciona bien y que está dañado. El dolor crónico puede ser un aviso de que la combinación cuerpo/mente se ha estado desafiando durante demasiado tiempo o con demasiada intensidad y no es capaz de estar bien, de curarse o de manejar más allá de cierto nivel de estrés físico o emocional, que puede ser acumulativo. Aunque en Estados Unidos ésta es la década dedicada a la eliminación del dolor, el dolor crónico debería verse como un síntoma: un mensaje de aviso de que algo tiene que cambiar de forma más global en la vida del paciente. El mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso son intervenciones que ofrecen cada vez más esa oportunidad en el futuro de la gestión del dolor.

Referencias

- BAIR, M.J.; ROBINSON, R.L.; KATON, W.; KROENKE, K. (2003). “Depression and pain comorbidity: A literature review”. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433-2445.
- BALIKI, M.N.; CHIALVO, D.R.; GEHA, P.Y.; LEVY, R.M.; HARDEN, N.; PARRISH, T.B.; APKARIAN, A.V.; (2006). “Chronic pain and the emotional brain: Specific brain activity associated with spontaneous fluctuations of intensity of chronic back pain”. *The Journal of Neuroscience*, 26(47), 12165-12173.
- BODEN, S.; DAVIS, D.; DINA, T.; PATRONAS, N.; WIESEL, S.; (1990). “Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects”. *Journal of Bone Joint Surgery*, 72, 403-408.
- BOOS, N.; REIDER, R.; SCHADE, V.; SPRATT, K.; SEMMER, N.; AEBI M.; (1995). “The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniation”. *Spine*, 20, 2613-2625.

BRUEHL, S.; BURNS, J.W.; CHUNG, O.Y.; WARD, P.; JOHNSON, B.; (2002). "Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain-free controls: The role of endogenous opioids". *Pain*, 99(1-2), 223-233.

BRUEHL, S.; CHUNG, O.Y.; BURNS, J.W.; BIRIDEPALLI, S.; (2003). "The association between anger expression and chronic pain intensity: Evidence for partial mediation by endogenous opioid dysfunction". *Pain*, 106(3), 317-324.

BÜCHI, S.; BUDDEBERG C.; KLAGHOFER, R.; RUSSI, E.W.; BANDLI, O.; SCHLOSSER, C.; STOLL, T.; VILLIGER, P.M.; SENSKY, T. (2002). "Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – A brief method to assess suffering". *Psychother Psychosom*, 71(6): 333-341.

BÜCHI, S.; SENSKY, T. (1999). "PRISM: Pictorial representation of illness and self measure: A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine". *Psychosomatics*, 40, 314-320.

BÜCHI, S.; VILLIGER, P.; KAUER, Y.; KLAGHOFER, R.; SENSKY, T.; STOLL, T. (2000). PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure)-A novel visual method to assess the global burden of illness in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 9, 368-373.

CARLSON, L.E.; 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.

CARSON, J.W.; KEEFE, F.J.; GOLI, V.; FRAS, A.M.; LYNCH, T.R.; THORP, S.R.; BUECHLER, J.L. (2005). "Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress". *Journal of Pain*, 6, 84-91.

CARSON, J.W.; KEEFE, F.J.; LYNCH, T.R.; CARSON, K.M.; GOLI, V.; FRAS, A.M.; THORP, S.R.; (2006). "Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial". *Pain*, 124, 287-294.

COUSINS, M.J.; BRENNAN, F.; CARR, D.B. (2004). "Pain relief: A universal human right". *Pain*, 112, 1-4.

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". *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

FARRAR, J.T.; YOUNG, J.P.; LAMOREAUX, L.; WERTH, J.L.; POOLE, R.M. (2001). "Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numeric pain rating scale". *Pain*, 94, 149-158.

FOW, R.N.; SMITH-SEEMILLER, L. (2001). "Impact of gender, compensation status and chronicity on treatment response in chronic pain patients". *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 2, 32.

FURROW, B. (2001). "Pain management and provider liability: No more excuses. *Journal of Law Medicine and Ethics*, 29, 28-51.

GARDNER-NIX, J. (2003). "Principles of opioid use in chronic noncancer pain". *CMAJ*, 169, 38-43.

GARDNER-NIX, J.; BACKMAN, S.; BARBATI, J.; GRUMMITT, J. (2008) Evaluating Distance Education of a Mindfulness-based Meditation Programme for Chronic Pain Management. *Journal of Telemed. and Telecare*, 14, 88-92.

GOLEMAN, D.J.; SCHWARTZ, G.E. (1979). "Meditation as an intervention in stress reactivity". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(3), 456-466.

GRZESIAK, R.C. (2003). "Revisiting pain-prone personalities: Combining psychodynamics with the neurobiological sequelae of trauma". *American Journal of Pain Management*, 13, 6-15.

HAYES, S.C. (2004). "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy". *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

HOFFMAN, B.M.; PAPAS, R.K.; CHATKOFF, D.K.; KERNS, R.D. (2007). "Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain". *Health Psychology*, 26(1), 1-9.

JENSEN, M.P.; TURNER, J.A.; ROMANO, J.M. (1994). "Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain". *J Consult Clin Psychol* 62, 172-9.

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.; LIPWORTH, L.; BURNET, 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.; BURNET, 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.; 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, 625-632.

KASSARDJIAN, C.; GARDNER-NIX, J.S.; DUPAK, K.; BARBATI, J.; LAM-MCCULLOCH, J. "Validation of PRISM method of assessing global burden of illness and self measure in non cancer pain patients". *Journal of Pain*. (En prensa).

KOBASA, S. (1979). "Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness". *Journal of Personality and Social Psychology*, 37,1.

MCCAFFREY, R.; FROCK, T.L.; GARGILO, H. (2003). "Understanding chronic pain and the mind-body connection". *Holistic Nursing Practice*, 17, 281-287(quiz):288-289.

MCCRACKEN, L.M. (2007). "Contextual analysis of attention to chronic pain: What the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone". *Journal of Pain*, 8, 230-236.

MCCRACKEN, L.M.; CARSON, J.W.; ECCLESTON, C.; KEEFE, F.J. (2004a). "Acceptance and change in the context of chronic pain". *Pain*, 109,4-7.

MCCRACKEN, L.M.; ECCLESTON, C. (2005). "A Prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain". *Pain*, 118, 164-169.

MCCRACKEN, L.M.; GAUNTLETT-GILBERT, J.; VOWLES, K.E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability.

Pain, 131, 63-69.

McCRACKEN, L.M.; VOWLES, E.K. (2007). "Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: An examination of a revised instrument". *Journal of Pain*, 8, 700-707.

McCRACKEN, L.M.; VOWLES, K.E.; ECCLESTON, C.; (2004b). "Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method". *Pain*, 107, 159-166.

McCRACKEN, L.M.; YANG, S. (2006). "The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain". *Pain*, 123, 137-145.

MC EWEN, B.S. (2007). "Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain". *Physiological Reviews*, 87, 873-904

MILLECAMP, M.; CENTENO, M.V.; BERRA, H.H.; RUDICK, C.N.; LAVARELLO, S.; TKATCH, T.; APKARIAN, A.V. (2007). "D-cycloserine reduces neuropathic pain behaviour through limbic NMDA-mediated circuitry". *Pain*, 132, 1-2.

MORONE, N.E.; LYNCH, C.S.; GRECO, C.M.; TINDLE, H.A.; WEINER, D.K. (2008a). "I Feel Like a New Person". The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults with Chronic Pain: A Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries". *Journal of Pain*, 9, 841-848.

MORONE, N.E.; GRECO, C.M.; WEINER, D.K. (2008b). "Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study". *Pain*, 134, 310-319.

OSMAN, A.; BARRIOS, F.; GUTIÉRREZ, P.; KOPPER, B.; MERRIFIELD, T.; GRITTMANN, L. (2000). "The pain catastrophizing scale: Further psychometric evaluation with adult samples". *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 351-365.

OTT, M.J.; NORRIS, R.; BAUER-WU, S. (2006). "Mindfulness meditation for oncology patients: A discussion and critical review". *Integrative Cancer Therapies*, 5, 98-108.

PLEWS-OGAN, M.; OWENS, J.; GOODMAN, M.; WOLFE, P.; SCHORLING, J. (2005). "Brief report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain". *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1136-1138.

PRADHAM, E.K.; BAUMGARTEN, M.; LANGENBERG, P.; HANDWERGER, B.; GILPIN, A.K.; MAG-YARI, T.; HOCHBERG, M.C.; BERMAN, B.M. (2007). "Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients". *Arthritis and Rheumatism*, 57(7), 1134-1142.

ROBINSON, M.E.; RILEY, J.L. III, MYERS, C.D.; PAPAS, R.K.; WISE, E.A.; WAXENBERG, L.B.; FILLINGIM, R.B. (2001). "Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain". *Journal of Pain* 2, 251-257.

ROSENGREN, A.; HAWKEN, S.; ÔUNPUU, S.; SLIWA, K.; ZUBAID, M.; ALMAHMEED, W.; NGU BLACK-ETT, K.; SITTHI-AMORN, C.; SATO, H.; YUSUF, S. (2004). "Association of psychosocial risk factors with risk acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study". *Lancet*, 364, 953-962.

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, 333-342.

SCHOFFERMAN, J.; ANDERSON, D.; HINES, R.; SMITH, G.; KEANE, G.; (1993). "Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain". *Clinical Journal of Pain*, 4, 260-265.

SEMINOWICZ, D.A.; DAVIS, K.D. (2007). "A re-examination of pain-cognition interactions: Implications for neuroimaging". *Pain*, 130, 8-13.

SEPHTON, S.E.; SALMON, P.; WEISSBECKER, I.; et al. (2007). "Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial". *Arthritis Rheum*, 57, 77-85.

SHERBOURNE, J.W.C. (1992). "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)". *Medical Care*, 30, 473-483.

SIDDALL, P.J.; COUSINS, M.J. (2004). "Persistent pain as a disease entity: Implications for clinical management". *Anesthesia and Analgesia*, 99, 510-520.

SULLIVAN, M.J.L.; BISHOP, S.R.; PIVIK, J. (1995). "The Pain Catastrophizing Scale". *Psychological Assessment*, 7, 524-532.

SULLIVAN, M.J.; STANISH, W.; WAIKE, H.; SULLIVAN, M.; TRIPP, D.A. (1998). "Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries". *Pain*, 77, 253-260.

TAYLOR, D.N. (1995). "Effects of a behavioral stress management program on anxiety, mood, self-esteem and T-cell count in HIV positive men". *Psychological Reports*, 76, 451-457

VILLEMURE, C.; BUSHNELL, M.C. (2002). "Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?". *Pain*, 95, 195-199.

WARE, J.E. Jr. (2000). "SF-36 health survey update". *Spine*, 25, 3130-3139.

ZUBIETA, J.K.; HEITZEG, M.M.; SMITH, Y.R.; BUELLER, J.A.; XU, K.; XU, Y.; KOEPPE, R.A.; STOHLER, C.S.; GOLDMAN, D. (2003). "COMT genotype affects u-opioid neurotransmitter responses to a pain stressor". *Science*, 299, 1240-1243.

20

Intervenciones basadas en mindfulness en oncología

Linda E. Carlson, Laura E. Labelle, Sheila N. Garland, Marion L. Hutchins y Kathryn Birnie

Me he dado cuenta de que no puedes hacer nada con el cáncer pero sí puedes hacer algo sobre cómo te sientes y cómo reaccionas ante él.

Silvia (paciente con cáncer)

El impacto del diagnóstico y el tratamiento del cáncer

Efectos negativos

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, y fue responsable de 7,6 millones (o del 13% del total) de muertes en 2005 (Organización Mundial de la Salud, 2005). Según estadísticas de prevalencia del cáncer, a 1 de enero de 2004 se estimaba que solamente en Estados Unidos había 10,7 millones de personas que habían superado un cáncer; una cifra que representa cerca del 3,6% de la población del país (Programa SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results), 2007). Estas cifras sólo aumentarán si los tratamientos contra el cáncer consiguen más éxitos y mayor cohorte de pacientes sobrevive a largo plazo. Independientemente de las estadísticas de supervivencia cada vez más prometedoras (hasta el 65% de todos los pacientes han sobrevivido en este momento más de 5 años en Norteamérica (National Cancer Institute of Canada, 2007; Ries et al.; 2007), recibir un diagnóstico de cáncer y someterse a tratamiento para la enfermedad continua siendo motivo de terror y de miedo para muchas personas.

De hecho, los diagnósticos de cáncer y su tratamiento suelen asociarse con niveles elevados

de malestar emocional (Strain, 1998; Zabora, Brintzenhoff, Szoc, Curbow, Hooker y Piantadosi, 2001). A pesar del reciente desarrollo de terapias específicas y tratamientos biológicos que ofrecen un tratamiento efectivo con menos efectos secundarios (Baselga y Hammond, 2002; van der Poel, 2004), el cáncer y su tratamiento se asocian a una serie de síntomas físicos (p. ej. náuseas, cansancio, dolor, pérdida del cabello), y a cambios tanto temporales como permanentes en el aspecto físico. Las reacciones emocionales de miedo, confusión, ansiedad e ira son comunes dada la perspectiva de protocolos de tratamiento largos y debilitadores y la interrupción de la trayectoria vital normal (Burgess et al.; 2005; Epping-Jordan et al.; 1999; Hughes, 1982; Shapiro, 2001). Los apuros a menudo se extienden más allá del paciente, e impactan emocionalmente en miembros de la familia y amigos (Compas et al.; 1994; Donnelly et al.; 2000; Pitceathly y Maguire 2003). Por desgracia, este aumento del estrés se produce en un momento en el que puede haber una necesidad urgente de los recursos emocionales y físicos para ayudar a sobrellevar la enfermedad.

Tras finalizar los tratamientos primarios muchos pacientes continúan manifestando niveles elevados de malestar que requieren asistencia psicológica (Carlson, Speca, Patel, y Goodey, 2004). Ansiedad, depresión (Kissane et al.; 2004; Strain, 1998), cansancio (Carlson et al.; 2004) y problemas de sueño (Fortner, Stepanski, Wang, Kasprowicz y Durrence, 2002) son comunes entre las personas que han superado un cáncer. El miedo a que reaparezca, los problemas sexuales y la preocupación con respecto a la imagen corporal son manifestaciones de una gran parte de los supervivientes (Kornblith y Ligibel, 2003). La amenaza de que la enfermedad vuelva a aparecer y las alteraciones de los planes de futuro pueden crear un estrés psicológico considerable (Northouse, Laten y Reddy, 1995). El ajuste al estrés relacionado con el cáncer implica respuestas de adecuación psicológica y conductual (p. ej. respuestas cognitivas y emocionales al recibir el diagnóstico) que pueden influir en el funcionamiento psicológico (p. ej. Walker, Zona, y Fisher, 2006) y en la severidad de los síntomas relacionados con el cáncer (p. ej. Roscoe et al.; 2002). Como consecuencia, las ventajas potenciales de las intervenciones psicosociales diseñadas para mejorar el estrés y la calidad de vida son substanciales para los pacientes con cáncer y para aquéllos que lo han superado.

Efectos positivos

Los facultativos y los investigadores en el campo de la psicooncología a menudo han priorizado la importancia de identificar y reducir las reacciones psicológicas negativas tras un diagnóstico de cáncer. Es comprensible, ya que el núcleo del esfuerzo es reducir el sufrimiento de los pacientes y de sus familias. Sin embargo, recientemente ha surgido un interés en las ventajas observadas en la experiencia del cáncer. Un diagnóstico de cáncer puede hacer que el paciente renegocie sus prioridades en la vida y que busque un fin y un significado del propio diagnóstico y en la vida en general. Existen estudios que sugieren que a pesar de la disminución de la salud y del funcionamiento físicos, algunos pacientes con cáncer manifiestan un cambio psicosocial positivo que incluye una mayor espiritualidad, una apreciación más profunda de la vida y percepciones más positivas de los seres queridos (Andrykowski, Brady y Hunt, 1993; Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001).

La experiencia de descubrir o de buscar activamente ventajas, o implicaciones positivas, del diagnóstico de cáncer y de los cambios vitales que éste implica se denomina “crecimiento postraumático”. Los estudios sobre crecimiento postraumático, aunque todavía en una fase muy temprana, indican niveles superiores de este tipo de crecimiento entre pacientes de cáncer cuando se comparan con controles sanos de la misma edad y nivel educativo (Cordova et al.; 2001). Los pacientes manifiestan más compasión por los demás y una voluntad de expresar los sentimientos más abiertamente (Katz, Flasher, Cacciapaglia y Nelson, 2001). Además, tanto los pacientes como sus parejas manifiestan un sentido mayor de fuerza personal y de nuevas posibilidades vitales (Manne et al.; 2004).

La espiritualidad también puede desempeñar un papel significativo en el contexto de lucha contra una enfermedad que supone una amenaza para la vida (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold y Targ, 1999). A pesar de la falta de consenso actual, las definiciones de espiritualidad por lo general destacan la importancia de aportar un contexto en el que las personas se sientan completas, en paz y esperanzadas en medio de los problemas más serios de la vida (Brady, Peterman, Fitchett y Cell, 1999). Las definiciones de religiosidad suelen ser más limitadas y menos inclusivas, y además enfatizan la adherencia a unas creencias institucionalmente sancionadas y a unas prácticas asociadas con un grupo de fe particular. Como alternativa, la noción de espiritualidad se refiere de modo más general a los sentimientos y las experiencias asociados con la búsqueda de conexión con un poder trascendental (Peterman, Fitchett, Brady,

Hernández y Cella, 2002). Existen estudios que confirman la importancia de la espiritualidad tanto para los pacientes como para los cuidadores (Murray, Kendall, Boyd, Worth y Benton, 2004; Taylor, 2003).

Espiritualidad y crecimiento postraumático se han vinculado a otros resultados positivos, como una mayor calidad de vida, el ajuste psicológico y la afectividad positiva, además de a una menor incomodidad y disfunción física tras el diagnóstico del cáncer (Carver y Antoni, 2004; Cotton et al.; 1999; Katz et al.; 2001; Krupski et al.; 2006). Por otra parte, se ha identificado la necesidad de aportar intervenciones que animen al desarrollo de la espiritualidad y del crecimiento postraumático (Lechner y Antoni, 2004; Linley y Joseph, 2004). Las intervenciones psicológicas que aumentan las ventajas observadas entre los pacientes con cáncer pueden ayudar a las personas a adaptarse y a ajustarse a la enfermedad y a sus consecuencias.

Así pues, se ha identificado la necesidad de centrarse tanto en aliviar algunos de los síntomas negativos más molestos asociados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer como en trabajar para mejorar la capacidad de los pacientes y de sus familias de utilizar la transición de la experiencia del cáncer como catalizador para mejorar el crecimiento personal y la espiritualidad. El programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) tiene el potencial de crear una oportunidad para ambos aspectos en pacientes con cáncer y sus familias.

Reducción del estrés basada en mindfulness

Descripción general

La meditación mindfulness, una técnica que implica la conciencia momento a momento y sin juzgar de la experiencia interna y externa, incluidos pensamientos, emociones y sensaciones corporales, se ha convertido en una herramienta cada vez más popular para la reducción del estrés utilizada para mejorar los síntomas asociados con varias enfermedades clínicas, incluido el cáncer (Baer, 2003). El reciente interés por las posibles ventajas para la salud de

la meditación mindfulness ha surgido por el desarrollo de programas de tratamiento modelados tras el programa MBSR de Jon Kabat-Zinn y sus colegas (2004) en la Clínica de Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. La MBSR es una intervención en grupo que consiste en meditación mindfulness y yoga suave, diseñada para su aplicación en casos de estrés, dolor y enfermedad (Kabat-Zinn, 2004). El programa se percibe como algo cualitativamente distinto de otras formas de meditación (p.ej la basada en mantras), y su objetivo no es lograr un estado de relajación sino más bien cultivar el *insight* o introspección y la compresión del sí mismo y de la relación con el sí mismo mediante la práctica de mindfulness (Kabat-Zinn, 2003). En un marco de no juzgar, de aceptación y de paciencia, el individuo aprende a centrar su atención en la respiración, en las sensaciones corporales e incluso en cualquier objeto (p. ej. pensamientos, sentimientos) que se introduzca en su campo de conciencia. Aunque la meditación mindfulness se practica formalmente sentado, andando o tumbado con los ojos cerrados, también se puede practicar “informalmente” mientras se llevan a cabo las tareas cotidianas. Los programas de MBSR se están implementando y evaluando en el sector sanitario en todo el mundo para ayudar a colmar la necesidad de una asistencia psicosocial efectiva.

Eficacia general

Existen estudios que sugieren que la MBSR puede ser eficaz para tratar algunos de los síntomas asociados con una amplia gama de problemas médicos y psiquiátricos crónicos. En un metaanálisis de las ventajas de la MBSR para la salud, Grossman, Niemann, Schmidt y Walach (2004) identifican 20 estudios que cumplen los criterios de calidad aceptable o de relevancia para incluirlos en sus análisis. Diez de los 20 estudios tenían diseños controlados aleatorios, mientras que seis empleaban formas de intervención de control activo para explicar los efectos generales o no específicos del tratamiento. En general, los estudios tanto controlados como sin control que evalúan las variables de salud física y/o mental muestran magnitudes de los efectos similares de aproximadamente $d = 0,5$. Esto indica un efecto relativamente fuerte de las intervenciones de mindfulness para mejorar los síntomas físicos (p. ej. dolor crónico), y la capacidad de los participantes para hacer frente al malestar y a la discapacidad cotidianos y con trastornos o estrés agudos (Grossman et al.; 2004). En general,

los efectos del tratamiento de medio punto de desviación estándar ($d = 0,5$) se considera que representan mejoras clínicamente significativas en la sintomatología (Norman, Sloan, Wyrwich y Norman, 2003). Grossman et al. (2004) concluyen que a pesar de que como conjunto la calidad actual de las pruebas de la eficacia de la MBSR en las correlaciones físicas de la enfermedad manifiesta errores metodológicos graves como la ausencia de estudios controlados aleatorios, los resultados por lo general avalan la hipótesis de que la práctica del mindfulness tiene efectos beneficiosos en el bienestar físico y psicológico.

Se han llevado a cabo dos estudios conceptuales y empíricos más de la literatura MBSR en general de forma independiente (Baer, 2003; Bishop, 2002). Cada uno de ellos examina la práctica del mindfulness como intervención clínica y debate las cuestiones conceptuales y metodológicas relevantes para la investigación. Ambos autores concluyen que las intervenciones basadas en mindfulness pueden resultar útiles en el tratamiento de varios trastornos. Sin embargo, Baer (2003) hace hincapié en la necesidad de investigaciones sólidas desde el punto de vista metodológico para aclarar la utilidad de esas intervenciones, mientras que Bishop (2002) expresa un “optimismo cauto” con su conclusión de que existen pruebas preliminares que avalan la necesidad de más evaluación del enfoque basado en mindfulness.

Descripción del programa MBSR del *Tom Baker Cancer Centre*

Dado el elevado nivel de malestar emocional que se experimenta tras un diagnóstico de cáncer (Carlson et al.; 2004) y la gran cantidad de pruebas de la eficacia de la MBSR en otras poblaciones de pacientes (Baer, 2003; Bishop, 2002), esta intervención parecía muy adecuada para ser implementada en el *Tom Baker Cancer Centre* (TBCC). El programa MBSR del TBCC se basa en la obra de Jon Kabat-Zinn y sus colegas (2004), adaptada y estandarizada al contexto clínico del TBCC. Como describen Speca, Carlson, Goodey y Angen (2000), el programa MBSR que se ofrece a través del TBCC tiene como objetivo dar una oportunidad para ser consciente de las respuestas personales al estrés y para aprender y practicar técnicas de meditación que darán lugar a respuestas más sanas al estrés. El núcleo del programa consiste en la práctica de meditación mindfulness. Los líderes del grupo sugieren y potencian actitudes de no juzgar la experiencia personal, de ver y aceptar las situaciones como son, de

paciencia durante la práctica y en la vida cotidiana, de no luchar y soltar las posturas orientadas a objetivos y de dejar pasar los resultados incontrolables (Speca et al.; 2000). Además, se anima a los miembros del grupo a que adopten un rol activo en su proceso de curación y se les enseñan opciones para asistirse ellos mismos que pueden promover sentimientos de competencia en términos de gestión del estrés. El núcleo del programa consiste en la práctica de meditación mindfulness. Los dos instructores propician un ambiente de grupo de apoyo y seguro en el que la autorevelación sobre la experiencia del cáncer puede servir para mejorar la adquisición de habilidades (Speca et al.; 2000).

La intervención se suministra en el transcurso de ocho sesiones en grupo semanales de 90 minutos de duración, además de una sesión intensiva de 6 horas un sábado entre las semanas seis y siete. El programa consta de tres elementos: instrucción didáctica, práctica experiencial y proceso en grupo. Las áreas temáticas cubiertas didácticamente en la sesión y en el manual del participante son: (a) El impacto del estrés en la propia salud física y psicológica, incluidos los síntomas de estrés psicológicos y físicos; (b) patrones emocionales, cognitivos y de conducta y cómo pueden influir en nuestras respuestas al estrés y (c) conceptos fundamentales para la meditación mindfulness y para vivir conscientemente. Los participantes aprenden a aplicar los principios enseñados didácticamente a través de la práctica de meditación mindfulness en casa y durante las sesiones en grupo. En esas sesiones, los instructores guían a los participantes a través de actividades experienciales que incluyen varios tipos de meditación mindfulness (p. ej. sentada, andando) y hatha yoga suave. Cuando se enseña el componente de yoga, se enmarca como una modalidad para practicar el mindfulness (meditación en movimiento), más que como un ejercicio físico. Además se anima a los participantes a practicar la meditación prescrita y las técnicas de yoga cada día durante 45 minutos. También se les suministran CDs de meditación dirigida como apoyo para su práctica en casa. Durante cada sesión se organizan debates en grupo para potenciar la autorevelación en cuanto a las experiencias y las dificultades encontradas en la práctica de la meditación mindfulness. Los instructores y otros participantes en el programa ofrecen comentarios positivos y apoyo para ayudar a solucionar los problemas cuando existen impedimentos para la práctica efectiva. La interacción de apoyo entre los miembros del grupo es algo que se potencia.

Son varias las cuestiones específicas implicadas en la terapia para los pacientes con cáncer que se toman en consideración a la hora de suministrar el programa MBSR en el TBCC. La sensibilidad con las implicaciones físicas y mentales asociadas con los distintos tipos y fases de la enfermedad, así como con los tratamientos médicos recibidos es fundamental. Es lógico que los tiempos de la participación de un paciente con cáncer es un factor importante que debe considerarse. El formato del programa y los requisitos de programación se analizan con los pacientes en una entrevista previa a la intervención, en la que se habla de las preocupaciones sobre dolor, cansancio, náuseas, inmovilidad y demás factores que puedan influir en la participación. Es importante que los pacientes planteen cualquier preocupación que tengan sobre la participación en el programa MBSR a su médico de cabecera. Algunos pacientes consideran que participar en el programa MBSR en el transcurso de un régimen de tratamiento exigente es difícil o imposible, mientras que otros consideran que pueden implicarse totalmente en el programa mientras se someten a tratamiento. Una gestión adecuada de las expectativas y de la preocupación por la seguridad a menudo permite a pacientes debilitados participar plenamente en el programa. Por ejemplo, la consideración de las limitaciones físicas es importante por el componente de yoga del programa. De hecho, los instructores aportan modificaciones de las *asanas* (i.e.; posturas) de yoga estándar cuando es necesario a fin de garantizar el confort y la seguridad de todos. Muchos pacientes encuentran el programa útil para hacer frente a las demandas cotidianas del tratamiento como esperar en las visitas, tolerar la administración de tratamiento por vena, quimioterapia o radiación y soportar las pruebas y los escáneres incómodos. Otros piensan que el programa es especialmente útil cuando finaliza el tratamiento, cuando en ocasiones se sienten “abandonados” por el equipo y se encuentran en un momento en el que suelen luchar contra el miedo a la reaparición de la enfermedad y con cuestiones sobre cómo vivir una vida auténtica a partir de entonces, pero reintegrándose en la sociedad dominante.

Análisis del aval empírico para la MBSR en oncología

Resultados cuantitativos – Resultados de reducción de los síntomas

La MBSR está ganando credibilidad e interés para su utilización en el ámbito de la oncología (Ott, Norris y Bauer-Wu, 2006). Varios análisis independientes de la literatura existente sobre MBSR en oncología indican que aunque la investigación todavía se encuentra en un estadio prematuro, la MBSR puede resultar eficaz como tratamiento adjunto para mejorar el funcionamiento psicológico de los pacientes con cáncer (Lamanque y Daneault, 2006; Mackenzie, Carlson y Speca, 2005; Matchim y Armer, 2007; Ott et al.; 2006; Smith, Richardson, Hoffman y Pilkington, 2005). El primer estudio publicado en este campo fue nuestro ensayo controlado aleatorio de los efectos de la MBSR en los síntomas de estrés y de alteraciones del estado de ánimo en una población diversa de pacientes ambulatorios con cáncer (Speca et al.; 2000). Comparados con un grupo de control con lista de espera, los participantes en MBSR indicaron un nivel significativamente inferior de alteraciones del estado de ánimo, tensión, depresión, ira y más vigor tras el tratamiento. Además, también manifiestan menos síntomas de estrés, incluidas manifestaciones periféricas de estrés, síntomas cardiopulmonares de respuesta, síntomas neurológicos centrales, síntomas gastrointestinales, patrones de conducta de estrés habituales, ansiedad/miedo e inestabilidad emocional, que los controles. Por otra parte, practicar más meditación en casa durante el transcurso del programa se asocia a menos síntomas de estrés y un descenso de los cambios en el estado de ánimo. Los resultados de un estudio de seguimiento de 6 meses en el que se incluye a los participantes del grupo de control y de la intervención desvelan que las ventajas psicológicas se mantienen en la evaluación de seguimiento (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Speca, 2001). Las mejoras más importantes se aprecian en subescalas de ansiedad, depresión, ira e irritabilidad.

Las evaluaciones de la eficacia del programa MBSR para mejorar la calidad del sueño entre pacientes ambulatorios con cáncer también presentan resultados prometedores. El trastorno del sueño en pacientes con cáncer oscila entre el 40 y el 85% entre estudios, lo que indica claramente que el sueño es un problema para esta población clínica (Carlson et al.; 2004; Engstrom, Strohl, Rose, Lewandowski y Stefanek, 1999; Koopman et al.; 2002; Savard y Morin, 2001). En un estudio sobre los efectos de un programa de MBSR sobre la calidad del sueño en una población heterogénea de pacientes con cáncer, los resultados apuntan hacia reducciones significativas de los trastornos del sueño en general y a una mejor calidad del

sueño subjetivo, según evalúa el Índice de la calidad del sueño de Pittsburgh (Carlson y Garland, 2005). Cuando se utiliza un corte conservador en esta medida, el trastorno del sueño se reduce en un 11% en toda la muestra. Tras el programa, los participantes indican estar durmiendo una media de 1 hora más por noche, dato que se considera clínicamente significativo. También se observan reducciones en síntomas de estrés, cambio del estado de ánimo y fatiga; de hecho, los cambios en los síntomas de estrés y de fatiga se correlacionan con una mejora de la calidad del sueño.

En un estudio anterior de los efectos de la MBSR en el sueño, Shapiro, Bootzin, Figueredo, López y Schwartz (2003) comparan un programa de MBSR y un control activo de “libre elección” sobre quejas relativas al sueño en un grupo de pacientes con cáncer de mama. Tanto las participantes del programa MBSR como las del grupo de control manifestaron una mejora significativa en las mediciones de la calidad del sueño diario. De hecho, las participantes del grupo de MBSR que practicaban más el mindfulness mejoraron significativamente más en la medición de calidad de sueño, más asociada con el malestar (i.e. sentimiento de haber descansado al dormir) (Shapiro et al.; 2003).

Las observaciones de otros grupos de investigación que están aplicando modificaciones del programa MBSR en oncología complementan los resultados que se acaban de describir. Monti et al. (2006) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio con lista de espera para evaluar la eficacia de un programa de terapia artística basado en mindfulness (MBAT) diseñado para pacientes con cáncer. Este MBAT incorpora la meditación mindfulness y la terapia artística con el objetivo de hacer disminuir el malestar y mejorar la calidad de vida y las participantes son mujeres con varios diagnósticos de cáncer. Todas ellas manifestaron descensos significativos del malestar emocional y mejoras en la salud en general, en la salud mental, la vitalidad y el funcionamiento social, comparado con los controles de lista de espera. Además, los logros asociados con la participación en MBAT se mantuvieron durante una evaluación de seguimiento a los 2 meses (Monti et al.; 2006). Otro grupo de investigación ha presentado datos piloto cualitativos que avalan las ventajas potenciales de integrar técnicas de mindfulness a programas psicoeducativos para los problemas sexuales derivados de un cáncer ginecológico (Brotto y Heiman, 2007). Por último, se han presentado estudios en congresos científicos que evalúan las modificaciones del programa MBSR y que representan la

aplicación clínica continuada de la MBSR en poblaciones de oncología (p. ej. Bauer-Wu y Rosenbaum, 2004; Baum y Gessert, 2004; Lengacher et al.; 2007; Moscoso, Reheiser y Hann, 2004).

Resultados cuantitativos – Resultados biológicos

Además de mejorar el funcionamiento psicológico, existe la hipótesis de que la MBSR tiene un impacto en los sistemas biológicos de los pacientes con cáncer, que manifiestan un desajuste de esos sistemas (Abercrombie et al.; 2004; Sephton, Sapolsky, Kraemer y Spiegel, 2000; Touitou, Bogdan, Levi, Benavides y Auzeby, 1996; van der Pompe, Antoni y Heijnen, 1996). Nuestro grupo evaluó los efectos de la MBSR en los sistemas inmune, neuroendocrino y autónomo en pacientes en fase temprana de cáncer de mama y de próstata que hubieran finalizado el tratamiento hace 3 meses como mínimo (Carlson, Speca, Patel y Goodey, 2003; Carlson et al.; 2004). Los participantes completaron una medición de autoaplicación para evaluar su calidad de vida, sus estados de ánimo y los síntomas de estrés y se les hicieron análisis de sangre para controlar las células inmunológicas y el funcionamiento del sistema inmune. También se analizaron los niveles de cortisol salival (tres veces al día), de sulfato de dehidroepiandrosterona en plasma (DHEAS, un esteroide producto de las glándulas adrenales) y de melatonina salivar antes y después de la intervención (Carlson et al.; 2004). Se observaron mejoras significativas en la calidad de vida general, en los síntomas de estrés y en la calidad del sueño. Aunque no se experimentaron cambios significativos en el total de linfocitos o células T, la producción de citocinas (IL)-4 de éstas aumentó y disminuyó la de interferón gamma, mientras que la producción de células asesinas naturales IL-10 disminuyó. Estos cambios en los perfiles inmunes de los pacientes se asociaron conductualmente con un cambio de un patrón depresivo a uno más consistente con un sistema inmune sano. Además, cerca del 40% de los pacientes pasaron de un patrón anormal “en forma de V invertida” en la secreción diurna de cortisol a un patrón más sano “en forma de V”. Este cambio se debe a la disminución de los niveles de cortisol por la tarde y por la noche en algunos de los participantes. De hecho, las mejoras en la calidad de vida se asocian con aumentos en los niveles de cortisol por la tarde. En suma, y a pesar de la falta de interpretación de los límites del grupo de control, los resultados sugieren que el programa MBSR altera los perfiles

inmunológicos y neuroendocrinos de los pacientes con cáncer en una dirección más consistente con el funcionamiento saludable (Carlson et al.; 2003, 2004).

Recientemente se publicaba un estudio de seguimiento tras un año del mismo grupo de pacientes con cáncer de mama y de próstata (Carlson, Speca, Patel y Faris, 2007). De él observamos que las mejoras en los síntomas de estrés y en la calidad de vida se mantienen durante todo el año de seguimiento. Además, los niveles de cortisol siguieron descendiendo durante ese tiempo, y los niveles de cortisol en saliva en el seguimiento tras 1 año se asociaron con síntomas de estrés, de modo que los pacientes con menos estrés también manifestaban valores de cortisol bajos. También se detectaron valores de regulación continua en el sistema inmune, en especial de citocinas proinflamatorias. Es algo que suele interpretarse como una señal de estabilización del sistema inmune, que puede haber producido una respuesta inflamatoria desadaptativa como respuesta al cáncer. Por último, los valores de presión arterial sistólica descenden durante el programa MBSR. Todos los descensos de la presión arterial son positivos, ya que una presión elevada es lo que mejor predice una enfermedad cardiaca más tarde (Carlson et al.; 2007).

Como confirmación de este último dato de una manera mucho más rigurosa desde un punto de vista metodológico, los resultados preliminares del ensayo controlado con lista de espera realizado por nuestro grupo indican un impacto positivo de la MBSR en la presión arterial en reposo en las mujeres con cáncer (Van Wielingen, Carlson y Campbell, 2007). Las 29 mujeres con un diagnóstico de cáncer (la mayoría de mama) que habían finalizado el tratamiento 1 mes antes del estudio se inscribieron para participar inmediatamente en el programa MBSR, o estaban esperando para el siguiente. La presión arterial en reposo se tomaba cada semana en casa en un periodo de estudio de 8 semanas para ambos grupos. En el caso de las participantes con niveles relativamente elevados de presión arterial sistólica al principio del estudio, la participación en el programa MBSR se asoció con un descenso significativo en la presión sistólica en reposo en las 8 semanas en comparación con el grupo de control. Además, la participación al programa MBSR se asoció con un descenso de los síntomas de estrés, de depresión y de rumiación en las pacientes, y un aumento de la conciencia de atención consciente. Este estudio confirma nuestros resultados previos que ya apuntaban a que el programa MBSR podía ser eficaz para reducir la presión arterial en reposo. El descenso de la

presión arterial sistólica observado (15,5 mmHg) es clínicamente significativo y puede compararse con el descenso observado con medicación antihipertensión o con la pérdida de 10 Kg (The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group, 1997; Wu et al.; 2005). En el mismo estudio, al comparar con los controles de lista de espera, los datos preliminares sugieren que los participantes en el programa MBSR parecen demostrar una mejor recuperación de la presión arterial sistólica tras el factor de estrés de hablar en público después de la intervención (Van Wielingen, Carlson y Campbell, 2006). Está por ver si los resultados preliminares de este ensayo continuado se mantienen hasta que finalice el estudio. Dado que los niveles de presión arterial son predictivos del desarrollo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, la MBSR puede tener el potencial de mejorar los resultados de salud en pacientes con cáncer, muchos de los cuales ya son de riesgo debido a los efectos secundarios relacionados con el corazón de los tratamientos oncológicos.

En otro estudio que incluye resultados biológicos, Saxe et al. (2001) evalúan los efectos de combinar una intervención de la dieta con MBSR en los niveles de antígeno prostático específico (PSA), un indicador del nivel de actividad del tumor en hombres con cáncer de próstata. Los resultados sugieren que este programa combinado de 4 meses supuso la ralentización del nivel del aumento de PSA en una muestra piloto de 10 hombres (Saxe et al.; 2001). Los resultados de una prueba controlada aleatoria mayor podrían confirmar si esta intervención combinada de alimentación y mindfulness altera los niveles de PSA en pacientes con cáncer de próstata.

Resultados cuantitativos – Resultados positivos de psicología

Los efectos del programa MBSR en cuanto a resultados positivos como la espiritualidad y el crecimiento postraumáticos se están empezando a investigar ahora. Garland, Carlson, Cook, Lansdell y Speca (2007) han comparado los efectos de una intervención de MBSR y de un programa creativo artístico (“Healing Arts”) para facilitar el crecimiento postraumático y la espiritualidad en pacientes ambulatorios con cáncer. Los participantes en el grupo MBSR manifestaron aumentos significativos de crecimiento postraumático en el transcurso del programa. Además, los aumentos de espiritualidad y las disminuciones de ira y de síntomas de

estrés en general fueron significativamente mayores en el caso de los participantes en el programa MBSR que en el artístico (Garland et al.; 2007). Este estudio preliminar indica que la investigación futura de los efectos de la MBSR en resultados psicológicos positivos en pacientes de cáncer está garantizada.

Resumen de los resultados cuantitativos

En general se considera que la MBSR tiene potencial como intervención valiosa desde el punto de vista clínico para los pacientes con cáncer (Mackenzie et al.; 2005; Ott et al.; 2006; Smith et al.; 2005). Sin embargo, existe la necesidad de replicar ensayos controlados aleatorios que incluyan grupos de control activos y seguimiento a largo plazo. En el futuro, la incorporación de los resultados psicológicos positivos (p. ej. lo que queremos mejorar, como el crecimiento postraumático) y negativos (p. ej. lo que queremos disminuir, como la depresión) junto con los indicios biológicos es posible que potencie una comprensión más amplia y profunda de los cambios que se producen durante el programa. Los estudios que comparan la MBSR con otras intervenciones psicosociales desarrolladas para pacientes con cáncer (p. ej. terapia de apoyo-expresiva) y los estudios de desarme permitirán la identificación de los ingredientes clave del programa. Brown y Ryan (Brown y Ryan, 2003) postulan que un mayor nivel de mindfulness durante el transcurso de la intervención MBSR predice una disminución de los síntomas de estrés y de alteración del estado de ánimo, aludiendo a la nueva investigación sobre el rol mediador del mindfulness en resultados oncológicos (Brown y Ryan, 2003; Ott et al.; 2006). Según Ott et al. (2006), hace falta trabajar más para explicar los factores mediadores y para entender mejor las ventajas exclusivas de la meditación mindfulness y la MBSR.

Resultados cualitativos y conceptualización de los casos

La comprensión cualitativa de las experiencias de los participantes puede utilizarse para crear programas MBSR a medida que asistan mejor a los pacientes durante el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de un cáncer. Los resultados de un estudio cualitativo reciente avalan e informan de los resultados cuantitativos que indican que el programa MBSR tiene un

impacto positivo en las dimensiones psicológica y emocional de los pacientes con cáncer (Mackenzie, Carlson, Munoz y Speca, 2007). Para ese estudio, se entrevistó a nueve pacientes con cáncer que habían participado en un programa MBSR del TBCC de 8 semanas de duración y que seguían asistiendo cada semana a sesiones de MBSR. Utilizando un enfoque analítico teórico sólido se analizaron los datos procedentes de entrevistas semiestructuradas y del grupo para identificar temas referidos a los efectos experimentados por los pacientes al añadir la meditación a sus vidas. Fueron cinco los grandes temas que surgieron de esos datos: (1) apertura al cambio; (2) autocontrol; (3) experiencia compartida; (4) crecimiento personal; (5) espiritualidad. Esa información se utilizó para desarrollar una teoría sobre los mecanismos mediante los cuales los efectos de la MBSR cambian para los pacientes con cáncer (Mackenzie et al.; 2007).

Estudio de caso

El siguiente estudio de caso se desarrolló como parte de una investigación cualitativa más amplia llevada a cabo en el TBCC de Calgary, Alberta. Se elaboraron entrevistas individuales semiestructuradas con pacientes con cáncer que acababan de finalizar un programa de MBSR de 8 semanas. El objetivo de las entrevistas era estudiar elementos de interés que se habían identificado previamente en cuestionarios en los que se evaluaban los aspectos positivos y negativos del funcionamiento psicológico, y que se habían entregado antes y después del programa MBSR. Los cuestionarios fueron el de evaluación funcional de la terapia para enfermedades crónicas con la escala de bienestar espiritual (FACIT-Sp), el inventario de crecimiento postraumático revisado (PTGI-r), el inventario de síntomas de estrés y el perfil de estados emocionales (POMS). Los elementos que cambiaban significativamente para la muestra como conjunto en los cuestionarios fueron seleccionados como núcleo para las entrevistas y también se seleccionó a pacientes representativos que demostrarían un cambio en esos elementos. Todos los participantes expresaron su consentimiento informado y el estudio fue aprobado por la Junta de Ética e Investigación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgary y de la Junta de Oncología de Alberta. El caso de Silvia fue elegido para su presentación porque ilustra temas nuevos comunes a la aplicación de la MBSR en el contexto de tratamiento y recuperación de un cáncer.

Antecedentes personales y contexto de la enfermedad

Silvia tiene 50 años, vive con su pareja de hecho y no tiene hijos. Tras 13 años de estudios, ha trabajado como gerente intermedio durante 31 años. A Silvia se le diagnosticó un cáncer de mama en fase I en febrero de 2006 y se le han practicado dos intervenciones para eliminar el tejido afectado del seno izquierdo. A partir de agosto de 2006 recibió 25 sesiones de radioterapia (lunes a viernes) durante un periodo de 5 semanas. La radioterapia consiste en emitir radiación ionizada para controlar las células malignas. La radioterapia en sí no es dolorosa, pero puede producir efectos secundarios agudos y a largo plazo como reacciones cutáneas (p. ej. rojez y dolor) y una menor elasticidad de la piel debido a la cicatrización. Tras la cirugía y la radiación, Silvia empezó el tratamiento de 5 años con Tamoxifén, una terapia adjunta que interfiere con la actividad del estrógeno hormonal y que reduce las posibilidades de reaparición de la enfermedad. Suele administrarse tras el tratamiento primario en casos de cáncer de mama en fases iniciales. Los efectos secundarios del Tamoxifén son similares a los síntomas que se asocian comúnmente a la menopausia, es decir, sofocos y periodos menstruales irregulares, y la naturaleza y el grado de esos efectos secundarios varía entre las pacientes.

Silvia inició un programa de MBSR de 8 semanas de duración poco después de finalizar la radioterapia en octubre de 2006. Cuando empezó, se consideraba muy familiarizada con el estrés relacionado con el cáncer y esperaba que el programa le ayudaría a hacer frente a la experiencia del cáncer. Silvia se describía como “necesitada” de apoyo y afirmaba que recurría al programa porque no sabía dónde más encontrar ayuda.

