

4

Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión

Dr. Ausiàs Cebolla i Martí

Personal Investigador

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

Universitat Jaume I, Castellón

Esquema del capítulo

1. Introducción
2. La Terapia Cognitiva
3. La depresión y el problema de las recaídas
4. ¿Por qué la Terapia Cognitiva se ha sentido atraída por *Mindfulness*?
5. La Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness*: Un programa de 8 sesiones
6. Mecanismos implicados en el cambio terapéutico
7. Evidencia científica de la eficacia de la TCAP
8. La medida de mindfulness
9. Conclusiones
10. Bibliografía
11. Anexo: Meditación en la contemplación de las sensaciones

1. Introducción

El uso clínico de la práctica de *mindfulness* dentro de los tratamientos psicológicos se ha desarrollado a gran velocidad, y en los últimos años han aparecido una gran variedad de publicaciones que proponen protocolos de intervención donde *mindfulness* está presente en mayor o menor medida. Uno de estos protocolos, el más importante por número de publicaciones científicas y repercusión, es el propuesto por la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena o *Mindfulness*¹ (1)(TCAP). La TCAP es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Jon Kabat-Zinn (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR).

En 2002 Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale publicaron *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New approach to preventing relapse*, el primer manual que recogía la aplicación de un entrenamiento en *mindfulness* en un protocolo de intervención psicológica sobre un trastorno determinado –la depresión, concretamente la prevención de la recaída en depresión– y que estaba avalado científicamente.

Pese al escepticismo de la comunidad científica a propósito de la meditación, atribuible a la falta de un modelo teórico integrador que explicara las razones de su práctica y a la carencia de estudios controlados que avalaran su utilidad, los rigurosos estudios de Segal, Williams y Teasdale sobre *mindfulness* como aplicación clínica en psicología, abrieron las puertas a la investigación sobre la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness*, así como de las funciones básicas y mecanismos implicados en el *cambio terapéutico*. En el presente capítulo revisaremos los modelos cognitivos que posibilitan la inclusión de esta técnica en psicoterapia y los presupuestos teóricos en los que basaremos su uso en la terapia de la depresión. Para ello analizaremos la TCAP y los mecanismos

1. A lo largo de este capítulo de libro se utilizará de forma indistinta Mindfulness y Atención Plena.

implicados en el *cambio terapéutico* descubiertos en diferentes investigaciones, tanto clínicas como experimentales.

2. La Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de breve duración para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos (2). Obliga a una actitud introspectiva y dirigida al *Insight*, entendiéndolo como el proceso de tomar conciencia de los significados personales con los que el individuo organiza las experiencias correspondientes a sí mismo y al mundo (3).

El modelo de Terapia Cognitiva para la depresión de Aaron T. Beck es probablemente la aproximación más conocida al tratamiento de la depresión. Aunque no es el único modelo que pone énfasis en aspectos cognitivos como elementos *causales* de la depresión, sin duda es el que más investigación y apoyo ha recibido (4).

Este modelo plantea que la depresión viene originada por múltiples causas, en primer lugar se encuentran experiencias negativas tempranas que determinarían la aparición de esquemas o actitudes disfuncionales que se mantienen a lo largo de la vida, y son difícilmente accesibles verbalmente.

La depresión vendría activada por eventos estresantes (duelo, problemas conyugales o laborales), que activarían dichas actitudes o esquemas disfuncionales. Estos esquemas, a su vez, producirían sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental o la personalización, etc.(2). En consecuencia, surgirían los llamados pensamientos negativos (ej. “jamás seré feliz”, “el mundo no vale la pena”, etc.) que reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada *triada cognitiva*) y que sería el precursor más inmediato de la depresión (5). Una de las principales técnicas que utiliza la terapia cognitiva de la depresión, por tanto, es la identificación y cuestionamiento de estos pensamientos automáticos y su posterior discusión en terapia, relacionándolos con emociones asociadas y estrategias de afrontamiento.

3. La depresión y el problema de las recaídas

La depresión es un trastorno que afecta a un alto porcentaje de la población general. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (6) el 14,7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria presentan depresión, de los que son conocidos el 72% y reciben tratamiento con antidepresivos el 34%.

Además de los altos porcentajes de este trastorno en población general, uno de los grandes problemas de la depresión es los altos porcentajes de recaídas que presenta; entre un 50 y un 85% de las personas que buscan tratamiento por depresión presentarán al menos otro episodio depresivo en el curso de su vida e incluso en el 40% de los casos habrá 3 o más episodios (5). En la búsqueda de la solución a este problema hay que enmarcar el acercamiento de la Terapia Cognitiva al *mindfulness*.

Uno de los principales modelos explicativos de las recaídas en depresión fue precisamente desarrollado por uno de los autores de la TCAP, John Teasdale, el modelo ICS (*Interacting Cognitive Subsystems*) (7). Este modelo propone que el antecedente inmediato a la generación de una depresión es el procesamiento de esquemas cognitivos depresógenos, como por ejemplo, visiones generales negativas de uno mismo como inútil y sin valía (“No sirvo para nada”), o de las dificultades presentes como altamente aversivas (“No me siento capaz de salir a la calle”), incontrolables y con alta probabilidad de persistir en el tiempo (“Voy a estar siempre triste”) (1). Estos “engranajes” depresivos (pensamientos, emociones, conductas), a pesar de que se haya podido superar la depresión, vuelven a aparecer asociados a momentos de disforia, o estado de ánimo bajo. Es decir, la asociación repetida entre ánimo depresivo y patrones de pensamiento negativo durante los episodios de depresión mayor, incrementa la posibilidad de que se activen estos patrones en futuros estados de ánimo bajos.

Por tanto, según el modelo ICS, una recaída en depresión se produce por una reactivación, en momentos de disforia, de patrones automáticos de pensamientos negativos y de actitudes o asunciones disfuncionales que subyacen una vez ha desaparecido la sintomatología del episodio depresivo previo.