Resultados

Los temas comunes que surgieron de las entrevistas cualitativas estaban relacionados con reducir los síntomas de estrés, mejorar el estado de ánimo, aumentar la sensación de conexión espiritual y ventajas extraídas de la experiencia con el cáncer. Se trata además de temas que incluyen la importancia de la conciencia centrada en el presente para identificar y manejar el estrés, el desarrollo de autoeficacia para hacer frente a los problemas, la importancia de

aceptar las cosas tal como son y aprender a dejar pasar los resultados que no se pueden conocer o que no se pueden controlar.

En concreto, participar en el programa de MBSR parece que aumentó la atención/conciencia en el presente de Silvia, y eso influyó en como se sentía con respecto a ella misma.

Nunca había sabido que siempre pensamos en el pasado y en el futuro. No tenía ni idea de que es ahí hacia donde se dirige nuestra mente y la verdad es que es cierto. Quiero decir que es casi embarazoso decir que es algo que no sabía. Pero bueno, no paramos de oírlo y es cuando estás en el presente que te sientes distinta a cuando piensas en el pasado o en el futuro. El presente es un buen lugar.

Al parecer Silvia desarrolló una mayor *autoeficacia* en cuanto a controlar el estrés.

Aprendí que cuando reaccionas a algo cuando estás estresada, lo cierto es que sólo te dañas a ti misma. Porque me acuerdo cuando solía reaccionar ante las cosas... me encendía y caldeaba los ánimos. Y ahora, cuando lo dejo pasar, cuando me enfrento a una situación estresante y respiro y pienso al respecto [...] y lo acabo manejando, no está tan mal.

Silvia reconoce que durante algún tiempo se había sentido deprimida y que el programa *mejoró su estado de ánimo* de forma integral.

Creo que estoy mejor. Estoy más en paz conmigo misma. Y es por la meditación, lo sé. Lo sé porque sin ella creo que hubiera tenido el tiempo pero nada hubiera cambiado. Sigue siendo una parte del cuerpo negativa, y todavía no lo sabes, sigues insegura.... Creo que uno puede estar deprimido durante mucho tiempo. Así que el hecho de participar en este programa durante un par de meses... yo siento un cambio. Creo que debo atribuirlo a la meditación porque todavía podía seguir como había estado durante tantos meses.

Silvia habla de una *reducción del miedo* en torno a la reaparición del cáncer y del hecho de sentir que si reaparece sería capaz de hacer frente a la situación.

Siempre estaba pensando en el cáncer y estaba deprimida... Ya no... Y si reaparece, creo que estoy preparada. Antes del programa seguro que no lo estaba. [...] Me he dado cuenta de que no puedes hacer nada con respecto al cáncer pero sí puedes hacer algo sobre cómo te sientes y cómo reaccionas ante la enfermedad. Ahora lo hago mucho mejor.

En particular, Silvia describe su cambio de actitud de necesitar saber qué causó su cáncer a una actitud de *aceptación* de la experiencia del cáncer tras participar en el programa. Al final ha sido capaz de *dejar* de intentar determinar por qué tiene cáncer.

Cuando tenía cáncer... lo que me planteaba todo el tiempo era, “de acuerdo, ¿qué voy a aprender de esto?”... hay una razón por la que lo tengo... Necesitaba saberlo porque pensaba que podría afrontarlo de otra manera y era firme en mi determinación de saber.... Y durante muchísimo tiempo creí que era la única manera de poder hacerle frente, así que siempre estaba pensando en ello y estaba deprimida... Y después fue como que ya no importaba. No me importaba de dónde llegó.

Silvia describe una mayor *aceptación* de lo que está ocurriendo en el momento presente.

Entonces aprendí a estar en el presente y es algo que utilizo mucho a diario –cuando estoy estresada, incluso en un atasco. Me digo, “Ahora estoy aquí. Aquí es donde voy a estar. Ya me preocuparé por el supermercado más tarde”. Simplemente acepto las cosas con mucha más facilidad que antes.

También surgieron cuestiones en torno a la *espiritualidad*, como sentimientos de esperanza, paz y comprensión, que resonaban con fuerza en Silvia a pesar de que el enfoque del programa MBSR sea secular y no se dirija específicamente hacia la espiritualidad.

Después del retiro [de meditación de un día entero de duración] me sentía con tanta paz y tan espiritual...

La mayor sensación de espiritualidad y de paz expresada por Silvia tiene implicaciones particulares relacionadas con su propia experiencia del cáncer.

Estoy en paz. Lo entiendo [el cáncer] mucho mejor. Lo entiendo. Y si vuelve a ocurrir, creo que estoy preparada. [...] Sé que todo ocurre por una razón, siempre. Siempre”.

Este comentario es congruente con la definición de espiritualidad como habilidad de ver la divinidad, o mayor organización en la vida, y utilizar este entendimiento para hacer frente a los problemas de la vida.

En la entrevista de Silvia también se observa un aumento significativo de crecimiento postraumático. Explica haber experimentado cambios positivos relacionados con la

experiencia del cáncer después de participar en el programa, y relaciona la adquisición de habilidades específicas para abordar el cáncer a su participación en el curso de MBSR.

Siempre supe que había algo que aprender de esto y nunca sabía qué era –nunca lo sabía-. Y cuando pienso ahora lo que he aprendido (y probablemente del curso) es que he aprendido a apreciar las cosas, a tomar tiempo para las cosas; creo que antes siempre estaba tan ocupada y queriéndolo controlar todo... y también era un poco mandona. Me he dado cuenta de que ante el cáncer no puedes hacer nada pero sí puedes hacer algo sobre cómo te sientes y cómo reaccionas ante la enfermedad.

De la entrevista queda claro que muchos de los temas del programa resuenan con la experiencia de Silvia de aprender MBSR, en particular en torno al problema de sentir la necesidad de saber y tener la certeza de por qué se produjo el cáncer y si va a regresar. Esta incertidumbre inherente en la experiencia de la enfermedad suele ser uno de los problemas más difíciles con los que tienen que vivir las personas que superan un cáncer. Los comentarios de Silvia ofrecen información sobre cómo el programa puede ayudar a los pacientes a encontrar la paz incluso en esta enorme incapacidad de conocer el futuro sin ningún nivel de certidumbre. De alguna manera, con la práctica aprendió a tolerar dicha incertidumbre y la imposibilidad de controlar mucho mejor que antes de padecer el cáncer.

Las respuestas de Silvia durante esta entrevista cualitativa representan solamente la percepción de una paciente de los efectos de la MBSR en los resultados positivos y negativos, pero no reflejan bien lo que otros pacientes han articulado. Las entrevistas en general revelan una amplia gama de mejoras relacionadas con una mayor apreciación de la vida y una mejor autoeficacia para hacerle frente. El hecho de potenciar la adopción de actitudes como la aceptación y el soltar parecen haber contribuido en el aumento del sentimiento de espiritualidad y de crecimiento postraumático de los pacientes, y en los niveles inferiores de estrés y de alteración del estado de ánimo. Basándonos en análisis cualitativos, parece existir una fuerte vinculación entre la práctica del mindfulness y una visión más sana del cáncer y de su impacto en la vida cotidiana.

Resumen y conclusiones

El malestar y demás reacciones negativas ante un diagnóstico de cáncer y todo lo que ello implica son experiencias comunes y esperables en los pacientes de cáncer y sus familias. El miedo a la muerte prematura, al dolor y a las humillaciones del cáncer son naturales y bien fundadas en muchos casos. A pesar de los obstáculos que presentan esas experiencias, los pacientes a menudo son capaces no sólo de ajustarse a ese estrés masivo sino que además incluso pueden luchar y crecer como resultado. Hemos analizado la base racional que sugiere que la MBSR puede ser útil para los pacientes con cáncer y sus familias y hemos presentado un resumen de los estudios clínicos que detallan su eficacia para aliviar una amplia gama de resultados negativos como los síntomas de estrés, ansiedad, ira, miedo, trastornos del sueño y depresión. También hemos mostrado pruebas de mejora en la calidad de vida en general, de la mejor capacidad de extraer ventajas de la situación y de crecer a través del trauma, como la mejora de un sentido de espiritualidad y de sentido y propósito de la vida, y también una mejor habilidad para tolerar la incertidumbre. Además de esas ventajas psicológicas, los pacientes a menudo manifiestan una mejor regulación biológica de varios sistemas circadianos que son esenciales para promover la salud y la homeostasis como la expresión citocina, la secreción de cortisol y la presión arterial. También hemos intentado integrar métodos de estudio que incluyan enfoques tanto cualitativos como cuantitativos con la esperanza de entender mejor no sólo los resultados de la MBSR en pacientes con cáncer sino también los mecanismos potenciales que pueden ayudar a explicar cómo y por qué la MBSR es efectiva en ese grupo. Los próximos trabajos de investigación de nuestro grupo y de otros deberían ayudar a comprender mejor no sólo todos los efectos de la MBSR sino que también deberían aportar información sobre esas preguntas intrigantes de cómo y por qué.

Agradecimientos: La Dra. Linda E. Carlson es Catedrática de Oncología Psicosocial en el Enbridge Endowed Research, copatrocinado por Enbridge Inc.; la Canadian Cancer Society y la Alberta Cancer Foundation. Laura E. Labella cuenta con la beca de Doctorado de investigación médica de la Alberta Heritage Foundation y del Social Sciences and Humanities Research Counsel of Canada; y Sheila Garland tiene una Beca de Investigación de Doctorado del Social Sciences and Humanities Research Counsel de Canadá. La investigación presentada en este capítulo ha contado con el patrocinio del Instituto Nacional de Salud de Canadá, del Instituto Oncológico Nacional de Canadá, de la Alianza Canadiense de Investigación del

Cáncer de mama y de la Región de Calgary, que han dotado de becas a la Dra. Linda E. Carlson. Este trabajo no sería posible sin la cooperación y la dedicación de los pacientes que generosamente han participado con su tiempo en nuestros programas de investigación. Vaya desde aquí nuestro agradecimiento más sincero a todos ellos.

Apéndice: Descripción de ejercicios concretos prácticos y de aprendizaje didáctico

Tras el debate en grupo y la solución de problemas de la práctica en casa, los componentes didácticos de la Semana 3 (“Sabiduría mente-cuerpo y curación”) y de la Semana 4 (“Equilibrio del sistema nervioso autónomo”) de nuestro programa MBSR incluyen una descripción de las reacciones automáticas físicas, emocionales y de conducta ante el estrés, comparado con la respuesta que se produce cuando decidimos asistir conscientemente a nuestra experiencia. Los aspectos emocionales a corto y largo plazo, cognitivos, de conducta y fisiológicos de las dos respuestas distintas se ilustran y se debaten (Figuras 20.1 y 20.2; adaptadas de Kabat-Zinn, 2001). Además, los participantes completan una lista de comprobación de autoevaluación de los síntomas de estrés a fin de desarrollar conciencia de cómo el estrés puede influir en las emociones, las sensaciones y las conductas (Figura 20.3).

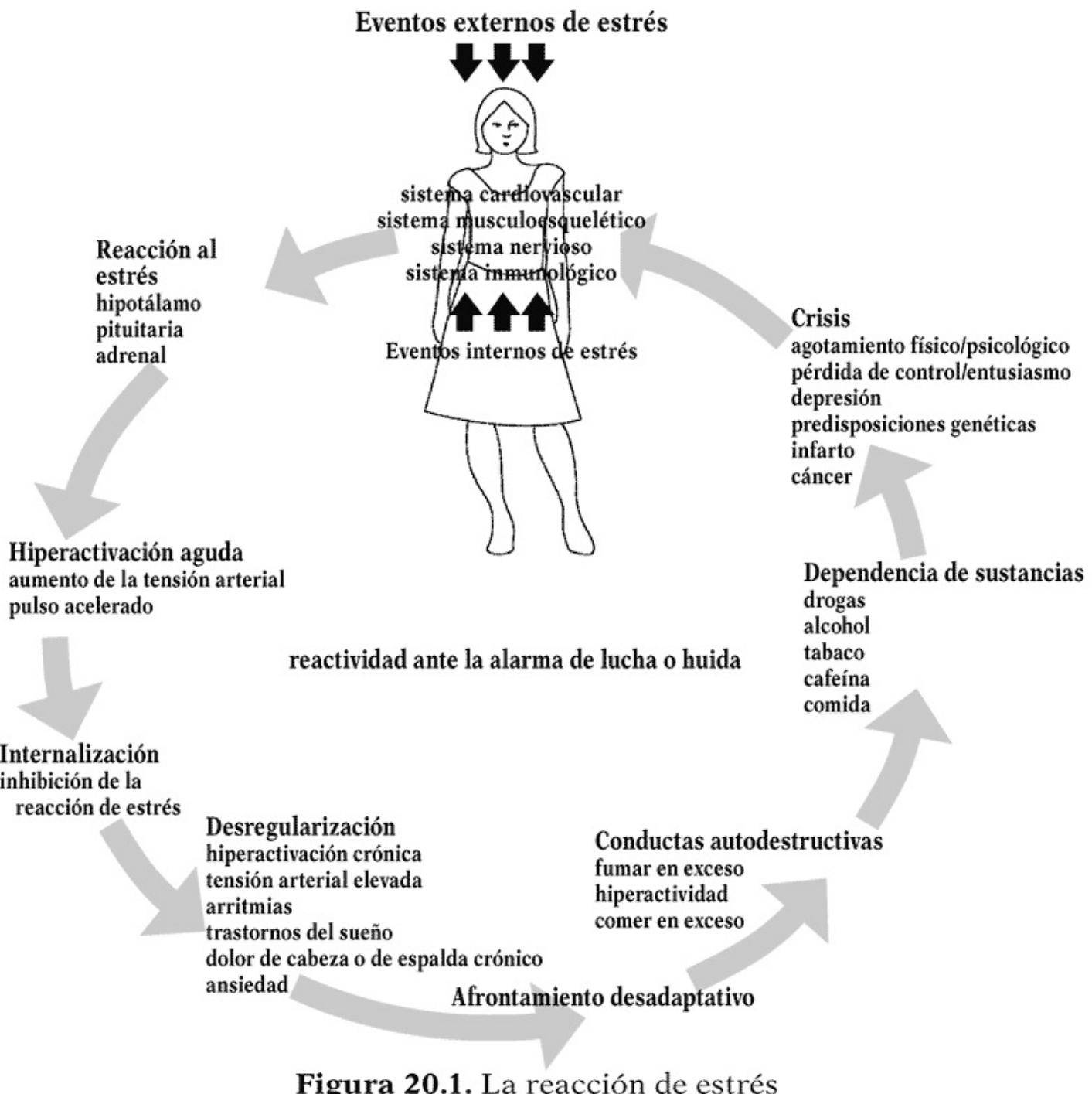


Figura 20.1. La reacción de estrés

Eventos externos de estrés



mindfulness

valoración de los pensamientos, los sentimientos y las amenazas percibidas

toma de conciencia
relajación

respuesta al estrés

hipotálamo
pituitaria
adrenal

possible activación
y también conciencia de:
tensión muscular
respiración

conciencia de todo el contexto
estrategias centradas en las emociones
estrategias centradas en los problemas

ver nuevas opciones
recuperación más rápida del equilibrio mental y
de la homeostasis

calma y equilibrio mental

Figura 20.2. La respuesta del estrés.

SÍNTOMAS DE ESTRÉS: AUTOEVALUACIÓN

Marque los síntomas de estrés que haya experimentado en la última semana:

Síntomas físicos

- Dolor de cabeza
- Dificultad para dormir
- Indigestión
- Mareos
- Dolor de estómago
- Dolor de espalda
- Sudor de las palmas de las manos
- Rígidez en el cuello y los hombros

Síntomas de conducta

- Fumar
- Crujir de dientes durante la noche
- Autoritarismo
- Consumo excesivo de alcohol
- Mascar chicle compulsivamente
- Ingestión compulsiva de alimento
- Actitud crítica
- Incapacidad de hacer cosas

Síntomas emocionales

- Llanto
- Sentimiento de presión abrumador
- Nerviosismo, ansiedad
- Ira
- Aburrimiento, las cosas no tienen sentido
- Soledad
- Irritabilidad, a punto de explotar
- Infelicidad sin motivo
- Sentimiento de impotencia para cambiar las cosas
- Facilidad para enfadarse

Síntomas cognitivos

- Dificultad para pensar con claridad
- Indecisión
- Olvidos
- Pensamientos de huida
- Falta de creatividad
- Preocupación constante
- Pérdida de memoria
- Pérdida del sentido del humor

Síntomas espirituales

- Vacío
- Sufrimiento intenso
- Pérdida de sentido
- Búsqueda de magia
- Duda
- Pérdida de dirección
- Incapacidad de perdonar

Síntomas relacionales

- Aislamiento
- Esconderse
- Intolerancia
- Callarse por completo
- Resentimiento
- Reducción del apetito sexual
- Soledad
- Gruñón
- Desconfianza

Figura 20.3. Autoevaluación de los síntomas de estrés

En las semanas 3 y 4, tras la instrucción didáctica, se guía a los pacientes por una serie de ejercicios prácticos que implican la conciencia de la respiración. Se explican junto con meditación sentada y posturas de yoga básicas que se realizan durante cada clase semanal. A

estos ejercicios se les conoce como “miniejercicios” de mindfulness. Estos “miniejercicios” se centran en técnicas de respiración que se practican para ayudar a reducir la ansiedad y la tensión en cualquier lugar, en cualquier momento y que pueden realizarse sin que nadie se de cuenta. Por ejemplo, los “miniejercicios” pueden hacerse en un atasco, cuando uno se siente abrumado, en la sala de espera del doctor, mientras se hace cola para algo, o cuando se siente dolor. Los participantes son dirigidos por la experiencia de respiración consciente, lenta, profunda y con el diafragma, y también se utilizan varias técnicas para centrar los patrones de respiración y la conciencia (Figuras 20.4-20.8).

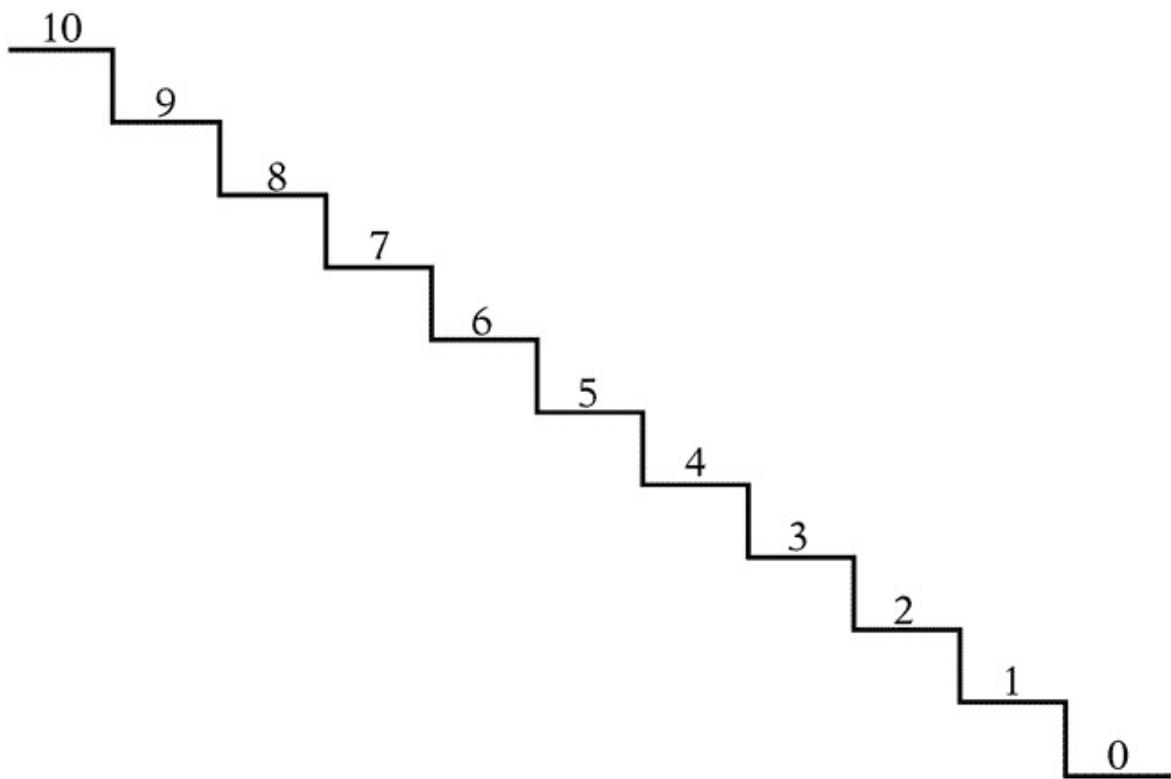


Figura 20.4. Miniejercicio de respiración equilibrada contando. (MINIEJERCICIO EQUILIBRADO 1: cuente hacia atrás de 10 a 0. Cada número es una inspiración y una espiración, como si bajara unas escaleras. Con la primera respiración diafragmática diga “diez” para si mismo y con la siguiente, diga “nueve”; “diez” para si mismo y con la siguiente, diga “nueve”;

8-7-6-5-4-3-2-1-0)

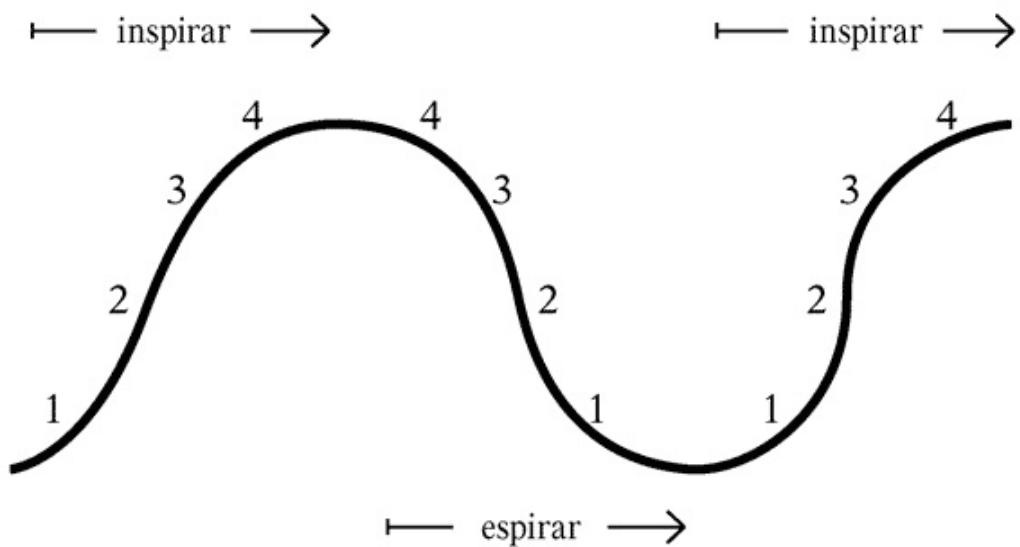


Figura 20.5. Miniejercicio de respiración equilibrada contando 2. (MINIEJERCICIO EQUILIBRADO 2: cuando inspire cuente lentamente hasta 4. Cuando espire, cuente hacia atrás lentamente hasta 1. Hágalo varias veces).

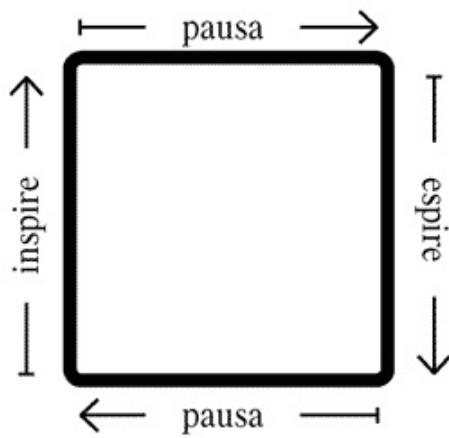


Figura 20.6. Miniejercicio de respiración equilibrada aguantando la respiración. (MINIEJERCICIO EQUILIBRADO 3: después de cada inspiración haga una pausa de algunos segundos. Cuando haya espirado, vuelva a hacer una pausa de algunos segundos. Hágalo con varias respiraciones).

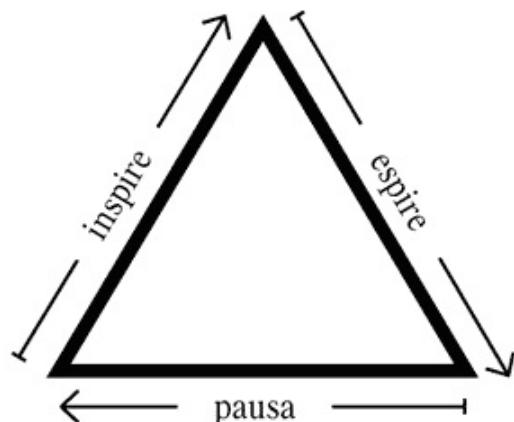


Figura 20.7. Miniejercicio de respiración de relajación con aguante tras la espiración. (MINIEJERCICIO DE RELAJACIÓN 3: respiración triangular. Inspire profundamente y espire profundamente. Haga una pausa y mantenga tras expulsar el aire).

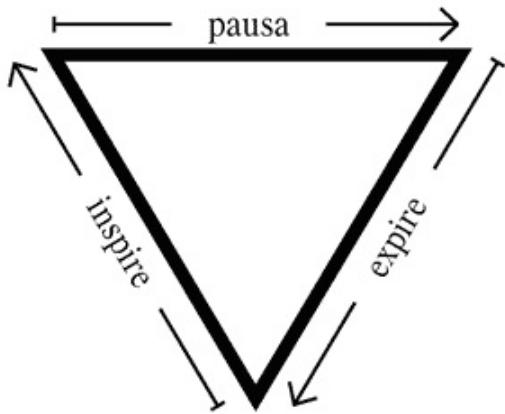


Figura 20.8. Miniejercicio de respuesta con mantenimiento tras la inspiración. (MINIEJERCICIO DE ACTIVACIÓN: respiración del triángulo invertido. Espire profundamente y a continuación inspire profundamente. Haga una pausa y mantenga tras la inspiración).

Referencias

- ABERCROMBIE, H.C.; GIESE-DAVIS, J.; SEPHTON, S.; EPEL, E.S.; TURNER-COBB, J.M.; SPIEGEL, D. (2004). “Flattened cortisol rhythms in metastatic breast cancer patients”. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1082-1092.
- ANDRYKOWSKI, M.A.; BRADY, M.J.; HUNT, J.W. (1993). “Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychological transition”. *Psycho-oncology*, 2, 261-276.
- BAER, R.A. (2003). “Mindfulness training as clinical intervention: A conceptual and empirical review”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- BASELGA, J.; HAMMOND, L.A. (2002). “HER-targeted tyrosine-kinase inhibitors”. *Oncology*, 63, 6-16.
- BAUER-WU, S.M.; ROSENBAUM, E. (2004). “Facing the challenges of stem cell/bone marrow transplantation with mindfulness meditation: A pilot study”. *Psycho-oncology*, 13, S10-S11.
- BAUM, C.; GESSERT, A. (2004). “Mindfulness-based stress reduction (MBSR) classes as a tool to

- decrease the anxiety of cancer patients". *Psycho-oncology*, 13, S13.
- BISHOP, S.R. (2002). "What do we really know about mindfulness-based stress reduction?". *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.
- BRADY, M.J.; PETERMAN, A.H.; FITCHETT, G.; MO, M.; CELLA, D. (1999). "A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology". *Psycho-oncology*, 8, 417-428.
- BROTTA, L.A.; HEIMAN, J.R. (2007). "Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer". *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 3-11.
- 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, 822-848.
- BURGESS, C.; CORNELIUS, V.; LOVE, S.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.; RAMÍREZ, A. (2005). "Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study". *BMJ*, 330, 702-705.
- CARLSON, L.E.; ANGEN, M.; CULLUM, J.; GOODEY, E.; KOOPMANS, J.; LAMONT, L.; et al. (2004). "High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2297-2304.
- CARLSON, L.E.; 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, 278-285.
- CARLSON, L.E.; SPECA, M.; PATEL, K.D.; FARIS, P. (2007). "One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients". *Brain, behavior, and immunity*, Online view DOI: 10.1016/j.bbi.2007.04.002
- CARLSON, L.E.; 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(4), 571-581.
- CARLSON, L.E.; SPECA, M.; PATEL, K.D.; GOODEY, E. (2004). "Mindfulness-based stress reduction in relation 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.E.; URSLIAK, 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: Six month follow-up". *Supportive Care in Cancer*, 9, 112-123.

CARVER, C.S.; ANTONI, M.H. (2004). "Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5-8 years after diagnosis". *Health Psychology*, 23, 595-598.

COMPAS, B.E.; WORSHAM, N.L.; EPPING-JORDAN, J.E.; GRANT, K.E.; MIREAULT, G.; HOWELL, D.C.; et al. (1994). "When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouse and children". *Health Psychology*, 13, 507-515.

CORDOVA, M.J.; CUNNINGHAM, L.L.; CARLSON, C.R.; ANDRYKOWSKI, M.A. (2001). "Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study". *Health Psychology*, 20, 176-185.

COTTON, S.P.; LEVINE, E.G.; FITZPATRICK, C.M.; DOLD, K.H.; TARG, E. (1999). "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer". *Psycho-oncology*, 8, 429-438.

DONNELLY, J.M.; KORNBLITH, A.B.; FLEISHMAN, S.; ZUCKERMAN, E.; RAPTIS, G.; HUDIS, C.A.; et al. (2000). "A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners". *Psycho-oncology*, 9, 44-56.

ENGSTROM, C.A.; STROHL, R.A.; ROSE, L.; LEWANDOWSKI, L.; STEFANEK, M. E. (1999). "Sleep alterations in cancer patients". *Cancer Nursing*, 22, 143-148.

EPPING-JORDAN, J.E.; COMPAS, B.E.; OSOWIECKI, D.M.; OPPEDISANO, G.; GERHARDT, C.; PRIMO, K.; et al. (1999). "Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress". *Health Psychology*, 18(4), 315-326.

FORTNER, B.V.; STEPANSKI, E.J.; WANG, S.C.; KASPROWICZ, S.; DURRENCE, H.H. (2002). "Sleep and quality of life in breast cancer patients". *Journal of Pain & Symptom Management*, 24(5), 471-480.

GARLAND, S.N.; CARLSON, L.E.; COOK, S.; LANSDELL, L.; SPECA, M. (2007). "A non-randomized

comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients". *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, Online view DOI: 10.1007/s00520-007-0280-5

GROSSMAN, P.; NIEMANN, L.; SCHMIDT, S.; WALACH, H. (2004). "Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis". *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.

HUGHES, J. (1982). "Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer". *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), 277-283.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós

KABAT-ZINN, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

KATZ, R.C.; FLASHER, L.; CACCIAPAGLIA, H.; NELSON, S. (2001). "The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefitfinding" in patients with chronic disease". *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561-571.

KISSANE, D.W.; GRABSCH, B.; LOVE, A.; CLARKE, D.M.; BLOCH, S.; SMITH, G.C. (2004). "Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: A comparative analysis". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 320-326.

KOOPMAN, C.; NOURIANI, B.; ERICKSON, V.; ANUPINDI, R.; BUTLER, L.D.; BACHMANN, M.H.; et al. (2002). "Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer". *The Breast Journal*, 8, 362-370.

KORNBLITH, A.B.; LIGIBEL, J. (2003). "Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer". *Seminars in Oncology*, 30(6), 799-813.

KRUPSKI, T.L.; KWAN, L.; FINK, A.; SONN, G.A.; MALISKI, S.; LITWIN, M.S. (2006). "Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer". *Psycho-oncology*, 15, 121-131.

LAMANQUE, P.; DANEAULT, S. (2006). "Does meditation improve the quality of life for patients living with cancer?". *Canadian Family Physician*, 52, 474-475.

LECHNER, S.C.; ANTONI, M.H. (2004). "Posttraumatic growth and group-based interventions for persons dealing with cancer: What have we learned so far?". *Psychological Inquiry*, 15, 35-41.

LENGACHER, C.A.; KIP, K.E.; MOSCOSO, M.; JOHNSON-MALLARD, V.; MOLINARI, M.; GAURKEE, D.; et al. (2007). "Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves physical and psychological symptoms, and general health status among breast cancer survivors". *Poster Presented at the Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society*, Worcester, MA.

LINLEY, P.A.; JOSEPH, S. (2004). "Positive change following trauma and adversity: A review". *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.

MACKENZIE, M.J.; CARLSON, L.E.; MUÑOZ, M.; SPECA, M. (2007). "A qualitative study of self-perceived effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting". *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(1), 59-69.

MACKENZIE, M.J.; CARLSON, L.E.; SPECA, M. (2005). "Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in oncology: Rationale and review". *Evidence Based Integrative Medicine*, 2, 139-145.

MANNE, S.; OSTROFF, J.; WINKEL, G.; GOLDSTEIN, L.; FOX, K.; GRANA, G. (2004). "Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives". *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.

MATCHIM, Y.; ARMER, J.M. (2007). "Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: A literature review". *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 1059-1066.

MONTI, D.A.; PETERSON, C.; KUNKEL, E.J.; HAUCK, W.W.; PEQUIGNOT, E.; RHODES, L.; et al. (2006). "A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer". *Psycho-oncology*, 15(5), 363-373.

MOSCOSO, M.; REHEISER, E.C.; HANN, D. (2004). "Effects of a brief mindfulness-based stress reduction intervention on cancer patients". *Psycho-oncology*, 13, S12.

MURRAY, S.A.; KENDALL, M.; BOYD, K.; WORTH, A.; BENTON, T.F. (2004). "Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview

study of patients and their carers". *Palliative Medicine*, 18, 39-45.

NATIONAL CANCER INSTITUTE OF CANADA. (2007). *Canadian cancer statistics*. Canadian Cancer Society.

NORMAN, G.R.; SLOAN, J.A.; WYRWICH, K.W.; NORMAN, G.R. (2003). "Interpretation of changes in health-related quality of life: The remarkable universality of half a standard deviation". *Medical Care*, 41, 582-592.

NORTHOUSE, L.L.; LATEN, D.; REDDY, P. (1995). "Adjustment of women and their husbands to recurrent breast cancer". *Research in Nursing and Health*, 18, 515-524.

OTT, M.J.; NORRIS, R.L.; BAUER-WU, S.M. (2006). Mindfulness meditation for oncology patients. *Integrative Cancer Therapies*, 5, 98-108.

PETERMAN, A.H.; FITCHETT, G.; BRADY, M.J.; HERNANDEZ, L.; CELLA, D. (2002). "Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-sp)". *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 49-58.

PITCEATHLY, C.; MAGUIRE, P. (2003). "The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review". *European Journal of Cancer*, 39(11), 1517-1524.

RIES, L.A.G.; MELBERT, D.; KRAPCHO, M.; MARIOTTO, A.; MILLER, B.A.; FEUER, E.J.; et al. (2007). *SEER cancer statistics review, 1975-2004*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.

ROSCOE, J.A.; MORROW, G.R.; HICKOK, J.T.; BUSHUNOW, P.; MATTESON, S.; RAKITA, D.; et al. (2002). "Temporal interrelationships among fatigue, circadian rhythm and depression in breast cancer patients undergoing chemotherapy treatment". *Supportive Care in Cancer*, 10, 329-336.

SAVARD, J.; MORIN, C.M. (2001). "Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem." *Journal of clinical oncology: Official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 19, 895-908.

SAXE, G.A.; HEBERT, J.R.; CARMODY, J.F.; KABAT-ZINN, J.; ROSENZWEIG, P.H.; JARZOBSKI, D.; et al. (2001). "Can diet in conjunction with stress reduction affect the rate of increase in prostate specific antigen after biochemical recurrence of prostate cancer?". *Journal of Urology*, 166, 2202-

- SEPHTON, S.E.; SAPOLSKY, R.M.; KRAEMER, H.C.; SPIEGEL, D. (2000). "Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival". *Journal of the National Cancer Institute*, 92(12), 994-1000.
- SHAPIRO, S.L. (2001). "Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables". *Journal of Clinical Psychology*, 57, 501-519.
- 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, 85-91.
- SMITH, J.E.; RICHARDSON, J.; HOFFMAN, C.; PILKINGTON, K. (2005). "Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review". *Journal of Advanced Nursing*, 52, 315-327.
- SPECA, M.; CARLSON, L.E.; 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 Medicin*, 62(5), 613-622.
- STRAIN, J.J. (1998). "Adjustment disorders". En J.F. HOLLAND (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 509-517). Nueva York: Oxford University Press.
- SURVEILLANCE, EPIDEMIOLOGY, AND END RESULTS (SEER) PROGRAM. (2007). *Prevalence database: "US estimated complete prevalence counts on 1/1/2004"* National Cancer Institute.
- TAYLOR, E.J. (2003). "Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers". *Cancer Nursing*, 26, 260-266.
- THE TRIALS OF HYPERTENSION PREVENTION COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. (1997). "Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high normal blood pressure". *Archives of Internal Medicine*, 157, 657-667.
- TOUTOU, Y.; BOGDAN, A.; LEVI, F.; BENAVIDES, M.; AUZEBY, A. (1996). "Disruption of the circadian patterns of serum cortisol in breast and ovarian cancer patients: Relationships with tumour

- marker antigens". *British Journal of Cancer*, 74, 1248-1252.
- VAN DER POEL, H.G. (2004). "Smart drugs in prostate cancer". *European Urology*, 45(1), 1-17.
- VAN DER POMPE, G.; ANTONI, M.H.; HEIJNEN, C.J. (1996). "Elevated basal cortisol levels and attenuated ACTH and cortisol responses to a behavioral challenge in women with metastatic breast cancer". *Psychoneuroendocrinology*, 21, 361-374.
- VAN WIELINGEN, L.E.; CARLSON, L.E.; CAMPBELL, T.S. (2006). "Mindfulness-based stress reduction and acute stress responses in women with cancer.; 15 S42.
- VAN WIELINGEN, L.E.; CARLSON, L.E.; CAMPBELL, T.S. (2007). "Mindfulness-based stress reduction (MBSR), blood pressure, and psychological functioning in women with cancer". *Psychosomatic Medicine*, 69(Meeting Abstracts), A43.
- WALKER, M.S.; ZONA, D.M.; FISHER, E.B. (2006). "Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support". *Psycho-oncology*, 15(8), 684-693.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2005). *WHO cancer control programme*.
- WUA, J.; KRAJA, A.T.; OBERMAN, A.; LEWIS, C.E.; ELLISON, R.C.; ARNETT, D.K. (2005). "A summary of the effects of antihypertensive medications on measured blood pressure". *American Journal of Hypertension*, 18, 935-942.
- ZABORA, J.; BRINTZENHOFESZOC, K.; CURBOW, B.; HOOKER, C.; PIANTADOSI, S. (2001). "The prevalence of psychological distress by cancer site". *Psycho-oncology*, 10(1), 19-28.

Parte IV

Intervenciones basadas en mindfulness en contextos y poblaciones específicas

21

Intervención basada en mindfulness en el contexto clínico individual: qué diferencia supone mindfulness en el marco privado de la consulta

Paul R. Fulton

Le ruego que sea paciente con todo lo que no está resuelto en su corazón, y que trate de amar los interrogantes mismos, como si fuesen habitaciones cerradas o libros escritos en un idioma extraño. De momento, no busque las respuestas que no se le pueden dar, pues no va a ser capaz de vivirlas. Lo importante es vivir todo. En este momento, los interrogantes. Quizás luego, gradualmente, casi sin darse cuenta se encontrará un día distante habiendo recorrido el camino hacia la respuesta.

Rainer Maria Rilke (1875-1926), Cartas a un joven poeta

Introducción

De adolescente, cuando inicié mi estudio del Budismo y de la Psicología clínica occidental, había muy pocos recursos disponibles. La mayor parte del material publicado era general y teórico, como *Budismo Zen y psicoanálisis* de Erich Fromm (Fromm, Suzuki y DeMartino, 1964), o *La doctrina suprema* de Hubert Benoit (2001). No había literatura práctica y, como muchos otros, me vi obligado a explorar el territorio sin mapa. Cuando un grupo de individuos de la misma opinión formó un grupo de estudio a principios de los 80, la idea de integrar la psicoterapia con la meditación seguía teniendo una ligera mala reputación. La meditación se asociaba con la autoayuda New Age y con la espiritualidad exótica, y nosotros sobrevivíamos silenciosamente al margen de la corriente principal.

En esos primeros esfuerzos por integrar ambas disciplinas, la mayor parte de la influencia del

mindfulness era a través de la propia práctica del terapeuta que, aunque permaneciera no identificada e invisible para el paciente, era un potente aunque transparente fondo para el encuentro. Sin embargo, con la popularidad cada vez mayor del mindfulness, los pacientes son más receptivos a su utilización (*Psychotherapy Networker*, 2007). En mi propia consulta es común que personas interesadas o con una profunda base de meditación se dirijan a mí por ello. Si bien para mí es relativamente extraño recomendar la meditación, si siento que es apropiado ahora lo hago sin la aprensión que sentía al principio de mi carrera clínica. El problema de cómo se introduce la meditación en los pacientes casi ha desaparecido.

El mindfulness se ha ganado un respeto debido a la reciente explosión de publicaciones, muchas de las cuales presentan un aval empírico de su eficacia clínica. Cada vez hay más guías excelentes disponibles para las nuevas generaciones de facultativos. Para que esa investigación sea posible, el concepto de mindfulness, derivado de la práctica y la literatura budistas, se ha tenido que refinar y definir. Para llevar a cabo ensayos clínicos significativos ha habido que definir unas condiciones de tratamiento consistentes para intentar aislar los “ingredientes activos” del mindfulness y controlar las variables externas. Como consecuencia, mucha de la literatura disponible se centra en el uso del mindfulness mediante protocolos que se aplican de forma estructurada con poblaciones bien definidas.

Aquello que se determina como efectivo en un ensayo de investigación con protocolos es posible que no se traduzca naturalmente en una situación de tratamiento individual. ¿Qué ocurre realmente en el encuentro cara a cara entre el paciente y el terapeuta cuando se usan esos conceptos y esas técnicas? Este libro propone varias respuestas a esta pregunta. En este capítulo abordo la cuestión con ejemplos de casos y desde una perspectiva del mundo real en primera persona, práctica, basada en un estudio y una práctica de la meditación (periódicamente inconsistente) de casi 35 años para ilustrar algunas maneras que relativamente no pueden formularse en las que el mindfulness afecta al proceso de tratamiento.

Cabe destacar que en este capítulo mi utilización del término “mindfulness” carece de cierta precisión y la presento como una especie de abreviatura para varias prácticas, perspectivas u observaciones obtenidas mediante una práctica y un estudio del mindfulness que son más amplios que la redirección de la atención o el entrenamiento mental.

El continuo

Tras finalizar un curso de un día de duración sobre mindfulness impartido a profesionales de la salud mental, un psiquiatra mayor y excolega se me acercó y me preguntó con una perplejidad auténtica, “Entonces, ¿qué es una intervención basada en mindfulness?”. Me dio vergüenza que la respuesta no estuviera clara. El problema, decidí, es que por mucho esfuerzo que se haga para lograr a una definición consistente y concisa del mindfulness, sigue siendo difícil de conseguir para la amplitud de su aplicación. En la práctica clínica, el concepto de mindfulness pierde precisión rápidamente porque su influencia puede verse a varios niveles. Describir esos niveles aporta una especie de mapa en el que ubicar lo que queremos decir cuando hablamos de mindfulness.

La intersección de mindfulness y psicoterapia puede describirse como algo que se produce en un continuo. En un extremo de este continuo está lo que podríamos llamar el polo “implícito”, donde el terapeuta practica el mindfulness, de modo invisible para el paciente. También he escrito sobre el polo “implícito” del continuo, describiendo la contribución que la práctica del mindfulness hace en la mente del terapeuta y, a través de él, a la terapia (2005). Considero que el mindfulness ayuda al terapeuta a cultivar habilidades y cualidades mentales como la atención, la tolerancia afectiva, la aceptación, la empatía, la ecuanimidad, la tolerancia de la incertidumbre, el *insight* o introspección de las tendencias narcisistas y la perspectiva de la posibilidad de felicidad. El grado en el que la práctica del mindfulness del propio terapeuta influye en el resultado del tratamiento está empezando a recibir atención empírica.

Avanzando por el continuo, el uso del mindfulness se hace más explícito e incorpora a la psicoterapia conceptos basados en mindfulness incorporando abiertamente técnicas específicas de mindfulness. Algunas de las estaciones de este continuo están descritas por Germer (2005) como psicoterapeuta que practica el mindfulness, psicoterapia conocedora del mindfulness y psicoterapia basada en mindfulness. Sin embargo el fin explícito de este continuo no se detiene ahí, y muchos pacientes practicarán la meditación *per se*, quizás primero como preparación que les permita acceder a la terapia, como algo adjunto a la terapia, o como actividad paralela llevada a cabo como práctica espiritual de despertar bastante aparte del problema original de la terapia.

Por supuesto, ningún continuo unidimensional puede describir adecuadamente las varias maneras en las que psicoterapia y mindfulness aúnan esfuerzos en la vida, como atestiguan los ejemplos clínicos que se proponen a continuación. Este capítulo se centra en varias de las maneras en las que la práctica del mindfulness repercute en lo que de hecho ocurre en la práctica clínica individual a distintos niveles de este continuo implícito-explicito.

Además del continuo también podemos imaginar un diagrama de Venn en el que los dominios de la psicoterapia y la meditación se describen mediante círculos. Si bien cada uno de ellos tiene su propio objetivo original y ámbito de eficacia, los círculos se solapan en psicoterapia orientada a mindfulness (Figura 21.1).