Una vez se activan estos “engranajes” depresógenos, se mantienen a través de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación (8). La rumiación es una pieza clave para entender la prolongación de sentimientos de tristeza, y por tanto en la aparición de recaídas. Tiene como objetivo saber qué es lo que ha llevado al estado depresivo, y a pesar de que son muy ineficaces, se mantienen y tienen el efecto contrario: mantener y exacerbar la tristeza. Detrás de los procesos rumiativos (8) existe la visión de una “discrepancia”, hay una comprobación continua entre el estado actual y el estado deseado, requerido o esperado. Es decir se compara continuamente el “cómo se está”, con el “cómo se debería estar” y la distancia que los separa amplificando el estado de ánimo bajo primigenio y ayudando a su mantenimiento en el tiempo, con un riesgo de recaída en depresión (9).

Según este análisis, tenemos que decir que el mantenimiento del estado depresivo es dinámico y depende de creaciones continuas y de la regeneración de estos modelos esquemáticos, de modo que un bajo estado de ánimo activa pensamientos depresógenos que lo retroalimentan, y la activación de pensamientos depresógenos conduce a un bajo estado de ánimo que les permite proliferar. Pero también podemos decir que si la síntesis de dichos modelos esquemáticos cesa, si bloqueamos ese dinamismo, la depresión debe desaparecer.

Para Teasdale (10) el objetivo de un posible tratamiento de las recaídas en depresión no debe ser evitar los estados de tristeza o infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos, que son los que mantienen los engranajes depresivos, se establezcan en momentos de incremento de disforia. La intervención, por tanto, debe dirigirse a las fuentes de procesamiento que se necesitan para activar y mantener los esquemas depresógenos y llevarlo hacia fuentes no depresógenas. Además, se deben generar nuevos modelos esquemáticos modificados, relacionados con la depresión pero no depresógenos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos del estado depresivo). Estos cambios son muy profundos, por tanto los tratamientos deben implicar experiencias de “trabajo para casa” en las que practicar las habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otro modo cognitivo.

4. ¿Por qué la Terapia Cognitiva se ha sentido atraída por *Mindfulness*?

La Terapia Cognitiva ha trabajado tradicionalmente con los contenidos de los pensamientos, y ha separado los “racionales” de los “irracionales”, ayudando a los pacientes a identificarlos y modificarlos. Esta técnica (Reestructuración cognitiva) es muy efectiva en el tratamiento de procesos agudos, y en terapia individual, pero para Teasdale (10), el trabajo posterior, en el mantenimiento del cambio, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo de los procesos rumiadores, en lugar de hacia la modificación de los pensamientos.

Hay gran variedad de estrategias que pueden ser usadas en terapia para trabajar el mantenimiento del cambio. Lo que nos dice el sentido común es que tratándose de procesamiento de información, si conseguimos cambiar la información entrante dentro del engranaje depresivo, a través de distracción, con información no relacionada con contenidos depresivos, cortamos la retroalimentación. La distracción, por tanto, puede ser una buena técnica para tratar con la depresión en casos de estados de ánimo depresivos normales (10), no muy graves, aunque la investigación ha encontrado que sus efectos duran muy poco tiempo (11), y no parece que sea de gran ayuda para evitar la recaída en depresión. Otra de las intervenciones posibles para bloquear el establecimiento de patrones depresivos, es actuar sobre los propios significados negativos relacionados con uno mismo, que es lo que se hace en la práctica la Terapia Cognitiva, a través de la intervención sobre los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. Otra propuesta es la estrategia que propone Teasdale, la práctica de *mindfulness*, ya que supone procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración diferente, sin tratar de cambiar los contenidos de los esquemas.

La esencia del entrenamiento en atención plena o *mindfulness* en la TCAP es la utilización intencionada del control de la atención para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo, que es incompatible con la configuración del engranaje depresivo (10). Este estado es lo que llaman el modo de *Ser*. En este

modo, el foco está en aceptar sin cambiar ni juzgar la experiencia, y permitir que las cosas sean como son. En este estado, los pensamientos son simples imágenes que aparecen en la mente, de los que hay que ser consciente para luego dejarlos marchar. Al contrario de la rumiación, en este modo no hay un seguimiento sobre como estoy de lejos de la meta, y por tanto, que no es necesario buscar discrepancias entre lo percibido y lo deseado. El estado contrario, es el modo de *Hacer*. Éste es un modo orientado a la consecución de una meta, que genera un estado continuo de insatisfacción, ya que la mente siempre está comparando y estableciendo metas futuras. En este estado el presente tiene una prioridad muy baja y la mente siempre está divagando sobre como deberían de ser las cosas. El objetivo de la TCAP es entrenar a los participantes en las habilidades (*mindfulness*) que les permitan pasar del modo de *Hacer* al modo de *Ser*.

5. La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: Un programa de 8 sesiones

El tratamiento que propone la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es de 8 sesiones grupales diseñadas para la prevención de recaídas en depresión. El objetivo es que los pacientes que no están deprimidos, pero que tienen alto riesgo de tener una recaída en depresión, aprendan a practicar *mindfulness*. En estos grupos se enseña a meditar en grupo y se revisan las tareas para casa, con una estructura muy parecida al MBSR de Kabat-Zinn, pero añadiendo algunas técnicas y ejercicios de Terapia Cognitiva tradicional.

Las sesiones de TCAP contienen varias técnicas repartidas entre las 8 semanas de duración del tratamiento y que se van introduciendo a lo largo de las sesiones, acompañadas de explicaciones teóricas. La técnica escogida por la TCAP para el entrenamiento de *mindfulness* es la meditación, lo que llamamos *mindfulness* formal, en postura sentado o tumbado. También se entrena con técnicas de *mindfulness* informal, es decir practicar *mindfulness* en actividades de la vida cotidiana (comiendo, paseando, etc.). A menudo se confunde el objetivo real de un entrenamiento en *mindfulness*, creyendo que la finalidad es convertir a los participantes en meditadores, pero en realidad,

el auténtico objetivo es entrenar la habilidad de *mindfulness*, y la meditación es solo la técnica escogida para hacerlo, ya que es la que permite aprenderlo en el menor tiempo y de la forma más eficaz, y obviamente hace falta mantener la práctica si se quiere que los efectos perduren en el tiempo.