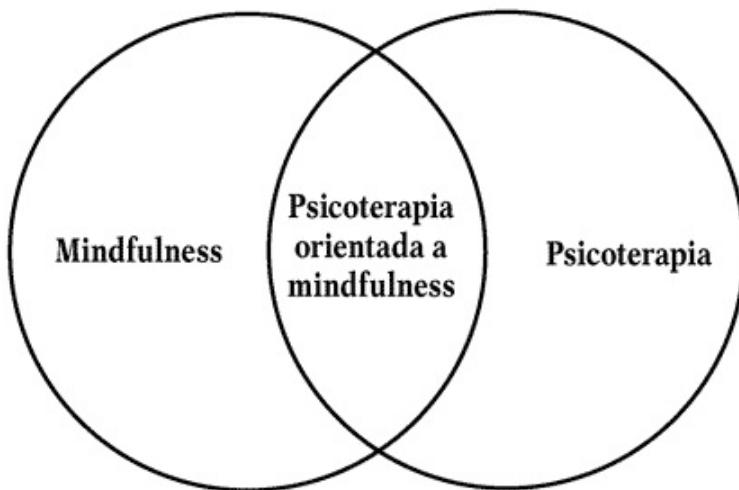


Figura 21.1. La psicoterapia orientada a mindfulness es la zona de superposición entre el mindfulness y la psicoterapia

Sin embargo, cuando el terapeuta es un meditador, *todas* las actividades, ya sea una sesión de psicoanálisis, de terapia cognitiva basada en mindfulness, o lavar la ropa, se ven afectadas por el mindfulness. Esto puede representarse dibujando un tercer círculo que abarque a los otros dos (Figura 21.2).

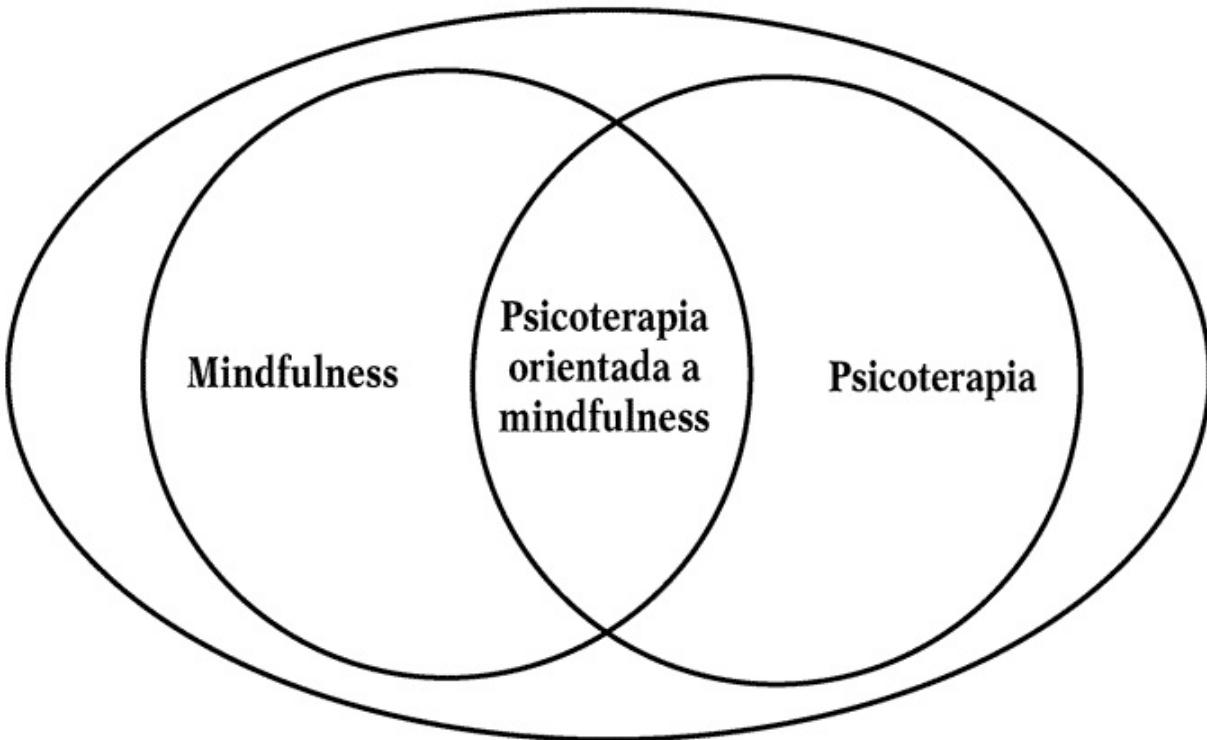


Figura 21.2. Psicoterapia cuando el profesional practica mindfulness

Consideraciones generales

Uno empieza a ver la dificultad de establecer distinciones sobre lo que es la psicoterapia basada en mindfulness. Esta integración puede ser de lo más sencilla cuando creamos técnicas claramente inspiradas en el mindfulness. Por ejemplo, uno puede enseñar ejercicios como el del “espacio para respiración de 3 minutos”, (Segal, Williams y Teasdale, 2006), visualizaciones propicias para la aceptación (Hahn, 2007; Kabat-Zinn, 2009), o prescribir técnicas con el fin de utilizar las emociones como objetos de mindfulness (Brach, 2003).

Pero el mindfulness no puede reducirse a una clase de intervenciones o de técnicas y debe entenderse en un contexto mucho más amplio. Se origina como la piedra angular metodológica de un sistema de entendimiento, centrado en la naturaleza de sufrimiento y en la naturaleza de felicidad. Se trata de entender que, con tiempo y práctica, *llegamos a ser*. Cuando se practica de todo corazón, se convierte en algo inseparable de todo lo que hacemos, incluido nuestro

trabajo clínico. Se manifiesta como una cualidad de atención, una manera de ganar experiencia, un compromiso con una conducta ética, y una comprensión del camino que se debe atravesar. El denominador común de todas las aplicaciones de mindfulness es volverse hacia la experiencia; el factor terapéutico común es una relación distinta con la experiencia.

Una contribución fundamental del mindfulness es su formulación de la naturaleza del sufrimiento y su alivio, que difiere de la manera en la que suele formularse el malestar en términos clínicos tradicionales. En el modelo médico, el sufrimiento se ve como síntoma de un trastorno subyacente, de una detención del desarrollo, de errores aprendidos en pensamiento, percepción o conducta, o de un daño psicológico. El tratamiento suele basarse en identificar y tratar el trastorno subyacente para aliviar el malestar sintomático. En cambio, la formulación budista, sobre la que reposa el mindfulness, mantiene que ese sufrimiento es inevitable y que surge debido a un esfuerzo mal dirigido por manipular nuestra experiencia a nuestro gusto. Es decir, en nuestras acciones grandes e imperceptiblemente pequeñas, intentamos continuamente agarrarnos a lo que es placentero y deshacernos de lo desgradable. En términos budistas es algo que suele describirse en pocas palabras como avaricia. Dado que la mayoría de experiencias están tamizadas por esas valencias, el esfuerzo por controlar es casi incesante. En ese sentido, el sufrimiento es universal, su funcionamiento es idéntico independientemente de uno u otro trastorno subyacente putativo, o de las condiciones particulares a las que reaccionemos. Puede manifestarse con un sufrimiento abierto, o puede ser extremadamente sutil en su expresión y hacerlo como un sentido de malestar o de insatisfacción, incluso frente a la abundancia. La avaricia también se ve en la tendencia a identificarnos con nuestros pensamientos y construcciones mentales, dotándolos de más realidad y durabilidad de la que poseen. El sufrimiento surge cuando nos aferramos a algo poco fidedigno por cambiante y en definitiva vacío. Entender esta formulación de sufrimiento como algo que se origina en nuestro esfuerzo por controlar o poseer ofrece una oportunidad de reformular radicalmente el problema del sufrimiento de nuestros pacientes.

El mindfulness y su influencia en la práctica de la psicoterapia

Inevitablemente los pacientes llegan con sus propias hipótesis, o en muchos casos

convicciones sobre lo que está mal, lo que se debe cambiar, perder o ganar antes de poder liberarse del malestar. A menudo la formulación en sí misma es un obstáculo. Precisamente queda ilustrado por el caso de Lidia.

Lidia, antigua terapeuta, acudió a tratamiento después de que su terapeuta durante 10 años se mudara de ciudad. Se había divorciado recientemente por decisión propia y ahora trabajaba en reconstruir su vida y una carrera en su campo de elección. Durante años se había visto acosada por el miedo a estar sola, abandonada y aislada; un destino que había concluido como prueba de que algo en ella no iba bien. Sus terapias anteriores se habían centrado en identificar y solucionar lo que no iba bien, pero todavía era susceptible a las espirales descendentes de dudas sobre sí misma y desespero, originadas por las preguntas violentas que se hacía a sí misma con el tono emocional de una inquisición. Cuando le pregunté si había establecido cuál era su problema, me dijo que no, que su terapia anterior todavía tenía que llegar al fondo de la cuestión. Le pregunté qué quería realmente, a lo que respondió con claridad que quería ser más feliz. Cuando le pregunté cómo se sentía al intentar analizar sus problemas, me dijo que se sentía verdaderamente mal. Le sugerí que dado que su deseo era ser feliz y que esa pregunta le hacía sentirse mal, si había considerado dejarla de lado. Lidia se horrorizó. Después de todo, ese hurgar en sus heridas era el único método que podía imaginar, y creía (contra toda evidencia) que era la única cuerda de salvamento que podía rescatarla definitivamente. Le sugerí que a la luz de su experiencia hasta el momento, la próxima vez que observara que se estaba introduciendo en la espiral, consideraría cómo se sentía y, si era mal, lo detendría lo antes posible, redirigiría su atención y vería cómo se sentía entonces. Se sintió amenazada por la idea y las siguientes sesiones se dedicaron a entender la naturaleza de su duda. Parte de ella procede de su propia experiencia profesional previa con la psicoterapia analítica. Lidia reconoció que sus esfuerzos habían resultado contraproducentes y que debería considerar una alternativa. Ese experimento se convirtió en la formulación de trabajo compartida entre nosotros, y logró darse cuenta cuando iniciaba el descenso doloroso y en picado y detener la caída. Juntos empezamos a aplicar el mismo enfoque a otras facetas de su vida, y se volvió más experta en identificar hábitos mentales relativamente rápido tras aparecer en la experiencia, y en ejercer una elección sobre cómo proceder. Por ejemplo, cuando se observara gruñendo por tener que archivar una montaña de papeles, se daba cuenta de su irritabilidad y

espontáneamente veía como no era el archivado en sí, sino su mente, la que la estaba atormentando. Permanecía introspectiva, pero lo que buscaba entender pasó de ser el diagnóstico de un déficit a la consideración del impacto de su actividad mental actual en su sentido de bienestar. La cuestión de si redireccionar su atención suponía el abandono de la búsqueda de la verdad acabó siendo irrelevante; se estaba liberando y eso era suficientemente positivo.

Son varios los elementos de esta reformulación que tienen una deuda con el mindfulness. El primero es que ofreció una alternativa al impulso vestigial, inherente en el modelo médico, de arreglar o deshacerse de algo. En lugar de analizar o interpretar el significado subyacente del malestar, el enfoque se desplazó a una investigación pragmática de lo que aporta alivio y lo que aporta más malestar, como se juzga con una apertura mental auténtica. En el proceso, Lidia desplazó su atención a su experiencia en el aquí y el ahora, en lugar de invertir su energía en el ensayo improductivo de historias familiares.

Esto hace referencia a otro elemento de las formulaciones derivadas del mindfulness. Tiene que ver con que lo que hacemos es efectivamente practicado y reforzado, exactamente como un pianista perfecciona sus dotes ensayando. En cambio, lo que dejamos de hacer se debilita gradualmente y quizás acaba por extinguirse. Cuando señalamos a nuestros pacientes que lo que hacen (ya sea de pensamiento, habla o acción) se practica y se refuerza, les ofrece una nueva base para evaluar el impacto de esas acciones en su bienestar.

Un ejemplo lo encontramos en Andrés, un hombre bondadoso en esencia que estaba preocupado por su tendencia a impacientarse o a enfadarse, lo que para él eran señales de fracaso y de debilidad moral. En cualquier encuentro airado, sufría al mismo tiempo una ira inherentemente desagradable hacia sí mismo y la autocrítica que se infringía por haber perdido el control. Incluso cuando creía que su ira estaba justificada, se sentía mal y desesperado por cambiar sus reacciones. Andrés tenía que cargar con esos hechos airados. Le pregunté si encontraba alivio al revivir esos episodios, o si los sentimientos de ira y de vergüenza se repetían. Andrés me dijo que le hacía sentirse peor. Presenté la idea de la práctica como refuerzo de esas rutas de ira y crítica, y algunas evidencias neurofisiológicas que se encuentran detrás (que apelaron a su bagaje científico). Destaqué la manera como el hecho de

revivir la ofensa y sus propias reacciones equivalían a un ensayo sostenido. Andrés lo entendió e inmediatamente aceptó la idea de que cada nuevo episodio ofrecía una oportunidad de relacionarse con su ira de manera diferente, como una oportunidad de practicar algo distinto. Sugerí que practicara dirigir su atención a la experiencia de ira subjetiva mental y física antes de responder. Así, gradualmente se fue convirtiendo en un estudiante de su propia experiencia y en un observador preparado de cómo su ira se desencadenaba en tiempo real. En el proceso, logró acceder a una paleta de respuestas más amplia. El énfasis de practicar extrajo a su ira del dominio de la debilidad moral, que sólo tenía a causarle más vergüenza, y se reformuló como algo que podía trabajarse en el momento de su desencadenamiento, algo que uno *hace*, en lugar de la prueba de un defecto de carácter relativamente inmutable o una afirmación sobre “el tipo de persona” que era.

Evidentemente, el rol de practicar y aprender no es exclusivo del mindfulness. La contribución del mindfulness a esta observación con sentido común es una mayor gama de cualidades mentales que son susceptibles del simple cultivo. Cualidades que a menudo consideramos relativamente fijas y de tipo rasgo, como la generosidad, la compasión, la ira, la impaciencia o incluso el interés en nuestras reacciones, son materias todas ellas legítimas para ser practicadas. Ese tipo de observaciones sirven de antídoto para la tendencia de vernos a nosotros mismos como relativamente estáticos y de definirnos de maneras fijas, a menudo poco caritativas. Nos invitan a intentar llegar a ser lo que valoramos de manera práctica. En la práctica, asistir a “lo que uno hace” es más trabajable que fijarse en “lo que uno es”. El beneficio liberador de aprender a limitar nuestra tendencia a formar y a apegarnos a cualquier percepción fija de nosotros mismos es una ventaja de una comprensión con matices de conciencia de nuestra actividad mental.

A menudo los hábitos mentales de nuestros pacientes son duros y autocastigadores. Ese era el caso tanto de Lidia como de Andrés. Les pedí que prestaran atención a la calidad de sus mentes cuando, por ejemplo, Lidia iniciara su bien practicado autoanálisis, o cuando Andrés residiera en la culpa familiar. En ambos casos el sentimiento era desagradable, independientemente de lo higiénicas que sintieran las actividades. Cuando destaque que, a pesar de sus intenciones positivas, esos hábitos parecían hirientes, ambos recibieron el mensaje. Tenían permiso para considerar sus conductas a la luz de la compasión, como forma

de garantizar o denegar la autoasistencia. Redefinir sus propios hábitos mentales en la dirección de “amables y buenos para la felicidad”, en lugar de en términos de salud o moralidad, les ofrecía mayor libertad para experimentar. ¿Cómo podían ser diferentes con ellos mismos en el momento de dificultad? Enmarcar las acciones en términos de compasión, hacia uno mismo y hacia los demás, en la práctica en lugar de como ideal abstracto, es al mismo tiempo un método y un fruto del mindfulness.

Cabe destacar que ninguno de los ejemplos citados dependía de la meditación o de la práctica mental formal, ni tampoco se invocó el mindfulness al paciente. Son “intervenciones” que se basan en la comprensión del terapeuta y en su experiencia personal, y que se comunican en el lenguaje del sentido común al paciente. El rol del mindfulness tampoco lleva necesariamente a separarse de la historia de uno mismo, ni a huir del aquí y del ahora. Eso se aprecia en el caso de Carolina.

Carolina era una meditadora con experiencia, aunque novata en terapia, y había mantenido su difícil vida emocional alejada de sus amigos y de su amable, aunque poco compenetrado, marido. A sus 50 años, nadie conocía el tormento emocional que había sufrido durante casi toda su vida. La madre de Carolina había sido una madre indiferente, completamente desinteresada por sus bebés o sus hijos; un hecho evidente en su fracaso por captar los esfuerzos de su dotada hija para que la viera y la aceptara. Carolina estaba desesperada por no defraudar a su madre, pero fracasaba una y otra vez, su madre sólo quería ser el centro de atención y la alegría de la fiesta. Su padre era bueno, pero poco tolerante y airado ante cualquier expresión de desacuerdo por parte de Carolina. Se sentía como si no existiera y de niña se sacudía en la cama repitiendo “sí que existo”. Aunque sacaba muy buenas notas, y también tuvo éxito profesional, no recibió nunca el reconocimiento de sus padres, ni apoyo por sus logros. Se sentía falsa, y había aprendido a esconderse debajo de un exterior de competencia para ocultar un profundo sentimiento de ilegitimidad. En la edad adulta hizo un doctorado, pero cada paso era un enorme desafío, ya que sentía que carecía del derecho a tener un carácter fuerte implicado por la creación de obras de conocimiento original. Lo que parecía una expresión natural de habilidades requería un esfuerzo hercúleo para superar una resistencia interior proporcionada. Era como si con un pie estuviera apretando el pedal del gas y con el otro el de freno. Carolina tenía un trabajo social, y aunque socialmente

competente, estar con otras personas era profundamente pesado y agotador. De hecho, evitaba el contacto innecesario durante periodos de tiempo determinados.

Carolina me eligió como terapeuta porque sabía de mi interés por la meditación, aunque raramente hablamos ni de meditación ni de mindfulness –y nunca los utilizamos. Sin embargo, su experiencia meditadora resultó crucial para la terapia. Había desarrollado cierta capacidad para tolerar su experiencia emocional difícil, y eso le permitía resistir los abrumadores primeros meses de terapia. El miedo y la vergüenza de verbalizar sus pensamientos antes repudiados y no expresados la dejaban temblando y hecha un mar de lágrimas, y tenía que sentarse en el coche durante un buen rato tras nuestras sesiones. Tenía terror a las sesiones, pero se sintió sorprendida al sentir alivio también. Juntos aprendimos el ritmo de la terapia para que fuera factible. Su coraje me dejó profundamente impresionado.

A diferencia de Lidia, que necesitaba ayuda para separar su atención de la investigación arqueológica personal que la caracterizaba en las terapias anteriores, Carolina necesitaba abrirse a su historia y al contenido emocional difícil de la misma, entrar, y recuperarla. En este movimiento honraba la verdad de su experiencia, que antes intentaba negar. Ese es el trabajo de la terapia convencional, aunque parecía llevada a cabo en una cuerda floja. En un momento dado pregunté a Carolina si creía que había algo auténtico en su experiencia. Pensó durante un momento y me dijo que la experiencia directa de la respiración, en momentos de meditación silenciosa, le parecía auténtica. Aunque la meditación budista suele describirse en términos de intentar iluminar la naturaleza ilusoria del sí mismo, en su práctica de la meditación Carolina había encontrado una manera de encontrarse, a sí misma. Conocía la doctrina budista de la ausencia de sí mismo, pero dijo claramente “esto no se trata de eso”. Los dos entendimos que el sí mismo que necesitaba habitar era distinto al sí mismo ilusorio descrito por la psicología budista, y entendimos que ambas actividades eran reales y válidas.

El viaje de Carolina era peligroso, y estoy convencido de que no hubiera sido capaz de emprenderlo de no ser por las cualidades de coraje y de fortaleza cultivadas durante sus años de práctica de meditación. De hecho, le permitió volverse más real consigo misma para contrarrestar su sentido de falta de autenticidad. Este tipo de contribución nunca puede reducirse a unas cuantas técnicas, a una fórmula o una perspectiva. Tampoco es que su

meditación fuera un sustituto de la psicoterapia, que aborda dificultades que sólo pueden comunicarse relacionándose con los demás. En la meditación había encontrado una forma de cuidado de sí misma y una fuente de supervivencia emocional. Aunque no se trata de una técnica explícitamente aplicada en la terapia, como parte de su bagaje resultó ser un ingrediente esencial en su tratamiento y en su vida.

Llegar a ser más explícitos

Algunas utilizaciones de mindfulness y de sus principios subyacentes se acercan más al extremo explícito del espectro. A menudo comparto sugerencias específicas surgidas más o menos directamente de la tradición popular budista, con buen efecto.

Leonardo era Vicepresidente regional de ventas de una gran empresa de muebles. Vivía aterrorizado sus presentaciones de las ventas semestrales en la sede nacional de la compañía, y las preparaba en exceso con un sinfín de diapositivas y de notas. Lo había derivado a un programa de MBSR, del que obtuvo algunos beneficios, pero su miedo a las reuniones le mantenía despierto toda la noche. Le dije un sermón de un maestro Zen que en total, sólo tenía dos palabras: “Pronto muerto”. A Leonardo le encantó y me dijo entusiasmado tras volver de su reunión comercial que las únicas notas que había llevado eran exactamente esas palabras escritas en mayúsculas en un bloc. Leonardo conocía su frío material y, paradójicamente, sus voluminosas notas sólo le añadían ansiedad. El recordatorio del lugar adecuado de una presentación de ventas en su vida fue liberador e hizo la mejor presentación de su vida. En lugar de aumentar su ansiedad, la reflexión sobre la fugacidad de la vida le permitió liberarse de su miedo sobre cómo su rendimiento comercial le definiría. De hecho, vio el acto en sí desde una perspectiva más amplia.

Andrés a menudo se preguntaba cuándo resultaba apropiado corregir a un subordinado, y cómo distinguir cuando actuaba con habilidades a cuando estaba hablando desde la ira.

Le sugerí que cuando se encontrase ante esa incertidumbre podía aplicar tres preguntas, que recogí directamente (sin atribución total) de uno de los discursos del mismo Buda (el Abhaya Sutta). Primero, ¿es verdad lo que quiere decir? Si no, no lo diga. Si es verdad, puede

preguntarse si es beneficioso decirlo. Si es verdad y beneficioso, pregúntese si es el momento correcto y el lugar adecuado para decirlo. Además de requerir un momento para la reflexión (que ya ayuda a restringir una respuesta impulsiva), plantearse esas preguntas prácticas aporta una práctica de no lesión, evitando así la escalada de la ira y de la agresión de uno mismo.

La formulación budista para trabajar correctamente con las emociones difiere de las nociones clínicas de “abreacción”, “sacarlo” o catarsis. La ira o la hostilidad se consideran dañinas, ya estén dirigidas hacia los demás o, a través de juicio y autorechazo, hacia uno mismo. Mientras que conocer las emociones difíciles en la plenitud de la atención consciente es esencial, expresarlas de viva voz o con acciones requiere mucho cuidado para evitar potenciar la ira. Esta práctica de toma de conciencia total del momento presente de una emoción difícil delicadamente equilibrada y la limitación verbal/conductual es una práctica bien desarrollada en la psicología budista.

Consideremos esta dinámica en el caso de Margarita, antigua profesora ahora de baja por los efectos debilitadores acumulados del sádico abuso infantil. Le había pedido repetidas veces al vecino que no paseara al perro por el minúsculo jardín de Margarita. Un día, al salir al jardín debido al sonido cercano de la sirena de un camión de bomberos, se encontró de pie en medio de un estercolero de excrementos de perro. Enfurecida, embadurnó el porche del vecino, la puerta de la casa y los juguetes de los niños con los excrementos. Después, aterrorizada por lo que había hecho, llamó a la clínica en la que me encontraba cubriendo el turno de la terapeuta que estaba de vacaciones y pidió cita de urgencias. La “expresión” de ira la había agitado muchísimo y estaba aterrada. En el transcurso de nuestra reunión le pregunté si había alguien por quien sintiera amabilidad, incluso en medio de esta tormenta. Fue capaz de indicar sentimientos de amabilidad hacia una vecina mayor que vivía encerrada en casa. Le sugerí que considerara hacer algo por esa vecina. Programamos una cita de seguimiento para el día siguiente. Cuando Margarita regresó me dijo que había llevado helado a su vecina anciana en el proceso de romper el maleficio de su rabia. Me preguntó, “¿Cómo lo sabía?”. Más tarde fue capaz de hablar con el vecino dueño del perro sobre lo que cada uno de ellos había hecho y lo resolvieron amistosamente de un modo que hubiera parecido imposible con las cosas en caliente.

Supuestamente Buda decía que el odio nunca se calma con odio, sino solamente con no-odio (Dhammapada 5). Más que un dogma elevado, lo que expresa es un enfoque pragmático ante emociones difíciles que no merece ser segregado en literatura espiritual y admirado desde la distancia. Ofrece una forma práctica de trabajar con la experiencia interior en el interés de cultivar la paz interior y exterior. Resistir a las acciones al habla o la conducta arraigadas en la ira, hacia uno mismo o hacia los demás, es la práctica de la compasión, no de la evitación, ni del aislamiento ni la represión. Como con la mayoría de prácticas que ofrece Buda, el ánimo es ver para uno mismo si funciona para aportar paz mental.

En cada uno de los casos citados encontramos la invitación a los pacientes a volverse hacia sus experiencias *tal cual son*, con total aceptación, no porque les gusten o les disgusten, sino porque es “verdad” para el momento presente. En este movimiento se encuentra la sutil sugerencia de que no necesitamos ser curados, arreglados ni liberados de algo como condición previa para la curación. El alivio del sufrimiento puede ser difícil de lograr, pero está más al alcance de la mano de lo que la noción de cura podría sugerir. Cuando el sufrimiento se despoja de ser visto como prueba de fracaso, debilidad o enfermedad, puede aparecer la oportunidad de abrazar más vida. Esta extraordinaria reformulación destaca cómo el sufrimiento puede perder su agujón progresivamente.

Conclusión

Estos pocos ejemplos de casos no sugieren la aplicación de intervenciones copiadas de manuales de tratamiento, pero tampoco son de naturaleza esotérica ni misteriosa. Surgen de la comprensión de la dinámica subyacente universal del sufrimiento humano. Los libros pueden proporcionar una guía valiosísima, pero las intervenciones y las formulaciones de mindfulness surgen naturalmente cuando, como terapeuta, hemos probado su utilidad para nosotros mismos en el crisol de nuestra propia experiencia. El estudio idiográfico sostenido de nuestras mentes se convierte en la base del descubrimiento creativo, y las contribuciones potenciales del mindfulness a la terapia se vuelven tan incontables como los momentos que pasamos con nuestros pacientes. Cuando logramos ver cómo caemos en la trampa y cómo podríamos cesar tal actividad dañina, aprendemos a ver cómo los otros, también, caen en ciclos de sufrimiento

a pesar de sus deseos más profundos de alivio. Estamos mejor equipados para proporcionar una guía a nuestros pacientes en este movimiento hacia el bienestar cuando tenemos la comprensión práctica de este camino, tanto si la utilización del mindfulness permanece tácita como si se convierte en una parte explícita del contrato terapéutico entre nosotros y nuestros pacientes. Entonces todo lo que hacemos como terapeutas se convierte en intervenciones basadas en mindfulness.

Referencias

- BENOIT, H. (2001). *La doctrina suprema: el Zen y la psicología de la transformación*. Buenos Aires: Troquel.
- BRACH, T. (2003). *Radical acceptance: Embracing your life with the heart of a Bud dha*. Nueva York: BantamDell.
- Dhammapada 5, The Pairs: Heedfulness. (1985). Acharya Buddharakkhita (Trans.) Kandy: Buddhist Publication Society.
- FROMM, E.; SUZUKI, D.T.; DEMARTINO, R. (1964). *Budismo Zen y Psicoanálisis*. México D.F.: F.C.E.
- FULTON, P. (2008). “Anatta: Self, non-self, and the therapist”. En S. HICKS; T. BIEN, (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*. Nueva York: Guilford.
- FULTON, P. (2005). “Mindfulness as Clinical Training”. En C. GERMER; R. SIEGEL; P. FULTON (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 55-72). Nueva York: Guilford.
- GERMER, C. (2005). “What is mindfulness?”. En C. GERMER; R. SIEGEL; P. FULTON (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). Nueva York: Guilford.
- HAHN, T.N. (2007). *El milagro de mindfulness*. Ediciones Oniro.
- KABAT-ZINN, J. (2009). MINDFULNESS EN LA VIDA COTIDIANA: DONDE QUIERA QUE VAYAS, AHÍ ESTÁS. Barcelona: Paidós.
- MAJJHIMA NIKAYA 58, Abhaya Sutta. The Most Influential Therapists of the Past Quarter-Century. (2007, abril/marzo) *Psychotherapy Networker*. Recuperado el 28 de junio de 2007 de

www.psychotherapynetworker.org/index.php?category=magazinesub cat=march april 2007

RILKE, Rainer Maria. (1980). *Cartas a un joven poeta*. (Traducción de José María Valverde) Madrid: Alianza editorial (Obra original en alemán publicada en 1929).

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas* Bilbao: Desclée De Brouwer.

Mindfulness con niños: trabajando con emociones difíciles

Trudy A. Goodman y Susan Kaiser Greenland

Entonces lo único que tiene sentido es la bondad, es la bondad lo que ata tus zapatos... es la bondad la que levanta la cabeza entre la multitud del mundo para decir soy yo lo que has estado buscando, y entonces te acompaña a todas partes como tu sombra o como un amigo.

– Naomi Shehab Nye

Introducción

En psicología budista, las emociones difíciles se definen como fuerzas que visitan a la mente. Imagina que tu mente es como el agua de una charca y tus emociones son el viento. Cuando el viento sopla, el agua se riza en la superficie y el agua tranquila de debajo se esconde y no se ve. Si te mirases a la superficie del agua, tu reflejo se oscurecería por las ondas. Las emociones que hacen daño hacen que sea especialmente difícil ver la superficie del agua con claridad; crean olas, y en la turbulencia creada puede ser que te sientas mal y confundido. La práctica del mindfulness te ayuda a ver y a calmar la turbulencia emocional, y permite que tu mente se refleje claramente en la superficie del agua. Así es como hablamos a los niños sobre sus sentimientos.

En este capítulo vamos a hablar del mindfulness como manera de ayudar a los niños a entender su dolor emocional. Presentamos un método que apodamos *scram* (siglas que coinciden con una palabra que en inglés significa “pirarse”, marcharse) para ayudar a los niños a soltar sus emociones difíciles y responderles con más conciencia. Elegimos este acrónimo porque los niños y los mentores (terapeutas, maestros, padres y demás personas que trabajan con niños) a menudo quieren “pirarse” cuando se encuentran con emociones difíciles. *scram* es un enfoque

paso a paso hacia una resolución consciente de una emoción o una experiencia dolorosa: *Para* o frena; *Calma* tu cuerpo; *Recuerda* mirar hacia lo que está ocurriendo tanto dentro como fuera; y sólo después de llevar a cabo los tres primeros pasos lleva a cabo una *Acción* consciente con bondad o *Metta*[\[1\]](#).

Este capítulo es fruto de la colaboración entre dos escritores con perspectivas diferentes. Trudy Goodman (Trudy) cofundó el Instituto para meditación y psicoterapia en 1995, y fundó InsightLA en 2002, una organización sin fines de lucro para la enseñanza del mindfulness. Trudy, psicoterapeuta durante 25 años, ha trabajado con niños y mindfulness en varios encuadres terapéuticos y programas de mindfulness familiar. Susan Kaiser Greenland (Susan) cofundó *InnerKids*[\[2\]](#) en 2000, que ofrece prácticas de conciencia plena a niños desde la etapa preescolar hasta el instituto. En colaboración con educadores y terapeutas, adapta prácticas de mindfulness tradicional para que sean apropiadas desde un punto de vista de desarrollo para los niños/adolescentes y adecuadas para su utilización en un ambiente secular. Esperamos que al reunir información de mindfulness, psicoterapia y experiencia en el aula, este artículo contribuya a la base de conocimiento emergente sobre la práctica secular de la conciencia plena con niños.

Antecedentes

El objetivo tradicional del mindfulness es práctico y terapéutico a la vez; al ver la experiencia con claridad y criterio en el momento en el que ocurre es posible liberar la mente del sufrimiento emocional. Este proceso, en o de uno mismo, entrena la atención, promueve el equilibrio emocional y cultiva la compasión. Se adapta muy bien a los niños porque el enfoque puede ser de juego y es siempre práctico; invitamos a los niños a “ven y mira, pruébalo por ti mismo”.

Lo exclusivo de la terapia (o educación) infantil orientada a mindfulness es la capacidad mejorada de regresar al momento presente una y otra vez, con una atención sincera y sin juzgar tanto de la experiencia del niño como de la propia (Goodman, 2005). El objetivo de la práctica del mindfulness con niños es desarrollar y reforzar su capacidad de “prestar atención

a su experiencia interior y exterior, con curiosidad y bondad” (Kaiser-Greenland, en prensa) en varias maneras consistentes con su nivel de desarrollo. Mediante este proceso se anima a los niños a volverse ligeramente introspectivos, a mirar un poco más de cerca la experiencia de la vida tal cual está ocurriendo. El resultado es que aprenden a ver objetivamente: (a) procesos internos, cómo tienden a actuar y a reaccionar; (b) interacciones externas, cómo interactúan con los demás incluido el establecimiento de límites y el manejo de conflictos; y (c) conexiones entre ellos mismos, los demás y el entorno. (Kaiser-Greenland, en prensa). Esta carta de Eliot, uno de los alumnos de Susan de quinto de primaria, ilustra el proceso:

Me enfado con facilidad y [el mindfulness] me ayudó a calmarme. En los exámenes me enfadaba por algunas preguntas y me desconcentraba. [Centrarme en la respiración] me ayudó a retomar el rumbo. Simplemente dejé ir a los monos”. (Los monos aquí hacen referencia a la expresión budista coloquial “mente de mono”, en la que los pensamientos y las emociones se columpian por la mente como los monos en la jungla, que se columpian de un árbol a otro).

Con la práctica del mindfulness, Eliot observa sus procesos internos (se enfada con facilidad), las interacciones externas (pierde la concentración en el examen) y establece la conexión entre su experiencia interior, la exterior y el mindfulness (la conciencia de la respiración le hace retomar el rumbo ayudándole a calmarse y a centrarse).

La atención

Mindfulness es una palabra que ha terminado por significar varias cosas distintas para personas diferentes, pero en budismo, el mindfulness, o la atención pura es en la primera percepción un momento fugaz de conciencia abierta, antes de que la mente pensante y conceptual asuma el control. Según Sarah Doering: “el mindfulness es el poder de observar de la mente, el aspecto activo de la conciencia. Está presente en un momento no verbal pre-verbal, de ver. Es ver con gran claridad y sin pensamiento. El objeto observado no se aparta, simplemente forma parte del flujo del proceso de la vida (Sarah Doering, 2003). Ese es el reino del mindfulness. Todo lo que ocurre se refleja con precisión, como en un espejo. Simplemente refleja lo que hay, sin pasión ni prejuicios.

Existe un solapamiento entre la calidad de la atención fundamental para el mindfulness y la función ejecutiva (la capacidad mental de controlar y aplicar a propósito las habilidades mentales de uno mismo). En lo que puede parecer una tautología, el mindfulness refuerza la función ejecutiva al tiempo que la función ejecutiva refuerza el mindfulness. Existen estudios piloto que sugieren que puede ser cierto para adolescentes y niños de tan sólo 4 años. El Centro de Investigación de Conciencia Plena de UCLA finalizaba recientemente dos programas piloto que estudiaban el efecto del mindfulness en la atención de adolescentes y niños en edad preescolar. Un pequeño estudio piloto en adolescentes con TDAH detectó un mejor rendimiento en determinadas pruebas de la función ejecutiva (tests que miden la inhibición o la atención de conflictos) y reducción de síntomas auto-declarados de TDAH (Zylowska et al.; 2006). En un estudio controlado y aleatorio de mayores dimensiones llevado a cabo en el Centro de atención precoz infantil de UCLA, los datos piloto indican que la participación de los niños en edad preescolar en el programa de mindfulness InnerKids desarrollado por Susan está asociada con mejoras en la función ejecutiva, en concreto en la memoria de trabajo, en la planificación y organización, en el funcionamiento ejecutivo global y en la metacognición emergente (pensar en pensar) (Smalley y colegas, 2007). Si bien son datos preliminares que requieren más investigación, los resultados son prometedores.

Sin embargo, una función ejecutiva robusta en o de sí mismo no constituye mindfulness. La calidad de la atención, o la perspectiva de uno, es fundamental. Susan describe esta mentalidad a los niños como una de curiosidad y bondad. El Dr. Jeffrey Schwartz, por su parte, adoptó el término más formal “espectador imparcial” para describir esta postura: “la parte de tu mente que tiene la capacidad de ser consciente de la diferencia entre “yo” (el que mira/observa) y “mi cerebro” (el pensamiento o el sentimiento)” (Schwartz, 1998). En la práctica del mindfulness con niños Susan se refiere a esta perspectiva como la de un *espectador amable e imparcial*, combinando los conceptos de bondad y de imparcialidad en una misma frase. Esta visión ayuda a los niños a diferenciar entre identificarse con una emoción (“estoy enfadado”) y observar la emoción (“conozco esta sensación de enfado”). Estableciendo una distinción clara entre identificación y observación, el niño puede empezar a entender que una emoción no refleja necesariamente quién es, que sólo refleja cómo se siente *ahora* con respecto a lo que está ocurriendo *ahora* mismo. Ver las emociones desde una

perspectiva de espectador *amable* e imparcial no quiere decir que se extraiga al niño de su experiencia, ni que el niño se disocie. Se trata más bien de una manera de ayudarles a desarrollar confianza en su capacidad de hacer frente por completo a la experiencia y observarla por lo que es, viéndola lo más clara y completamente posible dada la etapa de desarrollo.

Un niño paralizado por el miedo o por las emociones abrumadoras por lo general es incapaz de prestar atención a la tarea que tiene entre manos. Un ejemplo surge del trabajo de Susan con una de sus alumnas, Sara. Así es como se manifiesta el trabajo de Susan en clase:

En la clase de mindfulness utilizamos ejercicios y juegos seculares y adecuados a la edad de los niños para potenciar la conciencia de la experiencia interior (pensamientos, emociones y sensaciones físicas), la experiencia exterior (pensamientos, emociones y sensaciones físicas de otras personas) y ambas juntas, pero sin mezclarlas. El programa consiste en 8-12 sesiones semanales consecutivas, cada una de las cuales se divide en tres secuencias estándares: la primera y la última contienen prácticas introspectivas, y la del medio contiene actividades y juegos que promueven el objetivo de aprendizaje de cada semana. El programa ha sido diseñado para exponer a los niños a periodos de tiempo progresivamente más prolongados de prácticas introspectivas cada semana. Para ello la duración de la primera secuencia se va alargando gradualmente (incluye un periodo breve de introspección sentada) y lo mismo ocurre con la tercera (que incluye un escaneo del cuerpo modificado o una práctica de concentración tumbados). A medida que la duración de la primera y la última secuencia aumenta, la de la segunda, que contiene prácticas más orientadas al objetivo (en contraposición a la introspección) disminuye. Esta estructura dinámica del curso permite que el tiempo que los alumnos dedican a la práctica de la introspección aumente de manera gradual y orgánica a lo largo del programa.

Recientemente Susan impartió un programa de conciencia plena *InnerKids* en una escuela pública (de nivel preescolar a medio) en un hogar para madres con hijos víctimas de la violencia doméstica. Sara es una alumna de 10 años que participó en una de las clases de Susan.

Tranquila y estudiosa, Sara siempre era una de las primeras en participar en los debates en

clase y participaba con entusiasmo en las actividades y juegos de mindfulness. Sara era una líder en el hogar y solía ayudar a los estudiantes más jóvenes en el recreo y en casa. Costaba imaginar que fuera víctima de violencia sexual y física extrema.

Sara no podía participar en la última secuencia de la clase de mindfulness porque tenía demasiado miedo a tumbarse en el suelo delante de otras personas. Ese miedo comprensible a tumbarse en público la paralizaba de tal manera que era incapaz de centrarse en nada más. La experiencia de Sara no es una excepción en esa situación y demuestra claramente cómo las emociones dolorosas pueden interferir hasta con las actividades más básicas.

El primer reto de trabajar con Sara fue ayudarle a identificar su miedo y visualizarlo –aunque fuera por un momento fugaz– desde la perspectiva de un *espectador amable e imparcial*. Durante un periodo de varias semanas, Susan integró el proceso consciente *scram* en su trabajo con Sara. Primero, Susan animó a Sara a simplemente observar el miedo cuando se producía *dejando de hacer* lo que estuviera haciendo en ese momento. Y punto. Sin expectativas de que se tumbara en el suelo o que iniciara otra actividad introspectiva menos aterradora. Para Sara bastaba con que hiciera la conexión de que el miedo se desencadenaba al tumbarse en el suelo de la clase.

En un momento dado Sara estableció la conexión y fue capaz de *calmar* su cuerpo y tranquilizar su mente con prácticas de respiración consciente. Cuando se sintió más calmada, pudo *recordar* que esas emociones acontecían cada vez que la clase practicaba la introspección tumbados en el suelo. Al final del curso de 12 semanas de duración, Sara era capaz de *actuar* conscientemente y se echaba al suelo con cautela con el resto de la clase con *metta* o bondad hacia ella misma al entender sus sentimientos. Sara nunca fue capaz de cerrar los ojos durante el escaneo del cuerpo, ni de relajarse físicamente. Pero sí superó su miedo y se tumbó en el suelo con sus compañeros. Sara descubrió la valentía para hacerlo practicando mindfulness y *metta*.

El caso de Sara ilustra una importante advertencia acerca de trabajar con niños que sufren de trastorno por estrés postraumático. El potencial de angustia, en especial en situaciones en el aula, debe tenerse seriamente en cuenta y los mentores deben saber reconocer las señales de que la angustia puede ser inmanente. Además, la seguridad y la flexibilidad son las

condiciones clínicas más importantes. Cuando la atención se desestabiliza por recuerdos traumáticos y emociones fuertes, el mentor puede apoyar al niño ayudándole a *alejar* su atención de la conciencia de los sentimientos internos y acerándola a la conciencia del mundo exterior.

Las emociones vistas como visitantes

Para un niño, una emoción difícil a veces se siente con fuerza y solidez, en particular al principio de la vida, cuando los niños son pensadores concretos. De hecho, pueden quedarse atascados en estados emocionales dolorosos porque creen que son permanentes y un aspecto inherente de quienes son. Los niños a menudo llegan a estar tan atrapados en un sentimiento que actúan inmediatamente al respecto, incapaces de imaginar que pudiera haber una perspectiva más objetiva. Encontramos la enseñanza budista de la transitoriedad, de que todo cambia y de que nada permanece igual; un concepto extremadamente útil que los niños pueden reconocer y entender fácilmente cuando lo expresan sus mentores. Los mentores con una comprensión visceral de la transitoriedad modelarán cómo relacionarse con las emociones como estados transitorios, dentro y fuera. Con la práctica del mindfulness, los niños y sus mentores ven juntos cómo surgen emociones con cada momento de la experiencia, en un flujo continuo y cambiante. A través de la relación con un mentor que ve con ojos de transitoriedad, los niños pueden aprender a experimentar las emociones difíciles como algo transitorio y situacional, en lugar de como una condición permanente intrínseca a ellos mismos.

Una de las maneras de describir las emociones en psicología budista es como visitantes espontáneos del corazón que están de paso. Las emociones se ven como sanas (llevan a acciones sabias y a felicidad) o malsanas (llevan a expresiones poco sensatas y dejan una estela de infelicidad). Reconocemos que esta visión de las emociones es una simplificación y la proponemos solamente como método práctico y terapéutico de abordar procesos emocionales complejos con niños, para los que a menudo es más fácil ver el dolor psicológico con más claridad si personifican la emoción.

Las emociones negativas que acompañan naturalmente a los aspectos dolorosos inevitables de la vida relacional pueden volverse totalmente desproporcionadas y convertirse en dañinas

cuando se deja a los niños solos con ellas, o si los mentores se asustan o se enfadan cuando no saben cómo ayudar. Entonces tanto los niños como los mentores intentan naturalmente evitar las emociones (*scram* o pirarse); dándoles así una autoridad que no tienen. Desde la perspectiva del *scram*, no importa que las emociones sean positivas o negativas, trabajamos con ellas del mismo modo consciente. Se trata simplemente de una actividad mental integradora y dinámica, una expresión del estar vivos. Pero cuando las emociones se desproporcionan, oscurecen la conciencia tanto de la mente clara como de sus objetos.

Personificar las emociones difíciles y los problemas que causan como visitantes, aunque visitantes inoportunos, permite a los niños y a sus mentores considerar varios aspectos del estado de ánimo, de las emociones, y de la posibilidad de su transformación.