Las principales técnicas que se utilizan en este tratamiento son:

- **Ejercicio de la uva pasa:** Se reparte una uva pasa entre los asistentes al entrenamiento en Atención Plena y antes de comerla, se huele, se observan sus formas, y se paladea dando la instrucción de hacerlo como si fuera la primera vez que la prueban. Este ejercicio sirve para explicar la Atención Plena de forma experiencial, se utiliza en la primera sesión como introducción a la práctica.
- **Atención en la Respiración:** La manera más sencilla y eficaz de comenzar a practicar la meditación consiste en concentrar la atención en la respiración y observar lo que sucede. Podemos concentrarnos en las aletas de la nariz, en el diafragma, en el pecho, etc.; la intención es hacerse consciente de la respiración sin pensar en ella, darse cuenta de cada inspiración y espiración, sin intervenir sobre su ritmo, sin enlentecerla o acelerarla. La mejor manera introducir la meditación en la vida cotidiana es mediante la práctica de este ejercicio durante tres minutos.
- **Meditación sentado:** Se denomina meditación sentado al núcleo de la práctica de la meditación formal. En este ejercicio se debe adoptar una postura erecta y digna, en la que cabeza, cuello y espalda forman una misma línea tan recta como sea posible. Una vez fijada la postura, el meditador se concentra en la respiración con Atención Plena y se focaliza en la experiencia del presente.
- **Técnica de exploración corporal o *body-scan*:** En esta técnica se hace un recorrido sensorial en Atención Plena por las diferentes partes del cuerpo, comenzando por los pies hasta llegar a la cabeza. Normalmente esta meditación se hace tumbado; el terapeuta da la instrucción de imaginar cómo el aire que entra por la nariz se distribuye a las otras partes del cuerpo. El trabajo se combina con la meditación en la respiración, ya que cada

vez que la mente se evade o se distrae del ejercicio se puede utilizar la respiración como *lugar* al que devolver la atención. Es la primera técnica de las utilizadas para desarrollar la Atención Plena, la concentración en el momento presente y la calma.

- **Yoga:** El yoga con atención es la tercera técnica de meditación más importante en el modelo de Kabat-Zinn. Está basada en ejercicios de estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud, y en la toma de conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que aparecen en el cuerpo al repetir las *asanas* o posturas. Se utiliza como técnica de *mindfulness informal* para tomar conciencia del cuerpo y de sus limitaciones. En esta práctica se promueve la observación de sensaciones corporales, cómo surgen y cómo desaparecen, sin reaccionar a ellas ni juzgarlas. Además, es una práctica muy efectiva para desentumecer el cuerpo que ha permanecido varias horas sentado, sin moverse. Pero en la TCAP, el yoga se ha mostrado como técnica poco relevante, pues evidencia una relación menor con la mejora terapéutica (12), no tanto a causa de la propia técnica sino por la cantidad de tiempo de praxis que requeriría para unos resultados óptimos, lo cual la lleva a ocupar una posición secundaria respecto a la *meditación formal*.
- **Meditar caminando:** Se trata de llevar la atención a uno de los actos más inconscientes y automáticos del cuerpo, caminar. Poner la Atención Plenamente en el contacto del pie contra el suelo y en todos y cada uno de los movimientos y acciones que subyacen al acto de caminar, dándose cuenta de lo complicado que es y de lo automatizado que está.
- **Atención Plena en la cotidianidad:** Es el último eslabón en esta *cadena formativa*, y trata de ejercitar la Atención Plena en todos ámbitos de la vida cotidiana, desde lavar el coche hasta esperar el autobús. El auténtico objetivo del tratamiento es poder utilizar la atención plena en cualquier circunstancia, generalizar la atención plena en nuestro estar en el mundo, como herramienta para afrontar el sufrimiento.

En la siguiente tabla se explican las técnicas y sus efectos (13):

Tabla 1. Técnicas y efectos utilizadas en la TCAP

Prácticas de las TCAP	¿Qué se puede aprender?
Comer en Atención Plena (ejercicio de la uva pasa)	Reconocer la Atención Plena en contraposición a los pensamientos automáticos.
Centrar la atención solo en la experiencia de comer.	La Atención Plena puede transformar una experiencia.
Atención Plena de las actividades cotidianas	Aprender cuán difusa y dispersa es la mente.
Centrar la atención en las actividades cotidianas que a menudo se realizan sin darse cuenta	
Meditación en la contemplación de las sensaciones	Utilizar el conocimiento experimental.
Poner atención en las diferentes partes del cuerpo	Practicar conscientemente el centrar y descentrar la atención.
	Repetir la práctica de darse cuenta, observar y regresar al cuerpo
	Permitir que la experiencia sea como es.
	Usar la respiración como vehículo
	Diferenciar entre los diferentes estados mentales.
Atención Plena en la respiración	Anclaje en el momento presente.
Usando la respiración como el foco de la atención	Calmarse para poder poner orden y concentrar la mente.
Respiración de los 3 minutos	Aprender a manejarse con el divagar de la mente.
Uso de la meditación en la respiración en períodos cortos de tiempo	Aprender a ser amable con uno mismo.
Atención Plena en las actividades agradables/desagradables.	Identificar los diferentes pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que se generan automáticamente como resultado de experiencias agradables y desagradables.
Utilizar las actividades diarias como el foco de atención	
Atención Plena en el cuerpo	Atención Plena en como se generan las sensaciones en el cuerpo sean estas placenteras o no placenteras.
Uso del cuerpo como foco de atención	
	Darse cuenta de la sensación de aversión que generan algunas sensaciones.
	Aprender a aceptar
Atención Plena de los estiramientos/ yoga/caminar	Aprender diferentes formas de relacionarse con los pensamientos y sentimientos.
Usar los pensamientos y sentimientos como foco de atención.	Aprender a relacionar los pensamientos o sentimientos de la misma forma en la que es posible relacionar con los sonidos.
	Aprender a ver patrones recurrentes de pensamientos o sentimientos.

Además de todas estas técnicas hay una parte importante del entrenamiento dedicada a los auto-registros de pensamientos respecto a sucesos agradables o desagradables, tal y como propone la Terapia Cognitiva tradicional. Se trata de que los participantes en el entrenamiento describan un suceso (agradable o desagradable), y a continuación, los pensamientos, las emociones y los sentimientos que aparecen. Estos ejercicios ayudan a separar el suceso de la experiencia personal, y el objetivo es entrenar la habilidad de tomar perspectiva y aumentar la capacidad de auto-observación, ya que obliga a narrar la experiencia con riqueza, lo que permite observar cómo surge y desaparece, y darle un significado separándola según pensamientos, emociones sentidas y sensaciones corporales que acompañan a la experiencia.

Otro aspecto fundamental de esta terapia son las tareas para casa. Durante las 8 semanas de duración del tratamiento los participantes deben practicar 45 minutos de meditación formal, 6 días a la semana, que van variando entre *body scan* y meditación sentados. La alta exigencia de este entrenamiento se debe a la corta duración que tiene (tan solo 8 semanas), y también porque lo que se pretende cambiar son procesos básicos muy arraigados, y además de una comprensión intelectual, para el cambio se requiere alcanzar eso que Teadale llama *insight metacognitivo*, es decir ver los pensamientos como eventos mentales sometidos a múltiples condicionantes (como el estado de ánimo), y no como reflejos de la realidad.

El objetivo de cada una de las 8 sesiones es:

- Sesión 1. El piloto automático: El objetivo de esta sesión es hacer conscientes a los participantes de lo común que es funcionar con el piloto automático, y cuáles son los efectos de permanecer en mindfulness.
- Sesión 2. Enfrentándose a los obstáculos: El objetivo de esta sesión es explorar las experiencias iniciales de la práctica e introducir una perspectiva metacognitiva. Esta sesión es fundamental porque se trabajan las dificultades que han aparecido en la práctica de las tareas para casa y durante las medita-

ciones. Las típicas dificultades son, “No podía encontrar tiempo para hacer la tarea para casa”, “Me aburrí totalmente”, “Me irrité mucho con el cd”, “Me quedé dormido”, “Trato de hacerlo lo mejor posible, pero no me sale”, etc.

- Sesión 3. Conciencia plena en la respiración. El objetivo es introducir la respiración como vehículo para reconectar con el presente cuando la mente divaga entre pensamientos, sensaciones o emociones.
- Sesión 4. Permaneciendo en el presente: El objetivo de esta sesión es explorar nuevas formas de relacionarnos con las emociones, pensamientos y sensaciones intensas.
- Sesión 5. Permitir/ dejar ser: Empezar a desarrollar una relación radicalmente diferente con las experiencias, en las que éstas son aceptadas tal y como son, sin juzgarlas.
- Sesión 6. Los pensamientos no son hechos: Animar a los participantes a reducir su identificación con pensamientos y aprender a relacionarse con los pensamientos como eventos que suceden.
- Sesión 7. ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí mismo? En esta sesión se empieza a cerrar el programa y el objetivo es trabajar estrategias de prevención de recaídas y técnicas para cuidarnos mejor.
- Sesión 8. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo. En esta sesión se trabaja cómo mantener la práctica de mindfulness una vez termine el tratamiento y se resume todo lo aprendido.

6. Mecanismos implicados en el cambio terapéutico

Como ya se dijo al inicio de este capítulo, la TCAP no sólo ha servido para impulsar la investigación clínica sobre la eficacia del uso psicológico de *mindfulness*, sino que aporta además un modelo fundamentado de sus mecanismos cognitivos. El programa MBSR de Kabat-Zinn aplicaba *mindfulness* como estrategia de regulación del estrés, pero carecía de un modelo psicológico que lo sustentara. Hasta la aparición de la TCAP tal modelo no existía.

El primer punto con el que nos encontramos tiene que ver con un cambio en la forma en la que atendemos a las experiencias. La atención plena o *mindfulness* supone un tipo de auto-observación que podríamos llamar adaptativa, en contraposición a la auto-observación rumiadora o no-adaptativa (9). Se sabe que las personas diagnosticadas de depresión tienen una probabilidad mayor de estar centradas en sí mismas que las que no están deprimidas (1). Teniendo en cuenta estos datos, es comprensible que para muchos psicólogos y psiquiatras la idea de entrenar a una persona que sufre de depresión en técnicas de auto-observación, en lugar de en técnicas de distracción, haya sido considerada como una aproximación terapéutica inadecuada o no necesaria. Sin embargo, la auto-observación promovida desde *mindfulness* es terapéutica porque contiene las siguientes características: a) Se fija en lo que ocurre en el presente; b) No compara el estado actual con el ideal; c) No juzga lo que observa y d) Acepta la no permanencia de la experiencia (14). En síntesis, la auto-observación adaptativa o experiencial, está basada en la Atención Plena, y es esencialmente diferente de la auto-observación analítica con un claro componente rumiador (14).

La hipótesis original de la TCAP propuesta por sus autores es que *mindfulness* está directamente interviniendo sobre las habilidades metacognitivas, especialmente la de descentramiento. Por metacognición se entiende cualquier conocimiento o actividad cognitiva que toma como objeto, cualquier aspecto de cualquier experiencia cognitiva (10). Se llama metacognición porque su significado esencial es “cognición de la cognición”.