- Si se habla de las emociones como algo pasajero, como unos invitados que nos visitan y se van. No podemos hacer demasiado hincapié en el rol compasivo del mentor consciente en ayudar a los niños a frenar poco a poco sus experiencias para que puedan empezar a identificar sus emociones, dejar de exteriorizarlas y ver cómo cambian.
- Si se experimenta con atención resuelta en compañía del mentor, los niños pueden ver que es posible tener cierto control sobre cómo responden a sus emociones. Si bien los niños no pueden elegir sus sentimientos, con guía y apoyo pueden aprender y practicar nuevas formas de responderles.
- Si se reconoce que tenemos una opción sobre cómo tratar a nuestras visitas; un niño quizás no sea capaz de impedirles que lleguen, pero con ayuda puede decidir si les invita a quedarse. Esto puede abrir nuevas posibilidades. Con el mentor, un niño puede reflexionar sobre cuánto tiempo quiere pasar con este invitado en concreto. ¿Mientras dura una partida? ¿Hasta que se despierte por la mañana? ¿Le deja entrar, tomar posesión y causar problemas? ¿O incluso le deja que se inmiscuya en el crecimiento?
- Si se reconocen los momentos en los que las visitas inoportunas no molestan al niño, momentos en que es capaz de relajarse y de ser él mismo. Reconociéndolas con el mentor, incluso celebrándolas juntos. Son momentos en los que parece que no ocurre nada más y que pueden ser una oportunidad para compartir atención y conexión sin palabras.

Este hecho de compartir tranquilo, sin palabras, describe una manera importante de enseñar

mindfulness, sin tener que hablar necesariamente. A través de una presencia atenta, silenciosa, un mentor puede *encarnar* el mindfulness y modelar cómo el *scram* puede utilizarse en las relaciones de la vida real. El mindfulness encarnado también puede ser un sistema efectivo mediante el cual el mentor tiene mejor sintonía con el niño (o es “mejor sentido”). Según Dan Siegel, “a medida que esta unión evoluciona, empezamos a estar en sintonía con los estados del otro y nuestra conexión nos cambia. Además la sintonía puede verse como el núcleo del cambio terapéutico”. La sintonía se expresa en la seguridad, el confort y el alivio que puede sentir un niño cuando desde la óptica del mentor se ve como completo. Acompañándolo, estando con el niño cuando todas las “visitas” vienen y van, el mentor encarna la confianza en la claridad y la sabiduría inherentes y subyacentes del niño. Y a medida que la confianza y la sintonía con el mentor se hacen más profundas, el niño puede ser más capaz de integrar la visión positiva del mentor y hacerla propia.

En el siguiente ejemplo, Trudy modela el mindfulness en su respuesta a las acciones provocadoras de un niño.

Xavier, de 7 años, es derivado a psicoterapia por mostrar oposición a los profesores y pelearse en la escuela. Xavier es un perfeccionista que destruye airadamente sus trabajos si comete el más mínimo error. Llega a la terapia agarrado a su merienda, una enorme caja de cereales de los Picapiedras. Es un niño brillante y se presenta como amable y con ganas de jugar. Pero la diversión finaliza inmediatamente cuando no se sale con la suya. Es entonces cuando experimenta un retroceso y enfurece, expresando un intenso auto-odio. Inevitablemente, Xavier pierde el control y los cereales terminan de repente volando por la sala. La primera vez que ocurrió, tanto él mismo como Trudy se detuvieron, asombrados. Miró hacia la alfombra cubierta de cereales diminutos de todos los colores. Xavier estaba visiblemente atemorizado por la agresión de su acto de arrojar los cereales por la consulta de Trudy y se volvió desafiante y hostil, desafiándola a que se enfadara.

Simplemente deteniéndose y mirando al espacio terapéutico adornado de cereales de colores, Trudy entendió que este niño tan bien controlado, un hijo único que vivía en un ambiente en el que todo desliz era tenido en cuenta y castigado, necesitaba dejar que su bonita merienda volara por los aires. De repente era divertido, ¡la consulta estaba hecha un desastre! Se convirtió en una práctica de *scram* cuando los cereales volaron por los aires; *pararon*, vieron

lo que estaba ocurriendo en el momento que ocurrió y *se calmaron* para *recordar* que el desastre tampoco era para tanto. Tras tomar esos tres primeros pasos, Xavier fue capaz de *actuar* conscientemente mientras barrían los cereales juntos con una actitud de bondad, entendiendo por qué Xavier había actuado de ese modo.

La postura de Trudy de mindfulness y bondad permitió a Xavier sentirse suficientemente seguro para hablar de los golpes que recibía cuando era “malo”. Trudy y el consejero escolar del niño encontraron ayuda para su madre y un grupo de terapia para Xavier, donde podría trabajar la mejora de las relaciones con sus compañeros y desarrollar conductas de autorregulación. Se trata de un ejemplo en el que la compasión, el mindfulness y el humor del mentor permitieron a un niño aterrado y enfadado expresar su verdad.

Entendemos la necesidad de establecer límites para que los niños mantengan su propia seguridad y la de sus compañeros. Al encarnar el mindfulness el mentor puede establecer límites al tiempo que transmite una sintonía empática de un niño que es como es, sin necesidad de arreglarlo, rescatarlo ni cambiarlo. Juntos, mentor y niño pueden utilizar el *scram* para ayudar a crear la capacidad del niño para la autocompasión y la comprensión.

Dado que los niños están profundamente integrados en un *sistema familiar*, no sorprende a nadie que el beneficio que el niño obtiene de una terapia basada en mindfulness está muy asociado con la cantidad de implicación parental (Semple et al.; 2006). La capacidad de unos padres de reflexionar sobre su vida interior, y la vida interior del niño, también puede ser un predictor significativo del apego seguro del niño a los padres (Fonagy y Target, 1977). Así pues, es importante practicar el mindfulness con niños desde una perspectiva de sistemas y, en la medida de lo posible, implicar a los padres desde el principio. En la línea de este enfoque, un estudio piloto sobre obesidad pediátrica que está teniendo lugar en la Universidad de California, San Francisco, se aplica al niño a través de un cuidador adulto (con exceso de peso o no). Esta intervención piloto amplía el programa MB-EAT^[3] (Kristeller y Hallett, 1999) a niños y a padres, utilizando programas *MB-EAT* e *InnerKids* adaptados para esa población. Se centra deliberadamente en niños preadolescentes integrados en la unidad familiar. Michele Meitrus-Snyder, investigadora líder del estudio, está convencida, por la limitada experiencia piloto, que la comprensión mutua extraída de la experiencia de

mindfulness compartida fomenta mejores conexiones entre los padres y el niño que pueden ser igual de importantes que otras facetas de la intervención. (Mietus-Snyder et al.; 2007).

Aunque la aplicación del *scram* es sencilla y puede enseñarse a toda la familia, la encarnación de esta manera de ser amable y firme no es sencilla. Según el profesor de meditación budista y psicólogo Jack Kornfield: “una parte importante de la práctica del mindfulness es ser consciente y responsabilizarse de *encarnar* el mindfulness a través de nuestros pensamientos, sentimientos y acciones” (Kornfield, 2007). Responsabilizarnos de nuestro propio mindfulness y aprender a ser responsables de nuestras acciones es la manera más efectiva de transmitir habilidades de mindfulness compasivas a los niños.

Si todavía no lo practica, le recomendamos que se introduzca poco a poco en la práctica del mindfulness a fin de sentir la experiencia. El Doctor Jon Kabat-Zinn, el primero en enseñar y estudiar las aplicaciones clínicas del mindfulness, dice:

En primer lugar nos mostramos receptivos a sentir las sensaciones que cambian sutilmente en nuestros cuerpos, y que con mucha frecuencia pasamos por alta en nuestras vidas cotidianas. Somos conscientes de nuestra ubicación física y de nuestros movimientos, trayendo mente y cuerpo al mismo lugar en el mismo momento. Puede sorprender ver como no es común que la mente esté en el mismo lugar que el cuerpo, aquí, en el presente, en lugar de pensando en otra cosa o en otro lugar. Encarnando el mindfulness literalmente observamos la experiencia sensorial directa, abriendo todos los sentidos –”sintiendo”– el mundo no verbal del tacto, los sonidos, las sensaciones, los olores, la vista, etc.

(Kabat-Zinn, 2007)

Estas técnicas que mejoran la conciencia sensorial construyen las habilidades de mindfulness a través del hecho de ser conscientes. Como decíamos antes, el mindfulness es el medio y el fin de nuestra práctica: lo que más lo refuerza es su propia práctica. Para los que no hayan trabajado nunca de esta manera, aquí tienen algunas pautas:

- Reconocer que existe una curva de aprendizaje. El mindfulness requiere práctica; el *insight* o introspección y la compasión son experiencias que no pueden forzarse.

- Su credibilidad procede de conocer de primera mano la claridad y la bondad que surge de la práctica paciente, una y otra vez.
- A medida que sigue practicando la meditación mindfulness, el *insight* o introspección sobre los niños con los que trabaja ocurrirá espontáneamente. También es posible que vea como su intuición es más afilada y se siente más preparado a confiar en ella.
- Cuanto más se familiarice con este proceso, más capaz se sentirá de introducirla creativamente en maneras apropiadas para los niños con los que trabaja.
- Aprenda todo lo que pueda de los pioneros que han trabajado en este campo.

Utilización del *Scram* en psicoterapia

Manouj, una niña de 12 años, sufre ansiedad y pánico constantes. Su familia había emigrado a Estados Unidos poco después de que el padre de Manouj abandonara la cárcel, hacía 3 años. Lo detuvieron en casa, a punta de pistola, por motivos políticos mientras Manouj estaba en la escuela. Poco antes de empezar la terapia con Trudy había estado visitando a sus primos en Oriente Medio, y había empezado la guerra entre el norte de Israel y Hezbollah. Esto fue lo que desencadenó el intenso terror de Manouj.

Manouj explicó a Trudy llorando que tiene miedo a dormirse porque puede haber arañas en su cama; que tiene miedo a almorzar con sus amigos porque la comida puede estar envenenada, y que no puede comer fuera de casa porque podría caer un insecto en su plato. De hecho, la ensalada le recuerda a una planta venenosa y si la toca se podría morir. Incluso la comida que le prepara su madre podría ser mala. Una manchita en su camiseta podría ser peligrosa... Solloza mientras explica todo esto en árabe, y su madre lo traduce.

Trudy se introduce en su mundo a través de la sintonía consciente para llegar a sus sentimientos de miedo y de tristeza. Trudy le dice que el miedo es un visitante que entró cuando se llevaron a su papá a la cárcel.

Juntas, practican el *scram* cuando llega el miedo: *Para* y cálmate, respira tranquilamente el miedo y recuerda que está de visita. Sin palabras, mediante su voluntad de venir y abrirse,

Manouj puede sintonizar con su terapeuta y empezar a actuar conscientemente para cambiar su relación con el miedo.

Trudy pasa a una práctica interna activa de mindfulness y metta: su atención está en sintonía con su experiencia y con la de Manouj simultáneamente. Trudy invade deliberadamente el ambiente con bondad, “sosteniendo” a Manouj en su presencia estable. Un mentor consciente puede prestar la fuerza de su capacidad de estar presente al niño; Manouj puede empezar a ver cómo el miedo puede estar ahí, puede sentirse ansiosa, sin perder su propia capacidad de ser consciente. El miedo no tiene por qué encargarse de sus pensamientos, sentimientos y elecciones. *Tranquilamente* puede recuperar su equilibrio y su confianza.

Cuando nos sentamos y hablamos, Trudy consulta con Manouj, que ahora piensa en inglés: “Cuanto más hablo de ellos, más lejos se va el miedo y mejor me siento”. Su voz es más tranquila, más baja, y ya no llora. Ahora Manouj está relajada, medio echada en el regazo de su madre y con la cabeza apoyada en el brazo del sofá. La madre, una meditadora sensible y con gran sintonía con su hija, la sujetó tranquilamente. La sala está tranquila y en silencio. Trudy anima a la madre a actuar con metta sosteniendo a Manouj y permaneciendo en silencio, “como si estuviérais meditando”. Sentadas en silencio, están tranquilas juntas. Manouj parece estar absorbiendo la paz que puede palparse en la sala. La sesión termina así.

Una Manouj con signos de haber llorado y enfadada llega a la siguiente cita, casi no quiere entrar y se esconde detrás de su madre. Manouj está enfadada, teme que el hecho de venir a hablar de sus miedos hará que estos regresen, cuando la verdad es que se siente mucho menos asustada que en semanas anteriores. Se desespera porque vuelva a ocurrir al ver a Trudy y está enojada con su madre por haberla traído.

Durante el fin de semana no ha tenido demasiado miedo. Cuando volvió a aparecer, su madre le recordó que aplicara el *scram*, se puso a Manouj en el regazo y se sentaron tranquilamente. Manouj se durmió en los brazos de su madre mientras ésta practicaba meditación mindfulness y a la mañana siguiente se volvió a despertar sin miedos.

Trudy *reflexiona* en voz alta de la posibilidad de que el miedo esté intentando protegerla de peligros actuales –¿acaso el miedo estaba intentando protegerla de crecer demasiado deprisa?

Asiente. ¿De tener que ir al instituto? ¿De sus cambios corporales y de madurez? Manouj le dice a su madre que le gustaría poder detener el mundo, ir a algún lugar durante un tiempo y regresar después.

Llegados a este punto Trudy enseña a Manouj la meditación mindfulness, como manera de parar y de basarse mucho en el momento presente, ser capaz de observar las idas y venidas del miedo. Manouj aprende a ser consciente de cómo se coloca el cuerpo al sentarse, del flujo rítmico de su respiración, inspirando y espirando. Cuando los pensamientos atraviesan su mente, Manouj puede devolver su atención tranquilamente al movimiento de la respiración.

Se sientan juntas durante 8 minutos y Manouj muestra su aprobación al terminar. Ha sido capaz de darse cuenta de cuando su mente se alejaba de lo que estaba haciendo y de relajarse y de sentirse en paz mientras practicaba el hecho de ser consciente de la respiración. Sonriente y optimista, Manouj parece verdaderamente feliz por primera vez.

Manouj llega a nuestra siguiente cita contenta de ver a Trudy y le pide a su madre que vaya a dar una vuelta, para poder estar a solas. Esto es algo nuevo. Tras ser “sostenida” por la sintonía de mindfulness de su madre, con la guía de su mentor, Manouj también va a aprender a controlarse y a calmarse sola.

En la próxima sesión, Manouj imagina empáticamente lo difícil que ha tenido que ser para sus padres vivir sus momentos de tantísimo dolor emocional. Describe como está curando el terror del pasado y la pérdida de su hogar infantil. “Trasladarme a Los Ángeles fue un shock enorme para mí. La historia que hay detrás y la historia de después hacen que me de cuenta de lo fuerte que soy ahora. Si te hieren, te curas,... cuando te das cuenta de lo que hay aquí y ahora, tu mente se hace más fuerte y sana y solamente eso curará la herida. Así es como superé mis miedos, volviendo a mi mundo real”.

Al final de la sesión, Manouj actúa conscientemente. Hace el pino levantándose sobre su cabeza y apoyándose con los brazos. Es una metáfora preciosa para aprender como manejar su mundo puesto del revés con equilibrio, autoeficacia y confianza.

Durante un año, Manouj no sufrió ni miedo ni ansiedad. Tras unos 18 meses, Manouj volvió a sufrir una ansia leve y Trudy la volvió a ver. Sus padres sintieron que la ansiedad de Manouj

era un problema interno de ella misma. Todavía no están dispuestos a reconocer cómo los traumas y las pérdidas de la familia siguen afectando sus relaciones, entre ellos y hacia la nueva vida. Hasta que logren una manera de hacerlo, Manouj es posible que continúe siendo vulnerable al miedo.

Pautas para trabajar con niños

- ***Ser mentores y encarnar***

- Los niños aprenden a crear sus propias habilidades de mindfulness más efectivamente cuando el adulto *encarna* el mindfulness. Tener y mantener una práctica de mindfulness establecida es un requisito previo para este trabajo.
- Es fundamental que el mentor tenga experiencia con las prácticas de mindfulness concretas que se van a enseñar. Hay quien sopla un molinillo para enseñar la conciencia de la respiración a los niños, pero para utilizar la práctica con eficacia se debe saber cómo aplicarla a distintos objetivos de aprendizaje –¿cómo se utiliza el molinillo para practicar la atención centrada? ¿y la conciencia abierta? ¿y para relajar el cuerpo? Cuando se utilizan correctamente estas prácticas pueden utilizarse para ayudar al niño a sentir la experiencia de cada una de esas cualidades: concentración, conciencia y relajación.
- El mindfulness es relacional, en sintonía y con conexión. Compartir la atención y el cuidado puede reforzar la capacidad del mentor y del niño de acceder a un estado mental tranquilo y claro.
- Los beneficios de practicar mindfulness requieren su tiempo y no siempre resultan obvios. La paciencia se encuentra en el corazón del proceso y se desarrolla centrándose en la práctica en sí en lugar de en un objetivo o un punto específico. Según Lonnie Zeltzer, es precisamente alejarse de la necesidad de tener resultados lo que a menudo contribuye a disminuir el sufrimiento del niño (Zeltzer, 2005).

- ***Prácticas***

- El mindfulness enseña a los niños a observar y a etiquetar las emociones. La observación es una herramienta efectiva para ser conscientes de las emociones y ser capaz

de verlas como visitantes ocasionales.

- Los juegos y las actividades de mindfulness pueden enmarcarse de formas adecuadas a varias edades y habilidades de desarrollo, desde la edad preescolar hasta la edad adulta.
- Dado que los niños a menudo tienen lapsos de memoria relativamente breves y que, dependiendo de su edad, su memoria puede no estar completamente desarrollada, utilizamos prácticas reflexivas durante períodos breves y los repetimos con frecuencia.
- *Diversión* es un concepto clave cuando se practica el mindfulness con niños. Si las actividades no son divertidas y lúdicas, los niños se resisten.
- Es posible que practicar la conciencia plena no sirva para todo el mundo, por lo que no se debe insistir en que un niño inicie prácticas de *insight* o introspección si no se siente cómodo haciéndolo.
- La conciencia de la respiración por si sola es una herramienta muy valiosa para todas las edades, y si se enseña correctamente es en sí misma una práctica de mindfulness.
- En la clase, casi nunca resulta apropiado para los niños caer en estados profundos de meditación o de *insight* o introspección. El mentor debe encargarse del control de los alumnos. Si parece que un niño lo está pasando mal por estar sentado quieto o que se está entristeciendo, es adecuado pasar tranquilamente de una práctica reflexiva a una más activa.

- *Metta*

- La utilización de técnicas de mindfulness para enseñar a los niños a prestar atención se complementa practicando la bondad y el cuidado (*metta*) y aprendiendo a incluir tanto a uno mismo como a los demás en un círculo de compasión.

- Mediante la compasión por uno mismo y por los demás *encarnada* por el mentor, se muestra al niño un proceso a través del cual puede desarrollar una nueva relación con sus emociones difíciles, basada en el *insight* o introspección y el coraje.

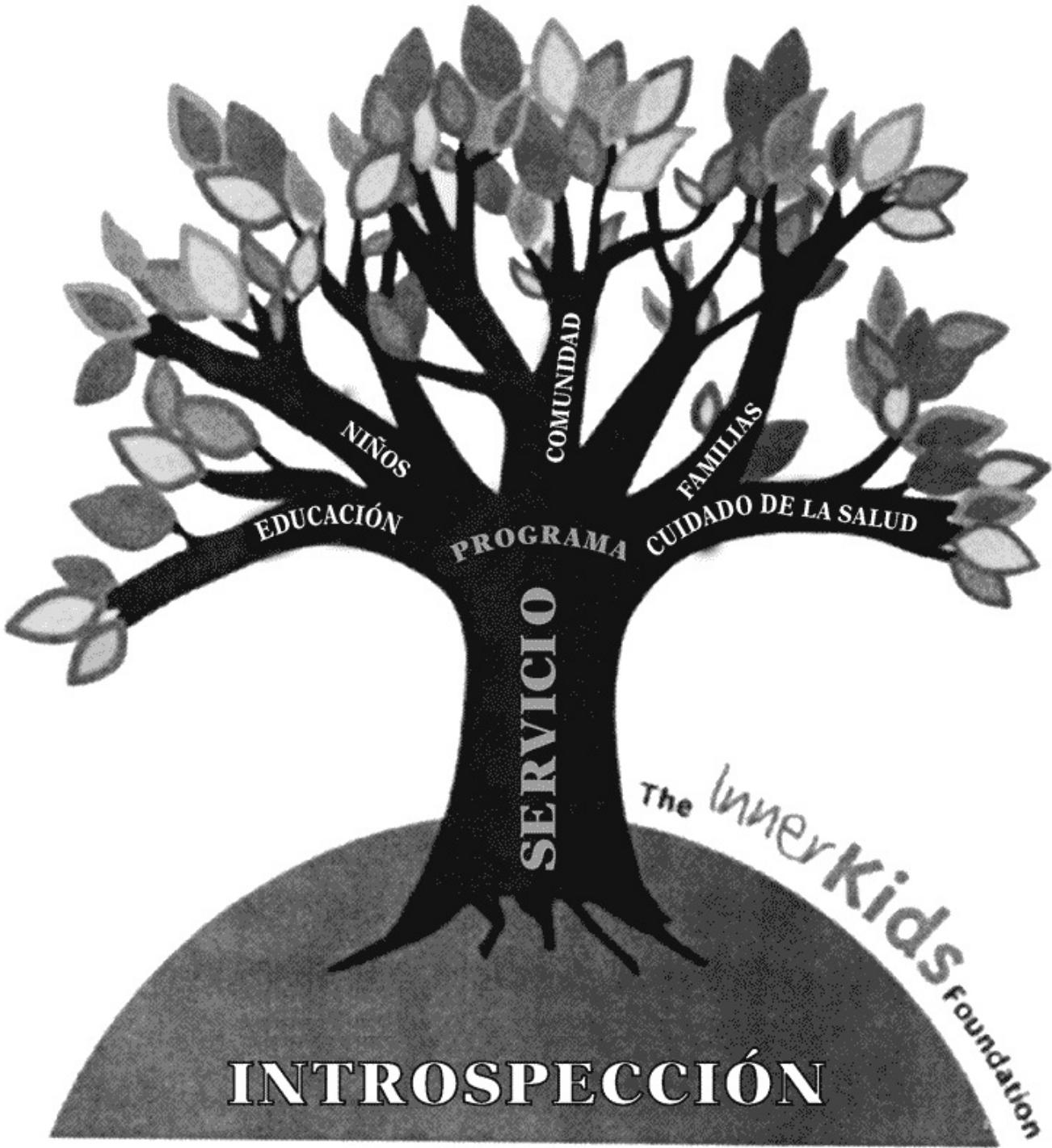
- *Sistemas familiares*

- Es importante que los padres estén informados de todos los aspectos del trabajo y que se integren al máximo. Recomendamos organizar una reunión de padres antes y después de

la enseñanza de habilidades de mindfulness a los niños. A menudo proponemos preguntas (o deberes) al final de la sesión y resulta muy útil que los padres participen de esa práctica en casa.

Conclusión

El divertido acrónimo *scram* lleva a la conciencia de la respiración más allá de calmar el cuerpo y la mente. De hecho, traza un proceso paso a paso basado en mindfulness para ayudar a los niños a liberarse de las redes a menudo complejas de las emociones complicadas y difíciles que son una parte natural del crecimiento. El *Scram* invita a los niños a *parar*, *calmar* sus cuerpos/tranquilizar sus mentes, y a *recordar* que deben ser conscientes cuando surgen emociones dolorosas. Utilizando este proceso, los niños sólo *actúan* tras haber dedicado un momento a *reflexionar* y a sentir visceralmente su experiencia interior y exterior. El *scram* les recuerda que tienen que hacerlo con bondad o *metta*.



La forma más eficaz de enseñar *Scram* es con una combinación de métodos verbales y no verbales; con la práctica mindfulness de uno mismo como requisito previo fundamental para este trabajo. ¿Cuánto tiempo se debe practicar el mindfulness para poder enseñarlo a los niños? Es un tema que suscita un amplio debate y no existe una respuesta definitiva. Sabemos, sin embargo, que para *encarnar* o modelar el sistema *scram* uno debe entender profundamente

cómo se arraiga el trabajo en el mindfulness, y que la intención del trabajo orientado en mindfulness con niños es la educación, la curación y el servicio. En la ilustración del árbol de *InnerKids*, que tiene unas raíces profundas en la práctica de la conciencia, el servicio está representado en el tronco, que es la base y apoya el trabajo con los niños en encuadres familiares, escolares y clínicos o de comunidad. Para que el trabajo se transmita auténticamente, debe permanecer conectado al tronco y a las raíces –conectado a la intención de servicio con raíces profundas en la práctica del mindfulness.

La raíz en sánscrito de la palabra *sati*, mindfulness (en pali), significa “recordar”. En nuestro trabajo decimos a los niños “¡recordad! Recordad observar, prestar atención a lo que está ocurriendo en vosotros y a vuestro alrededor, en cada momento”. Es fácil pasar por alto los primeros momentos de conciencia plena, que pueden ser muy fugaces. Cuando enseñamos a los niños a recordar que tienen que prestar atención, les estamos ayudando a valorar y a ampliar los momentos de atención preverbal que se producen naturalmente pero que muy a menudo pasan desapercibidos o se olvidan.

Recordar que hay que practicar el mindfulness una y otra vez puede ser tan transformador para el mentor como para el niño ya que supone una oportunidad para el mentor de entender visceralmente la experiencia del niño, al tiempo que a éste le da la oportunidad de sentirse profundamente visto y entendido. Esta forma no conceptual de conocimiento tiene un efecto profundo en todos los que la experimentan, inherente en que es consciente del potencial de cambiar la manera como los niños y los mentores se relacionan con sus emociones, sus relaciones y su mundo.

No tenemos una panacea para aliviar el sufrimiento de los niños que se afrentan a experiencias emocionales dolorosas, pero hemos visto que la práctica del mindfulness más básica tiene un impacto notable en la vida de los niños. Como en muchas otras cosas, lo que mejor lo resume es el testimonio de un niño:

He aprendido una cosa sobre el mindfulness. He aprendido que cuando no te sientes demasiado bien, quizás puedes respirar, inspirar-espirar, eso es lo que he aprendido.

Lucía, estudiante del segundo curso de *InnerKids*

Referencias

- DOERING, S. (2003). *Insight Journal Archives; The Five Spiritual Powers*, Barre Center for Buddhist Studies.
- FONAGY, P.; TARGET, M. (1977). “Attachment and Reflective Function: Their role in self organization”. *Development and Psychopathology*, 9(4) 679-700.
- GOODMAN (2005). “Trudy Working with Children: Beginner’s Mind”. En: GERMER, C.; SIEGEL, R.; FULTON, P. (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- KABAT-ZINN, Jon (2007). 2CD de práctica de meditación mindfulness”, serie 3, más *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- KAISER GREENLAND, S. (en prensa), *The Mindful Child*. Nueva York: Free Press. (Trad castellano: *El niño atento* Bilbao: Desclée De Brouwer.
- KORNFIELD, J. (2007). *Comunicación personal*.
- KRISTELLER, J.L.; HALLETT, C.B., (1999). “An Exploratory Study of a Meditation-Based Intervention for Binge Eating Disorder”. *Journal of Health and Psychology*, 4(3) 357-363.
- MIETUS-SNYDER et al.; (2007). Artículo en proceso de elaboración.
- SCHWARTZ, JEFFREY, M.; (1998). *Dear Patrick, Life is tough – Here’s some good advice*. Nueva York: HarperCollins.
- SEMPLE R.J.; LEE J.; MILLER J.L. (2006). “Mindfulness-based cognitive therapy for children”. En: BAER R.A.; (Ed.) *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. Nueva York: Academic Press.
- SIEGEL, Daniel, J.; (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- SMALLEY, S. (2007). Correspondencia personal.
- ZELTZER, Lonnie K.; BLACKETT SCHLANK, Christina (2005). *Conquering Your Child’s Chronic Pain, A Pediatrician’s Guide for Reclaiming a Normal Childhood*. Nueva York: HarperCollins.
- ZYLOWSKA L.; ACKERMAN D.L.; YANG M.H.; et al. (2006). “Mindfulness meditation training in adults and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder–A feasibility study”. *J*

- 1 Metta – amabilidad en Pali.
- 2 Los programas InnerKids se refieren a la atención, el equilibrio y la compasión como el nuevo ABC del aprendizaje.
- 3 MB-EAT es una intervención basada en mindfulness para adultos con trastorno por atracción desarrollada por Jean L. Kristeller, de la Facultad de Psicología de la Indiana State University, Ruth Quillian-Wolever del Centro de medicina integrativa de la Duke University y sus colegas

23

Cuidado de ancianos basado en mindfulness: comunicar el mindfulness a ancianos delicados y a sus cuidadores

Lucia Mc Bee

La intervención más importante que podemos ofrecer somos nosotros mismos, la persona que somos en cada momento, estando presentes para el otro, sintiendo nuestra conexión y transmitiendo verbal y no verbalmente este sentimiento.

Introducción

Desde su inicio en 1979, los programas de reducción del estrés basados en mindfulness (MBSR) se han introducido en varios contextos comunitarios e institucionales, con una variedad de poblaciones. Existe una advertencia asumida de que los participantes deben ser capaces de entender y seguir instrucciones, tener una buena capacidad de atención, ser capaces de implicarse en la experiencia y participar en alguna forma de ejercicio. En este capítulo presento intervenciones en grupo e individuales para poblaciones que a menudo no son capaces de cumplir esos criterios.

Si bien la MBSR prescribe intervenciones y herramientas, el núcleo de esas intervenciones se basa en que la aplicación y las intenciones del maestro sean correctas. El “corazón del mindfulness” o los elementos básicos no son las herramientas, que podrían describirse como el dedo que apunta hacia la luna y que no debe confundirse con la luna en sí. La habilidad del maestro procede de una práctica personal del mindfulness que da lugar a tener recursos y flexibilidad. Con una población física o cognitivamente frágil, la clave está en la adaptación de las habilidades y en la encarnación del mindfulness por parte del profesor.

Desde 1995 organiza grupos de asistencia a ancianos basada en mindfulness (MBEC), tanto para ancianos como para sus cuidadores, casi siempre en residencias para la tercera edad. De

hecho, he aportado adaptaciones moderadas y significativas del modelo MBSR, aunque manteniendo la intención central en el mindfulness. En los grupos MBEC, los participantes aprenden técnicas de meditación, yoga suave y mindfulness, y también hablan de las maneras de integrar esas técnicas en sus vidas cotidianas. Los grupos MBEC y la práctica del mindfulness fomentan una conciencia de la vida, momento a momento, que les permite hacer frente a la enfermedad, al dolor y a la pérdida con una mayor presencia y ecuanimidad. Espero que los lectores de este capítulo se vean animados a llevar a cabo su propio trabajo con ancianos frágiles y con sus cuidadores, y que también tengan en cuenta adaptaciones adicionales del mindfulness para poblaciones más jóvenes con discapacidades cognitivas y físicas significativas.

Fundamentos

En 2001, Kinsella y Velkoff indicaban que la población mundial de personas de 65 años y más estaba experimentando un crecimiento de cerca de 800.000 personas al mes. Además, las tasas inferiores de mortalidad infantil, el aumento de las de nacimientos y el descenso de la mortalidad lleva a estimar que esa tendencia continuará. Por otra parte, el segmento que crece más rápidamente en la población de más de 65 años es el de personas de más de 80 (Kinsella y Velkoff, 2001). Aumentar cuantitativamente nuestras vidas no quiere decir necesariamente que se aumenta su calidad. Las personas mayores sufren, desproporcionadamente, de enfermedades crónicas y múltiples pérdidas. En Estados Unidos, el 80% de la población de más de 65 años vive por lo menos, con una enfermedad crónica y el 50% sufre dos (centros para el control y la prevención de enfermedades, 2003). La salud cognitiva, además de la física, puede tener un profundo impacto en la calidad de vida de las personas mayores. Existen estudios internacionales que documentan que la demencia afecta a 1 de cada 20 personas de más de 65 años y a 1 de cada 5 de más de 80. Se estima que en todo el mundo hay unos 24 millones de personas con demencia. Y en 2040 esa cifra habrá alcanzado los 81 millones (Hebert et al.; 2003).

El dolor y el estrés afectan a la calidad de vida de los adultos mayores (Ferrell, 1991; Landi et al.; 2001). Incluso las personas frágiles que viven en asilos corren el riesgo de sufrir dolor

con mayor frecuencia. En un estudio de un asilo, el 71% de los residentes manifestaba una queja de dolor por lo menos, y el 34% indicaban dolor constante (Ferrell, Ferrell y Osterweil, 1990). En una revisión de estudios de 14 asilos, los residentes manifestaron una prevalencia de dolor de entre el 27 y el 83% (Fox, Raina y Jadad, 1999). Además, las pérdidas múltiples de amigos y familiares, del hogar y de la salud pueden llevar a la desesperanza y a otros problemas emocionales (Cohen-Mansfield y Marx, 1993; Parmelee, Katz y Lawton, 1991). Una estadística reciente de EE.UU. detecta depresión profunda en el 1-5% de los mayores que viven en comunidad, pero en más del 13,5% de los ancianos que requieren asistencia domiciliaria y en el 11,5% de ancianos hospitalizados (Hybels y Blazer, 2003).

El impacto de la enfermedad y la discapacidad en las finanzas de un país, en los servicios de salud y en las necesidades de asistencia también es significativo. Algunos predicen que la “esperanza de salud” se convertirá en una medición importante, igual que lo es la esperanza de vida en la actualidad (Kinsella y Velkoff, 2001). El aumento del envejecimiento de la población también tiene implicaciones para la asistencia formal e informal. Los estudios al respecto cada vez demuestran más el impacto de la asistencia en el bienestar físico y emocional de los cuidadores (Schulz y Martire, 2003). Son poblaciones que necesitarán múltiples herramientas e intervenciones para disfrutar de sus vidas con calidad y cantidad.

Marco teórico

Las intervenciones centradas en curar no siempre son realistas ni apropiadas, especialmente para las personas mayores. Los pacientes están aprendiendo que las enfermedades crónicas es posible que no tengan cura pero sí pueden tratarse, con la consiguiente posibilidad de vivir plenamente a pesar de los achaques. Las personas mayores a menudo tienen discapacidades complejas, múltiples, físicas y cognitivas que requieren enfoques multifacéticos. El tratamiento farmacológico por si solo a menudo no soluciona el dolor y el malestar y puede tener efectos secundarios no deseados. Tanto para los ancianos como para sus cuidadores, las prácticas de mindfulness pueden ofrecer un alivio holístico para las múltiples pérdidas que implica el envejecer. Los mayores y sus cuidadores a menudo se sienten impotentes por los modelos de tratamiento convencionales. La práctica del mindfulness aporta un modelo de

inclusión y habilidades específicas para promover un mayor bienestar. A esos adultos mayores se les recuerdan constantemente sus pérdidas y su discapacidad. En la práctica del mindfulness se les recuerdan sus fuerzas y sus recursos internos. Cada día, los ancianos y sus cuidadores hacen frente a profundos problemas espirituales de pérdida, dolor y muerte. La práctica del mindfulness puede proporcionar un formato para reconectar con prácticas espirituales individuales y formar un nuevo significado y una nueva comprensión. Además, la práctica del mindfulness tiene una aceptabilidad demostrada con los mayores y sus cuidadores (McBee, 2008; McBee, 2003; McBee, Westreich y Likourezos, 2004; Smith, 2004, 2006).

El personal que asiste a ancianos frágiles a menudo corre el riesgo de sufrir estrés y problemas relacionados con el estrés. La asistencia directa de adultos confusos y, en ocasiones combativos, es uno de los trabajos más exigentes desde el punto de vista físico y por su carga emocional. Los que viven en residencias para la tercera edad, ya tengan demencia o sean cognitivamente sanos, disciernen con facilidad el estado físico y emocional del personal asistente. Además, el personal estresado tiende a estar menos satisfecho con su trabajo y tiene problemas de salud secundarios (Pekkarinen, Sinervo, Perala y Elovainio, 2005; Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser, Heck et al.; 2005). Para los profesionales formados para curar, la enfermedad crónica, el dolor y la incapacidad asociados con la edad pueden generar sentimientos de desesperanza y frustración.

Los familiares y demás cuidadores informales y no remunerados también experimentan el estrés relacionado con el rol de cuidador y quizás no sientan que tienen el tiempo o la capacidad para hacer frente a su propio malestar (Schultz y Matire, 2004). Los cuidadores formales e informales deben hacer frente a sus propios sentimientos sobre el envejecimiento, la enfermedad y la muerte. Los grupos con tiempo limitado y el entrenamiento que se suministra en la reducción del estrés con mindfulness pueden aportar herramientas cruciales para afrontar el estrés del cuidar.

Evidencia Empírica

El programa MBSR se ha estudiado en múltiples encuadres y con varias poblaciones. Sin

embargo, son pocos los estudios que se centran únicamente en la práctica de mindfulness para adultos de más de 65 años, o para poblaciones con discapacidades significativas de comunicación, cognitivas o físicas. En 1978, Garrison indicaba que un entrenamiento en manejo del estrés con técnicas de relajación, práctica de meditación y tareas para realizar en casa había resultado útil para reducir la tensión y la ansiedad en ancianos. En 1996, Moye y Hanlon indicaban que la introducción de los residentes en asilos a la relajación mejoraba la moral y reducía el dolor. Los resultados para residentes con dificultades cognitivas sugerían que las intervenciones más útiles eran centradas, frecuentes y de estructura simple. Una sesión semanal de yoga durante seis meses para mayores de entre 65 y 85 con buena salud demostró aportar una mejora de las medidas de calidad de vida de bienestar, energía y fatiga, además de equilibrio y flexibilidad comparado con grupos de control de lista de espera y de ejercicios (Oken et al.; 2006). Parecido a la práctica de mindfulness, los grupos de yoga experimental incluyen no sólo posturas de yoga o asanas sino también meditación y fomento de la práctica fuera de la clase.

En 1996 codirigí un grupo basado en los principios de la MBSR y adaptado para residentes de la unidad de demencia de un asilo. Tras el programa, el personal observó una reducción de la agitación y de los problemas de conducta (Lantz, Buchalter y McBee, 1997). Shalek y Doyle (1997) observaron que los residentes con malestar y agitación de la unidad de demencia parecían “tranquilos y sonrientes” tras su grupo de relajación. En un estudio publicado en 2004 describí los grupos de MBSR modificado organizados para residentes de asilos con problemas físicos y cognitivos. Después de cada uno de los 10 grupos, los residentes indicaron sentirse menos tristes y una tendencia hacia sentir menos dolor en comparación con un programa de actividades de ocio (McBee, Westreich y Likourezos, 2004). En entrevistas cualitativas, el 41% de los participantes indicó un aumento del sentimiento de relajación y de las ventajas mencionadas desde el “sentido de comunidad”.

Smith (2004, 2006) ha impartido clases de MBSR ligeramente modificadas en cuanto a duración a ancianos que viven en comunidad con discapacidades cognitivas y físicas leves. Se mezclaron los resultados anecdoticos de seis grupos –algunos participantes (y sus profesionales en el cuidado de la salud) indicaron beneficios mientras que otros no. Estudios adicionales podrían discernir los puntos en común entre las personas que indicaron haber

obtenido ventajas y también las que no. Smith también ha estudiado tres grupos de terapia cognitiva basada en mindfulness para adultos de más de 65 años con un mínimo de tres episodios de depresión unipolar pero sin discapacidad cognitiva significativa. Se modificaron los estiramientos de yoga. Un año después de esa clase, el 62% de los participantes manifestó mejoras generales además de específicas que resultaban “extremadamente útiles”. Lynch, Morese, Mendelson y Robins (2003) detectaron que un grupo de 34 ancianos con depresión (60 años y más) tratados con terapia dialéctico conductual (DBT; la práctica central de la DBT es el mindfulness) experimentó una remisión estadísticamente significativa de la depresión en comparación con un grupo tratado con medicación solamente. En 2005, Lindberg publicó una revisión de las investigaciones realizadas en los 25 años anteriores sobre ancianos, meditación y espiritualidad. De hecho, encontró pruebas de mejora física y emocional y también que los ancianos, incluso los de las residencias, podían aprender prácticas de meditación.

La práctica del mindfulness orientada para cuidadores también puede beneficiar a los que reciben esos cuidados (Singh, Lancioni, Winton, Wahler, Singh y Sage 2004). En España, cuidadores informales de ancianos frágiles recibieron un programa de manejo del estrés que incluía reestructuración cognitiva, respiración diafragmática y tarea para realizar en casa de hechos agradables (López, Crespo y Zarit, 2007). El manejo del estrés se ofreció como un grupo tradicional y en un formato de contacto terapéutico mínimo. Dicho formato proporciona entrenamiento en habilidades y apoyo por contacto telefónico, reuniones breves, manuales y material audiovisual. El grupo de control era lista de espera. El grupo tradicional experimentó reducciones más elevadas de ansiedad y depresión que los grupos de contacto mínimo y de control con lista de espera.

Hasta la fecha no se han publicado estudios empíricos que demuestren la efectividad de la práctica del mindfulness para cuidadores informales o formales de ancianos frágiles. Waelde, Thompson y Gallagher-Thompson (2004) describen una intervención de seis sesiones de yoga y meditación (centrada en mantras) para 12 cuidadores de dementes. Los participantes se mostraron significativamente menos deprimidos y ansiosos tras las series de práctica.

En 2005 dirigí un curso de MBSR de ocho semanas de duración para cuidadores informales de

residencias y descubrí un efecto tamaño moderado en la reducción de estrés y de carga tras la intervención y cuatro semanas después de finalizado el grupo (Epstein-Lubow, McBee y Miller, 2007). Varios estudios publicados indican resultados positivos tras la práctica de mindfulness para cuidadores formales e informales de poblaciones múltiples con trastornos crónicos y de final de la vida (Bruce y Davies, 2005; Minor, Carlson, Mackenzie, Zernicke, 2006; Schenströnnberg Rönnberg y Bodlund, 2006).

Cuidado de ancianos basado en mindfulness en las residencias

Los ancianos de las residencias se enfrentan a traumas, pérdidas, discapacidades, dolor y enfermedades que suponen una amenaza para sus vidas. Si bien los programas de MBSR tradicionales pueden resultar impracticables para aquellos pacientes con limitaciones físicas y cognitivas, las adaptaciones del modelo pueden ofrecerlo en un formato aceptable. Yo misma me he encontrado con que los mayores y sus cuidadores por lo general son receptivos a los grupos y a las intervenciones de mindfulness y muchos manifiestan beneficios. Algo fundamental para adaptar la enseñanza del mindfulness a personas con discapacidades cognitivas y físicas fue mi propia práctica de mindfulness. También me resultó útil ser flexible y creativa a la hora de comunicar el mindfulness verbal y no verbalmente (McBee, 2008).

Grupos de residentes en asilos

Los grupos MBEC en asilos son bastante factibles cuando el conocimiento de trabajar con ancianos se integra en las prácticas de aprendizaje. Las adaptaciones consideran la posibilidad de deficiencias de oído o de vista, limitaciones físicas, tiempos de procesamiento más largos y discapacidades cognitivas. Las sesiones más breves (de una hora aproximadamente) y los grupos continuados, en lugar de con tiempo limitado, han demostrado ser más efectivos. Yo adopto ejercicios de yoga suave para participantes en sillas de ruedas y con discapacidades importantes. Soy más directiva y doy menos opciones en grupos con ancianos frágiles. Las habilidades que enseño incluyen: respiración diafragmática, meditación,

yoga suave y práctica de mindfulness informal. También utilizo la visualización dirigida.

Otra cuestión que debe tenerse en cuenta son los problemas ambientales cuando se organizan grupos en un centro. Mis grupos tienen lugar en comedores o en espacios del geriátrico en los que hay mucha actividad. A veces utilizo aromaterapia y música suave para crear un ambiente de relajación. La discusión en grupos y el apoyo mutuo son un componente importante para esta población. Aunque me encuentro con que las tareas para hacer después de la clase no siempre se hacen bien, animo a los participantes a utilizar las técnicas de respiración profunda y de mindfulness fuera del grupo. El enfoque subyacente en la capacidad, no en la discapacidad, ha demostrado ser bastante adecuado y exitoso. Los residentes de los asilos a menudo luchan contra cuestiones de dependencia y la práctica de MBEC recuerda a los participantes lo que sigue estando bajo su control.

Mindfulness en una unidad de demencia

Los ancianos con demencia suelen manifestar agitación física y verbal, y problemas de comportamiento. El pensamiento actual atribuye esas conductas a un intento por comunicar. Si bien las habilidades de comunicación tradicionales pueden verse disminuidas por la demencia, los sentimientos permanecen. La MBEC para personas dementes aporta consuelo y habilidades en un ambiente de apoyo. Las clases que organizo en una unidad de demencia siguen una estructura sencilla y repetida, pero tienen la flexibilidad de permitir la aparición de acontecimientos impredecibles. Suelo empezar con la toma de conciencia de la respiración, seguida de una respiración profunda desde el estómago. La aromaterapia y la música ayudan a crear un espacio sagrado en medio del ruidoso comedor de un hospital en el que residentes confundidos entran y salen. Explico estiramientos sencillos sentados, que también demuestro físicamente y ayudo a hacerlos cuando hace falta. Por lo general termino con una meditación dirigida –escaneo corporal o visualización–, utilizando un lenguaje sencillo y concreto. Me centro en prácticas de mindfulness de comunicación no verbal utilizando el lenguaje corporal, el tono y el ritmo de la voz, y la expresión del rostro para transmitir aceptación y presencia. Cuando estoy centrada y tranquila, hasta los residentes que no pueden seguir instrucciones o responder cognitivamente a las prácticas de la clase suelen responder positivamente.

Ancianos aislados

Los ancianos a menudo están aislados en la residencia o en la comunidad, y eso es algo que les añade malestar. En las residencias, algunas personas mayores están en sus habitaciones por trastornos médicos, o porque son incapaces de participar en grupos debido a problemas cognitivos o de comunicación. En esos casos propongo meditación, mindfulness y estiramientos suaves individualizados. Los estiramientos de yoga pueden adaptarse para las personas que se encuentran en silla de ruedas o postradas en la cama. Los participantes con discapacidad física son especialmente receptivos a las posturas adaptadas. Son posturas que ofrecen un mensaje potente de que, como decía Kabat-Zinn (2004), hay más de bueno en nosotros que de malo.