Durante la práctica de la meditación en Atención Plena, la atención debe centrarse en la respiración y el cuerpo. Resulta realmente complicado mantener esta auto-observación durante un tiempo prolongado, ya que la atención tiende a dispersarse y es fácil que la mente se distraiga. Pero cada vez que se da cuenta de que se ha distraído del objeto de observación (respiración, cuerpo), el practicante debe observar hacia dónde se ha desviado su atención para después devolver la atención a la meditación. Es crucial que este *darse cuenta* de la distracción se efectúe sin juicio ni auto-castigo, porque la auténtica

esencia de la meditación en atención plena se basa precisamente en este movimiento atención-distracción-atención (12), que el meditador experimenta infinitas veces mientras realiza la práctica.

A pesar de su sencillez, este simple movimiento de la atención está afectando el núcleo de las habilidades metacognitivas, ya que promueve la observación de los pensamientos e imágenes que surgen sin juzgarlos. Entrena la capacidad de tomar conciencia de los propios pensamientos y observarlos en un estado de calma mental. Al promover el no juzgarlos, se entrena una actitud de aceptación hacia ellos, permitiendo un acercamiento del mismo sujeto a su forma de pensar.

Teasdale plantea que el objetivo final de un entrenamiento en *mindfulness* es alcanzar lo que él llama *insight metacognitivo* (10), que es la experiencia de percibir los pensamientos como pensamientos y no como reflejos de la realidad. Por tanto, los pensamientos se experimentan simultáneamente como pensamientos y como eventos que suceden en la mente.

En esta línea, ha aparecido en los últimos años datos muy interesantes en un concepto similar, el de Reactividad Cognitiva. En el año 2009, Beck (15) propone una relectura de su modelo cognitivo de la depresión y, entre otras cosas, incorpora al modelo tradicional el concepto Reactividad Cognitiva, como gran factor de vulnerabilidad. Este concepto es muy similar al ya visto en este capítulo cuando se ha revisado el modelo ICS. Por Reactividad Cognitiva se entiende el grado en que los estados de disforia reactivan patrones de pensamiento negativos. La Reactividad Cognitiva está presente en múltiples estudios. Por ejemplo, las personas con esta vulnerabilidad, tienen mayor incremento de actitudes disfuncionales, sesgos cognitivos y erosión de los sesgos positivos (16) tras inducirles una emoción negativa, como la tristeza.

Según Raes et al. (17) la TCAP ayuda a reconocer estadios tempranos de Reactividad Cognitiva, cuando el estado de ánimo empieza deteriorarse, facilitando de esta manera la aparición de afrontamiento más efectivo. Es decir, que el *mindfulness* facilitaría estrategias de auto-observación que su vez facilitarían el darse cuenta de las

primeras señales. Uno de los estudios más interesantes en este sentido es el planteado por Kuyken (16), en el que analiza los mecanismos por los cuales actúa la TCAP. Lo que descubren estos autores, es que es precisamente la Reactividad cognitiva la que media entre el *mindfulness* y la reducción de la sintomatología depresiva. Estos resultados validan el modelo original planteado por Teasdale y sus colegas sobre el uso de *mindfulness* para prevenir recaídas en depresión. Este concepto está directamente relacionado con otra de las hipótesis planteadas por los autores de la TCAP sobre los mecanismos de intervención, la reducción de estilos cognitivos desadaptativos, como la rumiación o la preocupación.

En los últimos años, ha habido un creciente interés por un concepto muy relacionado con *mindfulness*, el concepto de auto-compasión. La compasión tal y como se entiende en este paradigma proviene del Budismo² se define como un deseo genuino de que todas personas incluida una misma se liberen del sufrimiento y sean felices. Esta habilidad, a pesar de no ser entrenada explícitamente, aumenta tras un entrenamiento en TCAP, y no solo eso, sino que además parece ser un predictor fundamental de la mejoría en sintomatología depresiva (16). La principal investigadora en el ámbito de la compasión es Kristin Neff, para ella la compasión está conformado por tres componentes: bondad hacia uno mismo, humanidad compartida y *mindfulness* (18). Otro de los autores más relevante en este ámbito es Paul Gilbert (19), que ha desarrollado un protocolo de terapia basada en el entrenamiento de la compasión llamado *Compassionate Mind Training*. En este protocolo se utiliza la compasión como alternativa a la auto-crítica y la vergüenza, y se anima a los pacientes a ser cordiales, y calmarse a sí mismos cuando sienten ansiedad, tristeza o ira. A partir de estos datos, hay algunos autores que han ampliado las intervenciones basadas en *mindfulness* incorporando explícitamente un entrenamiento en compasión (19). Todavía hacen falta más investigaciones para clarificar este concepto, pero sin duda supondrá una nueva perspectiva en el ámbito de las aplicaciones clínicas basadas en *mindfulness*.

2. La concepción de “compasión” que existe tradicionalmente en lengua castellana en la que se asocia a sentimientos de conmiseración o lástima por el otro.

7. Evidencia científica de la eficacia de la TCAP

En uno de los últimos metaanálisis, el llevado a cabo por Hofmann et al. (20) se analizaron 34 estudios rigurosos, donde se evaluó los efectos de la TCAP sobre diferentes trastornos clínicos. De estos 34, 6 se llevaron a cabo con población con sintomatología depresiva, 7 sobre trastornos de la ansiedad, sobre todo ansiedad generalizada y ansiedad social, y el resto sobre población con enfermedades médicas, como cáncer o fibromialgia. Los resultados de este metaanálisis indican que tanto la población con altos niveles de sintomatología depresiva o ansiosa, como los bajos se beneficiaron del tratamiento de forma moderadamente fuerte. En otro metaanálisis, el realizado por Miró et al (21) se seleccionaron 15 publicaciones, esta vez además se incluyen todas las terapias que aplican *Mindfulness*, como el MBSR o la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (22), al igual que en el anterior, también se confirma la eficacia de estas intervenciones.

De todos estos estudios, 4 han intentado validar la eficacia de la TCAP en la prevención de recaídas en depresión (23, 24, 25, 26). Dos de ellos compararon el efecto de un programa TCAP más el tratamiento usual, con solo el tratamiento usual. Los resultados indican un menor riesgo de recaídas en el grupo que recibe la TCAP en pacientes con tres recaídas o más. En el año 2008, se volvió a replicar el estudio comparando una intervención en TCAP frente a un tratamiento con antidepresivos, y los resultados indicaron que no había diferencias entre grupos respecto al número de recaídas, pero el grupo de que había recibido la TCAP comparado con el grupo que recibía antidepresivos mostró una mayor reducción de la sintomatología depresiva en un mes, y en 15 meses.

Dentro de los estudios de validación de la eficacia de la TCAP, son especialmente relevantes los múltiples estudios dedicados a adaptar la terapia a otros trastornos, que aunque todavía con resultados preliminares, sugieren la flexibilidad que tiene esta terapia para adaptarse. La TCAP ha sido adaptada al tratamiento de depresiones resistentes (27, 28), riesgo de suicidio (29), sintomatología depresiva leve (9) y residual (30), sintomatología ansiosa asociada al trastorno bipolar (31), trastorno de ansiedad generalizada (32), hipocondría (33), insomnio

(34), tinnitus (35) e incluso una adaptación para niños con problemas de conducta (36). Los cambios realizados en todas estas adaptaciones tiene que ver con la modificación del componente específicamente orientado a la prevención de recaídas en depresión de la versión original, por un modulo relacionado con el trastorno específico.

Especialmente prometedoras son las adaptaciones al tratamiento de los trastornos de ansiedad (31,32, 33, 34), ya que sugieren que los procesos que subyacen a la eficacia de un entrenamiento en *mindfulness* afectan a los mecanismos cognitivos implicados en múltiples procesos psicopatológicos.

8. La medida de *mindfulness*

Ha habido un gran interés por las terapias basadas en la atención plena en la incorporación de instrumentos para medirla, con el fin de entender la investigación clínica y básica y los mecanismos que subyacen en el proceso de cambio. Como ya se ha indicado, las terapias basadas en el *mindfulness* parten de la idea de que esta habilidad es una capacidad intrínseca de todo ser humano, y que, por tanto, puede ser entrenada utilizando varias técnicas. Por tanto, debe de haber diferencias intra-sujeto, es decir el mismo sujeto debe cambiar esta capacidad en función del momento o el contexto, y diferencias entre-sujetos, diferentes personas tendrán tienen diferentes niveles de esta habilidad.

La construcción de instrumentos para evaluar *mindfulness* ha puesto de manifiesto la falta de acuerdo entre los diferentes autores sobre la definición de Atención Plena y, sobre todo, sobre los componentes que se incluyen en ella (37). Para Kabat-Zinn (38), las habilidades o factores incluidos dentro de la Atención Plena son varios: actitud no juzgadora, paciencia, mente de principiante, confianza en uno mismo, no esforzarse en alcanzar ningún estado y aceptación de la experiencia tal y como es. Para Marsha Linehan (22) *mindfulness* se entiende como una habilidad que se puede separar en dos grupos, las habilidades *Qué* y las habilidades *Cómo*, las primeras se refieren a la capacidad de participar con conciencia de la realidad, y las segundas a cómo se hace esto. En cambio, Brown y Ryan (39) entien-

den que la Atención Plena es un solo componente más relacionado con la capacidad de darse cuenta.

Previo a la discusión sobre los componentes que están implicados en la práctica de mindfulness, hay otra discusión de mucha más relevancia y viene a cuestionar directamente si es posible medirlo mediante auto-registros. Como hemos visto a lo largo de este capítulo, mindfulness es una habilidad estrechamente relacionada con un estado de conciencia, por tanto uno de los principales problemas con los que nos encontramos es que las personas que no han practicado mindfulness nunca pueden entender el auténtico significado de los ítems y, al contrario, personas que practican pueden darse mayor cuenta de lo poco *mindful* que están en el día a día. Todavía es pronto para aclarar los instrumentos de medida idóneos, pero de momento, contamos con dos instrumentos validados en lengua castellana.

El Inventario de las cinco facetas de mindfulness (40): Este cuestionario está formado por 39 ítems que evalúan cinco factores de *mindfulness*. Los cinco factores son; a) Observar, que incluye atender a experiencias internas y externas como sensaciones, pensamientos, emociones, sonidos, olores, etc. b) Describir, que se refiere a la capacidad de etiquetar las experiencias internas con palabras, c) Actuar dándose cuenta, mide la capacidad de atender a las actividades que hace uno en cada momento, en lugar de funcionar de forma mecánica con la atención dispersa (piloto automático), d) No juzgar la experiencia interna, que se refiere a la capacidad de relacionarse con la propia experiencia desde una perspectiva no evaluadora, y finalmente e) No reactividad sobre la experiencia interna, que mide la tendencia a permitir que los pensamientos y sentimientos aparezcan y desaparezcan sin dejarse llevar por ellos. Este cuestionario parte del modelo de *mindfulness* planteado por Marsha Linehan (22) en el que las habilidades de *mindfulness* se separan en dos, las *Qué* y las *Cómo*. A pesar de los problemas metodológicos que tiene este cuestionario, como el hecho de incluir un factor (el de Observar) que no tiene relación directa con el resto de factores, este cuestionario es uno de los más utilizados, junto con la Escala de *Mindfulness* y Darse Cuenta (MAAS) (29).

Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mí mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mí mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en "piloto automático", sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mí mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprende haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

Corrección:

Observar 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

Describir: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

Actuar dándose cuenta: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

No juzgar la experiencia interna: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

No reactividad sobre la experiencia interna: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

Cuestionario original: Baer, R. et al, 2006. Validación española: Cebolla et al., 2012.

Esta escala es un cuestionario de 15 ítems que mide la frecuencia en la que los estados de *mindfulness* suceden en el día a día. En este caso, los autores plantean *mindfulness* como un solo factor.