Las personas que se encuentran al final de sus días a menudo también están aisladas. En ocasiones los cuidadores afectados pueden sentirse desesperados. La MBEC crea un ambiente de apoyo en el que el paciente y el cuidador pueden experimentar la tristeza con plenitud al tiempo que aprecian cada momento disponible. He descubierto que la aromaterapia y el masaje puede ser una experiencia consciente beneficiosa tanto para el paciente como para el cuidador. El trabajo de respiración, por su parte, también permite la comunicación. Observando el ritmo de la respiración es posible conectar con pacientes que ya no pueden comunicarse de ningún otro modo. De hecho, puede establecerse una conexión sincronizando la propia respiración con la del paciente, y respirando en armonía (Mindell, 1989).

Ancianos confinados en casa

El grupo de mindfulness por teléfono

Muchos ancianos están confinados en sus propios hogares. Aunque algunos prefieran esta situación a estar en una residencia, puede ser aislador. Una vez organicé una serie de cinco clases de reducción de estrés de 50 minutos cada una a ocho participantes que se encontraban en sus casas mediante una conferencia telefónica. La clase recibió de antemano el material por

correo y cintas de cassette para la práctica personal, como apoyo y demostración visual de la clase. Yo di instrucciones verbales acerca de las habilidades de mindfulness y los miembros del grupo compartieron sus preguntas y comentarios. Después del grupo, los miembros de la clase indicaron seguir utilizando las habilidades, en especial la de la respiración profunda. Una participante, la Sra. C, afirma que durante los últimos 6 años, “la guía de mindfulness y su maravillosa cinta me mantuvieron viva y me ayudaron a convertirme en la persona que soy hoy. Sin su ayuda nunca hubiera celebrado mi 90 cumpleaños ni hubiera tenido el ánimo de ir a Florida después de que mi querido hijo falleciera”.

Utilización de CDs y cintas de cassette

En un programa a largo plazo de asistencia sanitaria a domicilio, los CDs y cintas de meditación, un ejercicio de escaneo corporal y otras prácticas de mindfulness ayudaron a ancianos confinados en sus casas y a sus cuidadores. Los trabajadores sociales o el personal de enfermería aportaron la dirección inicial acerca de la utilización de la cinta y el CD. Tras esa introducción, el anciano y el cuidador podían seguir las instrucciones del CD o de la cinta. De hecho, ambos se beneficiaron de la experiencia compartida de escuchar los CDs juntos y practicar los ejercicios de mindfulness.

Cuidadores formales e informales

Personal cuidador

Las clases de reducción del estrés y la práctica de mindfulness para cuidadores pueden beneficiar tanto a éstos como a los ancianos. Una clase de una hora para personal interdisciplinario puede aportar una introducción básica al estrés y a su manejo. Yo incluyo una introducción al estrés y a la conexión cuerpo-mente; respiraciones profundas sencillas; un ejercicio breve de mindfulness con silla y yoga de pie y meditación dirigida. Me parece útil proponer trucos prácticos para afrontar el estrés del trabajo real que el personal experimenta a diario, así como una lista de recursos para aquéllos que deseen tener más opciones.

Para una clase de MBSR tradicional hace falta un compromiso más sustancial, pero también puede modificarse ligeramente para permitir una mayor participación. Ofrecí un taller de MBSR tradicional de una hora de duración durante siete semanas a unos 100 miembros de personal. Se animó a todos a que participaran en todas las sesiones y también les propuse una tarea práctica. Tras el grupo, la retención del personal en las unidades que participaron en la clase fue del 100% y la satisfacción del personal de enfermería manifestó una mejora.

También he adaptado el mindfulness y la reducción del estrés para las unidades de enfermería. He visto que los programas de mayor éxito ofrecían “minipausas” en los momentos en los que sabíamos que el personal estaba más disponible. Esas minipausas tienen lugar en el comedor y duran unos 15 minutos. Grupos más reducidos de personal se sientan, entran y salen, y se les permite tomarse su tiempo. Si bien las prácticas de meditación y de yoga eran extrañas para muchos, mostraron gran aceptación y entusiasmo en todos los formatos mencionados. Los trabajadores de asistencia directa a menudo indican haber practicado las habilidades fuera de los grupos en incluso haberlas compartido con sus familias. Algunas anécdotas: “La respiración profunda resultó tan espiritual y relajante... Me hace ser más consciente de mí mismo”. “Me gusta tomarme algún tiempo durante el día cuando la situación es estresante, aprender a regresar a un estado de equilibrio” y “Sé cómo controlarme cuando estoy nervioso y enfadado”. Esta popularidad continuada frente a las demandas del trabajo destaca la importancia tanto para cuidadores como para pacientes de crear oportunidades continuas dentro del horario y del entorno de trabajo para participar en programas de reducción del estrés.

Cuidadores informales

Los grupos de mindfulness para cuidadores de la familia y amigos también aportan habilidades y apoyo. Estos cuidadores informales a menudo indican sufrir estrés y enfermedades relacionadas con el estrés, y en ocasiones incluso les resulta difícil cuidar de sí mismos. Los grupos de mindfulness potencian el cuidado de uno mismo en el contexto del cuidado de la salud. Son grupos de una hora y media de duración, por lo general a última hora de la tarde en el centro en el que los ancianos son asistidos.

Muchos miembros de esos grupos han experimentado una disminución de las molestias somáticas y una mayor satisfacción en el rol de cuidador. Los cuidadores pueden estar “en el momento” con su ser querido, en lugar de preocupándose por el pasado o el futuro. Como indica un miembro del grupo: “Estoy menos ansiosa con respecto al estrés que tenía antes. Pienso en ‘surcar las olas’ en lugar de ponerme ansiosa por ellas o por tener que ‘luchar’ con las olas. Me siento menos responsable por el bienestar de mi esposo”.

Los miembros del grupo también indican haber aprendido nuevas maneras de hacer frente al estrés, como respirar profundamente cuando se sienten molestos. La idea del “sentimiento de grupo” también es importante, como indica este miembro: “Creo que lo más útil es la energía que uno recibe del grupo. Todos parecíamos querer estar ahí y queríamos participar y aprender”.

Cuestiones prácticas

Requisitos del formador

La MBSR enseña prácticas formales e informales que, si se utilizan con regularidad, pueden llevar a cambios vitales profundos. A continuación se enumeran algunas de las prácticas que se enseñan y las adaptaciones que se hacen para ancianos frágiles y para sus cuidadores. Los facultativos que deseen iniciar la enseñanza del mindfulness con ancianos y sus cuidadores deberían tener una práctica de mindfulness establecida, un curso de instructor de MBSR y experiencia en geriatría. También deberían considerar la colaboración con personas que tengan experiencia complementaria. No es posible detallar aquí todas las posibilidades de intervención en función de las necesidades y las habilidades individuales o de grupo. Lo que no puede sustituirse es la práctica del mindfulness del maestro. La intervención más importante que podemos ofrecer somos nosotros mismos, la persona que somos en cada momento, estando presentes para el otro, sintiendo nuestra conexión y transmitiendo verbal y no verbalmente este sentimiento.

Alimentación consciente

El mindfulness en la vida cotidiana suele enseñarse en una primera instancia con la conciencia de la comida. Los participantes reciben unas uvas y se les pide que las coman despacio al tiempo que observan las sensaciones físicas, los pensamientos y los sentimientos. Observan las uvas, sin juzgar. Es posible que los participantes expresen una mayor conciencia de sensaciones, sólo por ir más despacio y prestar atención. También es posible que haya ancianos que no sean capaces, por varias razones, de seguir todas las instrucciones. Puede ser porque tienen problemas para tragar o trastornos médicos que les impiden tomar ciertos alimentos. Por eso se deben considerar distintos alimentos, o incluso distintas actividades, con el fin de incluir al máximo de residentes en la experiencia. Elana Rosenbaum, que ha trabajado en hospitales con pacientes con cáncer, describe el ejercicio con trozos de hielo para una experiencia consciente (Rosenbaum, 2005).

Debates en grupo

Los debates con los residentes de los geriátricos se centrarán naturalmente en el dolor y el malestar real e inmediato de los trastornos médicos y la vida en el centro. Es posible que los residentes se sientan impotentes e incapaces de controlar cualquier aspecto de sus vidas. En los grupos de MBEC, hablamos y aprendemos nuevas maneras de convivir con el dolor y el malestar. Los residentes descubren que todavía tienen capacidades, un control sobre sus percepciones y más opciones de cómo responder a las situaciones. El debate suele empezar con la queja de un residente por tener que esperar para un tratamiento, u otros que se quejan por la comida, o por el dolor. En lugar de centrarnos en solucionar esas cuestiones, hablamos de cómo lo que practicamos y aprendemos en el grupo puede aplicarse a esas situaciones. Si un residente está enfadado porque ha tenido que esperar para que le dieran un vaso de agua, podemos hablar de lo que podría haber hecho mientras esperaba. Podría haber hecho un ejercicio de respiración profunda, de meditación, o estiramientos. Este cambio de enfoque permite a los residentes sentir un mayor control de situaciones en las que antes se sentían víctimas y dependientes. En informes cualitativos, la experiencia del grupo fue considerada el aspecto más valorado por parte de los miembros del grupo. Algunos comentarios fueron:

“Siempre me ha gustado [el grupo] desde que empecé... estar tranquilo, relajado... es una sensación especial”. Y, “me siento espiritualmente elevado. Me doy cuenta de que todos sufrimos dolor. Hablamos de cómo lo llevamos. Es importante estar con otras personas”.

Por su parte, los cuidadores también indican que la experiencia en grupo es útil. Compartir factores de estrés comunes suele ser el tema inicial. Sin embargo, y a medida que el grupo avanza, los cuidadores empiezan a compartir cómo utilizan las habilidades de mindfulness para hacer frente a esos factores de estrés. Además, los cuidadores que trabajan juntos aportan apoyo y recordatorios para practicar en el trabajo.

Respiración diafragmática y conciencia de la respiración

Suelo decir a los miembros del grupo que cualquiera puede participar, a condición que respire. En un encuadre donde el enfoque se realiza en la discapacidad, es útil para los residentes recordar lo que todavía pueden hacer. La meditación consciente suele empezar con la toma de conciencia de la respiración, no intentando cambiarla, sino observando si es rápida o lenta, regular o irregular, profunda o superficial. Una respiración profunda desde el estómago es intencional y dirigida. Con el estómago flojo, se anima a los participantes a que lo llenen de aire, igual que las costillas y la parte superior del pecho para después, soltarlo lentamente. Tanto los residentes como los cuidadores indican que la respiración profunda desde el estómago es la intervención más utilizada. Sólo se tarda unos momentos y puede utilizarse en cualquier momento y en cualquier lugar. La respiración profunda desde el estómago también puede proporcionar el espacio que necesitamos para responder pensativamente en momentos de intensidad.

La respiración profunda puede ser un problema para residentes en centros geriátricos con problemas respiratorios. Yo la utilizo como una oportunidad para hablar de ampliar nuestros límites. Las clases de mindfulness animan a los pacientes a explorar sus límites, sabiendo cuando pueden ampliarlos y cuando necesitan respetarlos. Utilizo la respiración profunda como ejemplo de cómo podemos estirar un poquito más cada día, con la práctica regular.

Meditación

La práctica de la meditación sentada puede parecer en un principio extraña para la población anciana y para los cuidadores. El instructor puede ofrecer acompañamiento y animar en la práctica. Que los tiempos de práctica sean más reducidos también es importante y además se debe animar a los participantes a ampliar gradualmente su práctica. A veces he observado que los residentes con limitaciones cognitivas y físicas son capaces de participar en la práctica de la meditación. En la unidad de demencia, muchos miembros del grupo se sientan en silencio con los ojos cerrados durante algún tiempo tras una sencilla explicación y demostración.

Rosa era una residente de un geriátrico de 84 años, físicamente frágil, con una implicación familiar mínima y un amplio historial psiquiátrico. Sus ideas delirantes paranoides fijas a menudo le impedían dormir ya que estaba convencida de que había una red de personas que planeaban hacerle daño. Conocía bien a Rosa y durante la práctica en grupo la controlaba de cerca por si hubiera un efecto negativo. Asistía al grupo con fe e indicaba que las sillas del grupo eran más cómodas que las otras. (De hecho, eran las mismas sillas en las que se sentaba para comer y para realizar otras actividades). Rosa solía quedarse dormida en el grupo y declaraba que era el único lugar donde encontraba paz. También decía que la práctica de meditación le recordaba su origen judío, cuando solía encender velas los viernes por la noche.

Yoga suave y movimiento consciente

A pesar de su discapacidad física significativa, las personas mayores indican disfrutar con los estiramientos sencillos de yoga. Las adaptaciones con sillas o en la cama pueden incluir los estiramientos y las posturas de yoga básicos. Las instrucciones para las posturas pueden darse verbalmente, las puede mostrar el instructor y cuando es necesario, se ayuda. Además, los cuidadores a menudo no están en forma y no cuidan de sus propios cuerpos. Para los residentes y el personal del centro con poca experiencia física, el yoga aporta unas oportunidades fantásticas de experimentar sus cuerpos de una forma nueva.

Yo adapto las posturas a la cama y a las sillas y me centro en las capacidades de los grupos, no en sus discapacidades. Por ejemplo, cuando estiramos los brazos, puedo indicar que los que no pueden hacerlo con los dos sólo tienen que estirar el brazo con el que tengan movilidad. Y si no pueden mover los brazos, les pido que se centren en su respiración y que

imaginen que están estirando con nosotros. Los residentes nunca expresan ningún malestar por no poder participar en todos los ejercicios; al contrario, están encantados de que se les incluya.

La meditación de pie y sentada a veces no es una opción para los residentes de los geriátricos que van en silla de ruedas. Para esos residentes puede sugerirse una meditación “sobre ruedas”. A menudo utilizo el movimiento consciente con las personas mayores de la unidad de demencia, y combino movimiento, música, visualizaciones y juegos. Mientras estamos sentados, imaginamos que estamos andando, que movemos nuestros pies hacia arriba y hacia abajo en un movimiento de caminar. Y pregunto a los participantes a dónde les gustaría ir. Algunos me dicen que a Central Park, o a Broadway, o a la playa. Entonces les pregunto que qué veremos, oleremos, sentiremos y oiremos en esos lugares. También podemos agitar los brazos y girar la cabeza. La música puede facilitar los movimientos. Para los residentes que casi nunca pueden abandonar el centro, esta experiencia les propone cierta liberación y recuerdos.

Visualización dirigida

Cuando se introduce bien, esta práctica no sirve para escapar del momento presente sino que aporta una metáfora potente para iluminar el proceso de pasar a una conciencia plena. El resultado es que muchos mayores responden a la utilización de la visualización, especialmente de la naturaleza, o para abordar el dolor. Las cintas de visualización dirigida calman incluso a algunos residentes de la unidad de demencia. Aunque no son capaces de entender todas las palabras, esos residentes entienden el tono, el ritmo y el lenguaje concreto y sencillo. Un ejercicio tan sencillo como el de respirar hacia el dolor y liberarlo suavemente con la espiración, puede aportar alivio. Aunque, por otra parte, puede que no. Lo importante es aceptar lo que surja con ecuanimidad.

Escaneo del cuerpo

El escaneo corporal utiliza la visualización dirigida para observar el cuerpo sin juzgar. Los

ancianos con discapacidad pueden ser muy conscientes de sus limitaciones físicas. De hecho, el escaneo corporal nos permite observar el cuerpo tal cual es, sin necesidad de cambiar nada. De nuevo, la falta de comprensión de todas las instrucciones no impide que las personas con demencia puedan participar. Los cuidadores también pueden tener sensaciones desagradables sobre su cuerpo, y este ejercicio puede aumentar su autoaceptación y compasión.

La tarea

Los residentes de centros geriátricos de mis grupos rara vez participan en los ejercicios de tarea (deberes) de una práctica formal. Sin embargo, sí que dicen utilizar las habilidades de respiración profunda y de reformulación fuera de la clase. Algunos residentes tienen problemas para utilizar los reproductores de CD o de cintas; el personal del centro debería ayudarles con esos equipos técnicos. Por otra parte, el personal no siempre puede practicar las habilidades formales. Muchos tienen dos trabajos o se ocupan de su familia en casa después del trabajo. En las clases para cuidadores, hago hincapié en las habilidades de clase que pueden practicarse mientras se espera en una cola, se conduce, o se viaja en bus o en metro. En las clases de cuidadores formales e informales también se tratan los estreses específicos de esos profesionales y las estrategias para hacerles frente.

Otras consideraciones

Existen problemas logísticos y prácticos que quizás hay que considerar cuando se organiza un grupo. A continuación presento algunos de los problemas que han surgido en el desarrollo y la dirección de grupos durante los últimos 13 años (McBee, 2008).

Entorno

Los grupos de mindfulness en entornos institucionales pueden plantear dificultades ambientales. A menudo no hay lugares tranquilos o apartados para reunir a los grupos de meditación. En la residencia para la tercera edad, reúno a los grupos en una esquina del

enorme comedor/sala de recreo. Oímos altavoces y alarmas; residentes confundidos vagan a veces por el grupo; y en una ocasión hasta un doctor se nos acercó y tiró de la silla de ruedas de un residente mientras el grupo estaba trabajando. Cuando me resulta especialmente complicado, me digo que este es el entorno en el que muchos residentes están las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De hecho, si pueden experimentar cierto restablecimiento y crear habilidades durante el grupo, quizás les ayude cuando no estén en el grupo. Los grupos de personal también se suelen organizar en el comedor. Utilizo aromaterapia y música en algunos grupos para crear un ambiente que propicie la práctica del mindfulness.

Criterios de exclusión

Dadas las amplias adaptaciones de las habilidades de mindfulness, no hay motivo por el que excluir a nadie que pueda participar con seguridad del MBEC. Las clases de MBSR a menudo excluyen a personas con un historial de trauma o de abuso. El historial psicosocial de los ancianos frágiles puede ser limitado y quizás no puedan proporcionar información sobre ellos mismos. Así pues, los profesores deben estar al tanto de la respuesta verbal y no verbal del participante en las intervenciones y realizar los ajustes necesarios en consecuencia.

Los residentes de geriátricos pueden tener discapacidades cognitivas o físicas, o ambas a la vez. A menos que un residente sea incapaz de unirse al grupo, las discapacidades físicas no deberían impedir la participación en los ejercicios adecuados. Los residentes con discapacidades cognitivas también pueden incluirse en los grupos a menos que su comportamiento sea demasiado inseguro o perjudicial para los otros participantes. Por lo general permito algunas interrupciones, fomentando que el participante se instale. Si el comportamiento molesto continúa, pido al personal del centro que se lleve al residente al otro lado de la sala, o fuera de la misma. Potenciar la aceptación de los demás puede formar parte de la práctica del grupo.

Cuando pensé por primera vez en organizar estos grupos en nuestra población, me pregunté si los ancianos estarían abiertos a nuevas experiencias. Lo que descubrí es que la mayoría de los residentes son sorprendentemente abiertos y receptivos. También hay algunos residentes a los que claramente no les interesa esta cuestión. Una residente, mientras hablábamos de su dolor,

me dijo “Sólo quiero que me de una pastilla”.

También tomo en consideración el lenguaje que utilizo para describir al grupo y las prácticas: la meditación puede ser sentada y en silencio, el yoga pueden ser estiramientos suaves y los grupos pueden ser de reducción del estrés o de relajación. Durante el transcurso del grupo, integro un lenguaje que quizás les resulta menos familiar, como meditación y mindfulness.

Comunicar

Una de las pérdidas más importantes para los ancianos es la pérdida de comunicar con facilidad. Algunos ancianos también tienen problemas de vista. Otros es posible que no oigan bien. Otros hablan muy flojo debido a problemas físicos. El grupo es una oportunidad fantástica para centrarnos en nuestras virtudes. Por ejemplo, me siento al lado del residente que tiene problemas de oído para poder hablarle directamente en el oído con el que oye bien. También me muevo mucho mientras trabajo con los grupos para asegurarme de que me comunico con todos los residentes. Y suelo repetir lo que dice un participante para que lo oiga todo el grupo. También creo que el contacto y el tacto ayudan en el acompañamiento de los residentes.

Grupos continuados o limitados en el tiempo

Un componente clave de los grupos de MBSR tradicionales es que son limitados en el tiempo. Sin embargo, para los residentes en geriátricos, creo que los grupos continuados son más beneficiosos. Los residentes se enfrentan a muchos problemas diarios en el centro y aplazar la posibilidad de mantener las prácticas y el aprendizaje es difícil. Como decía antes, los residentes utilizan algunas de las prácticas, como la de la respiración profunda, pero no pueden practicar las demás fuera de la clase. Recordatorios concretos, como material impreso que se pueden repartir durante la reunión del grupo, pueden recordarles la práctica del mindfulness. La efectividad a largo plazo para los cuidadores puede reflejar los resultados documentados en múltiples estudios sobre MBSR. Sin embargo, y dado el estrés de estos cuidadores, los grupos de actualización pueden ser muy útiles.

Conclusión

El crecimiento explosivo de la población adulta mayor, con el crecimiento previsto concurrente de enfermedades crónicas está pidiendo a gritos nuevas modalidades que se ocupen de esas enfermedades. La medicina alternativa y complementaria cada vez es más aceptada y utilizada. En 2000, unos 1.000 ciudadanos de Estados Unidos de más de 52 años fueron entrevistados sobre la utilización de esa medicina alternativa y el 31% de los mayores de 65 indicó practicar la meditación (Ness, Cirillo, Weir, Nisly y Wallace, 2005). Tilden et al. (2004) entrevistaron a 423 cuidadores sobre su utilización de esas terapias alternativas durante los cuidados paliativos. La edad media de los enfermos era de 57 años y el 50% de los cuidadores indicaron la utilización de técnicas de relajación. Otro estudio elaborado en Estados Unidos indica que de 2.055 adultos entrevistados en 1997-1998, uno de cada cinco había utilizado como mínimo una terapia mente-cuerpo el año anterior. Meditación, visualización y yoga eran los más comunes (Wolsko, Eisenberg, Davis y Phillips, 2004).

Las adaptaciones de la práctica del mindfulness benefician a los ancianos frágiles de forma integral ya que les ofrecen habilidades para hacer frente a sus necesidades físicas, espirituales y emocionales. Además, enseñar a los cuidadores prácticas de mindfulness incide tanto en los que cuidan como en los que son cuidados. Los estudios que se realicen en el futuro dictarán y refinará la utilización diferencial de las intervenciones de mindfulness para poblaciones con discapacidades cognitivas y físicas y sus cuidadores. La dificultad a la hora de cuantificar los resultados en una población que a menudo es incapaz de comunicarse, y que los resultados estén relacionados con la calidad de vida y sean difíciles de cuantificar, no deberían disuadir del estudio de los beneficios de su práctica profunda para esta población tan necesitada.

Agradecimientos: La autora quiere dar las gracias a Victoria Weill-Hagai por su ayuda editorial y a Sue Young y al Doctor Gary Epstein Lubow por sus comentarios.

Referencias

BRUCE, A.; DAVIES, B. (2005). "Mindfulness in hospice care: Practicing meditation-inaction". *Qualitative Health Research, 15*(10), 1329-1344.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2003). "Public health and aging: trends in aging-United States and worldwide". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(06), 101-106.

COHEN-MANSFIELD, J.; MARX, M.S. (1993). "Pain and depression in the nursing home: corroborating results". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48(2), 96-97.

EPSTEIN-LUBOW, G.P.; McBEE, L.; MILLER, I.W. (marzo de 2007). *Mindful caregiving: a pilot study of mindfulness training for family members of frail elderly*. Póster de la sesión de la 5^a conferencia anual del Centro de mindfulness en medicina, sanidad y sociedad. Worcester, MA, EE.UU.

FERRELL, B.A. (1991). "Pain management in elderly people". *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 64-73.

FERRELL, B.A.; FERRELL, B.R.; OSTERWEIL, D. (1990). "Pain in the nursing home". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 409-414.

Fox, P.L.; RAINA, P.; JADAD, A.R. (1999). "Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: A systemic review". *Canadian Medical Association Journal*, 160(3), 329-333.

GARRISON, J.E. (1978) "Stress management training for the elderly: A psychoeducational approach". *Journal of the American Geriatrics Society*, 26(9), 397-403.

HEBERT, L.E.; SCHERR, P.A.; BIENIAS, J.L.; BENNETT, D.A.; EVANS, D.A. (2003) "Alzheimer's disease in the US population: Prevalence estimates using the 2000 census". *Archives of Neurology*, 60(8), 1119-1122.

Hybels, C.F.; Blazer, D.G. (2003). "Epidemiology of late-life mental disorders". *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, 663-696.

KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.

KINSELLA, K.; VELKOFF, V.A. (2001). *An aging World: 2001*. (U.S. Census Bureau, Series P95/01-1). Washington, DC.: U.S. Government Printing Office.

LANDI, F.; ONDER, G.; CESARI, M.; GAMBASSI, G.; STEEL, K.; RUSSO, A.; et al. (2001). "Pain management

in frail, community-living elderly patients". *Archives of Internal Medicine*, 181(22), 2721-2724.

LANTZ, M.S.; BUCHALTER, E.N.; McBEE, L. (1997). "The Wellness Group: A novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents". *The Gerontologist*, 37(4), 551-555.

LINDBERG, D.A. (2005). "Integrative review of research related to meditation, spirituality, and the elderly". *Geriatric Nursing*, 26(6), 372-377.

LÓPEZ, J.; CRESPO, M.; ZARIT, S.H. (2007). "Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults". *The Gerontologist*, 47(2), 205-214.

LYNCH, T.R.; MORESE, J.; MENDELSON, T.; ROBINS, C. (2003). "Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study". *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 11, 33-45

McBEE, L. (2008). *Mindfulness based elder care*. Nueva York: Springer Publishing Company.

McBEE, L. (2003). "Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers: changing the practitioner-patient relationship". *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 19(4), 257-264.

McBEE, L.; WESTREICH, L.; LIKOUREZOS, A. (2004). "A psychoeducational relaxation group for pain and stress in the nursing home". *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3(1), 15-28.

MINDELL, A. (1989). *Coma: The dreambody near death*. Londres: Penguin Books.

MINOR, H.G.; CARLSON, L.E.; MACKENZIE, M.J. ZERNICKE, K. (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.

MOYE, J.; HANLON, S. (1996). "Relaxation training for nursing home patients: Suggestions for simplifying and individualizing treatment". *Clinical Gerontologist*, 16(3), 37-48.

NESS, J.; CIRILLO, D.J.; WEIR, D.R.; NISLY, N.L.; WALLACE, R.B. (2005). "Use of complementary medicine in older Americans: Results from the Health and Retirement Study". *The Gerontologist*, 45(4), 516-524.

OKEN, B.S.; ZAJDEL, D.; KISHIYAMA, S.; FLEGAL, K.; DEHEN, C.; HAAS, M. et al. (2006). "Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: effects on cognition and quality of life". *Alternative Therapies in Health Medicine*, 12(1), 40-47.

PARMELEE, P.A.; KATZ, I.R.; LAWTON, M.P. (1991). "The relation of pain to depression among institutionalized aged". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 15-21.

PEKKARINEN, L.; SINERVO, T.; PERALA, M-L.; ELOVAINIO, M. (2005). "Work stressors and the quality of life in long-term care units". *The Gerontologist*, 44, 633-643.

ROSENBAUM, E. (2005). *Here for now: Living well with cancer through mindfulness*. Hardwick, MA: Satya House Publications.

SHALEK, M.; DOYLE, S. (1997). "Relaxation revisited: an adaptation of a relaxation group geared toward geriatrics with behavior problems". *Alternative Therapies in Clinical Practice*, Noviembre/Diciembre, 215-220.

SCHENSTRÖM, A.; RÖNNBERG, S.; BODLUND, O. (2006). "Mindfulness-based cognitive attitude training for primary care staff: a pilot study". *Complementary Health Practice Review*, 11(3), 144-152.

SCHULZ, R.; MARTIRE, L.M. (2003). "Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies". *American Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 240-249.

SINGH, N.N.; LANCIONI, G.E.; WINTON, A.S.W.; WAHLER, R.G.; SINGH, J.; SAGE, M. (2004). "Mindful caregiving increases happiness among individuals with profound multiple disabilities". *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 25(2), 207-218.

SMITH, A. (2004). "Clinical uses of mindfulness training for older people". *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.

SMITH, A. (2006). "Like waking up from a dream: mindfulness training for older people with anxiety and depression". En R. BAER (Ed.), *Mindfulness based treatment approaches* (pp. 191-215). Burlington, MA: Elsevier.

TILDEN, V.P.; DRACH, L.L.; TOLLE, S.W. (2004). "Complementary and alternative therapy use at end-of-life in community settings". *The Journal of Alternative and Complementary*

Medicine, 10(5), 811-817.

WAELDE, L.C.; THOMPSON, L.; GALLAGHER-THOMPSON, D. (2004). "A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress". *Journal of Clinical Psychology, 60(6), 677-687.*

WOLSKO, P.M.; EISENBERG, D.M.; DAVIS, R.B.; PHILLIPS, R.S. (2004). "Use of mind-body medical therapies". *Journal of General Internal Medicine, 19, 43-50*

ZIMMERMAN, S.; WILLIAMS, C.S.; REED, P.S.; BOUSTANI, M.; PREISSER, J.S.; HECK, E.; SLOANE, P.D. (2005). "Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia". *The Gerontologist, 45, 96-105.*

24

Intervenciones basadas en mindfulness con pacientes hospitalizados

Fabrizio Didonna

Sólo en las aguas tranquilas las cosas se reflejan sin distorsión. Sólo en una mente tranquila se percibe el mundo adecuadamente.

Hans Margolius.

Introducción

En las últimas dos décadas la utilización de intervenciones basadas en mindfulness en el ámbito clínico se ha convertido rápidamente en un tratamiento cada vez más común especialmente en el tratamiento de pacientes ambulatorios y sobre todo con pacientes cuyos problemas no son extremadamente serios y que no se encuentran en la fase aguda de la enfermedad (Baer, 2003). Existe el debate acerca de si es posible y útil o no utilizar la terapia de mindfulness con patologías psiquiátricas graves y crónicas en estadios agudos (Baer, 2003; Segal, Williams, Teasdale, 2006, véase también el Capítulo 18 de este mismo libro). Sin embargo, existen pruebas de que los programas de tratamiento basados en mindfulness y en aceptación pueden adoptarse en situaciones de ingreso clínico y para problemas complejos, especialmente para adolescentes ingresados con tendencias suicidas (Katz, Gunasekara y Miller, 2002; Katz et al.; 2000), pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) (Barley et al.; 1993; Bohus et al.; 2000), pacientes psicóticos (Bach, P. y Hayes, S.C.; 2002; York, 2007; Gaudiano y Herbert, 2006) y para mejorar el proceso del equipo de tratamiento (Singh, Singh, Sabaawi, Myers y Wahler, 2006).

Teniendo en mente que los enfoques de mindfulness (p. ej. MBSR, MBCT, ACT) se prestan con facilidad a aplicaciones de terapia de grupo, y debido a la excelente relación costo

beneficio de este tipo de aplicación, son intervenciones especialmente adecuadas para pacientes psiquiátricos internados y sobre todo en unidades especializadas en el tratamiento de tipos específicos de psicopatología. Una forma de tratamiento que parece obtener buena adherencia al tratamiento y que parece ser bien tolerada incluso por pacientes con niveles elevados de malestar o de trastorno (Mason y Hargreaves, 2001). Como veremos en detalle más adelante en este mismo capítulo, la intervención basada en mindfulness tiene muchos atributos que la hacen muy adecuada para su utilización en tratamientos hospitalarios a corto plazo. No obstante, existen algunas dificultades y obstáculos implicados en la utilización de tratamientos de mindfulness en pacientes hospitalizados. Problemas que en su mayoría no existen en el tratamiento ambulatorio, por lo que las intervenciones basadas en mindfulness deben reorganizarse y deben seguir un formato específico cuando se utilizan con pacientes y entornos hospitalarios.

Basado en la experiencia personal del autor en implementar y planificar tratamientos basados en mindfulness en programas hospitalarios para pacientes psiquiátricos, el objetivo de este capítulo es mostrar cómo se pueden implementar intervenciones de mindfulness en unidades hospitalarias de un servicio de salud mental para problemas graves y complicados simplemente integrándolas de manera racional con los tratamientos y los protocolos hospitalarios establecidos. Más concretamente, este capítulo destaca claramente los obstáculos y los problemas relacionados con esos protocolos hospitalarios basados en mindfulness y propone algunas pautas para superarlos.

¿Por qué implementar un programa basado en mindfulness en un ambiente hospitalario?

Son varias las razones que hacen de la práctica basada en mindfulness una intervención rentable en un contexto de programa de tratamiento hospitalario. En primer lugar, la experiencia clínica y la observación empírica sugieren que, en general, cuanto más graves son los problemas de los pacientes internados mayor es la necesidad de proporcionar un entorno que promueva la práctica del mindfulness. Son pacientes que requieren un grado más intenso de práctica que el que caracteriza la situación ambulatoria, por ejemplo, una práctica diaria como mínimo y con más ayuda para aprender cómo realizar los ejercicios y para entender

cómo se relacionan y pueden ser útiles para ayudarles a hacer frente a sus problemas. Durante la hospitalización, si todo el personal implicado en el tratamiento comparte un modelo basado en mindfulness, los pacientes pueden vivir en una *situación terapéutica consciente*, es decir, pueden tener un sentimiento de tranquilidad en un entorno libre de juicios y de presión y que demuestra tolerancia, validación emocional y empatía. Así pues, el estilo de comunicación y de mensajes del equipo terapéutico tiene que ser consistente con los principios basados en mindfulness (aceptación, presencia, aquí y ahora, sin juzgar, etc.).

Normalmente en un ambiente hospitalario el entorno médico puede considerarse como un “lugar seguro” en el que los pacientes se sienten a salvo, aceptados, protegidos y atendidos. De hecho, muchas veces los pacientes empiezan a mejorar poco después del ingreso incluso antes de empezar cualquier tipo de tratamiento. Este ambiente resulta necesario para permitir a los pacientes con trastornos agudos familiarizarse y utilizar las prácticas de mindfulness, muchas veces por primera vez en sus vidas. En este entorno pueden practicar mindfulness con regularidad sin ser molestados por los factores que suelen encontrar en sus entornos personales (p. ej. conflictos familiares, emoción expresada, sensación de soledad, violencia psicológica o física, etc.).

A diferencia de la práctica del mindfulness ambulatoria, en la que es posible que los participantes tengan problemas para encontrar el momento, los espacios y la voluntad para practicar la meditación de forma regular, especialmente los individuos con problemas complicados (p.ej. TLP, depresión, TOC), durante la hospitalización los pacientes pueden recibir ayuda a la hora de llevar a cabo su práctica intensiva y regular. Además, dada la especificidad del programa, el tratamiento hospitalario planificado implica práctica diaria, asistida por el personal de enfermería y por profesionales psicólogos. Por otra parte, en un ambiente hospitalario, los pacientes tienen más oportunidades de encontrar momentos y espacios para la práctica del mindfulness porque la mayor parte del tiempo durante el tratamiento hospitalario se utiliza con motivos terapéuticos.

Otra ventaja de este tipo de tratamiento hospitalario es la posibilidad de utilizar intervenciones basadas en mindfulness en directo con los problemas de los pacientes cuando estos surgen, explicando y mostrando los efectos y la importancia de la actitud de aceptación,

sin juzgar y descentrado cuando aparece la ansiedad, la tristeza o cualquier otra emoción o estado problemático.

Como ocurre con todas las intervenciones terapéuticas en grupo de programas hospitalarios, la terapia en grupo basada en mindfulness es una intervención rentable porque permite llevar a cabo un uso óptimo del personal y maximizar los a menudo limitados recursos de las unidades de salud mental. También se ha observado que los pacientes ingresados, durante las sesiones conjuntas con individuos que sufren de distintos trastornos (grupo heterogéneo), pueden compartir un sentimiento de *sufrimiento humano común* entre ellos independientemente del diagnóstico, y ese es uno de los principios básicos del mindfulness. Los pacientes en terapia de grupo pueden darse cuenta de que el sufrimiento es una condición normal pasajera que puede presentarse en personas de distintas edades, culturas y estatus social y que el sufrimiento tiene un origen común (p. ej. las tres causas de sufrimiento, véase la Introducción y los Capítulos 1 y 2 de este libro). Esta idea puede entenderse compartiendo una formulación de los problemas basada en mindfulness, que ofrece un enfoque sencillo y uniforme entre diagnósticos y que aporta al individuo una manera clara y no acusatoria de entender cómo se ha producido su crisis.

También existen datos que indican que cuando se brinda entrenamiento basada en mindfulness a profesionales implicados en programas hospitalarios, puede ser una intervención eficiente y efectiva para mejorar y mantener el rendimiento de los equipos de tratamiento en hospitales psiquiátricos para adultos. Singh et al. (2006) investigaron los cambios en el funcionamiento del equipo de tratamiento en un hospital psiquiátrico tras la implementación de una intervención de entrenamiento basada en mindfulness. Los resultados muestran que con la introducción de cursos basados en mindfulness mejoró el rendimiento del equipo de tratamiento, se maximizó la participación de los pacientes en grupos terapéuticos y en sesiones de terapia individual, y aumentó de manera sustancial la satisfacción de pacientes y personal, respectivamente, con el funcionamiento del equipo de tratamiento.

Otro punto importante es que las unidades y las salas del hospital normalmente cuentan con equipos multidisciplinares caracterizados por tener orientaciones muy diversas. Un enfoque basado en mindfulness es una perspectiva transepistemológica que puede ser utilizada

fácilmente por profesionales de distintas orientaciones terapéuticas (psicodinámica, cognitivo-conductual, existencialista, etc.). Lo importante es que todos los profesionales del equipo de tratamiento compartan la misma visión mindfulness de sufrimiento y de funcionamiento de la mente y, si es posible, que practiquen la meditación con regularidad. Por esa razón, y a fin de implementar un programa basado en mindfulness efectivo en un tratamiento hospitalario, es importante destacar que todo el personal terapéutico debe ser formado en mindfulness y que es necesaria una supervisión periódica.

Características y dificultades de un grupo hospitalario basado en mindfulness

Organizar práctica de mindfulness para trastornos agudos y severos no es tarea fácil y, en comparación con el tratamiento ambulatorio, requiere en primer lugar que los que se encargan de la práctica entiendan claramente los obstáculos y los desafíos que caracterizan a las unidades de internación hospitalario. En primer lugar, los trastornos de los pacientes hospitalizados son mucho más severos, comórbidos y crónicos que los de los pacientes ambulatorios, y los primeros a menudo se encuentran en una fase aguda, especialmente al principio del tratamiento hospitalario. También es posible que tengan una relación seriamente perturbada con el cuerpo (a menudo debido a experiencias traumáticas o problemas psicóticos), que es por lo general un enfoque importante en los ejercicios de mindfulness, y sienten un miedo atroz a perder el control durante los ejercicios. Por otro lado, durante la hospitalización los pacientes suelen recibir medicación y eso es algo que puede crear problemas durante las sesiones en grupo debido a los efectos secundarios. Así pues, es posible que se queden dormidos durante los ejercicios, o que manifiesten síntomas físicos que pueden dificultar o incluso impedir su concentración o su participación durante las sesiones.

Otro punto importante es que en el tratamiento hospitalario, debido a la intensidad y a la duración relativamente limitada del ingreso, el cambio de pacientes es rápido. Es un hecho que puede llegar a dificultar las intervenciones en grupo en las que los participantes empiezan y terminan con el mismo grupo de personas, algo que suele ocurrir más en los grupos ambulatorios. De hecho, se produce un cambio continuo en la composición del grupo y eso puede llevar a una falta de homogeneidad en cada reunión con respecto al nivel de aprendizaje

y de comprensión de los participantes. Cada sesión puede ser la primera para algunos pacientes y eso hace que sea difícil presentar ejercicios más avanzados a los pacientes que llevan tiempo ingresados y que forman parte del grupo desde hace más.

Todos estos problemas quieren decir que el formato de grupo basado en mindfulness estándar debe adaptarse a las especificidades de los problemas severos de salud mental de los pacientes ingresados y a las características de un programa de tratamiento ambulatorio.

Características y ventajas de la heterogeneidad en los grupos de mindfulness

Otra característica típica que normalmente encontramos en los grupos de mindfulness hospitalario y que a menudo se considera como un obstáculo para el proceso y el resultado de los tratamientos es la *heterogeneidad*. Es algo relacionado concretamente con el tipo de enfermedad, el grado de severidad, la edad y el nivel sociocultural. La experiencia clínica del autor con cientos de pacientes sugiere que la heterogeneidad puede acabar convirtiéndose en un recurso si somos capaces de entender y de utilizar algunas de las ventajas de los grupos heterogéneos.

La heterogeneidad y el ambiente de los grupos basados en mindfulness tienden a desactivar los “modos agónicos/competitivos” (que activan la ira, la culpa, etc.) que se activan normalmente en otras situaciones más homogéneas (p. ej. grupos de entrenamiento de habilidades para pacientes borderline). Para muchos pacientes, el hecho de participar en un grupo con personas de diferentes edades, estatus y tipos de trastorno les permite desidentificarse del “*rol patológico y la identidad*” que a menudo tienen. En grupos, frena la expresión de modos y conductas patológicos típicos (ira, acting-out, expresión de emociones o evitación), a menudo relacionados con la identificación de los pacientes con su propio trastorno. Este fenómeno suele observarse, por ejemplo, en pacientes TLP o deprimidos, que durante los grupos de mindfulness manifiestan conductas completamente distintas de las que tienen en otras condiciones y entornos.

La heterogeneidad durante las sesiones también puede permitir que los pacientes sientan la “normalidad” de la experiencia de sufrir (la condición humana implica/incluye sufrimiento)

independientemente de la edad, el diagnóstico, los síntomas, etcétera. Algo que resulta especialmente cierto porque durante las sesiones de mindfulness en grupo, el instructor nunca habla de la especificidad de los trastornos, sino que siempre explica que cada persona tiene maneras distintas de manifestar el sufrimiento, todas ellas con un origen común (apego, odio, ideas delirantes y distorsiones, piloto automático, juicios, etc.) y que la forma propia de sufrimiento de cada uno seguramente sólo difiere cuantitativamente, y no cualitativamente, de la de otras personas con trastornos distintos o sin problemas clínicos.

La importancia de la práctica regular

Desarrollar habilidades de mindfulness no es fácil y requiere de práctica regular de meditación. Cuando se trabaja con trastornos severos es importante tener en cuenta que esos pacientes por lo general no están acostumbrados a meditar y que a menudo ni siquiera saben lo que es. Así, es importante explicarles que el mindfulness puede considerarse como una habilidad terapéutica relacionada de varias maneras con sus problemas y que, como ocurre con todas las habilidades nuevas, la práctica regular es necesaria para aprenderla. Una analogía que funciona para los pacientes es la de los atletas: cuando alguien quiere aprender un nuevo deporte tiene que practicarlo periódicamente, con la ayuda de un entrenador o de un profesor, para hacer frente a los problemas que la competición (la vida) les presentará.

Una de las estrategias básicas para abordar las dificultades crónicas que los pacientes ingresados tienen con la práctica de la meditación es proporcionarles una práctica de mindfulness regular y dirigida todos los días. Algo que resulta de especial importancia con pacientes problemáticos, ya que les cuesta sentirse motivados y con ganas de practicar solos. De hecho, es importante porque la observación empírica y la experiencia clínica muestran que cuanta más meditación formal e informal practican los pacientes, más estables y beneficiosos son los efectos de la misma. Una manera de ayudar a los pacientes ingresados a aprender a practicar la meditación periódicamente (si es posible incluso después de recibir el alta) es proporcionarles media hora de práctica dirigida de mindfulness a primera hora de la mañana y otra media hora a última hora de la tarde. Eso permite a los pacientes entender que el mindfulness no es una simple técnica solamente, sino que puede llegar a convertirse en una

forma de ser que puede afectar/condicionar sus estados emocionales y darles una sensación de calma y de equilibrio durante todo el día.

Este tipo de práctica diaria debería estar dirigida, en la medida de lo posible, por un profesional de la salud (psicólogo, psiquiatra, enfermera, trabajador social), aunque en ausencia de recursos profesionales también puede encargarse a un interino o a un practicante un ejercicio de mindfulness grabado (en cinta o en CD) y la coordinación y comprobación del estado de los pacientes durante la práctica. De hecho, la práctica diaria puede ser un complemento potente y muy útil de las sesiones de mindfulness semanales con el instructor.

Formulación de problemas y tratamiento hospitalario

En otros capítulos de este libro (véanse los Capítulos 5 y 11) ya se ha destacado la importancia en la aplicación clínica del mindfulness de compartir una conceptualización clara del problema del paciente, así como de la comprensión clara de los mecanismos de cambio clínicos de mindfulness que pueden ayudar a modificar los factores de activación y de mantenimiento que se destacan en la formulación de problemas. Algo más importante todavía en tratamientos hospitalarios en los que los pacientes reciben distintos tipos de intervenciones terapéuticas y que pueden tener dificultad a la hora de entender el significado y la lógica de cada uno de ellos y su coherencia e integración. La formulación de problemas también es una herramienta útil para desarrollar y mejorar la motivación de la práctica del mindfulness dentro y fuera de las sesiones en grupo.

La formulación de problemas puede compartirse durante las sesiones individuales antes de empezar la práctica del mindfulness y también utilizando hojas especiales y descripciones o explicaciones verbales durante las sesiones en grupo.

Un ejemplo de formulación de problemas basada en mindfulness es la que se hace con pacientes que sufren TLP, una de las enfermedades más frecuentes en tratamiento hospitalario, a menudo en comorbilidad con otros problemas. Para que los pacientes borderline entiendan el poder, el potencial y la relevancia de la intervención de mindfulness, resulta útil compartir una conceptualización cognitivo-conductual de las crisis borderline con ellos (Figura 24.1).

Tras una crisis impulsiva caracterizada por distintas conductas desadaptativas (como autolesiones, abuso de sustancias, intentos de suicidio), con el tiempo los pacientes experimentan una fase de remisión de los síntomas, que aquí se denomina “*calma temporal*”. Después, en un momento determinado pueden surgir ciertos hechos concretos (como experiencias invalidantes o mensajes, conductas de abandono o de exclusión por parte de otros, recuerdos traumáticos, etc.) que hacen que el paciente active y perciba varios cambios internos en las emociones (culpa, ira, disgusto, sensación de vacío, vergüenza), cognitivas (flashes, rumiaciones mentales) o físicas sensaciones corporales relacionadas con abusos anteriores, y niveles de hiperexcitación. Estos cambios percibidos se evalúan (metacognición) en términos de experiencias “*incontrolables, intolerables, inaceptables, muy dolorosas o relacionadas con el sí mismo*” (lo que significa que los pacientes se identifican con esos contenidos) y también pueden autoinvalidar sus propios estados internos. Esta mala interpretación y/o autoinvalidación activa la *desregulación emocional* (Linehan, 2003), un estado psicológico caracterizado por sentimientos caóticos e incontrolables y confusión. Es un estado que normalmente lleva a los pacientes a *reaccionar* (y no a ‘responder’) activando un “modo hacer” en el que (a diferencia de los pacientes deprimidos que por lo general son incapaces de reaccionar) tienden a actuar para excluir o escapar de emociones, sensaciones o pensamientos intolerables. La única manera que los pacientes borderline saben actuar para hacer frente a esta experiencia es escapando de la realidad subjetivamente aterradora e inaceptable mediante estados disociativos o activando conductas desadaptativas, que les llevan a nuevas *crisis borderline*, con lo que se mantiene el círculo vicioso.

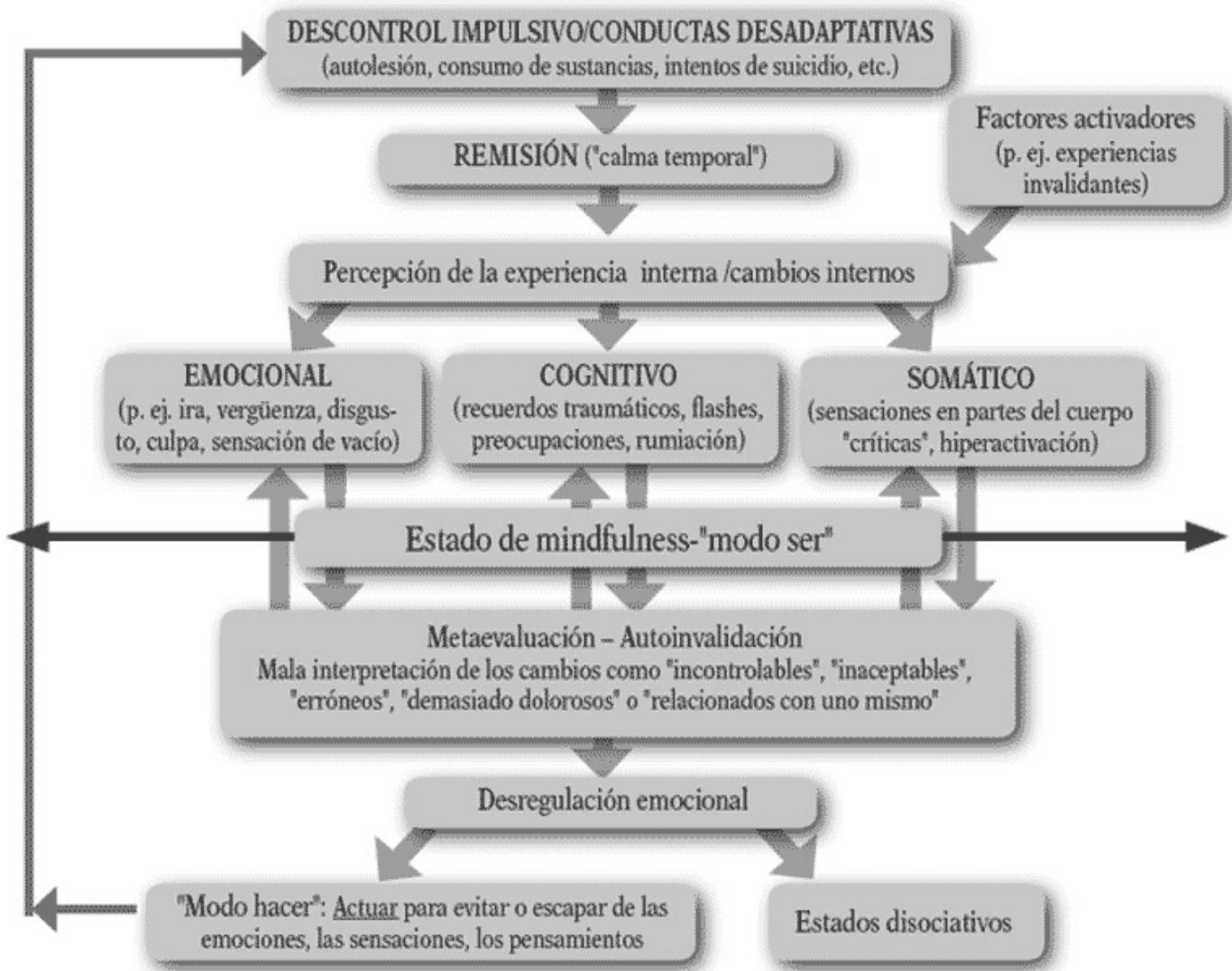


Figura. 24.1 Rol hipotético de las intervenciones basadas en mindfulness con respecto al proceso de activación de crisis en el trastorno de personalidad límite

El autor plantea la hipótesis de que las intervenciones basadas en mindfulness pueden ayudar a esos pacientes en un primer nivel ayudándoles a prevenir o a detener cada metaevaluación que tienden a activar en relación con la experiencia privada molesta que surge (emociones, pensamientos, sensaciones). En un segundo nivel, indirectamente los estados de mindfulness también ayudan a los pacientes a prevenir o a neutralizar el desajuste emocional posterior porque han aprendido a no reaccionar inmediatamente a la experiencia negativa cuando ocurre sino a *observar, describir y permanecer en contacto con ella, aceptándola tal cual surge y sin juzgar*. Así pueden aprender a evitar iniciar el círculo vicioso que lleva a más crisis

impulsivas o a conductas evitativas (p. ej. disociación). Pueden hacerlo utilizando el descentramiento, la defusión y la desidentificación como estilos y modos cognitivos y utilizando también la aceptación, aprendida en la práctica del mindfulness.

La observación clínica durante las sesiones en grupo muestra que las intervenciones basadas en mindfulness, en particular en tratamiento hospitalario, pueden ayudar a los pacientes con problemas de descontrol impulsivo (p. ej. TLP) a aprender un *estilo mental y una actitud metacognitiva* distintos ante problemáticas y estados emocionales, sensaciones y cogniciones, incompatibles con las conductas impulsiva y desadaptativa (autolesión, atracón, consumo de sustancias, etc.) que los pacientes suelen abordar para hacer frente a esos estados. Otros efectos importantes son los que destaca Linehan (2003; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmonn y Heard, 1991), que incluyó en su modelo cognitivo-conductual para pacientes borderline – terapia dialéctico-conductual – un componente importante de intervención basada en mindfulness (véase también el Capítulo 13 de este libro). Este tipo de práctica puede aumentar el control de la atención, mejorar la conciencia de uno mismo y de los demás, reducir la reactividad emocional, aportar una base para la autovalidación y reducir las sensaciones de vacío, el autodesajuste y el desajuste cognitivo.

El uso de metáforas en el contexto de grupos de mindfulness (como *los pensamientos son como las nubes en el cielo* o *ver las emociones o los pensamientos como una cascada de agua*) también pueden ayudar a los pacientes a permanecer en contacto, descentrar y superar la experiencia privada molesta.

Se ha observado que para ayudar a los pacientes borderline, en especial a los que tienen problemas severos, a aprender habilidades de mindfulness es útil proporcionar grupos basados en mindfulness hospitalarios específicos en los que puedan encontrar un ambiente que les permita superar mejor, paso a paso, las dificultades inevitables que encontrarían normalmente al practicar ejercicios de meditación formal en un ambiente ambulatorio.

Objetivos clínicos en un programa hospitalario basado en mindfulness

En unidades psiquiátricas hospitalarias en las que hay pacientes con trastornos del estado de

ánimo, ansiedad y problemas relacionados con la impulsividad (p. ej. TLP y bulimia nerviosa) los objetivos de practicar el mindfulness son los siguientes:

- Ayudar a los individuos a los que se les ha diagnosticado una *depresión mayor* (durante una remisión parcial o una fase sintomática moderada/no aguda) a aprender las habilidades que les ayudarán a abordar con eficacia la disforia y sus cambios de estado mental y a detener y prevenir la rumiación y una posible recaída posterior.
- Entrenar a los pacientes con problemas para *controlar los impulsos* (p. ej. TLP) a adoptar un *estilo mental y una actitud metacognitiva* diferentes hacia estados emocionales, sensaciones y pensamientos problemáticos, incompatibles con una conducta impulsiva y disfuncional (autolesión, atracón, consumo de sustancias, etc.) o evitación experiencial (huida, disociación, etc.) que los pacientes suelen afrontar con esos estados.
- Ayudar a los pacientes con *trastorno de ansiedad* (pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo) a desarrollar una actitud mental nueva y más funcional (observación, aceptación y descentramiento) hacia sus propios síntomas físicos y, en general, hacia su experiencia interior.

En general, a todos los pacientes ingresados, independientemente del diagnóstico, se les enseña a observar y a ser conscientes intencionadamente y en todo momento de sus pensamientos, sensaciones corporales y emociones, estando y permaneciendo en el momento presente, desarrollando una forma distinta de relacionarse con su experiencia privada. Más específicamente, se les enseña a adquirir y a desarrollar la capacidad de *reconocer y aceptar conscientemente sin juzgar* (sin “rechazar” y sin “apego”) las emociones y los pensamientos no deseados como una alternativa a activar sus modos habituales, automáticos y preprogramados, que tienden a perpetuar sus problemas psiquiátricos. Además, los pacientes aprenden a adquirir la capacidad de elegir la respuesta más efectiva a cualquier pensamiento, sensación y situación desgradable con la que puedan encontrarse (i.e.; respondiendo vs. reaccionando, pasando de un modo “hacer” a un modo “ser”, etc.). Otras habilidades y actitudes que se enseñan en los grupos de mindfulness son no guiarse, durante los ejercicios de mindfulness, por un objetivo, ni luchar por lograr determinado estado (p. ej. relajación, felicidad, paz, etc.), y desarrollar conciencia de cómo puede manifestarse un problema en y a

través del cuerpo.

Ejemplo de programa basado en mindfulness en tratamiento hospitalario

Encuadre

Un ejemplo de la aplicación de un enfoque de meditación para pacientes hospitalizados puede encontrarse en el programa de terapia basada en mindfulness en tratamiento hospitalario (MBPIT) del Departamento de psiquiatría de la clínica *Villa Margherita* de Vicenza (Italia), en el que una versión adaptada de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002) conforma la parte más importante de un programa de tratamiento integrado principalmente basado en el enfoque cognitivo-conductual. Más concretamente, este departamento ofrece práctica de mindfulness para los pacientes ingresados en su Unidad de Trastornos de Ansiedad y Comportamiento y para la Unidad de TLP.

En este programa la duración de la hospitalización es de cuatro semanas y la frecuencia de la práctica de mindfulness es de 2 sesiones a la semana (2 h/sesión) más dos sesiones de práctica diaria de media hora cada una (*sesiones de mindfulness por la mañana y por la tarde*). El número de participantes varía significativamente y oscila entre seis y dieciocho porque depende de la condición física y psicológica de los pacientes cada día.

El material suministrado durante las sesiones incluye material impreso con los fundamentos que sustentan la sesión y la utilidad del grupo, explicaciones e instrucciones de cómo realizar los ejercicios, formulación de problemas, citas, historias y una cinta o un CD ROM con ejercicios de mindfulness dirigidos para la práctica diaria. Para los pacientes con TLP, la práctica de mindfulness se integra con un grupo de entrenamiento de habilidades (Linehan, 2003), terapia en grupo expresión corporal y terapia cognitivo-conductual individual (CBT). Para los pacientes que sufren de ansiedad o de trastornos de conducta (en particular depresión profunda y trastorno obsesivo compulsivo severo), la práctica del mindfulness se integra con sesiones de terapia cognitiva en grupo, terapia de expresión corporal en grupo y CBT individual.

Los grupos de mindfulness siempre están dirigidos por dos profesionales: un instructor y un asistente.

Forma adaptada de MBCT

En el programa de la unidad hospitalaria, el equipo de tratamiento consideró útil proporcionar e implementar una forma adaptada de MBCT (Segal et al.; 2002), que difiere del enfoque original en la duración de algunos ejercicios, la introducción a nuevos ejercicios de meditación, el formato de las sesiones y la frecuencia de las reuniones (dos veces por semana). Como ocurre en toda práctica basada en mindfulness, a los participantes se les enseña a practicar ejercicios *formales* (meditación mindfulness) e *informales* (aplicación de actitudes y habilidades de mindfulness en la vida cotidiana) (véase también el Capítulo 1 de este libro). Los *ejercicios de meditación formal* incluyen “caminatas conscientes”, “comida consciente” (el ejercicio de las pasas de uvas), “meditación sentada” (mindfulness de respiración/cuerpo/sonidos/pensamientos; véase también el Anexo A de este volumen), “mindfulness del cuerpo” (escaneo corporal, véase también el Anexo A de este volumen), “movimientos conscientes, estiramientos/yoga,” “el lugar seguro” (ejercicio de visualización dirigida), *práctica de la mañana* (respiración consciente) y *práctica de la tarde* (meditación de la montaña, meditación del lago, meditación del mar, etc.), ejercicios al aire libre y mindfulness relacional (en parejas). Los *ejercicios de meditación informal* incluyen mindfulness durante las actividades cotidianas, mindfulness al experimentar acontecimientos agradables/desagradables, respiración consciente (la respiración como “ancla”), el *espacio para respiración de 3 minutos* y los ejercicios de “los pensamientos no son hechos” (Segal et al.; 2002), paseo libre consciente, mindfulness de vista y sonidos (véase el Anexo A) y meditación de los alimentos durante la comida.

Formato típico de una sesión en grupo basada en mindfulness hospitalaria

La duración de una sesión de mindfulness en grupo es de una hora y media, en una gran sala en la que los pacientes disponen de cojines, colchonetas y sillas. Pueden elegir con total libertad si prefieren sentarse en una silla o en una colchoneta, pero la mayoría eligen estas últimas. En

cada sesión se suelen utilizar los siguientes pasos.

- Cuando los pacientes se han instalado en la sala, sobre colchoneta o en silla, y tras pasar lista (sólo se admiten en la sesión los pacientes que el equipo de profesionales considera preparados para el tratamiento), el instructor empieza a explicar y a ilustrar los objetivos del grupo, el significado general y el fundamento del mindfulness para los problemas de los pacientes (formulación de problemas, aceptación, actitud de no juzgar, exposición), y la consistencia y la integración del grupo con las otras terapias del programa de tratamiento.
- Explicación del primer ejercicio de mindfulness, que normalmente se elige en función de la composición del grupo de la sesión, evaluando los posibles problemas de los pacientes presentes.
- Ejercicio de mindfulness formal (20-40 minutos).
- Revisión de la práctica e intercambio de comentarios sobre el ejercicio.
- Comprensión del significado y del fundamento del ejercicio para los problemas de los pacientes utilizando comentarios, sugerencias, preguntas, dificultades y ventajas que surgen durante el mismo.
- Pausa (10 minutos).
- Meditación final (10-15 minutos).
- Intercambio de comentarios sobre el ejercicio.
- Asignación de la tarea y entrega de material para los participantes (material impreso, descripciones de los ejercicios, citas, CD para practicar).

Los ejercicios y los temas del grupo deberían ir en ciclos continuos.

Obstáculos y dificultades en los grupos hospitalarios

Como ya se ha dicho, durante los grupos de mindfulness hospitalarios tenemos que abordar varios problemas que por lo general no son tan frecuentes en los grupos ambulatorios.

- *Activación emocional:* Varios ejercicios de mindfulness, en particular aquellos en los que se pide a los pacientes que permanezcan muy en contacto con sus sensaciones físicas y corporales, pueden activar emociones intensas, especialmente ansiedad. A menudo los pacientes pueden tener una sensación de falta de control tras estar mucho rato sentados o después de un ejercicio de meditación tumbada debido a la sensación de relajación y porque no quieren estar en contacto con un cuerpo al que a menudo odian (normalmente en pacientes que han sufrido abuso sexual y que están traumatizados) y que han evitado o dañado o castigado en el pasado. Por esas razones algunos pacientes pueden activar sentimientos intensos de culpa, vergüenza, disgusto y ansiedad y pueden distraerse con facilidad frecuentemente, pedir pausas o incluso abandonar el grupo de repente.
- *Crisis disociativas:* la disociación puede considerarse una forma más extrema de evitación de sensaciones no deseadas y dolorosas. Este síntoma suele encontrarse en pacientes que sufren de trastorno por estrés postraumático (véase también el Capítulo 16 de este libro) o TLP. De hecho, puede ser un problema importante y discapacitador durante el trabajo en grupo, pero no es tan frecuente como podría imaginarse. En la experiencia clínica del autor, sólo ha habido cuatro o cinco crisis disociativas agudas durante sesiones de mindfulness en grupo en los varios años de práctica con cientos de pacientes ingresados con experiencias traumáticas y TLP.
- *Pacientes que se quedan dormidos:* los pacientes pueden quedarse dormidos como resultado de la medicación, de una relajación excesiva o incluso como forma de evitación.
- *Ruidos de fondo molestos:* los ambientes hospitalarios y los servicios de salud mental por lo general no se diseñan como “centros de meditación”. Así pues, los ruidos normales en esos contextos pero intrusivos para la sesión pueden molestar a los pacientes durante los ejercicios de meditación. Siempre se invita a los pacientes a considerar los ruidos como sonidos particulares y acontecimientos transitorios que se convierten en objeto de conciencia aquí y ahora y convertirlos en oportunidades de desarrollar una aceptación sin juzgar hacia las dificultades.
- *Los que llegan tarde:* no es extraño que los pacientes ingresados lleguen tarde a las sesiones en grupo. Es algo que puede perturbar los ejercicios de mindfulness, que requieren silencio. Ocurre por las dificultades que tienen muchos pacientes a la hora de

seguir las reglas, ya sea por sus problemas psicológicos o porque tienen prioridades inadecuadas durante su estancia en el ambiente hospitalario.

— *Problemas físicos o malestar*: algunos pacientes, sobre todo los mayores (véase el Capítulo 23 de este libro), pueden asociar enfermedad psicológica con problemas físicos y eso puede crear varias dificultades al intentar practicar determinados ejercicios de mindfulness (p. ej. meditación sentada o meditación andando).

Estrategias de afrontamiento ante las dificultades

A fin de hacer frente a los problemas y obstáculos que los pacientes internados severos pueden tener durante el grupo, las siguientes estrategias, que se han desarrollado con la experiencia clínica, pueden resultar de utilidad.

— *Garantizar la práctica diaria*: una de las estrategias más importantes para abordar con eficacia los problemas que surgen durante un grupo de mindfulness hospitalario es garantizar que los pacientes practican el mindfulness de manera consistente y regular a diario con la guía de los instructores que tienen amplia experiencia y habilidades en relación con los problemas que sufren esos pacientes ingresados.

— *Proporcionar dos terapeutas para cada sesión*: es muy importante que los grupos de mindfulness para pacientes graves estén guiados y dirigidos por dos líderes: un líder (instructor) y un observador (asistente). Es importante para que si un paciente tiene cualquier dificultad, el observador, o colíder, pueda intervenir para intentar ayudarle a superar el problema o a aguantar hasta el final del ejercicio, mientras que el líder puede proseguir dando instrucciones del ejercicio para el resto del grupo.

— *Aportar ayuda individual*: los pacientes difíciles requieren ayuda individual entre las sesiones en grupo a fin de optimizar y permitir su participación en el mismo. Con el fin de impedir la evitación experiencial contraproducente, es importante ayudar a los pacientes que están preparados para formar parte del grupo pero que o bien dudan en participar por la primera vez o bien han tenido experiencias difíciles o aterradoras en una sesión y están dudando en regresar al grupo.

- *Evitar, si cabe la posibilidad, los grupos grandes* con pacientes agudos (máx. 8-10 participantes). Los grupos grandes aumentan el riesgo de problemas significativos y difíciles que deben manejarse durante las sesiones. Es algo especialmente problemático si los líderes no tienen mucha experiencia en dirigir grupos de mindfulness para problemas psiquiátricos.
- *Selección de los pacientes*: no todos los pacientes admitidos están preparados para participar en el grupo de mindfulness debido a varias características clínicas y de personalidad (véase la sección siguiente).
- *Dar/proporcionar más instrucciones durante los ejercicios que en los grupos ambulatorios*: los pacientes ingresados por lo general necesitan ser dirigidos con frecuencia durante el proceso de meditación porque tienden a distraerse con mayor facilidad que los pacientes ambulatorios, sus mentes tienden a vagar o a rumiar fácilmente y tienden a perder el contacto con el aquí y el ahora con facilidad.
- *Mantener a los pacientes más difíciles cerca del líder del grupo*: a fin de poder ayudar rápidamente a los pacientes que pueden experimentar problemas con mayor facilidad durante la sesión (p. ej. ansiedad, disociación, dolor), puede resultar útil pedirles que se sienten o que se tumben cerca de los líderes. Esto suele dar a los pacientes un sentido de protección y de seguridad que les permite quedarse y permanecer en contacto con estados internos difíciles.
- *Ofrecer apoyo y ánimo a los pacientes en situación de dificultad*. Si resulta necesario o adecuado, los líderes pueden tomar las manos de los pacientes que estén nerviosos, ansiosos o en riesgo de disociación.
- *Acompañar a los pacientes que experimentan dificultades a regresar su habitación*: si resulta necesario, los pacientes para los que sea muy difícil hacer frente a sus problemas deberían ser acompañados a su habitación para impedir crisis intensas (p. ej. disociación, pánico, etc.) que pudieran comprometer la continuidad de toda la sesión.
- *No permitir la entrada a los pacientes que lleguen tarde*: cuando un grupo ha empezado, los que lleguen tarde no deberían poder entrar porque pueden molestar a los participantes durante el ejercicio de meditación. Además, es importante establecer reglas y disciplina

para transmitir y compartir un sentimiento de prioridad y de respeto hacia los demás.

- *Utilizar música de fondo:* para permitir que los pacientes ingresados permanezcan en contacto con su experiencia privada en el aquí y el ahora durante mucho tiempo, suele ser útil utilizar una música suave de fondo que puede acompañar suavemente a los pacientes durante el difícil proceso de la exploración de experiencias internas difíciles y molestas. Por lo general la música de fondo no se experimenta como una fuente de distracción y ayuda a permitir a los pacientes mantener la concentración en el momento presente.
- *Progresar gradualmente en la aplicación de los ejercicios:* a medida que la dificultad de los ejercicios aumenta, los pacientes ingresados con enfermedades difíciles deben introducirse a los ejercicios más gradualmente que los pacientes ambulatorios. Para ello, se puede pasar de ejercicios exteroceptivos (conciencia sensorial externa; p. ej. mindfulness de vista y sonidos) a ejercicios interoceptivos (mindfulness interior; p. ej. escaneo corporal, meditación sentada), de ejercicios más cortos (5-10 minutos) a ejercicios más largos (30-40 minutos) y de meditación informal (mindfulness de la vida cotidiana) a meditación formal.
- *Seleccionar los ejercicios de la sesión en función de la composición del grupo:* si en un grupo hay varios pacientes nuevos, inexpertos o molestos, los líderes tendrán que elegir ejercicios que no sean demasiado activadores.
- *Animar a los pacientes a utilizar las dificultades como oportunidades:* durante las sesiones en grupo, se debería animar a los pacientes a utilizar las dificultades (p. ej. emociones y pensamientos estresantes, automalestar o malestar, ruidos de fondo, conductas molestas de los participantes, etc.) durante las sesiones *como oportunidades* de promover y desarrollar actitudes de aceptación y de no juzgar en lugar de como problemas u obstáculos.
- *Se debe despertar a los pacientes que se duerman durante la sesión:* mindfulness significa estar presente en cada momento. Cuando uno se duerme simplemente no es consciente del momento presente y pierde una oportunidad de aprender esta actitud.

Criterios de exclusión de un grupo basado en mindfulness hospitalario

La experiencia clínica sugiere que los grupos basados en mindfulness no resultan adecuados para pacientes graves ingresados que manifiesten determinados trastornos y características clínicas estables o temporales. Así pues, los pacientes deben seleccionarse con sumo cuidado antes de participar en cada sesión en grupo. Los trastornos que podrían determinar la no adecuación de determinados pacientes son:

- *Pacientes en fase depresiva aguda y afectados de forma demasiado severa como para poder establecer una relación con el instructor y con el grupo.*
- *Pacientes con síntomas psicóticos severos activos o con un sistema delirante extensivo.*
- *Pacientes bipolares en estado eufórico/maníaco.*
- *Pacientes con riesgo severo de crisis disociativa.*
- *Pacientes con déficit/discapacidad cognitiva severa y gran retraso o agitación, y que presentan poco insight o introspección.*
- *Pacientes poco motivados o hipercríticos con una actitud de oposición, o que no desean o no pueden colaborar en grupo.*
- *Pacientes bajo los efectos de fármacos u otras sustancias (alcohol, opiáceos, hachís, etc.).*

Cuando los trastornos mencionados dejen de ser estables y los pacientes empiecen a mejorar durante la hospitalización, podrán admitirse en el grupo de mindfulness.

Mensajes útiles para abordar las dificultades de los grupos

Durante las sesiones de mindfulness en grupo, el instructor puede ayudar a los participantes a abordar cualquier dificultad que pueda surgir con mensajes específicos consistentes con las actitudes y los principios del mindfulness hacia el sufrimiento. A continuación se presentan algunos de esos mensajes.

- “Permanece en contacto con tu experiencia” (emoción, pensamiento, sensación, sentimiento); “Tú puedes hacerlo”; “Sí, puedes”; “Permítelo...”; “No lo evites...”; “No luches contra ello”; “No intentes escapar”; “Acéptalo”; “No lo juzgues” (aceptación, permitir la experiencia interior).
- “Inspira”; “Permanece en contacto con tu respiración”; “Respira conmigo” (la respiración como ancla, descentramiento y defusión).
- “Está bien sentirse así, no es malo”; “Sea lo que sea, está bien”; “Es solamente lo que está bien en este momento (sin juzgar).
- “Siente esta emoción”; “No escapes de ella”; “No hace daño” (avanzando hacia la experiencia privada y cruzándola).
- “Los pensamientos son sólo pensamientos, hechos mentales pasajeros y no permanentes”; “Este pensamiento no es ‘tú’ ni la realidad”; “Los pensamientos no son hechos” (relacionarse de otra manera con los pensamientos, desidentificación).

El objetivo de todas esas frases es ayudar a los pacientes a superar, durante la sesión, el punto en el que tenderían a activar la evitación experiencial o las reacciones disfuncionales (p. ej. autolesión, rumiación, etc.) como dificultades y problemas relacionados con las experiencias privadas que surgen. Muchas veces los pacientes indican que con el tiempo logran encarnar e interiorizar esos mensajes y utilizarlos de manera autónoma para abordar las dificultades en situaciones no terapéuticas.

Resumen

Los programas de tratamiento basados en aceptación y en mindfulness pueden adoptarse efectivamente en encuadres de internación hospitalaria, en especial en unidades especializadas para trastornos específicos, y son intervenciones que pueden optimizar los recursos del personal. Estos tipos de enfoques ofrecen una manera rentable de enseñar genéricamente habilidades útiles para desvincular a los pacientes de los modos de procesamiento cognitivo disfuncionales que caracterizan los trastornos severos y agudos. Además, esta forma de

tratamiento parece obtener buena adherencia y parece ser bien tolerada incluso por pacientes con niveles elevados de malestar o de trastorno.

A diferencia del tratamiento ambulatorio, en un encuadre de internación hospitalaria, la atmósfera y el entorno médico pueden desempeñar un papel importante en la implementación y en los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness. Las situaciones hospitalarias pueden ofrecer a los pacientes la oportunidad de seguir un programa intensivo con sesiones de mindfulness más frecuentes y práctica de meditación a diario.

Sin embargo, ofrecer práctica de mindfulness para trastornos severos y agudos en el contexto hospitalario no es una tarea sencilla y requiere que los practicantes y los profesionales entiendan los muchos obstáculos y problemas que caracterizan a las unidades hospitalarias, y que son básicamente inexistentes en el tratamiento ambulatorio. Dificultades que quieren decir que deben utilizarse formatos y organización específicos al implementar las intervenciones basadas en mindfulness en un encuadre hospitalario, es decir, la estructura de las intervenciones debe adaptarse a la población y al entorno hospitalario. Por otra parte, deben utilizarse varias estrategias generales y específicas útiles para hacer frente a las dificultades de los pacientes durante los grupos de mindfulness. Sin embargo, y como se ha explicado antes, la intervención de mindfulness no resulta adecuada para todos los pacientes internados y la selección de quién se adecua o no puede hacerse con algunos criterios de exclusión de los grupos de mindfulness que proceden de la experiencia clínica del autor.

A fin de implementar un programa basado en mindfulness efectivo en tratamiento hospitalario es importante destacar que todo el personal terapéutico tiene que estar formado en mindfulness y es importante intentar y mantener el enfoque de los distintos miembros del personal lo más consistente posible. También se debe supervisar de manera regular.

En todas las intervenciones de tratamiento y mientras dure la estancia de los pacientes, el énfasis debe estar en los principios de *aceptación* y del *aquí y el ahora*. También es importante que tanto los pacientes como los instructores practiquen el mindfulness periódicamente para que sea efectivo en el tratamiento hospitalario.

Aunque la experiencia clínica sugiere que en general no existen contraindicaciones

particulares en el tratamiento basado en mindfulness para problemas severos y graves, deben utilizarse métodos específicos, estrategias, ejercicios y estilos de meditación, p. ej. la forma en la que se propone la práctica de la meditación, para varias formas de patología severa y problemas psicológicos (psicosis, TLP, trastornos disociativos, etc.). El éxito y/o el fracaso de todo ello deberá analizarse para entender qué estrategias funcionan mejor para qué pacientes y con qué trastornos. Implementar el trabajo en grupo basado en mindfulness con pacientes internados con problemas graves suele requerir un progreso gradual en cuanto a la dificultad de los ejercicios propuestos. De hecho, puede hacerse pasando de ejercicios exteroceptivos a ejercicios interoceptivos, de ejercicios más breves a ejercicios más largos y de meditación informal a meditación formal (Didonna, 2008).

En lo que a resultados se refiere, hasta la fecha existen pocos estudios controlados y aleatorios (Bach y Hayes, 2002; Katz et al.; 2000) que hayan evaluado la efectividad de las intervenciones basadas en aceptación y en mindfulness en tratamiento hospitalario. Eso se debe a que la aplicación de este enfoque se encuentra en una fase relativamente temprana y también porque es muy difícil demostrar la efectividad de una intervención terapéutica (como la práctica del mindfulness) en un ambiente hospitalario, separándola del resto de las numerosas variables terapéuticas específicas y no específicas que caracterizan un programa de tratamiento hospitalizado. Por ejemplo, resulta bastante difícil diferenciar el efecto del entorno médico del efecto específico de la terapia y diferenciar el impacto de cada intervención en el resultado final. Sin embargo, existen varios estudios cualitativos alentadores (Barley et al.; 1993; Bohus et al.; 2000; Gaudiano y Herbert, 2006; Katz et al.; 2002; York, 2007), cuyos resultados sugieren que los pacientes valoran la intervención basada en mindfulness y que la consideran beneficioso para el alta y que el mindfulness puede ser un componente clave en un programa hospitalario terapéutico.

Queda claro que se necesita más investigación para establecer si los beneficios se mantienen o no en el seguimiento y para entender cómo la mejora clínica en el momento del alta hospitalaria puede asociarse con los cambios en materia de habilidades de mindfulness.

Las intervenciones basadas en mindfulness no son una serie de técnicas terapéuticas sino que intentan ofrecer a los pacientes un nuevo estilo cognitivo, una “forma de ser” y un enfoque

general a la vida y al sufrimiento. Por ese motivo, el mindfulness puede utilizarse de manera efectiva incluso con individuos con niveles elevados de sufrimiento, como pacientes hospitalizados, si somos capaces de transmitirles no sólo las técnicas de meditación sino sobre todo los principios básicos y centrales de la perspectiva basada en mindfulness (aceptación, compasión, aquí y ahora, sin juzgar, etc.), cuyo objetivo es comprender las causas del sufrimiento individual y reducirlo.

Referencias

- 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, 1129-1139.
- BAER, R. (2003). “Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- BARLEY, W.D.; BUIE, S.E.; PETERSON, E.W.; HOLLINGSWORTH, A.S.; GRIVA, M.; HICKERSON, S.C.; et al. (1993), “The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder”. *Journal of Personality Disorder*, 7, 232-240.
- BOHUS, M.; HAAF, B.; STIGLMAYER, C.; POHL, U.; BOHME, R.; LINEHAN, M. (2000). “Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder-A prospective study.” *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- DIDONNA, F. (2008). *Mindfulness and its clinical applications for severe psychological problems: conceptualization, rationale and hypothesized cognitive mechanisms of change* (a la espera de publicación).
- GAUDIANO, B.; HERBERT, J. (2006). “Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results”. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415-437.
- KATZ, L.Y.; GUNASEKARA, S.; MILLER, A.L. (2002). “Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient parasuicidal adolescents”. *Adolescent Psychiatry: The Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry*, 26, 161-178.

KATZ, L.Y.; GUNASEKARA, S.; COX, B.J.; MILLER, A.L. (2000). "A controlled trial of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients". Presented at annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Nueva York.

LINEHAN, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.

LINEHAN, M.M.; ARMSTRONG, H.; SUAREZ, A.; ALLMONN, D.; HEARD, H. (1991). "Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients". *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

MASON, O.J.; HARGREAVES, I. (2001). "A qualitative study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression". *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

SINGH, N.N.; SINGH, S.D.; SABAADI, M.; MYERS, R.E.; WAHLER, R.G. (2006). "Enhancing treatment team process through mindfulness-based mentoring in an inpatient psychiatric hospital". *Behavior Modification*, 30(4), 423-441.

YORK, M. (2007). "A qualitative study into the experience of individuals involved in a mindfulness group within an acute inpatient mental health unit". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(6), 603-608.

25

Formando profesionales en las técnicas de mindfulness: el corazón de la enseñanza

Susan Lesley Woods

La cosa más práctica que podemos lograr en cualquier tipo de trabajo es introspección de lo que está ocurriendo dentro de nosotros mientras lo hacemos. Cuanto más familiarizados estemos con nuestro terreno interior, más firme será nuestra enseñanza –y nuestra vida.

Parker Palmer

En la actualidad hay mucho interés en la utilización de enfoques basados en mindfulness en la práctica clínica y eso es algo que plantea varias preguntas interesantes sobre la formación de los profesionales de la salud. Existen varias modalidades de tratamiento que utilizan el mindfulness pero no hay quórum todavía en cuanto a los componentes y las características del mindfulness en lo relacionado con el medio clínico. Además, algunos programas clínicos basados en mindfulness utilizan la práctica del mindfulness como clave del enfoque, mientras que otros utilizan el mindfulness como un grupo de habilidades. Sin embargo, el núcleo del mindfulness es más que un método clínico o un conjunto de habilidades y precisamente por eso presenta algunos problemas atípicos para la formación profesional. En este capítulo se destacan las maneras en las que algunos cursos basados en mindfulness se diferencian de otros programas de formación profesional.

Los profesionales de la salud están acostumbrados a formarse en teorías y técnicas particulares y obtener la experiencia directa a través de la aplicación de esas técnicas en la práctica clínica. Y de hecho, algunos aspectos del mindfulness pueden enseñarse a través de nuestros medios habituales de comunicación del conocimiento mediante la transmisión de conceptos y el intelecto. Pero hay una parte importante del mindfulness que sólo puede descubrirse y comunicarse verdaderamente cuando el facultativo/instructor encarna este

enfoque de todo corazón. Con eso queremos decir ir más allá del método para conectar con el corazón, entendiendo el sentido antiguo de la palabra *corazón*, como el lugar donde el intelecto, la emoción y el espíritu convergen en el ser humano (Palmer y Parker, 1998). Esto dota de un énfasis distinto al aprendizaje clínico porque quiere decir brindar mindfulness desde una posición que sintoniza con autenticidad con respecto a lo que la práctica aporta a la vida del facultativo. Por desgracia, va más allá del alcance de este capítulo comentar cada programa clínico que incorpora aspectos de prácticas basadas en mindfulness. Así pues, nos centraremos solamente en dos: la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR) (Kabat-Zinn, 2004) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2006). Dado que ambos programas hacen hincapié en la práctica de mindfulness formal e informal, nos permite hablar de los elementos del mindfulness tal y como se enseñan en los programas MBSR y MBCT y cómo los encarna el profesor. A través de esa encarnación, el profesor modela una manera de comunicar un sentido de unidad y de integración sobre la experiencia de mindfulness y sus relaciones en el mundo que ofrezca una presencia genuina. Desde esta posición podemos abordar cuestiones claves de la formación.

El MBSR es el programa en el que se basan muchos otros enfoques clínicos. MBSR y MBCT son básicamente lo mismo pero difieren en los grupos clínicos a los que se dirigen y también en la manera en la que se orienta el aprendizaje. Ambos programas, que se ofrecen en formato de grupo, aportan un entrenamiento riguroso en meditación mindfulness formal diaria y en cómo integrar su práctica en la vida cotidiana. La MBSR funciona con pacientes con una amplia gama de diagnósticos médicos, psicológicos y relacionados con el estrés. La MBCT va destinada a una población clínica específica, a personas vulnerables a recaer en la depresión, y añade un componente adicional, elementos de un tratamiento psicológico tradicional, terapia cognitivo-conductual.

El corazón de la cuestión

El mindfulness se origina en la tradición contemplativa budista. Se ha descrito como una conciencia que surge de prestar atención a propósito, en el momento presente y sin juzgar a las experiencias que se despliegan en cada momento (Kabat-Zinn, 2003; Baer, 2003). Dimidjian y

Linehan proponen que los componentes clave del mindfulness se pueden categorizar en (1) observar, darse cuenta y toma de conciencia; (2) describir, etiquetar, anotar; y (3) participar. También identifican tres características integradas en como uno se implica en esas actividades: (1) sin juzgar, con aceptación y permitiendo; (2) en el momento presente, con una mente de principiante; y (3) efectivamente (Dimidjian y Linehan, 2003). Esta descripción constructiva de los componentes y las características que pueden integrarse en el mindfulness resulta de gran utilidad para aportar cierta claridad a los factores con los que vamos a practicar y que vamos a utilizar al enseñar mindfulness.

La práctica del mindfulness ofrece una manera de observar directamente la naturaleza de los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas, y cómo contribuyen a la felicidad o al sufrimiento. La atención se dirige hacia el examen de todas las experiencias que surgen en el momento presente. No es un proceso pasivo sino un compromiso de despertar deliberado y de buen corazón. Con una práctica sostenida, es posible ver las muchas maneras en las que somos secuestrados al desear que las cosas sean distintas a como son en realidad. Como resultado de un esfuerzo continuado, de energía y de paciencia, este “toma de conciencia” presenta la posibilidad de depender menos en el pensamiento autoabsorbido, las emociones y las conductas y de tener más opciones, especialmente cuando se presentan con situaciones estresantes o dificultades.

Hasta hace poco en Occidente se daba poca importancia al estudio de la mente humana para entender el rol de los estados y las emociones mentales positivos. En vez de eso, la psicología prestaba atención a trastornos de pensamiento y estado de ánimo negativos y al desarrollo de una gama de intervenciones psicológicas diseñadas para funcionar con modos mentales poco útiles. Dirigir la atención hacia la investigación de los estados mentales que engendran felicidad, amor, compasión, alegría, generosidad y ecuanimidad es algo que ha estado abandonado durante mucho tiempo. También se han ignorado, hasta hace poco, los métodos de enseñanza de estados mentales positivos como la bondad y la compasión en el establecimiento y el desarrollo de la relación terapéutica. De hecho, el enfoque ha tendido a basarse en un sentido de neutralidad constructiva basado en una técnica teórica particular o una mezcla de varios métodos como manera de trabajar con el material presentado en la terapia (Freedberg, 2007).

Tanto en la psicología occidental como en la tradición contemplativa budista, las emociones y las construcciones mentales se ven como fuertes influencias en cómo pensamos y nos comportamos. Varias escuelas de budismo enseñan que algunas cualidades de la mente son más útiles que otras para crear felicidad duradera y transformación (Goleman, 2003). El ansia, el odio, el aferrarse a un sentido de “yo”, “mí” o “mío” se consideran estados mentales dañinos, mientras que dedicar los esfuerzos a reforzar y a desarrollar atención, concentración y mindfulness lleva a una ecuanimidad y una sabiduría basadas en la comprensión de las condiciones que desembocan en la felicidad y la infelicidad (Ekman, Davidson, Ricard y Wallace, 2005). Cuando se le preguntó al *Dalai Lama* qué podría contribuir a estados mentales sanos, respondió: “creo que cultivar los estados mentales positivos, como la amabilidad y la compasión, conduce decididamente a una mejor salud psicológica y a la felicidad”. (*Dalai Lama* y Cutler, 2004).

Aunque la compasión sea un tema central en psicoterapia, no está definida ni se entiende con claridad y sin embargo se considera un componente central del camino hacia la salud y la curación (Glaser, 2005). La compasión suele entenderse como una especie de simpatía y preocupación por el sufrimiento o la desgracia del otro junto con la capacidad de reaccionar ante esa pena. No se debe confundir con el sentir pena por alguien, que lleva implícito un sentimiento de superioridad. En cambio, un precursor para el establecimiento de la compasión es la empatía, la apreciación del sentir de otro y el hecho de comprender que como seres humanos de vez en cuando nos encontraremos con dificultades. La bondad y la compasión, cuando se amplían hacia uno mismo y se proyectan hacia fuera, hacia los demás, tienden a relajar los juicios que tenemos de nosotros mismos y de los demás y se caracterizan por un profundo estado de comprensión.

La comprensión y la compasión desempeñan papeles importantes en nuestro trabajo como facultativos. Se ha sugerido que cuidar de nosotros mismos, además de cuidar de nuestros pacientes, resulta especialmente relevante para que la terapia sea efectiva (Gilbert, 2006). Las pruebas también sugieren que cuando los profesionales de la salud no están satisfechos con sus trabajos y experimentan malestar psicológico, el cuidado de los pacientes se resiente (Shanafelt, Bradley, Wipf y Black, 2002). Trabajar como profesional de la salud aporta sus propios factores de estrés, en particular para aquellas personas cuyo trabajo implica

constantemente trabajar con poblaciones clínicas con niveles elevados de sufrimiento. Cuando Shapiro et al.; organizaron un programa MBSR de ocho semanas de duración para terapeutas en formación, los resultados indicaron una reducción en el estrés percibido. Además, los participantes de este estudio demostraron tener niveles más elevados de afecto positivo y de autocompasión (Shapiro, Brown y Biegel, 2007). Unos resultados preliminares que parecen ofrecer a los profesionales del sector de la salud un camino para desarrollar una respuesta más sana a los efectos de los factores de estrés de sus propias vidas y cuando trabajan con pacientes.

Elementos de aprendizaje en MBSR/MBCT

A. Conciencia encarnada

Muy pronto, en los programas MBSR y MBCT se destaca una exploración de las sensaciones corporales. De hecho, no es territorio habitual en tratamientos psicológicos. El cuerpo como contenedor y recurso de información y sabiduría a menudo no se tiene en cuenta. En los programas MBSR y MBCT, se redescubre la inteligencia intuitiva del cuerpo, enfatizada y apoyada no sólo por lo que se encuentra en la práctica de la meditación sino también mediante los aspectos de movimiento consciente de los programas. Demasiado a menudo sólo nos damos cuenta del cuerpo cuando aparece dolor físico o malestar. Unos sencillos movimientos conscientes pueden recordarnos que podemos movernos por el placer de estar movimiento, porque sí, y pueden ayudar a establecernos en nuestros cuerpos. Incorporar atención y conciencia específicas al movimiento como vehículo de conocimiento proporciona un almacén de información. Puede alertarnos de conexiones somáticas antes de que las detectemos cognitivamente y eso, a su vez, puede identificar maneras preativas de cuidar de nosotros mismos. Los que deseen enseñar en los programas MBSR y MBCT necesitarán tener un sistema personal de movimiento consciente como yoga, taichi, qigong.