Mindful Attention Awareness Scale

A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2.- Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3.- Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4.- Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5.- Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6.- Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7.- Parece como si "funcionara en automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8.- Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9.- Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10.- Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11.- Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12.- Conduzco "en piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13.- Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14.- Me descubro haciendo cosas sin prestar atención. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15.- Pico sin ser consciente de que estoy comiendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Corrección: sumatorio de todos los ítems.

Cuestionario original: Brown & Ryan, 2003; Validación española: Soler et al, 2012.

9. Conclusiones

Como hemos podido observar, la relación entre *mindfulness* y el tratamiento de la depresión ha sido fundamental para la introducción del uso de *mindfulness* en la práctica clínica, y el trabajo realizado por sus autores valiosísimo para comprender el rápido desarrollo y avance en su investigación. Respecto a los mecanismos cognitivos de *mindfulness*, se ha adelantado muchísimo en los últimos años en el estudio de los mecanismos de cambio, fundamentales para justificar una intervención basada en *mindfulness*. Esta línea de investigación es muy relevante además porque ayudará a clarificar algunas de las dudas que quedan pendientes, como por ejemplo cuando se desaconseja practicar *mindfulness* o de qué manera se puede adaptar la práctica a las características de los participantes. Por otra parte, los estudios de aplicación de la TCAP a otras patologías son muy prometedores.

La TCAP necesita mucha más investigación para realmente averiguar su grado de eficacia en la prevención de recaídas en depresión. También necesita un análisis por componentes del entrenamiento en TCAP, ya que hay aspectos del protocolo que parecen heredados del modelo primigenio de Kabat-Zinn y que se han mantenido por inercia, como el uso de yoga o de videos explicativos, y que están siendo cuestionados por su poca viabilidad a la hora de aplicar este protocolo en un contexto de salud pública.

A pesar de que la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness o Atención Plena es muy joven, ha alcanzado grandes cuotas de popularidad e interés por parte de clínicos e investigadores, y ha dado un soplo de aire fresco a la hora de aplicar tratamientos psicológicos eficaces y eficientes en el ámbito de la salud.

10. Bibliografía

1. SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. y TEASDALE, J.D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press; 2002 (*Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Un programa de prevención en recaídas en depresión*. Bilbao, Ed. Desclée De Brouwer).
2. FEIXAS, G. y MIRO, M.T. *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós; 1993.
3. SEMERARI, A. *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Ed. Roma-Bari; 2000. (Edición castellano: *Historia, Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Cognitiva*. 2002. Ed. Paidós).
4. SANZ, J. y VÁZQUEZ, C. "Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas". En BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill, 1995, (vol. 2).
5. VÁZQUEZ, C.; HERVÁS, G. y ROMERO, N. "Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación". *Psicología Conductual*. 2010; 18: 139-165.
6. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*; 2008.
7. BARNARD, P.J. y TEASDALE, J.D. "Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive affective interaction and change". *Cognition and Emotion*. 1991: 1-39.
8. NOLEN-HOEKSEMA, S. "Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes". *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; No. 4: 569-582.
9. CEBOLLA, A. y MIRÓ, M.T. "Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión". *Revista de Psicoterapia*. 2007; Vol 66/67: 133-157.
10. TEASDALE, J.D. "Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders". *Clinical psychology and psychotherapy*. 1999; 6: 146-155.
11. FLAVELL, J.H. "Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry". *American Psychologist*. 1979; 34: 906-911.

12. CEBOLLA, A. *Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena*. Publicacions de la Universitat de Valencia. Tesis doctoral; 2007.
13. WILLIAMS, J.M.; DUGGAN, D.S.; CRANE, C. y FENNEL, M.J. "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour". *Journal of Clinical Psychology*: In Session. 2006, Publicación on-line.
14. WATKINS, E. y TEASDALE, J.D. "Adaptive and maladaptive self-focus in depression". *Journal of Affective Disorders*. 2004; 82: 1-8.
15. BECK, A.T. "The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates". *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: 969-977.
16. KUYKEN, W.; WATKINS, E.; HOLDEN, E.; WHITE, K.; TAYLOR, R.S.; BYFORD, S.; EVANS, A.; RADFORD, S.; TEASDALE, J.D. y DALGLEISH, T. *How does mindfulness-based cognitive therapy work?* Behavioral Research and Therapy. 2010; 48: 2205-1112.
17. RAES, F.; DEWULF, D.; VAN HEERINGEN, C. y WILLIAMS, J.M. *Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study*. Behaviour Research and Therapy. 2009; 47: 623-627.
18. NEFF, K.D. "The role of self-compassion in development: "A healthier way to relate to oneself". *Human Development*. 2009; 52: 211-214.
19. GILBERT, P. y IRONS C. "Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking". En, P. GILBERT (ed). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (263-325). London: Routledge; 2005.
20. HOFMANN, S.G.; SAWYER, A.T.; WITT, A.A. y OH, D. "The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78 (2): 169-183.
21. MIRO, M.T.; PERESTELO-PEREZ, M.T.; PEREZ, J.; RIVERO, A.; GONZALEZ, M.; DE LA FUENTE, J. y SERRANO, P. "Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011; 16: 1-14.