Cuando el profesor de MBSR y de MBCT comunica una postura de conciencia sincera hacia todo lo que va apareciendo en cada momento a través de la práctica del mindfulness, incluidas

las sensaciones físicas, surge una relación diferente con el dolor y con el sufrimiento. Al reforzar la relevancia de cada momento en lugar de buscar cambiar o disputar lo que surge o intentar interpretar el pasado o predecir el futuro, se destaca un nuevo marco de referencia. En los enfoques psicológicos tradicionales, las intervenciones suelen asumir que pasa algo que debe arreglarse o ajustarse. El mindfulness postula lo contrario: al sentir curiosidad por las experiencias sensoriales internas (cuerpo, emociones, cogniciones) se destapa la salud intrínseca, y en este *insight* o introspección reside el reconocimiento de ser una parte del todo (Kabat-Zinn, 1996). Se trata de algo que tiene implicaciones importantes para las enfermedades de salud mental que se presentan con un apego excesivo al pensamiento egocéntrico.

Conciencia en el diálogo

El mindfulness permanece con firmeza en el momento presente. Se centra en lo que ocurre aquí y ahora, en lo presente. Una postura con distintos centros en función de los métodos psicológicos y en la que examinar la historia pasada y su relación con las dificultades presentes es un enfoque esencial. Un tema central e importante en los programas de MBSR y de MBCT es permitir que conciencia y atención se dirijan hacia la exploración interior de la naturaleza emergente de las sensaciones físicas, emocionales y cognitivas en el presente, y también la articulación hacia el exterior de ese proceso. Para ello hace falta un tipo especial de capacidad de respuesta por parte del profesor.

La palabra “investigar”, utilizada a menudo para describir este proceso, a veces puede transmitir un sentido de búsqueda de algo en particular. Esa sugerencia de que hay algo que encontrar puede crear un marco de trabajo más centrado en lo que surge de los grupos MBSR y MBCT. Utilizar la palabra “diálogo” para describir el significado del proceso de investigación permite tener un marco de referencia más espacioso y que avale un sentido de descubrimiento y de “exploración de un asunto” más que de búsqueda de respuestas.

En cierto modo la instrucción y el hecho de impartir prácticas de mindfulness en MBSR y MBCT pueden aprenderse modelando y repitiendo hasta que el lenguaje básico de instrucción se aprenda de memoria. Pero el maestro que funcione desde una posición de mera

memorización tendrá dificultades para organizar el debate y la exploración de la práctica de mindfulness, que incluye una porción importante de las clases. El profesor que se base principalmente en la técnica tendrá que aprender a lidiar con los comentarios, las preguntas y las experiencias que surjan de la práctica del mindfulness. Responder desde una mente meramente orientada hacia conceptos de paciente, diagnóstico, enfermedad o trastorno es dejar fuera todo lo que el mindfulness tiene el potencial de ofrecer.

En cambio, el profesor de MBSR/MBCT anima a los miembros del grupo a encontrar un lugar de “no saber”. Un lugar donde el significado se desvela a cada momento sin pasar a “arreglar” ni a dar forma a la esencia de lo que se está experimentando. El profesor ofrece e invita a participar en conversaciones abiertas que pueden revelar la naturaleza emergente de lo que está presente en la sala en lugar de buscar respuestas, cierres o incluso pedir que se encuentre algo. Las conversaciones se transforman en la posibilidad de redescubrir y de hacerse amigo de conexiones empíricas con el significado. Algo que requiere por parte del profesor una atención y una firmeza amables y compasivas, y una comprensión que nace de su propio encuentro con lo que surge de la práctica personal. De lo contrario, existe la tendencia a racionalizar este aprendizaje observado. Y es aquí donde la práctica personal del instructor se convierte en un elemento central para trabajar con el material que presentan los participantes. Es donde Segal et al. se dieron cuenta, al observar a los instructores de MBSR del Centro de Mindfulness (Anexo B), de la extraordinaria manera en la que eran capaces de encarnar una relación diferente con el malestar y la emoción más intensos de sus pacientes. Y también han visto como los instructores de MBSR van más allá en su trabajo con el afecto negativo de lo que se ha podido hacer en el contexto de grupo, permaneciendo en sus roles de terapeutas (Segal et al.; 2006).

Compromiso experiencial

Tanto la MBSR como la MBCT hacen hincapié en que el instructor enseña desde un compromiso experiencial con el mindfulness en lugar de a través de un proceso cognitivo. Las razones para ello las describen los desarrolladores de la MBCT cuando articulan su propio proceso de aprendizaje en Segal et al. (2006). Su visión inicial fue que las intervenciones

basadas en mindfulness podían enseñarse de una manera muy similar a cualquier otra terapia, es decir, aprendiendo la base lógica de las técnicas y aplicándolas. Sin embargo, a medida que continuaron observando a los profesores de MBSR del Centro de Mindfulness, apreciaron la diferencia cualitativa que supone enseñar cuando el instructor hablaba desde la experiencia personal con la práctica del mindfulness. Según los autores, una parte vital de lo que el instructor de MBSR transmitía era su propia encarnación del mindfulness en las interacciones con la clase, y los participantes del programa de MBSR aprendían mindfulness de dos maneras: a través de su propia práctica, y cuando el propio instructor era capaz de encarnarlo de la manera como se afrontan los problemas en la clase (Segal et al.; 2006).

El potencial transformador de la práctica del mindfulness sólo puede estar disponible para participantes y maestros si uno vive con la práctica implementando activamente las bases de actitud en el tejido de la propia vida. A esta cualidad es a la que se refieren en el manual de referencia del Centro de Mindfulness. Según Kabat-Zinn y Santorelli (1996), a fin de que una clase o que el programa como conjunto tenga significado o vitalidad, la persona que lo imparte debe hacer el esfuerzo de encarnar la práctica en su propia vida y enseñar la experiencia personal en su propia sabiduría, no sólo como en un libro de recetas de cocina, desde un punto de vista teórico y alejado de la mente pensante. De lo contrario, la instrucción se convierte en un ejercicio didáctico mecánico en el mejor de los casos y las verdaderas virtudes del enfoque de mindfulness se pierden. Nunca pedimos a nuestros pacientes nada que no nos pidamos a nosotros mismos en un mayor grado, a cada momento, día tras día. Al impartir cursos de MBSR y MBCT, el profesor adopta una manera específica de ser y de aplicar la experiencia, prestando atención deliberadamente y con una actitud de interés bondadoso. No hay nada de extraño en la conciencia y prestar atención es una capacidad humana innata, pero el mindfulness ilumina y refuerza esta facultad de una manera claramente definida y organizada. Esto se debe a que hay aspectos específicos en el público –el de no lucha, escucha compasiva, autobúsqueda profunda y autoaceptación– que requieren un enfoque continuado y sostenido. La intención es que nada se niega, ni se expulsa ni se deja de prestar atención. Al final, los estados mentales más difíciles como la ira, el odio, la desesperanza y la impotencia se ven por lo que son –la proliferación de cualidades mentales no constructivas creadas por el contacto con un momento desagradable.

A menudo son nuestras reacciones ante situaciones difíciles y estresantes, o por querer aguantar y encontrar maneras de replicar experiencias agradables, lo que hace que haya mucho de “pensar”, de solución de problemas y de “hacer”. A veces este método de procesar el material emocional, cognitivo y de sentimientos que surge de la experiencia funciona correctamente. Pero a veces puede desembocar en un punto muerto. Entonces es como si pensar retomara el mando y nos dedicáramos a crear una narrativa potente sobre lo que vamos a hacer, lo que podríamos haber hecho y lo que tendríamos que haber sido capaces de hacer.

El profesor de MBSR/MBCT encontrará este tipo de pensamiento muchas veces en los participantes del grupo en una lucha por dotar de sentido su relación con las dificultades, las decepciones y el dolor. Es aquí, en esta intersección, que el mindfulness (y la manera en la que el profesor lo encarne) ofrece la posibilidad de salir de este modo “hacer” y pasar al modo “ser”, avanzando hacia todas las sensaciones tal cual son en este momento. Es un proceso intuitivo de asistir y permitir lo que hay en este momento. Al reconocer lo que está presente, la observación de las sensaciones puede incluir un enfoque de la atención o un marco más amplio de conciencia. No es fácil y requiere una concentración y un esfuerzo que se de cuenta cuando la atención se ha apartado del momento presente. Implica una intención consciente para regresar a un compromiso de estar presente en cada momento, además de paciencia y una calidad de amistad y apertura. Eso requiere practicar porque hace falta recordar y aplicar. Resulta difícil ver cómo el profesor puede revelar y reconocer el proceso en cualquier otra forma que desde un sentido profundo de haber encontrado esos momentos muchas veces en la experiencia propia.

Es cuando se encuentra el sufrimiento en su integridad y en el momento presente que la calidad de conciencia y de autobondad, dirigidas hacia lo no deseado, son encarnadas por el profesor a través del descubrimiento en la práctica de la meditación personal de ser capaz de estar con los modos mentales difíciles y no constructivos de uno mismo. Con el tiempo y con práctica, los estados no deseados (una necesidad de alejarse de los afectos negativos y de eliminar y rechazar la dificultad y el sufrimiento) se reducen. No es una postura pasiva sino una de acción de receptividad, reconocimiento y compasión. Según Kabat-Zinn y Santorelli (1996), la voluntad de adoptar en conciencia y sin juzgar aquellos aspectos de uno mismo de los que más nos defendemos, es una cualidad esencial para conseguir realizar este trabajo con éxito. Sólo

es a través de la propia experiencia del instructor con la práctica de mindfulness que éste mejora las posibilidades de representar esas cualidades de aceptación, no juzgar, bondad, investigación continua, autoinvestigación y compasión en su máxima expresión.

Importancia de la práctica personal

Orientar la conciencia mediante la práctica personal del mindfulness para reforzar estados mentales positivos como la bondad y la compasión requiere atención, receptividad, paciencia y confianza; atributos todos ellos de una utilización práctica del mindfulness. Y para ello hace falta práctica y tiempo. Trabajando regular y directamente con lo que surge de su experiencia con la práctica del mindfulness y cultivando actitudes como no juzgar, paciencia, la mente del principiante, confianza, no lucha, aceptación y dejar pasar, el profesor transmite la posibilidad de que los participantes en programas de MBSR y MBCT desarrolleen una relación diferente con las dificultades y el estrés (Kabat-Zinn, 2004). Estos elementos de actitud de mindfulness se convierten en una parte importante de lo que el profesor encarna en sus clases y también pueden considerarse como características importantes de psicoterapia.

Destacar la eficacia del trabajo personal continuo de esta manera concreta es un enfoque poco habitual en los programas de formación clínica, aunque existe una asociación similar de terapia personal continua cuando se imparte como terapeuta psicodinámico. La diferencia en este caso es que integrada en la práctica del mindfulness está la asunción de que seguir practicando de este modo aporta una manera auténtica de ser que añade riqueza para vivir en el mundo.

Si se mantiene el esfuerzo, la paciencia y la amistad en el contenido de nuestra propia mente/cuerpo, en particular aquellos aspectos de pensamiento y de sentimiento con los que tenemos mayor dificultad, crece la comprensión de oír, recibir y estar con todas las reacciones y respuestas presentadas por los participantes del grupo MBSR y MBCT. La curiosidad y la compasión se transmiten gracias a la capacidad del facultativo de presentar de manera auténtica el proceso de regresar al momento presente. Esta es la plataforma que el instructor puede ofrecer a los participantes, cuyo origen se encuentra en haberse encontrado a uno mismo

una y otra vez en la práctica personal con un sentido de no juzgar, autoaceptación y compasión.

Programas de entrenamiento profesional de MBSR y MBCT

Combinar el énfasis en la práctica del mindfulness personal del facultativo junto con su desarrollo de conocimientos y de teoría requiere una consideración atenta al diseñar el entrenamiento profesional para maestros de MBSR y MBCT. A un nivel básico, el entrenamiento profesional de MBSR y MBCT desarrollará y fomentará habilidades de enseñanza para la práctica del mindfulness. Potenciará la mejora del proceso en grupo en lo relacionado con el mindfulness, animará y avalará habilidades interpersonales como calidez, aceptación, compasión y respeto además de los límites profesionales y personales apropiados. En el caso de la MBCT, también incluirá la comprensión, la ubicación y la implementación de los segmentos cognitivo conductuales integrados en el programa. Además, existe la responsabilidad de transmitir intención y significado a la naturaleza emergente de la práctica del mindfulness y las distintas maneras en que puede comunicarlo el facultativo.

Los programas de entrenamiento también tienen que identificar correctamente los principios subyacentes de las prácticas de mindfulness y sus implicaciones para la población médica general o para un diagnóstico clínico orientado. Podemos recordar que la práctica del mindfulness es más que un conjunto de habilidades; más que una intervención conductual y más que un método clínico desarrollado como manera de trabajar con problemas del cuidado de la salud. La percepción acerca de la aplicación y de las implicaciones para el mindfulness aumenta con la experiencia de practicarlo y enseñarlo. Así, encontrar maneras en cada programa de entrenamiento para avalar y reforzar el compromiso personal continuo del instructor con la práctica será igual de importante que la presentación del material teórico. Esa es la razón por la que más adelante, tras obtener experiencia en organizar grupos de MBSR y MBCT, un entrenamiento y supervisión adicionales pueden aumentar las oportunidades de obtener perspectivas más profundas.

En la tradición budista, el compromiso con el mindfulness se ejercita con la práctica personal a largo plazo y bajo la supervisión de maestros. Existen varios centros repartidos por todo el

un mundo que ofrecen retiros silenciosos dirigidos por maestros para aquéllos que quieren profundizar su práctica iniciando una práctica sostenida durante períodos de tiempo determinados. Los maestros de MBSR y de MBCT necesitan nuevas maneras de sostener su práctica personal, además de obtener supervisión de su enseñanza con maestros experimentados en mindfulness. Ambos procesos pueden tener lugar en la supervisión, o separándola de la práctica personal de mindfulness, experimentada en centros de enseñanza de mindfulness reconocidos o con un practicante de mindfulness experimentado. Dado que los enfoques basados en mindfulness en contexto hospitalario aumentan, cada vez aparecerán más personas con experiencia en la práctica personal de mindfulness y con experiencia en la organización de intervenciones basadas en él. Eso aporta un sistema de apoyo práctico y útil con fines educativos. De ahí que disponer de un método de identificación/certificación de aquellos facultativos/instructores que hayan llevado a cabo un proceso reconocido de entrenamiento y que puedan ofrecer supervisión y patrocinio sea una contribución importante a este campo.

Formaciones representativas

Cursos de reducción del estrés basada en mindfulness

Existen varios programas de entrenamiento reconocidos en Estados Unidos y en Europa que destacan la importancia de la práctica personal del mindfulness a fin de enseñar MBSR. De hecho, la relevancia de una práctica continuada de mindfulness es algo en lo que se hace especial hincapié desde en los programas básicos hasta en la certificación como instructor de MBSR. Entre los más conocidos, destacan los programas formativos del Center For Mindfulness (CFM) de Worcester, MA, EE.UU. (Anexo B). En los cursos del CFM, el establecimiento de una práctica de meditación mindfulness diaria y la asistencia a retiros silenciosos dirigidos por maestros son requisitos previos para acceder al entrenamiento después del retiro inicial de entrenamiento residencial de 7 días de duración. Otro requisito adicional es haber sido entrenado en un campo profesional a nivel universitario, lo que implica un conocimiento intelectual de los fundamentos científicos y médicos para el MBSR.

Se promueve el desarrollo psicológico personal, así como la experiencia del movimiento centrado en el cuerpo como yoga, taichi, qigong.

El CFM ofrece retiros de entrenamiento de 7 días de duración. Se trata de un programa intensivo de MBSR. El retiro es una oportunidad de explorar la práctica del mindfulness, la estructura del programa, cómo enseñar y dirigir a otras personas, además de examinar estudios que avalan la eficacia del programa. El CFM también propone un practicum en MBSR que brinda la oportunidad de asistir a clases de MBSR en el CFM en el que todas las sesiones del programa de 8 semanas de duración son impartidas por instructores senior. De hecho, el practicum es una excelente experiencia de aprendizaje ya que los estudiantes pueden participar en el grupo y observar cómo trabaja el instructor. Cuando el grupo finaliza, los participantes del practicum se reúnen con el profesor para debatir y seguir con la instrucción.

Un nivel de entrenamiento adicional que ofrece el CFM es el Curso Intensivo de Desarrollo de Profesorado (TDI), un retiro avanzado de 8 días de duración para profesores. Se trata de un programa altamente interactivo y colaborativo en el que se aclaran y se refinan las habilidades de enseñanza de MBSR y en el que también se examinan los fundamentos estructurales del programa de MBSR. Se lleva a cabo una exploración en profundidad de la intersección entre la práctica personal de mindfulness y la enseñanza del mismo, además de dedicar algún tiempo a explorar los momentos de dificultad durante la enseñanza. Un componente importante de este curso es reconocer cómo nuestros modos de pensar tienen un efecto en nuestras acciones y en nuestra manera de enseñar. El CFM también ofrece supervisión y consultas permanentes.

Cursos de terapia cognitiva basada en mindfulness

También existen cada vez más programas educativos de MBCT variados en Estados Unidos y en Europa, pero enumerarlos todos sería imposible. En lugar de centrarnos en algunos métodos genéricos, los revisaremos examinando los cursos de MBCT en Estados Unidos y en Reino Unido. En Estados Unidos, los programas de entrenamiento profesional de MBCT se organizan en torno a seminarios de introducción de uno o dos días de duración, un retiro de entrenamiento de cinco días (nivel 1) y un retiro de estudio y entrenamiento avanzado de ocho días (nivel 2) (Anexo B). También existe un nivel adicional de entrenamiento impartido

mediante supervisión y consulta con maestros con experiencia. Desde el principio el curso gira entorno a la intersección entre el material didáctico y el experiencial. En los seminarios de uno y dos días, la exposición a algunas de las prácticas de meditación que los pacientes recibirán forma parte de las enseñanzas, igual que el debate sobre la estructura y los fundamentos de la MBCT.

El programa de entrenamiento profesional de cinco días de duración en MBCT (nivel 1) es un curso intensivo que presenta al facultativo/instructor la estructura y los temas de MBCT al tiempo que también se dedica tiempo a la práctica personal consciente y a la enseñanza de material didáctico. De hecho, brinda la oportunidad de trabajar con la aplicación del mindfulness y la utilización de los elementos cognitivo conductuales a través de clases teóricas y prácticas en grupos grandes y pequeños. Se enfoca deliberadamente sobre la intersección entre el componente intelectual del material y la experiencia de la práctica del mindfulness. Este énfasis destaca las maneras en las que como facultativos tendemos a estar más cómodos y habituados a los métodos de enseñanza. Al regresar al silencio y a la práctica de mindfulness al final del día durante los primeros días del programa, el facultativo/instructor descubre lo que es estar con pensamientos/emociones/sensaciones corporales que surgen de lo que se está aprendiendo y experimentando.

No es que no se potencie el poder del intelecto sino que lo que se potencia es conocer la naturaleza de la mente con apertura, receptividad y paciencia. Así, el programa de MBCT se explora no simplemente como una serie de técnicas, sino también como un aprendizaje que se está produciendo en el interior. Es similar a la experiencia que vivirán los participantes de los grupos de MBSR y MBCT. El dominio es ir y volver entre la conciencia práctica y el pensamiento intelectual.

Como modo de reforzar la eficacia del aprendizaje continuado existen distintos requisitos de acceso para asistir a los cursos de Nivel 1 y Nivel 2. El curso de nivel 2 de ocho días de duración va destinado a profesionales que practican el mindfulness, que son conscientes de la necesidad de la práctica personal como una plataforma desde la cual enseñar y que han participado en retiros de meditación silenciosos dirigidos por profesor. Es para facultativos que ya han impartido grupos de MBCT. Se aprende mucho de la experiencia de organizar

grupos MBCT, no sólo desde el punto de vista de las cuestiones prácticas implicadas sino también por lo que provoca en el instructor durante el curso. Aprender a regresar al paisaje del mindfulness en lugar de ser arrastrado hacia el terreno de las intervenciones basadas en psicología es una parte importante de la naturaleza instructiva de este curso.

Los días de silencio respaldan el proceso de la práctica del mindfulness, como un recordatorio de volver a entrar en la conciencia plena como lugar en el que se debe estar y desde el cual se enseña. Desde este lugar de recordar el curso se centra en la intención y la integridad del aprendizaje práctico basado en mindfulness junto con la compresión de la intención y la secuencia de elementos cognitivo conductuales. El aprendizaje se potencia utilizando grupos grandes y pequeños, parejas, y supervisión por parte del profesor, además de regresando a la práctica del mindfulness en silencio al final del día y hasta el desayuno del día siguiente.

En el Reino Unido existen varios lugares donde se imparten cursos de MBCT a nivel básico, así como avanzado, con sedes en varios centros en todo el mundo. Los cursos del Center for Mindfulness Research and Practice de la Universidad de Bangor, en Gales, son muy variados y similares en cuanto a ideología a los programas que se han presentado para Estados Unidos. Sin embargo, Bangor ofrece además un Máster en enfoques basados en mindfulness con dos posibilidades: Licenciatura en Ciencias o Licenciatura en Filosofía y Letras. La Licenciatura en Ciencias está disponible para las personas interesadas en la investigación científica, mientras que la Licenciatura en Filosofía y Letras sigue una metodología más práctica (Anexo B).

La University of Oxford, en Oxford, ofrece un Máster en MBCT (Anexo B). Es un programa a tiempo parcial de dos años de duración abierto a profesionales de la salud mental con experiencia en psicoterapia. Se organiza entorno a diez bloques didácticos de tres días cada y dos retiros de cinco días durante el primer año y siete durante el segundo. Incluye clases de MBCT, cursos de psicología clínica y cognitiva y aspectos de psicología y filosofía budista. El hecho de implementar retiros de mindfulness en un programa académico destaca la importancia de la práctica del facultativo además del aprendizaje intelectual.

Otro centro imparte un programa con un certificado de un año o un diploma de dos, es la

University of Exeter (Anexo B). El objetivo es dotar a los estudiantes de la capacidad de participar en un grupo MBCT además de organizar un grupo bajo supervisión. Por otra parte, tienen la oportunidad de aprender la teoría y la investigación que refuerza la MBCT, además de estudiar psicología budista. Tras la matriculación en uno de esos cursos, se espera que los alumnos participen en retiros de silencio guiados por profesores.

Conclusión e indicaciones para el futuro

El entrenamiento en enfoques basados en mindfulness para facultativos está evolucionando cada vez con más comprensión y conocimiento de lo que el mindfulness ofrece en un entorno clínico. Este capítulo se ha centrado en sólo dos de los programas que utilizan mindfulness, MBSR y MBCT, porque en esencia proporcionan una instrucción sostenida y sistemática de la práctica de la meditación mindfulness, que tiene nuevas e importantes implicaciones para formar a profesionales de la salud. El mindfulness no es una solución rápida ni una intervención limitada en el tiempo para mejorar el dolor y el sufrimiento. Se trata de un enfoque que se centra en el estudio de la experiencia directa y de la conciencia y es una responsabilidad en el tiempo para cultivar la mente hacia la posibilidad de *insight* o introspección y de sabiduría.

Son muchas las preguntas de futuro sobre el papel del mindfulness en el contexto hospitalario y ahora empezamos a entender la eficacia del mindfulness como tratamiento clínico. Sólo estamos empezando a aprender qué aspectos del mindfulness marcan la diferencia en el medio clínico. Realmente no sabemos cuáles son los elementos de competencia para su enseñanza. Adoptar una visión científica a la compresión de los distintos componentes del mindfulness y a cuál es la mejor manera de transmitir e instruir esos elementos en el medio clínico será objeto de próximos estudios (Baer, 2003; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006). Existen pruebas empíricas de que la práctica prolongada y regular del mindfulness contribuye a la felicidad y alivia el sufrimiento. También existen pruebas científicas preliminares de que la práctica de la meditación budista puede dar forma a la manera en la que el cerebro procesa ciertos aspectos de las emociones y los pensamientos (Davidson y Harrington, 2002; Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, et al.; 2003).

La MBSR y la MBCT utilizan la práctica del mindfulness como núcleo para sus programas de intervención. Otros programas clínicos se centran en enseñar componentes específicos de mindfulness como conjunto de habilidades, una manera de abordar el sufrimiento junto al uso de terapias occidentales. Hace falta que se publiquen más estudios clínicos para estudiar mejor esas dos maneras de aplicar las intervenciones basadas en mindfulness. La MBCT construye una plataforma para ofrecer lo que la terapia cognitivo conductual entiende que son los patrones de pensamiento y de conducta que contribuyen a recaer en la depresión y lo que la práctica rigurosa del mindfulness ofrece en el desarrollo de una relación diferente con esas experiencias. La MBSR ofrece la exploración sistemática de los efectos del estrés como componente muy potente en nuestra relación con la curación y la salud y trabaja con problemas psicológicos y médicos genéricos. Ambas brindan la oportunidad a los participantes del grupo de mejorar la comprensión práctica de un escenario más universal de salud y bienestar, centrado en el corazón en su sentido más amplio mediante la conexión con un núcleo profundo de sabiduría; una sensación profunda de estar en casa independientemente de dónde estemos y de lo que esté ocurriendo.

El mindfulness es una manera de recordar cómo redescubrir la experiencia de cada momento. Su práctica nos lleva a la profundidad de cómo funcionan la mente y el cuerpo. Solamente encontrándonos con nuestras mentes una y otra vez en la práctica podemos esperar trasmitir un sentido de introspección bañado en la compasión y emprender el viaje de encarnar lo que se pide en la formación. Es por eso que los programas de entrenamiento profesional deben abarcar los componentes teóricos y prácticos del mindfulness, dado que de lo contrario lo que la práctica puede ofrecer perderá su enfoque nuclear centrado en el hecho de trabajar con el sufrimiento.

Referencias

BAER, R.(2003). “Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

BAER, R.; SMITH, G.T.; HOPKINS, J.; KRIETEMEYER, J.; TONEY, L. (2006). “Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness”. *Assessment*, 13(1), March, 27-45.

- DALAI LAMA.; CUTLER, H.C. (2004). *El arte de la felicidad*. Madrid: S.L. Kailas Editorial.
- DAVIDSON, R.J.; HARRINGTON, A. (Eds.) (2002). *Visions of compassion*. Nueva York. Oxford University Press.
- DAVIDSON, R.J.; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENKRANZ, M.; et al. (2003). "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation". *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- DIMIDJIAN, S.; LINEHAN, M. (2003). "Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166.
- EKMAN, P.; DAVIDSON, R.J.; RICARD, M.; WALLACE, B.A. (2005). Buddhist and psychological perspectives on emotions and well-being". *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 59-63.
- FREEDBERG, S. (2007). "Re-examining empathy: A relational-feminist point of view". *Social Work*, 52(3), 251-259.
- GILBERT, P. (2006). *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. Nueva York: Routledge.
- GLASER, A. (2005). *A call to compassion*. York Beach, ME: Nichols-Hayes, Inc.
- GOLEMAN, D. (2003). *Emociones destructivas*. Barcelona: Kairos
- KABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairos.
- KABAT-ZINN, J. (2003) "Mindfulness-based Interventions in context: Past, present and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 145.
- KABAT-ZINN, J.; SANTORELLI, S. (1996). *A teaching mandala. Mindfulness-based stress reduction professional training resource manual*. Massachusetts: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society.
- PALMER, Parker J. (1998). *The courage to teach*. San Francisco: John Wiley & Sons,6,11
- SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada*

en la conciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas.
Barcelona: Paidós.

SHANAFELT, T.D.; BRADLEY, K.A.; WIPF, J.E.; BLACK, A.L. (2002). “Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program”. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367.

SHAPIRO, S.L.; BROWN, K.W.; BIEGEL, G.M. (2007). “Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in training”. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.

Anexos

Anexo A: La práctica del mindfulness

Thomas Bien y Fabricio Didonna

La enseñanza budista tradicional indica que hay 84.000 puertas dharma. Eso quiere decir básicamente que hay muchas formas de practicar. Presentamos algunas que consideramos útiles como cimientos para el mindfulness.

Unas palabras sobre la postura

En la práctica de la meditación formal el primer paso es encontrar una postura física correcta. La postura de nuestro cuerpo tiene un efecto muy directo y potente en nuestro estado mental. Sabemos que cuerpo y mente están interrelacionados y por esa razón el estado consciente surge naturalmente cuando la postura física y la actitud mental se apoyan mutuamente. Así pues, una postura correcta y erguida ayuda a que la mente descansen naturalmente en un estado de calma y presencia. La mejor postura de meditación es aquella en la que uno se siente cómodo, relajado, alerta y estable; una postura que se pueda mantener cómodamente durante algún tiempo. Una postura correcta reduce obstáculos para concentrarse como el dolor físico, las distracciones, la somnolencia y la divagación mental. Podemos lograrlo si el cuerpo encuentra equilibrio, calma, estabilidad y alerta. Como dijo el maestro budista tibetano Sogyal Rinpoche (2006), lo más importante de la postura correcta es crear un entorno más auspicioso para la meditación.

Cuando meditamos es útil llevar ropa cómoda, sin nada que oprima la cintura, y sin zapatos o, mejor todavía, descalzos.

Existen varias posturas que pueden permitirnos establecer las mejores condiciones para meditar. En la *posición sentada* se puede elegir entre instalarse en una silla de respaldo recto o sobre una superficie blanda en el suelo, con las nalgas apoyadas en un cojín como en la postura *zafu* tradicional, o en el banco de rodillas. Tanto si uno se sienta en el suelo como si

lo hace en una silla, el elemento clave es mantener la espalda recta; no rígida, simplemente recta o elevada y con la parte trasera del cuello alineada con la columna vertebral. Adopte una postura digna, noble y elevada. Como apunta el destacado maestro de mindfulness Jon Kabat-Zinn (2007), “una postura sentada digna es en sí misma una afirmación de libertad, y de la armonía, la belleza y la riqueza de la vida, y la postura misma es la meditación”. Una instrucción muy útil es imaginar que nos están tirando de la cabeza con una cuerda. Si se sienta en una silla, puede optar por separar la espalda del respaldo para que ésta se aguante sola. Coloque los pies planos sobre el suelo. La meditación sentada en una silla está muy bien y no tiene que considerarse menos valiosa que cuando se hace sentado en el suelo. También se puede optar por la posición sentado de rodillas (postura “*seiza*” o “*japonesa*”) en un banco, o en un cojín que se utiliza como asiento, con las rodillas descansando sobre el suelo. Recuerde que mientras está sentado puede cambiar de postura si siente dolor. Es importante ser delicados con el propio cuerpo.

Permita que sus manos encuentren un apoyo estable. Puede optar por dejarlas descansar en su regazo, justo debajo del ombligo, o dejar descansar la izquierda en la derecha, con las palmas hacia arriba y los pulgares tocándose ligeramente. Relaje los hombros. Puede permanecer con los ojos abiertos, o cerrarlos suavemente para impedir distracciones externas. No importa como se siente, lo importante es que encuentre la posición más equilibrada, relajada y sólida que permita a su mente introducirse profundamente en el proceso de meditación.

Mindfulness de la respiración

La respiración se encuentra en la intersección entre los sistemas nerviosos voluntarios e involuntarios. Por esa razón, el mindfulness de la respiración ofrece una oportunidad única de unir cuerpo y mente. Cuando estamos agitados, a menudo se nos corta la respiración y respiramos superficialmente. Dado que esta respiración es superficial, nos sentimos más ansiosos y creamos un efecto de bucle negativo: estamos mal o ansiosos y respiramos con opresión. Entonces, por respirar así, empezamos a sentirnos incluso más ansiosos.

Por suerte, lo contrario también es cierto. Cuando dejamos que nuestra atención se centre en la

respiración, calmándola simplemente dejándola ser ella misma y sin forzarla, la respiración se calma y con ella, la mente. Es como si la respiración consciente enviara un mensaje al cerebro diciendo “todo está bien, no te preocupes” y eso nos ayuda a sentirnos mejor.

La respiración consciente es fundamental para muchos ejercicios de mindfulness. No requiere mucho tiempo y resulta muy agradable y refrescante cuando se hace bien. De hecho, la definición de hacerlo bien es que se disfrute del proceso.

El mindfulness de la respiración puede hacerse sentado, de pie o tumbado. Deje descender su atención plena hasta el abdomen, lejos del pensamiento, y simplemente deje que su cuerpo inspire y espire como quiera. Sentirá como el flujo de aire entra y sale, como el abdomen sube y baja, el principio de la respiración, el punto de inflexión justo antes de empezar a espirar y la longitud de la pausa antes de que el cuerpo inicie otro ciclo. Centrarse en lo que resulta interesante o agradable de estas sensaciones facilita mucho la concentración. Cultive la idea de que con cada respiración está nutriendo todas y cada una de las células de su cuerpo. Cuando su pensamiento le arrastre, obsérvelo sin recriminación y regrese a la respiración. Sonría como un buda. Continúe durante un periodo de tiempo confortable.

Meditación sentada

Existen varios estilos diferentes de meditación, cada uno con métodos, objetivos y resultados distintos. El estilo de meditación más relacionado con el mindfulness es el *vipassana*, también conocido como meditación introspectiva. Las descripciones de esta técnica varían ligeramente, pero todos los estilos de meditación *vipassana* incluyen un objeto central (casi siempre la respiración), y el cultivo de la conciencia de aceptación cuando la mente se aleja de ese objeto central. Aunque la concentración ayuda, el objetivo de este tipo de meditación no es necesariamente lograr la concentración perfecta en la respiración. Más importante que eso es que cuando la mente divaga, uno se dé cuenta de ese cambio suavemente, sin recriminarse nada, y regrese poco a poco a la respiración. Si uno continua haciéndolo, es *vipassana* correcto. No importa si la mente divaga cien veces en el transcurso de una sesión de meditación, o si sólo lo hace una vez. Si se da cuenta cada vez que ocurre y devuelve la mente,

sin luchar contra la tendencia natural de la misma a divagar, sino simplemente observándola, eso es una buena práctica.

En la práctica vipassana no hay ninguna lucha por identificar los pensamientos, ni por intentar corregirlos. Lo que ocurre es que uno simplemente se percata de los pensamientos, al máximo, sin dejarse atrapar por su contenido ni debatir acerca de su validez, y a continuación regresa a la respiración. Al repetir este proceso sinfín, el meditador es consciente del *proceso* de conciencia y logra conocer y aceptar cómo funciona la mente, sin luchar contra ella. Uno no se cansa de hacer hincapié en que la característica central es precisamente este observar sin luchar.

A continuación se ofrecen algunos pasos concretos para esta práctica:

1. Elija un lugar tranquilo.
2. Como se ha descrito antes, siéntese de una manera que le ayude a estar alerta y relajado al mismo tiempo.
3. Dese el tiempo necesario de transición entre lo que estaba haciendo y el estado meditativo, y adopte una actitud sin prisas. Dedique un momento o dos a abrirse al entorno que le rodea, los sonidos, los olores, todo lo que esté presente. Observe las sensaciones presentes en su cuerpo. Sienta su piel como el elemento que le *conecta* con todo lo demás en lugar de lo que le separa.
4. Permita, suavemente, que el centro de su conciencia se sitúe en el abdomen, en un punto situado unos dos dedos por debajo del ombligo. (También puede situar ese centro en el punto en el que el aire entra en contacto con sus orificios nasales). Desde ahí, sienta como su cuerpo inspira y espira, dejando que la respiración se despliegue voluntariamente, sin forzar nada. Preste una atención clara a lo *agradable* de este proceso.
5. En cuanto note que su mente se ha alejado de la respiración, observe brevemente lo que ha estado pensando, o dígase a sí mismo “pensar, pensar”, y regrese a su respiración. Lo más importante que debe recordar es que esa divagación es totalmente natural y aceptable. Así que no empiece a acusarse por ello. (O, si lo hace, obsérvelo también como más pensamiento, en la misma línea en la que observa otros pensamientos). Esta práctica se

denomina *mero reconocimiento*, y su esencia es simplemente observar y regresar, observar y regresar, sin implicarse demasiado en el contenido.

6. Repita este proceso durante un periodo de tiempo confortable, alargando gradualmente sus periodos de meditación hasta 30 ó 40 minutos como mínimo. La expresión en latín, *propera lente*, resulta muy pertinente: apresuradamente despacio. No intente hacer más de lo que puede, acéptese como es. Su capacidad para permanecer sentado aumentará gradualmente. Si quiere, puede hacerlo de manera metódica. Por ejemplo, si 5 minutos es lo máximo que puede hacer al principio, practique cada día durante 5 minutos durante una semana y después pase a 10 minutos durante una semana más, después a 15, y así sucesivamente. Si se fuerza a hacer cosas para las que no está preparado, es posible que al final termine por abandonar.
7. Cuando termine su meditación sentada, tómese el tiempo que necesite para salir de la misma. Encárguese de llevar la misma actitud de conciencia clara y de aceptación a su vida cotidiana. Durante el día, regrese frecuentemente a su meditación practicando unas cuantas respiraciones conscientes. Hay muchas oportunidades para hacerlo: mientras espera en la cola del banco o de una tienda, mientras espera a que su ordenador arranque o finalice una tarea, mientras le ponen en espera al teléfono, mientras está en un atasco en el coche o esperando a que el semáforo cambie, etc.

Meditación metta

Metta significa amor universal. Son varias las razones para cultivar sentimientos de bondad hacia uno mismo y hacia los demás. La enseñanza tradicional budista enumera los siguientes beneficios de dicha práctica: (1) dormir bien, (2) despertarse sintiéndose bien y ligero en el corazón, (3) no tener sueños desagradables, (4) gustar a los demás y sentirse bien con ellos, especialmente con los niños, (5) ser querido por los animales, (6) ser apoyado y protegido por los dioses y las diosas, (7) protección contra el fuego, el veneno y la espada, (8) ser capaz de lograr la concentración de meditación con facilidad, (9) tener la cara brillante y clara, (10) claridad mental en el momento de la muerte, (11) volver a nacer en el Cielo Brahma (Nhat

Hanh, 2001). No hace falta tomarlo literalmente para entender cuento valor da la tradición budista a esta práctica.

Se trata de una práctica fundamental para el tipo de empatía que requiere el trabajo de terapia (Bien, 2006). En una demostración (citada en Barasch, 2005), un monje tibetano que practicaba meditación de amor incondicional podía discriminar cambios sutiles en la expresión facial de emoción a un nivel de dos desvíos estándar por encima de la media, una capacidad que le sería muy útil a cualquier terapeuta. También hay pruebas de que la compasión es buena para nosotros. En un estudio (McClelland, 1986), los alumnos que habían visto una película de la Madre Teresa de Calcuta realizando actos de compasión manifestaron un aumento de S-Iga en su saliva, lo que indica un mejor funcionamiento inmune. Fue el caso incluso en alumnos que desaprobaban el trabajo de la Madre Teresa de Calcuta.

Todas las formas de meditación son en sí una práctica de bondad, para uno mismo y, por extensión, para los demás. Pero en ocasiones también es útil explicitar este aspecto. Para practicar meditación de amor incondicional, empiece con usted mismo. Siéntese tranquilamente, disfrute de su respiración. Mientras sigue inspirando y espirando, dígase a sí mismo lentamente frases del tipo:

Que sea feliz.

Que tenga bienestar.

Que esté libre de emociones negativas.

Que esté a salvo.

Tómese su tiempo con cada frase. No corra.

Después, cuando esté listo, quizás cuando haya empezado a sentir el efecto de la práctica, amplíe el círculo hacia el exterior para incluir a alguien más, empezando por la persona más cercana, inspirando y espirando, pronunciando las mismas frases, pero ahora para esa persona (indicando su nombre en el espacio en blanco):

Que --- sea feliz.

Que --- tenga bienestar.

Que --- esté libre de emociones negativas.

Que --- esté a salvo.

Entonces puede ampliar la práctica del mismo modo a un amigo, a una persona “neutral” (alguien a quien no conoce bien) y, más difícil todavía, a un enemigo –alguien de quien le resulta incómodo hasta pensar. Para terminar, en la última fase, irradie las mismas intenciones hacia todos los seres.

No es necesario que en cada sesión de práctica se incluyan todos los niveles (uno mismo, un ser querido, amigo, persona neutra, enemigo y todos los seres). Lo más importante es que la práctica se haga de manera profunda y sin prisas. A veces una sesión entera de meditación puede utilizarse simplemente para generar amor incondicional hacia uno mismo o hacia una persona.

Fisiológicamente, la ira es una emoción muy costosa y destructiva que desencadena la liberación de hormonas como epinefrina, norepinefrina y cortisol, implicadas en enfermedades cardíacas y otros problemas de salud. La meditación metta puede ayudar en ese sentido ya que bajo el principio de inhibición recíproca, uno no puede sentir amor y odio al mismo tiempo. Si está enfadado con alguien y desea ocuparse de esa emoción sustituyéndola con bondad, es útil empezar con uno mismo en lugar de intentar inmediatamente cultivar la bondad hacia la persona con la que se está enfadado. Cuando uno se siente bien con uno mismo, puede dar un paso más con mayor facilidad.

En ocasiones uno es capaz de sentarse y generar sentimientos de bondad hacia todos los seres, viéndose como que emite rayos de amor y de compasión a todo el mundo, bañando la mente en ese sentimiento. Pero si se convierte en algo demasiado difuso o abstracto, regrese a la forma más concreta descrita antes.

Mindfulness del cuerpo

Todos los maestros saben que a los alumnos les encanta la atención. Incluso a veces los alumnos llegan a molestar en clase para obtenerla, especialmente si sienten que no pueden conseguirla de ninguna otra manera.

A su cuerpo también le encanta la atención. Le gusta cuando simplemente lo aprecia, cuando se detiene para observar exactamente cómo está.

Aunque el mindfulness del cuerpo pueda practicarse en distintas posturas, a menudo resulta agradable practicarlo tumbado, en la medida de lo posible. Tumbado boca arriba en el suelo o sobre una colchoneta, dedique unos momentos a disfrutar de su respiración. Observe como el suelo le aguanta, como le soporta.

Al cabo de un rato, empiece con sus pies. En una inspiración, dígase a sí mismo “Inspirando, soy consciente de mis pies”. Al espirar, diga “Espirando, sonrío a mis pies”. Tras la primera vez, puede reducir las palabras y decir solamente “pies” al inspirar y “sonreír” al espirar. Observe sólo exactamente qué sensaciones están presentes en sus pies. Observe las sensaciones en la superficie, como la temperatura, o la sensación de los calcetines o los zapatos, o la del suelo contra sus talones, y también las sensaciones en los pies, como cansancio o incomodidad, o sensaciones de relajación agradables. Sea lo que sea, positivo o negativo, acójalo con conciencia de aceptación. Contemple lo valiosos que son sus pies, cuántas cosas son posibles por tener dos buenos pies. Envíe a sus pies bondad y agradecimiento.

Cuando esté preparado, tomándose el tiempo que necesite y sin prisas, suba hasta las piernas.

“Inspirando, soy consciente de mis piernas. Espirando, sonrío a mis piernas”.

Observe con cierta precisión las sensaciones exactas presentes en sus piernas. Recuerde lo valiosas que son, y envíeles amor y agradecimiento.

Tras varios minutos, haga lo mismo con las manos, el cuello y los hombros, los músculos faciales, la espalda, el pecho y el estómago, tomándose todo el tiempo que necesite con cada parte del cuerpo. Para terminar, abarque su cuerpo como un todo de la misma forma: “Inspirando, soy consciente de mi cuerpo. Espirando, sonrío a mi cuerpo”. Observe

exactamente cómo se siente el cuerpo en este preciso momento y envíele agradecimiento y amor.

Es posible obtener mucho más detalle con esta práctica. Por ejemplo, puede hacer un pie, una mano o una pierna y después la pareja. También puede distinguir entre la parte superior y la parte inferior de los brazos y de las piernas, e incluso centrarse en cada dedo individualmente. También puede enviar bondad específicamente a los órganos y demás partes del cuerpo, como a la sangre, los huesos, la piel, el corazón, los ojos, etc. En cualquier caso, tenga en cuenta que cuando intentamos hacer demasiado, corremos el riesgo de impacientarnos. Si nos volvemos compulsivos con respecto a la práctica, eso puede generar ansiedad. Así pues, practique solamente en la medida en que le ayude a sentirse tranquilo y ligero.

Comer con conciencia plena

La esencia de la meditación con la comida es saber que está comiendo cuando está comiendo, para ser consciente de la enorme cantidad de experiencias sensoriales que están disponibles cuando uno se alimenta. Una manera de empezar es sentándose conscientemente delante de la comida y, en lugar de sumergirse directamente en ella, hacer una pausa para inspirar y espirar varias veces. Observe lo que oye y ve y su alrededor. Mire profundamente a su comida. Considere todas las condiciones necesarias para que esta comida se encuentre delante suyo. Si está mirando, diga a un simple trozo de pan: el trigo ha tenido que crecer en los campos, recibir el sol, la lluvia, los nutrientes de la tierra. El agricultor ha tenido que cuidarlo, regarlo, fertilizarlo y recolectarlo. Después tuvo que molerse. El panadero lo tuvo que hornear y enviarlo a la tienda en la que lo he comprado, etc. De este modo puede empezar a ver el trozo de pan más verdaderamente por lo que es, una manifestación milagrosa de todo el cosmos.

Cuando esté preparado, acérquese el pan a la boca, observando los movimientos de sus manos y la acción de los dientes cuando lo muerden. Observe el movimiento de masticar, el trabajo de la lengua, la segregación de saliva. Observe también cómo el sabor cambia cuando empieza a masticar lentamente, masticando cada pedazo bien y a conciencia. Observe la actividad de tragarse, y todos los sabores persistentes. En resumen, obsérvelo todo. Es sorprendente todo lo

que se puede observar en el “simple” acto de comer un pedazo de pan. Si tiene tendencia a comer deprisa, intente realizar tres respiraciones conscientes entre bocado y bocado. Otra opción es masticar cada bocado un mínimo de 30 veces, de una manera relajada y no compulsiva.

Cuando se sienta demasiado ocupado y su mente esté demasiado activa para comer así toda una comida, las modificaciones son sencillas. Siempre es posible realizar por lo menos algunas respiraciones conscientes y contemplar la comida antes de empezar a comer, y después quizás comer por lo menos el primer bocado de manera profunda y consciente.

Una simple comida puede ser una experiencia maravillosa si somos conscientes. Es una lástima si nos lo perdemos.

Mindfulness de vista y sonidos

En nuestra vida cotidiana solemos ver y oír con el piloto automático activado. Este ejercicio informal tiene como objetivo abrir nuestros sentidos para establecer una conexión profunda con nuestra conciencia visual y auditiva en el momento presente. Practicar este ejercicio revela la frecuencia con la que no logramos ver y oír realmente las cosas a nuestro alrededor de forma vívida, y cómo solamente percibimos una pequeña fracción de lo que ocurre a nuestro alrededor. Frecuentemente, en lugar de percibir las cosas de modo fresco en nosotros mismos, sólo percibimos las categorías que utilizamos normalmente para dotar de sentido a nuestro mundo (Segal, Williams y Teasdale, 2006). No vemos la flor sino solamente nuestro concepto de “flor”. No oímos el sonido real que hace un coche al pasar, sino el concepto de “ruido de coche” solamente. También categorizamos inmediatamente cada percepción como positiva, negativa o neutra y no interesante. La vista y el oído conscientes nos liberan de las percepciones superficiales y automáticas que nos convierten en sordos y ciegos al mundo que nos rodea.

Meditación visual

La duración de esta práctica suele oscilar entre 5 y 15 minutos.

Para empezar, puede ponerse de pie delante de una ventana o en un lugar que usted elija en el exterior. Cuando se sienta preparado, empiece por observar atentamente un objeto de su elección, próximo o distante, en el que centrará toda su conciencia. Mientras lo observa, intente evitar dar un nombre o una categoría al objeto (por ejemplo *un árbol*); en cambio, intente describirlo a través de sus características físicas y sensoriales –la forma, el color, las zonas de claros y oscuros, si es áspero o suave, la distancia existente entre él y usted, su movimiento o su inmovilidad, las diferencias y relaciones entre las distintas partes del objeto. Si puede cogerlo, también puede tomarlo entre sus manos y observarlo más de cerca. Durante la observación, la mente puede divagar y los pensamientos pueden alejarle de su conciencia visual. Cuando esto ocurra, simplemente observe que la mente divaga –reconozca este hecho– y en cuanto pueda simplemente regrese intencionadamente para ver con claridad y profundidad. Permanezca con el objeto hasta que sienta que ha establecido un contacto profundo con él. A continuación, puede optar por desplazar la atención a otro objeto y observarlo de la misma manera.

Imagínese que ve como lo haría un perro sentado en el parque... Todo lo que le rodea es interesante y está lleno de vida. Sin categorías, ni conceptos ni etiquetas entre usted y lo que ve. Su vista es directa y fresca, llena de franqueza y de curiosidad. Ningún pensamiento interfiere con la maravilla del acto de ver.

En ese mismo sentido se dice del maestro Zen Thich Nhat Hanh que un día, mientras paseaba por el bosque con unos niños, uno de ellos le preguntó de qué color era la corteza de los árboles. Quiso evitar dar una respuesta que interfiriera con la frescura de ver realmente y optó por dar una de tipo conceptual, como hubiera sido el caso si simplemente hubiera dicho algo como “marrón”. Así que respondió al niño “Es del color que ves”, señalando en la dirección de su propia experiencia.

Meditación auditiva

Cuando se sienta preparado, escuche los sonidos que le rodean, esté donde esté.

Deje de dar nombre y categoría al origen y a la fuente de los sonidos y simplemente observe sus características físicas: volumen, tono, continuidad o discontinuidad, la distancia con respecto a su posición, los espacios entre los sonidos, el silencio del que surge. Si siente que su mente divaga, sea consciente por un momento de a dónde ha ido y suavemente, devuélvala a los sonidos del aquí y el ahora.

También puede optar por escuchar música. Escuche los sonidos y los instrumentos, permanezca en contacto con la manera como la música cambia de un momento a otro. Observe la interacción entre los distintos instrumentos. Escuche lo etéreo de la flauta, la tensión específica y concreta de las cuerdas del violín, en lugar de etiquetar los instrumentos. Si alguien canta, observe la calidad exacta de esa voz humana en concreto. Intente escuchar todos esos sonidos como si fuera de otro planeta y nunca antes hubiera escuchado algo así. No importa si la música le gusta o no, incluso los sonidos de distorsión de los altavoces pueden ser interesantes si los escucha sin juzgar y con un sentido agradable de curiosidad.

Caminar con conciencia plena

El paseo consciente es una forma de meditación en movimiento. Las personas a las que les cuesta permanecer quietas durante mucho rato en la meditación sentada les puede resultar más sencillo desarrollar atención y conciencia plena practicando este tipo de meditación. A algunas personas, la experiencia corporal de caminar les proporciona una materia más clara y vívida para meditar que la meditación sentada o tumbada. En la meditación andando nos centramos en las sensaciones de caminar. A diferencia de la meditación sentada, aquí mantenemos los ojos abiertos y somos más conscientes del mundo exterior (sonidos de la naturaleza o de los humanos, estímulos visuales, el viento, la meteorología, el sol, etc.). El paseo consciente es una meditación que puede practicarse de una manera más *formal* –por ejemplo, practicándolo durante un periodo de tiempo determinado (15-20 minutos, o incluso más) y caminando muy lentamente (ver la descripción más adelante), o de manera más *informal* cada vez que nos desplazamos de un lugar a otro. La meditación andando informal está a nuestra disposición muchas veces al día. En ella, caminamos a nuestro ritmo normal, simplemente siendo conscientes de nuestro paseo. Eso nos permite desarrollar más conciencia

meditativa en nuestras vidas cotidianas. Si puede, la primera vez que practique esta meditación hágalo en el exterior. Elija un lugar tranquilo, un parque u otro espacio abierto, en el que pueda caminar durante quince o veinte minutos sin encontrarse con demasiadas distracciones.

Empiece por cultivar una postura correcta para estar de pie. De hecho, puede considerarse una práctica de meditación en sí misma. En posición vertical, conocida como *postura de la montaña*, la espalda está recta pero no rígida, los hombros y el torso están relajados, y la cabeza se encuentra alineada con la columna vertical, con los pies en paralelo y separados la misma distancia que los hombros (unos 15-20 cm). Las rodillas están relajadas y ligeramente flexionadas. Es posible que cuando flexiona ligeramente las rodillas se sienta más sólido sobre el suelo. Tome conciencia de la gravedad manteniéndose conectado a la tierra en cada momento.

Deje que los brazos y las manos descansen junto al cuerpo, y mantenga las manos agarradas delante o detrás.

La conciencia corporal es la primera *base del mindfulness*, así que preste toda su atención a las sensaciones de su cuerpo, en particular las sensaciones de las plantas de los pies. Sea consciente de como su peso se transfiere por las plantas de los pies hasta la tierra. También puede tomar conciencia de todos los sutiles movimientos que realiza continuamente con los pies y las piernas, y con otras partes del cuerpo para mantenerse en equilibrio y en vertical. Observe los ajustes continuos que realiza para mantener el equilibrio. Normalmente damos por sentado nuestra capacidad de mantenernos erguidos pero cuando preste toda su atención observará por qué se tarda varios años en aprender a hacerlo. Permita que su mirada descienda a una distancia moderada delante suyo, mirando ligeramente hacia abajo, quizás mirando hacia el suelo unos cuantos metros delante de donde se encuentra.

Observe el momento en el que se siente preparado para empezar a andar. Para empezar, puede resultar útil caminar lentamente, como si lo hiciera a cámara lenta. Elija un camino corto para ir y venir. Primero junte los pies y empiece a caminar levantando el talón del primer pie del suelo. Cuando ese pie empiece a elevarse del suelo, observe como el peso de su cuerpo empieza a desplazarse hacia el otro pie y la otra pierna. Una vez el pie se encuentra totalmente

en el aire, observe como todo el peso del cuerpo está sobre la otra pierna y el otro pie, y observe también las sensaciones del pie que va por delante mientras se desplaza por el aire. Avance al pie que va por delante hasta que llegue al suelo, primero el talón y después el resto. Al mismo tiempo, sea consciente del otro pie, que empieza a elevarse del suelo de la misma manera que lo ha hecho el primero. Observe también todas las sensaciones que se producen en el cuerpo, y todas las emociones (alegría, serenidad, aburrimiento, curiosidad, etc.) que pueda sentir en cada momento.

Hay tres momentos importantes que deben observarse durante la meditación andando: el momento en el que levantamos un pie del suelo, la fase en la que ese pie queda suspendido y se desplaza por el aire, y el momento en el que el pie reposa en el suelo de nuevo. Intente pronunciar las palabras “elevar”, “mover” y “colocar” para centrar la atención en esas tres fases.

Cuando llegue al final del camino, gírese lentamente y vuelva a empezar y, tomando conciencia de las distintas sensaciones, reanude la marcha. Resulta muy útil intentar mantener una actitud de amable curiosidad durante la meditación andando, como si fuera un niño que da sus primeros pasos. Cada paso es un descubrimiento, un logro, una nueva experiencia.

Puede introducir variaciones mientras camina y observar cómo éstas aumentan o disminuyen su conciencia. Por ejemplo, intente cambiar el paso y el ritmo de su paseo. ¿En qué medida cambia la experiencia si pasa de un paseo lento con conciencia plena a correr con conciencia plena? También puede optar por dar algunos pasos con los ojos cerrados o parcialmente cerrados y observar como cambia su sentido del equilibrio. Intente esbozar una media sonrisa en sus labios mientras camina, aunque no le surja de manera espontánea, y observe cómo es caminar con una sonrisa. De hecho, una sonrisa puede facilitar el sentido de presencia, serenidad y de caminar sólo para disfrutar del paseo, sin ningún objetivo ni finalidad.

Al igual que en los otros ejercicios, si la mente divaga intente simplemente darse cuenta y, en cuanto pueda, haga todo lo posible para devolverla suavemente al momento presente y a todas las sensaciones físicas creadas por el paseo, paso a paso.

Experimente esas sensaciones en lugar de *pensar* en ellas. Pensar puede llevar a juzgar y a estados mentales negativos como ansiedad, aburrimiento o tristeza. En lugar de eso, intente

permanecer con las sensaciones directas.

Del mismo modo que la respiración consciente unifica cuerpo y mente, para que nuestra atención no se pierda en una nube de preocupación por el futuro o de arrepentimiento por el pasado, la meditación andando también crea una integración de mente y cuerpo en el momento presente, ya que uno sigue notando lo que ocurre y nada más.

Cuando termine de andar, dedique unos momentos a sentir y a integrar los efectos de la práctica, observando las posibles diferencias, en particular en cuanto a sensaciones físicas y estados emocionales y mentales, entre el principio y el final de la meditación.

Meditación del lago

La meditación del lago utiliza visualización dirigida. A diferencia de las formas anteriores de meditación, que se basan en el aquí y el ahora, en este caso imaginamos una escena o un paisaje concretos que expresa la naturaleza del mindfulness.

El lago encarna la receptividad del agua, la capacidad de permanecer en contacto con todos los cambios en su superficie. Expresa tanto la transitoriedad del flujo de la experiencia momentánea como la calma y la tranquilidad de sus profundidades. Aunque en la superficie puede haber lluvia, viento o nieve, el lago lo recibe con aceptación, dejando que lo que tenga que ocurrir ocurra, momento a momento, sin resistencia ni lucha (Kabat-Zinn, 2009).

Durante esta meditación, intentamos encarnar esos aspectos de la masa de agua, cultivando las propiedades de lago que hay en nosotros. Se trata de una meditación que puede ayudarnos a descubrir nuestra naturaleza interna, a reconocer nuestra estabilidad intrínseca, y a encontrar el equilibrio. Ofrece una imagen de fuerza y profundidad, la capacidad de abordar con paz y tranquilidad los problemas de la vida, encontrando en nosotros mismos la capacidad de ser como las aguas tranquilas de un lago.

Sugerimos grabar el texto de esta meditación y escucharlo mientras se practica (con auriculares o con un equipo estéreo). El texto debe leerse lentamente, haciendo una pausa después de cada frase.

Encuentre una posición cómoda. Quizás sea mejor que se tumbe ya que esa postura se asemeja a la forma del agua. Pero si estar tumbado le resulta difícil o incómodo, puede optar por sentarse sobre una colchoneta o en una silla. Si puede, tumbese cómodamente sobre una colchoneta o una alfombra y relaje las tensiones del cuerpo. Deje que los brazos y las piernas descansen libremente sobre la colchoneta o sobre el suelo.

Tras haber encontrado la postura, empiece a centrarse en las sensaciones de su cuerpo. Permítase caer en un sentido de calma y tranquilidad, manteniendo un sentido de presencia y fundamento, de contacto con la tierra.

Desplace la atención hasta su respiración y manténgala ahí durante un tiempo. Observe simplemente las fases de la respiración, observando las sensaciones diferentes durante la inspiración y la espiración. No es necesario respirar de una manera particular. Simplemente permanezca conectado con su respiración, y deje que el cuerpo respire como quiere y necesita.

Cuando se sienta listo, visualice el lago más precioso que pueda imaginar, uno que sea muy tranquilo. Es un día de finales de verano... el agua está limpia y transparente y se siente alimentado y relajado por este precioso despliegue de estas aguas cristalinas de color azul cielo o verde esmeralda... No hay nadie cerca. La temperatura dentro y fuera del agua es cálida y agradable y puede sentir la fresca profundidad de las aguas del lago. Una seductora vegetación verde rodea al lago, con árboles altos y antiguos rodeando la orilla.

Se siente cómodo y seguro, y mirando la belleza de este lugar experimenta una sensación de enorme paz y calma. La superficie tranquila del lago es suave, sin ondas, y el agua es como un gran espejo que refleja todo lo que hay alrededor. El lago, como toda masa de agua, es profundamente receptivo, contiene y recibe todo lo que encuentra sin trastorno, sin cambiar su naturaleza esencial. A medida que su práctica de la meditación es más profunda, también aprende a aceptar y a contener todo hecho interno (pensamientos, emociones, sensaciones) o externo sin trastorno, como un reflejo en la superficie del lago.

Puede ver el cielo reflejado en el lago, con las nubes, las montañas, los árboles, los pájaros, y también el reflejo de su propia mente. Imagine que su mente adquiere las características del lago. Los pensamientos pueden olear y molestar a su mente, como una brisa que de repente

olea la superficie del lago, aunque su profundidad interior permanezca inalterada. Ve esos pensamientos como hechos mentales poco importantes y pasajeros, transitorios y fugaces. Se queda tranquilo, quieto, transparente y en reposo.

Ahora vaya incluso más lejos e imagínese flotando tranquilamente y sin hacer ningún esfuerzo sobre el agua, boca arriba. Su mente está muy tranquila y se siente en paz. Surgen pensamientos que intentan capturar su atención, pero simplemente los aleja, como el reflejo transitorio de los pájaros que sobrevuelan el lago y que se van. Surja lo que surja, permanece consciente de que está flotando en el agua tranquila. Flota cómodamente y sin hacer ningún esfuerzo, seguro y tranquilo. El agua limpia y cristalina le arropa y usted se fusiona con ella.

Cuando se sienta preparado, lleve la imagen del lago a su interior para *convertirse* en el lago y para que su cuerpo echado y el lago se conviertan en una sola cosa. Sienta el cuerpo del lago como el suyo propio. Respire con el lago, momento a momento. Deje que su mente esté abierta, reflejando todo lo que surja en su experiencia interna y externa. Quizás experimente momentos de tranquilidad total, como cuando el lago está tranquilo y transparente, y momentos de desasosiego, como cuando el agua está agitada y turbia.

Encima suyo, el cielo está azul y luminoso. Está solo, y su soledad está llena de paz. Quédese así un rato. Sienta toda la paz que le rodea. Sienta la tranquilidad. Todo su ser está permeado por el agua. Se siente seguro...

La calidez del sol es relajante y tranquilizadora, y muy agradable. Permanezca en contacto con esas sensaciones y nítralas con la calma y la tranquilidad que le transmite el lago. Los vientos del lago pueden producir olas en la superficie del agua, pero usted sabe que la profundidad, la parte más vasta, queda intacta e imperturbada. Sus problemas son como las olas del lago, no cambian la esencia de quien es. El agua permite que todo le atraviese, sin oponer resistencia, y su esencia permanece intacta. Al final, el lago siempre regresa a su propia esencia de calma y de tranquilidad.

En este momento, sentado o tumbado, adopte todas las cualidades de su mente y de su cuerpo igual que la tierra mantiene y rodea al lago. El lago es un espejo de agua y como cede, no necesita romperse sino que se renueva continuamente, a cada momento.

Referencias

- BARASCH, M.I. (2005). *Field notes on the compassionate life: A search for the soul of kindness*. Nueva York: Rodale.
- BIEN, T. (2006). *Mindful therapy: A guide for therapists and helping professionals*. Boston: Wisdom.
- KABAT-ZINN, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: cómo descubrir las claves de la atención plena*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- KABAT-ZINN, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairos.
- MCCLELLAND, D.C. (1986). “Some reflections on the two psychologies of love”. *Journal of Personality*, 54(2) junio, 344-349.
- NHAT HANH, Thich (2001). *Enseñanzas sobre el amor*. Barcelona: Oniro.
- RINPOCHE S. (2006). *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Urano
- SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la nueva conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Anexo B: Recursos

Aquí los lectores encontrarán varios recursos de distintos países de todo el mundo, útiles para aquéllos que quieran formarse en enfoques basados en mindfulness o mantener y profundizar en su propia práctica de meditación.

Estados Unidos

Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society

University of Massachussets Worcester Campus,
55 Lake Avenue North Worcester, Massachusetts 01655
Tel.: 508-856-2656
Correo electrónico: mindfulness@umassmed.edu
Sitio web: www.umassmed.edu/cfm

Institute for Meditation and Psychotherapy

35 Pleasant St.; Newton Center, MA, USA, 02459
Sitio web: www.meditationandpsychotherapy.org

Insight Meditation Society

www.dharma.org
1230 Pleasant St.;
Barre, MA USA 01005
978-355-4378

Barre Center for Buddhist Studies

149 Lockwood Rd.;
Barre, MA USA 01005
978-355-2347
Sitio web: www.dharma.org/bcbs

New York Insight Meditation Center

28 West 27th Street, 10th floor,

New York, New York 10001

Tel.: 212-213-4802

Sitio web: www.nyimc.org

Insight LA,

2633 Lincoln Blvd,

206, Santa Monica, CA 90405

The Center for Mindfulness and Psychotherapy

2444 Wilshire Blvd. Suite 202,

Santa Monica, CA 90403

(310) 712-1948

Sitio web: www.mindfulnessandpsychotherapy.org

Mindful Awareness Research Center (MARC)

UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior

760 Westwood Plaza, Rm. 47-444 Box 951759,

Los Angeles, CA 90095-1759

Tel.: 310 206 7503

Fax: 310 206 4446

Correo electrónico: marcinfo@ucla.edu

Sitio web: www.marc.ucla.edu

Spirit Rock Meditation Centre

PO Box 169,

Woodacre, CA 94973

Tel.: (415) 488-0164

Fax: (415) 488-1025

Correo electrónico: SRMC@spiritrock.org

Sitio web: www.spiritrock.org

Mindfulness-Based Stress Reduction Program

Duke Integrative Medicine,

Duke University Medical Center,

DUMC Box 102904

Durham, NC 27710

Tel.: 919-680-6826

Correo electrónico: info@dukeintegrativemedicine.org Sitio web: www.dukeintegrativemedicine.org

Awareness and Relaxation Training

SantaCruz, CA 95065

Sitio web: www.mindfulnessprograms.com

Teléfono: 831/469-3338

Correo electrónico de Bob Stahl: bob@mindfulnessprograms.com

Mindfulness-Based Stress Reduction

University of Wisconsin Hospital

Madison, WI 53705

Sitio web: www.uwhealth.org/alternativemedicine/mindfulnessbasedstressreduction/11454

Correo electrónico: ka.bonus@hosp.wisc.edu

Teléfono: 608-265-8325

Para cursos y talleres de Terapia de aceptación y compromiso

Association for Contextual Behavioral Science,

Sitio web: www.contextualpsychology.org

Para cursos y talleres de Terapia dialéctico-conductual

Sitio web: www.behavioraltech.com/index.cfm?CFID=2517201&CFTOKEN=90613839
depts.washington.edu/brtc/ faculty.washington.edu/linehan

Europa

España

Mindfulness Madrid

www.mindfulnessmadrid.com

Asociación Mindfulness y Salud

Reino Unido

Oxford Cognitive Therapy Centre

Ofrece cursos de terapia cognitiva y también vende material. Organiza talleres de enfoques basados en mindfulness para terapeutas.

Oxford Cognitive Therapy Centre

Warneford Hospital,

Oxford, OX3 7JX

England

Tel.: +44 (0)1865 223986 / Fax: +44 (0)1865 223740

www.octc.co.uk/index.html

Oxford Mindfulness Centre

Wellcome Building

University of Oxford Dept. of Psychiatry

Warneford Hospital Oxford, OX37JX United Kingdom

Tel.: 01865 226468 / Fax: 01865 223948

www.oxfordmindfulness.org

www.mbct.co.uk

The Centre for Mindfulness Research and Practice

University of Wales, Bangor, UK.

Centre for Mindfulness Research and Practice

School of Psychology,

Dean St Building,

Bangor University,

Bangor LL57 1UT

Tel.: 01248 382939 / Fax: 01248 383982

Correo electrónico: mindfulness@bangor.ac.uk

Sitio web: www.bangor.ac.uk/imscar/mindfulness/uk_profs.php

Gaia House

West Ogwell,

Newton Abbot,

Devon, TQ12 6EN -England

Tel.: +44 (0)1626 333613 / Fax: +44 (0)1626 352650

Correo electrónico: generalenquiries@gaiahouse.co.uk

Sitio web: www.gaiahouse.co.uk

Italia

Istituto Italiano per la Mindfulness (IS.I.MIND)

Para cursos de MBCT y meditación basada en mindfulness

Director: Dr. Fabrizio Didonna

Correo electrónico: info@istitutomindfulness.com

Sitio web: www.istitutomindfulness.com

Istituto di Scienze Cognitive

Via Fiume, 13/b -58100 Grosseto –Italia

Tel. y fax: +39 0564 416672

Correo electrónico: isc@istitutodiscienzecognitive.it

Sitio web: www.istitutodiscienzecognitive.it/

AMECO (Associazione di Meditazione di Consapevolezza)

Sitio web: <http://digilander.libero.it/Ameco/>

Istituto Lama Tzong Khapa (ILTK)

Principal centro budista en Italia

Tradición MahayanaVipassana

Via Poggiberna, 9,

Pomaia 56040 (Pisa) Italia

Tel.: +39 050.685654 / Fax: 050.685695

Correo electrónico: iltk@iltk.it

Sitio web: www.iltk.it/it/L1_homepage.htm

Francia

Plum Village (Zen Master Thich Nhat Hanh)

Lower Hamlet,

Meyrac 47120,

Loubes-Bernac, France

Tel.: +(33) 5.53.94.75.40 / Fax: +(33) 5.53.94.75.90

Correo electrónico: LH-office@plumvillage.org

Correo electrónico: PVlistening@plumvill.net

Sitio web: www.plumvillage.org

Para cursos de MBCT

Claude Penet y Stéphane Roy

virtualroys@aol.com

Suiza

Para talleres y entrenamiento profesional de Terapia cognitiva basada en mindfulness

Dr. Guido Bondolfi MD y Dr. Lucio Bizzini Ph.D.

Hôpitaux Universitaires de Genève

Département de psychiatrie,

Programme Dépression,

6-8, rue du 31 décembre,

CH – 1207 Genève - Suisse

Tel.: +4122 7184511 Fax: +4122 7184580

Association Suisse de Psychotherapie Cognitive

(ASPCO) organiza talleres y entrenamiento profesional de Terapia cognitiva basada en mindfulness.

Sitio web: www.aspc.ch

Centre Vimalakirti

Charles Genoud y Patricia Feldman-Genoud,

Genève - Suisse

Correo electrónico: info@vimalakirti.org

Sitio web: www.vimalakirti.org

Meditation Center Beatenberg -Meditationszentrum Beatenberg

Waldegg
CH-3803 Beatenberg,
Schweiz
Tel.: ++41 (0)33 841 21 31
Fax: ++41 (0)33 841 21 32
Correo electrónico: info@karuna.ch

Bélgica

En la parte francófona del país, Balonia

Site Francophone sur la Pleine Conscience (Mindfulness) en Psychothérapie

Sitio en francés de mindfulness y psicoterapia.

Incluye meditaciones mindfulness dirigidas en francés que pueden descargarse (formato mp3).

Sitio web: www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness

En la parte neerlandófona (flamenca), Flandes

Dr. Edel Maex

Antwerpen

Voor informatie over de trainingen gegeven in de Stresskliniek van het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen bel 03 280 3505 of mail naar Dr. Edel Maex: edel.maex@zna.be Voor trainingen voor jongeren kan je mailen naar Jen Bertels: bertels. jen@skynet.be Patrice Van Huffel: patricevanhuffel@skynet.be

Sitio web: www.levenindemaalstroom.be/Stress.html

Dr. Johan Vandeputte

Hospital universitario de Gante,
Departamento de trastornos de ansiedad y de conducta
Tel. 32-9-332 21 11
Sitio web: www.wakkerworden.org

Instituut voor Aandacht & Mindfulness

Dr. David Dewulf

Hospital universitario de Gante
dd@mndbody.be
Sitio web: www.aandacht.be

Portugal

Associação Portuguesa Para O Mindfulness – Asociación portuguesa para Mindfulness

Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental,

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra,

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra
Teléfono: 0035 1239851464
Correo electrónico: a.p.mindfulness@gmail.com

Alemania

MBSR-Institut Freiburgp>

Konradstrasse 32
79100 Freiburg
Teléfono: 0761-40119895
www.mbsr-institut-freiburg.de

Correo electrónico: info@mbsr-institut-freiburg.de

Para cursos de MBCT y MBSR

Institute for Actsamkeit and Stressbewältigung,

Kirchstr. 45,

50181 Bedburg,

Alemania,

Tel.: 0049-172-2186681

Correo electrónico: MBSR2002@aol.com

Sitio web: www.institut-fuer-achtsamkeit.de

Países Bajos

Para cursos de MBCT

MBCT Trainingen,

Ger Schurink,

Grotestraat 209-B,

7622GH Borne,

074-2666090,

Sitio web: www.mbcctrainingen.nl/

Para cursos de MBSR

TingeTraining & Therapie

Johan Tinge,

Oosterveld 14,

9451 GX Rolde,

Tel.: 0592-24 36 48

Bank: 32 18 03 558

Sitio web: www.aandachttraining.nl/

América

Argentina

Sociedad Mindfulness y Salud

Directora: Lic. María Noel Anchorena

Programas MBSR. Programas de formación en Mindfulness y Psicoterapia. Programas de formación en Mindfulness para Profesionales de la Salud.

Humboldt 1924 3°

Buenos Aires

Teléfono: 0054 9 11 66251505

Sitio web: www.mindfulness-salud.org

Prof. Dr. Eduardo Keegan

Director, Carrera de Especialización en Psicología y Terapia Cognitiva Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Correo electrónico: ekeegan@psi.uba.ar

Sitios web:

www.psi.uba.ar

www.eduardokeegan.com.ar

www.formacioncognitiva.com.ar

Lic. Marina Lisenberg

Entrenada MBSR Center for Mindfulness USA

Teléfono: 0054 11 47011540

Sitio Web: www.attentia.com.ar

Correo electrónico: info@attentia.com.ar

Mindfulness Argentina

Araoz 1942

Buenos Aires

Teléfono: 0054-11-1551476688 o -47478870

Sitio web: www.mindfulnessvision.com.ar

Correo electrónico: clara@visionclara.com.ar

Dr. Guillermo Heredia

Médico

Entrenado en MBSR Center for Mindfulness USA

Centro de Investigaciones Clínicas

Av. General López 2420 - (3000) Santa Fe. Argentina

Teléfono: 0054 342 4594229

Sitio web: www.medicinaintegrada.com.ar

Chile

Equipo Mindfulness Universidad Adolfo Ibáñez

Centro de Estudios y Atención a las Personas (CEAP)

Profesionales: Bárbara Porter, Claudio Araya, Bruno Solari, Roberto Arístegui.

Programas MBSR y MBCT, Talleres Mindfulness para profesionales Salud y Cs. Sociales.

Mindfulness en formación persona del terapeuta.

Europa 2063, Providencia, Santiago, Chile (a pasos de estación de metro Pedro de Valdivia).

CP: 7510344

Teléfono: (56-2) 3311350

Correo Electrónico: psicologia@uai.cl (Paula Morandi).

Sitio web: www.uai.cl/cursos/psicologia

Unidad Mindfulness Universidad Alberto Hurtado

Profesionales: Sebastián Medeiros, María Elena Pulido, Ricardo Pulido y Catalina Saez.

MBSR, Mindfulness para niños y adolescentes, Formación
Av. Almirante Barroso 26; C.P: 8340575 - Santiago, Chile
Teléfono: (56-2) 8897431
Correo Electrónico: mindfulness@uahurtado.cl
Sitio web: www.mindfulness.uahurtado.cl

María Cristina Moya Schilling

Programas MBSR

Carmencita 130, dpto. 41, Las Condes. Santiago, Chile, CP: 7550114.
Teléfono: 56-92324576

Correo Electrónico: kittymoya@gmail.com

Isabel Margarita Barros Walker

Programas MBSR

La Rabida 5656 Las Condes, Santiago de Chile CP: 7580440.
Teléfono: 7 7575316

Correo Electrónico: isabarrosw@gmail.com

Guatemala

Lic. Mariela Schilman de Dicker.

Programas MBSR

12 Av. 13-84 z. 10 Edifco Torre Oakland II. 5to. Nivel “A”, Ciudad de Guatemala
Teléfono: 00502-40895316.

Correo electrónico: mschilman@hotmail.com

Australia

Sydney

Stress Reduction Centre in Australia Limited

Suite7, 2 Redleaf Avenue, Wahroonga, New South Wales 2076, Australia Teléfono: (61-2) 94878030

Sitio web: stressreductioncentreinaustralia.com/

Correo electrónico: Charleskhong@yahoo.com.au

Melbourne

Health, Wellbeing and Development

Building 10, Campus Centre

Monash University

Clayton

Melbourne

Victoria 3168

Teléfono: 61399053156

Sitio web: www.adm.monash.edu.au/community-services/

E-Correo electrónico: sally.trembath@adm.monash.edu.au

Sudáfrica

Institute for Mindfulness South Africa

Teléfono: (021) 465-6318

Sitio web: www.mindfulness.org.za

Correo electrónico: vzaacks@gmail.com

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) center in Cape Town

Sitio web: www.mbsr.co.za

Principal página web de MBCT

www.mbct.com/Index.htm www.mbct.co.uk

Principal página web de MBSR

www.umassmed.edu

Cintas y CD para la práctica de meditación mindfulness

CD del programa MBSR de Jon Kabat-Zinn:

www.stressreductiontapes.com

CD utilizados en el programa MBCT de Oxford de Mark Williams

www.octc.co.uk

CD utilizados en el Centre for Mindfulness Research and Practice – Bangor

de Rebecca Crane, Sarah Silverton, Cindy Cooper y Judith Soulsby:

www.bangor.ac.uk/mindfulness

CD del programa MBCT en italiano de Fabrizio Didonna

Correo electrónico: info@istitutomindfulness.com

Sitio web: www.istitutomindfulness.com

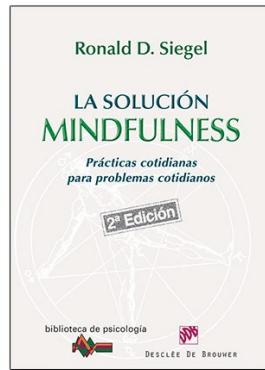
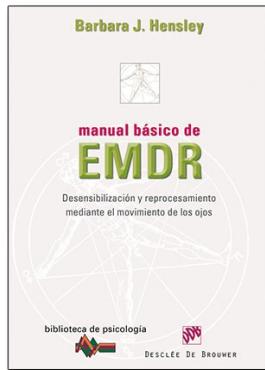
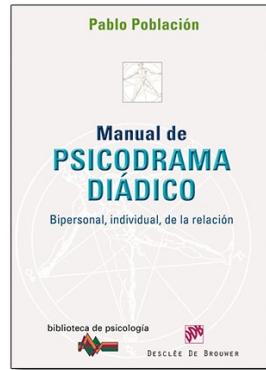
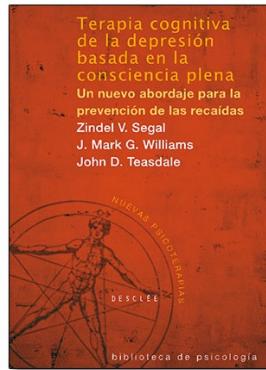
Acerca del editor



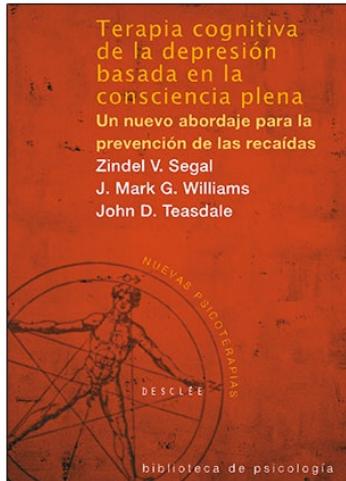
Fabrizio Didonna, Doctor en Psicología, es Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta cognitivo-comportamental. Es Fundador y Presidente del Instituto Italiano per la Mindfulness (IS.I.MIND), además de Coordinador de la Unidad de Trastornos del estado de ánimo y de Ansiedad, y también trabaja en la Unidad de Trastornos de Personalidad Límite del Departamento de Psiquiatría de la Casa di Cura Villa Margherita de Vicenza, en Italia. Es profesor en la Escuela de Terapia Cognitiva de Bologna, en la Escuela de Psicoterapia Forense y Cognitiva de Reggio Emilia y en el Instituto de Ciencias Cognitivas de Grosseto, en Italia. Cuenta con una amplia experiencia como instructor de mindfulness en grupos para pacientes hospitalizados como así también ambulatorios, y fue uno de los primeros terapeutas que planificó y utilizó el mindfulness con pacientes con trastornos graves en programas de tratamiento hospitalario. Ha llevado a cabo talleres en todo el mundo en el campo de la terapia cognitivo-conductual para trastorno obsesivo compulsivo, depresión, trastornos de ansiedad y cursos basados en mindfulness, y ha presentado trabajos científicos en conferencias en Italia y otros países europeos, además de haber publicado varios artículos, capítulos y dos libros. Es vicepresidente de la Asociación italiana del trastorno obsesivo compulsivo y también es representante de la sección regional de la SITCC, la Sociedad Italiana de Terapia Cognitivo Comportamental. Lleva años practicando e impartiendo cursos de meditación y también organiza retiros de terapia cognitiva basada en mindfulness e intervenciones basadas

en mindfulness en Italia y en muchos otros países europeos.

Otros libros



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclee.com



Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena

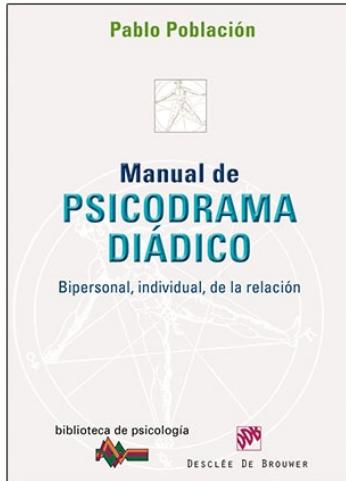
Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas

Zindel V. Segal; J. Mark G. Williams; John D. Teasdale

ISBN: 978-84-330-2103-8

www.edesclée.com

Este libro presenta un innovador programa, de ocho sesiones de duración, que ha sido probado clínicamente para reforzar la recuperación de la depresión y prevenir la recaída. Escrito con un estilo muy sencillo y accesible, este volumen será interesante para todos los profesionales de la salud mental que deseen asegurar mejores resultados a largo plazo. Los investigadores, profesores y estudiantes de psicología clínica, psiquiatría, trabajo social y disciplinas afines apreciarán sus repercusiones teóricas y el alcance de su amplitud.



Manual de Psicodrama Diádico

Bipersonal, individual, de la relación

Pablo Población

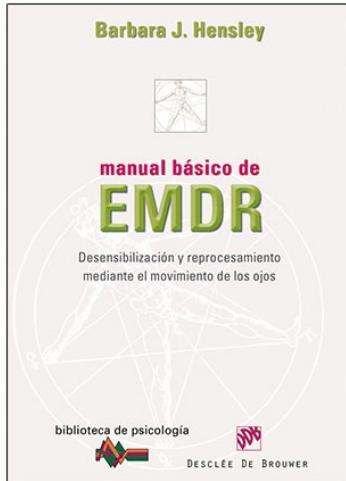
ISBN: 978-84-330-2419-0

www.edesclée.com

El psicodrama es una psicoterapia de grupo, sin embargo cada vez es más frecuente su utilización en psicoterapia individual. En este libro de psicodrama “diádico”, el autor parte de una concepción de la relación paciente-terapeuta como un sistema o grupo de dos individuos, marcando así las líneas básicas de comprensión de este enfoque psicodramático.

Por otra parte, Pablo Población se ha ocupado desde hace años de un tema al que se había prestado escasa atención en el campo de la psicoterapia. Se trata del factor “poder”, tanto en lo intrapsíquico como en las relaciones interpersonales.

En la presente obra se tratan diferentes aspectos teóricos del psicodrama individual y se aportan numerosas técnicas utilizadas en esta faceta terapéutica. Se muestra un interés especial por los roles de poder que aparecen desde la infancia y que dan lugar a la aparición de un “personaje”, conglomerado de roles que se constituye como un “falso yo” a lo largo de la vida del sujeto. Según el autor, gran parte de la patología que puede abordarse con la psicoterapia está fundada en estos roles complementarios patológicos de poder. Este libro aborda la descripción de todos estos conceptos psicopatológicos y aporta pautas para su abordaje terapéutico.



Manual básico de EMDR

Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos

Barbara J. Hensley

ISBN: 978-84-330-2449-7

www.edesclée.com

“Hensley ha escrito un libro sencillo y básico, que constituye el complemento perfecto a los textos de Shapiro”.

Dra. Jennifer Lendl

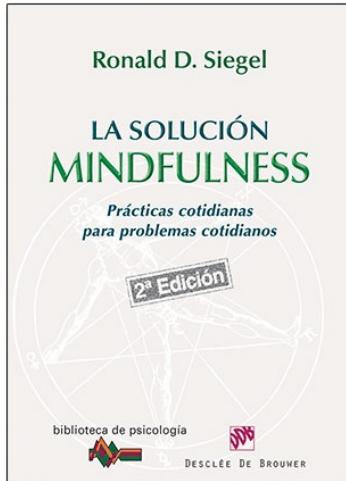
“Los ejemplos, casos, tablas y diagramas... ayudan al terapeuta EMDR a comprender y desarrollar la pericia adicional relativa a este maravilloso método”.

Dra. Irene B. Giessl

Este libro de texto ha sido diseñado para ser usado como material adicional al texto original de Francine Shapiro. Incluye una revisión completa del modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) y de los principios, protocolos y procedimientos de la EMDR tanto para los terapeutas recién formados como para los profesionales experimentados que deseen revisar dichos principios. Sus claves son:

- Una revisión global de la EMDR incluyendo el Procesamiento Adaptativo de la Información y el enfoque de tres vértices con un lenguaje accesible y comprensible.
- Una síntesis de los elementos básicos de las ocho fases de la EMDR con ejemplos de cada fase, de modo que el contenido fundamental pueda ser fácilmente comprendido.
- Estrategias y técnicas para tratar a clientes difíciles, con altos niveles de emociones perturbadoras y con un procesamiento bloqueado.

- Historiales, diálogos y transcripciones de sesiones satisfactorias de EMDR con explicaciones relativas a la justificación del tratamiento.



La solución Mindfulness

Prácticas cotidianas para problemas cotidianos

Ronald D. Siegel

ISBN: 978-84-330-2474-9

www.edesclée.com

La plena conciencia brinda una senda hacia el bienestar y un herramiental para hacer frente a los escollos de la vida cotidiana. Y aunque pueda parecernos una cosa exótica, podemos cultivarla -y cosechar sus comprobados beneficios- sin un adiestramiento ni gasto de tiempo especiales. El doctor Ronald Siegel, experimentado terapeuta y experto en esta rama de la psicología, nos muestra en esta guía de agradable lectura cómo hacerlo exactamente. Podremos utilizar estrategias eficaces mientras nos dirigimos en coche al trabajo, sacamos a pasear el perro o lavamos los platos; también encontraremos otros consejos útiles para poner en práctica un plan sencillo y formal en tan sólo veinte minutos al día. Unos planes de acción flexibles, graduales, nos ayudarán a vivir más centrados y a ser más eficaces en nuestro quehacer cotidiano; es decir, a hacer frente a sentimientos difíciles como, por ejemplo, la ira y la tristeza; a profundizar nuestra relación de pareja; a sentirnos más descansados y menos estresados; a domeñar hábitos poco sanos; a encontrar alivio a la ansiedad y la depresión, y a resolver problemas relacionados con el estrés tales como el dolor, el insomnio y otros de orden físico.

Nos ayudarán, en suma, para empezar a llevar una vida más equilibrada..., desde hoy mismo.

Biblioteca de Psicología

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD, por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Alberto Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Bernstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCognITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.

53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csíkszentmihalyi e Isabella Selega Csíkszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.

99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS VOL 1. Con ejercicios del profesor Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMATICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.

140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por Mª Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por Mª Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).
174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.
175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria
177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França
178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M.

Leeds, Ph.d

179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.
180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.
182. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. Una guía clínica, por Christopher R. Martell, Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn
183. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS BASADA EN MINDFULNESS. Guía clínica, por Sarah Bowen, Neha Chawla y G. Alan Marlatt
185. TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS PARA EL CÁNCER, por Trish Bartley
186. EL NIÑO ATENTO. Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo, por Susan Kaiser Greenland
187. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON MINDFULNESS INTEGRADO. Principios y práctica, por Bruno A. Cayoun
188. VIVIR LA ANSIEDAD CON CONCIENCIA. Libérese de la preocupación y recupere su vida, por Susan M. Orsillo, PhD, Lizabeth Roemer, PhD.
189. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness), por Steven C. Hayes; Kirk Strosahl Y Kelly G. Wilson
190. VIVIR CON DISOCIACIÓN TRAUMÁTICA. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas, por Suzette Boon, Kathy Steele y Onno Van Der Hart
192. DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD. Guía de intervenciones psicológicas, por José Miguel Martínez González y Antonio Verdejo García
193. ARTE Y CIENCIA DEL MINDFULNESS. Integrar el mindfulness en la psicología y en las profesiones de ayuda. Prólogo de Jon Kabat-Zinn, por Shauna L. Shapiro y Linda E. Carlson
195. MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA. Principios y herramientas de intervención, por A. Moreno (Ed.)
197. TERAPIA DE GRUPO CENTRADA EN ESQUEMAS. Manual de tratamiento simple y detallado con cuaderno de trabajo para el paciente, por Joan M. Farrell y Ida A. Shaw
198. TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN. Características distintivas, por Paul Gilbert
199. MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA. Edición ampliamente revisada del texto clásico profesional, por Christopher K. Germer, Ronald D. Siegel Y Paul R. Fulton
200. MANUAL DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, por Mary Beth Williams, PhD, LCSW y CTS, Soili Poijula, PhD
201. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA BASE DE LOS PUNTOS FUERTES. Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia, por Laurie N. Gottlieb
203. EL SER RELACIONAL. Más allá del Yo y de la Comunidad, por Kenneth J. Gergen
204. LA PAREJA ALTAMENTE CONFLICTIVA. Guía de terapia dialéctico-conductual para encontrar paz, intimidad y reconocimiento, por Alan E. Fruzzetti
206. SENTARSE JUNTOS. Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el mindfulness, por Susan M. Pollak, Thomas Pedulla y Ronald D. Siegel
207. PSICOTERAPIA SENSORIOMOTRIZ. Intervenciones para el trauma y el apego, por Pat Ogden y Janina Fisher
208. ¿TRATAR LA MENTE O TRATAR EL CEREBRO? Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos, por Julio Sanjuán

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.
181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.
184. TERAPIA DE ESQUEMAS Guía práctica, por Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar.
191. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS. Una perspectiva cognitiva, por Aaron T. Beck y Gary Emery, con la colaboración de Ruth Greenberg
194. EL USO DEL LENGUAJE EN PSICOTERAPIA COGNITIVA Conceptos y técnicas principales de la terapia lingüística de evaluación, por Isabel Caro Gabalda
196. TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. Manual de tratamiento, por Arthur M. Nezu, Christine Maguth Nezu y Thomas J. D'Zurilla

202. MANUAL DE INTERVENCIÓN CENTRADA EN DILEMAS PARA LA DEPRESIÓN, por Guillem Feixas Viaplana y Victoria Compañ Felipe

205. TRABAJANDO CON CLIENTES DIFÍCILES. Aplicaciones de la terapia de valoración cognitiva, por Richard Wessler, Sheenah Hankin y Jonathan Stern

209. MANUAL PRÁCTICO PARA LA ANSIEDAD Y LAS PREOCUPACIONES. La solución cognitiva conductual, por David A. Clark y Aaron T. Beck