22. LINEHAN, M.M. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993.
23. TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; RIDGEWAY, V.A.; SOULSBY, J.M. y LAU, M.A. "Prevention of relapse/recurrence in major depression by *mindfulness*-based cognitive therapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68:615-623.
24. KUYKEN, W.; BYFORD, S.; TAYLOR, R.S.; WATKINS, E.; HOLDEN, E.; WHITE, K. et al. "*Mindfulness*-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76: 966-978.
25. MA, S.H. y TEASDALE, J.D. "*Mindfulness*-Based Cognitive therapy for Depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; Vol. 72, No. 1: 31-41.
26. TEASDALE, J.D.; SCOTT, J.; MOORE, R.G.; HAYHURST, H.; POPE, M. y PAYKEL, E.S. "How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression: Evidence form controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69: 347-357.
27. BARNHOFER, T.; CRANE, C.; HARGUS, E.; AMARASINGHE, M.; WINDER, R. y WILLIAMS, J.M.G. "Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study". *Behavioral Research and Therapy*. 2009; 47: 366-373
28. EISENDRATH, S.J.; DELUCCHI, K.; BITNER, R.; FENIMORE, P.; SMIT, M. y MCLANE, M. "Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008; 77: 319-320.
29. WILLIAMS, J.M.G.; DUGGAN, D.S.; CRANE, C. y FENNELL, J.V. "Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour". *Journal of Clinical Psychology: In session*. 2006; 62: 201-210.
30. KINGSTON, T.; DOOLEY, B.; BATES, A.; LAWLOR, E. y MALONE, K. "Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms". *Psychology and Psychotherapy*. 2007; 80: 193-203.
31. WILLIAMS, J.M.G.; ALATIO, Y.; CRANE, C.; BARNHOFER, T.; FENNELL, M.J.V.; DUGGAN, D.S.; HEPBURN, S. y GOODWIN, G.M. "Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preli-

- minary evaluation of immediate effects on between-episode functioning". *Journal of Affective Disorders*. 2008; 107: 275-279.
32. EVANS, S.; FERRANDO, S.; FINLER, M.; STOWELL, C.; SMART, C. y HABLIN, D. (2008) "Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder". *Journal of Anxiety Disorder*. 2008; 22: 716-721.
 33. LOVAS, D.A. y BARSKY, A.J. "Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study". *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24: 931-935.
 34. YORK K, LEE SH, RYU M, KIM KH, CHOI TK, SUH SY, KIM B, KIM MJ. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *Journal Of Nervous and Mental Disease*. 2008; 196: 501-503.
 35. PHILIPPOT P, NEF F, CLAUW L, ROMEREE M, SEGAL Z. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treating Tinnitus. *Clinical Psychology and Psychotherapy* (en prensa).
 36. LEE, J.; RANDYE, J.; ROSA, D. y MILLER, L. (2008) "Mindfulness-based cognitive therapy for children: results of a pilot study". *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008; 22: 15-28
 37. BISHOP, S.R, (2002) "What we really know about Mindfulness-BASED Stress Reduction". *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64: 71-84.
 38. KABAT-ZINN, J. *Full Catastrophe Living*. Nueva York: Delta; 1990. (Edición en Castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. 2003. Ed. Kairós).
 39. BROWN, K.W.; RYAN, R.R. "The benefits of being present: *Mindfulness* and its role in Psychological Well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; Vol. 84: 822-848.
 40. BAER, R.; SMITH, G.T.; HOPKINS, J.; KRIETEMEYER, J. y TONEY, L. "Using Self-Report Assessment to Explore Facets of *Mindfulness*". *Assessment*. 2006; 13(1).

11. Anexo: Meditación en la contemplación de las sensaciones

El objetivo de esta práctica es entrenar la habilidad de *mindfulness* a través de la observación de las sensaciones corporales. Para eso, practicaremos el llevar al atención a diferentes partes del cuerpo,

observando a su vez lo que sucede con nuestros pensamientos, emociones y sensaciones.

Ponte en una postura cómoda sobre una colchoneta o manta, preferiblemente tumbado hacia arriba, ya que facilitará este ejercicio en particular. Permite que se cierren los ojos lentamente, y lleva tu atención a la sensación física del aire entrando por la nariz... mantén ahí la atención unos instantes. Observa el flujo del aire, cómo entra y cómo sale.

Seguramente, mientras atiendes a estas instrucciones, tu mente se distraerá y se irá a algún lugar del pasado o del futuro. La tendencia natural cuando te des cuenta de esta divagación es la frustración, pero en lugar de esto, observa dónde se marchó tu mente, y deja pasar estos pensamientos. Este dejar pasar, simplemente es volver a la respiración con amabilidad, con curiosidad, sin castigarse ni reñirse.

También puede suceder que aparezca la exigencia por sentirnos de una determinada manera, como estar relajados, por ejemplo. Sea lo que sea que aparezca, déjalo pasar, y regresa a la respiración.

En esta práctica, la respiración funcionará como un anclaje, al que acudiremos cada vez que nuestra atención se disperse y queramos regresar a la práctica.

Así pues empezamos llevando la atención al pie izquierdo... y mantenemos ahí la atención, observando las sensaciones que aparecen, es importante que no imaginemos, ni visualicemos la parte del cuerpo que queremos sentir, sino que exploremos las sensaciones que aparecen. Otra cosa que puede suceder es que no sintamos nada especial, en este caso, es bueno no desesperarse, y observar esa nada, o en todo caso, volver a la respiración.

Subimos la atención al resto al tobillo y parte baja de la pierna izquierda,

Rodilla izquierda... Parte alta de la pierna izquierda... Cadera izquierda... Ahora, llevamos la atención al pie derecho... y repetimos el proceso. Tobillo y parte baja del pie derecho... Rodilla derecha... Cadera derecha...

El cuerpo es como un cristal por el que vemos el mundo, aquí aparecen en primer lugar las experiencias, emociones y sensaciones que determinan la forma en la que vivimos y sentimos. Esta práctica, es como si limpiáramos este cristal por el que miramos, y de esta manera podemos aumentar la claridad con la que percibimos todo.

Ahora pasamos a la parte alta de la pierna derecha... Glúteos y genitales... Parte baja de la espalda...

Si en algún punto de la práctica notamos alguna sensación de dolor o molestia, no luchemos contra ella, observémosla, como si fuera una sensación más.

Subimos a la parte alta de la espalda... Ahora, bajamos al abdomen... aquí podemos sentir el movimiento que genera el aire entrando y saliendo de nuestro cuerpo... Estómago... Pecho... Hombros y cuello... Cara... Resto de la cabeza y cuero cabelludo...

Ahora que ya hemos terminado de repasar el cuerpo por partes, vamos a llevar la atención al cuerpo como un todo...

Cuando estemos preparados, abrimos los ojos y poco a poco vamos saliendo de la meditación.