Efectos de la práctica de mindfulness en psicoterapia

Catalina Pérez Escobar

Gustavo Lara Rodríguez

Director

Programa de Psicología

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

Bogotá, noviembre 2017

Nota de autor

La correspondencia en relación a este informe debe dirigirse a: Catalina Pérez Escobar. Programa de Psicología, Universidad del Rosario, Quinta de Mutis. Calle 63 C No. 24-31. Correo electrónico: catalina.perez@urosario.edu.co

Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por Catalina Pérez
titulado: Efectos de la práctica de mindfulness en psico
cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación terapia
del mismo.

Esta acta se firma a los 30 días del mes de nov. de 2017.

Gustavo Lara E.
Firma del Director

30-11-2017
Fecha

[Firma]
Firma del Coordinador de T.G.

06-12-2017
Fecha

Tabla de contenido

Resumen	4
Abstract	5
Programa de Reducción Del Estrés Basado En La Atención Plena	13
Terapia Cognitiva Basada En La Atención Plena	17
Terapia De Aceptación Y Compromiso	28
Terapias Humanistas	32
Instrumentos	33
Mindfulness como rasgo y como estado	37
Beneficios De Mindfulness En La Terapia De Aceptación Y Compromiso	44
Beneficios De Mindfulness En La Terapia Dialectico Comportamental	46
Conclusiones	52
Referencias	56

Resumen

En la actualidad, el concepto de mindfulness se ha vuelto muy popular y ha tomado cada vez un papel más importante en el ámbito psicológico, por esta razón, han surgido diversos tipos de entrenamientos basados en mindfulness, (Goldin & Gross, 2010), que han sido incorporados dentro de distintos enfoques de la psicoterapia (Vázquez-Dextre, 2016). Esto con el fin de conocer cómo son utilizados hoy en día dentro de la psicoterapia, así como evaluar cuáles son sus beneficios. Para el presente trabajo se realizó una revisión de la literatura que abarcó publicaciones entre 2006 y el presente, 14 libros, 27 capítulos y 29 artículos, hallados en bases de datos tales como Scielo, Annual Review, EBSCO, Elsevier y Pubmed. El trabajo presenta los usos de mindfulness en el programa de reducción del estrés basado en mindfulness, la terapia cognitiva basada en mindfulness, la terapia cognitiva basada en mindfulness, la terapia dialéctico comportamental y la terapia de aceptación y compromiso.

Palabras clave: Mindfulness, Atención Plena, Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena, Programa de Reducción Basado en la Atención Plena.

Abstract

Currently, the concept of mindfulness has become very popular and has increasingly taken on a more important role in the psychological field, for this reason, various types of training based on mindfulness have emerged (Goldin & Gross, 2010), and have been incorporated into different approaches to psychotherapy (Vázquez-Dextre, 2016). For the present work, a review of the literature was conducted. In total, 14 books were reviewed, of which 27 chapters were reviewed and a total of 29 scientific articles, in databases such as Scielo, Annual Review, EBSCO, Elsevier, Pubmed, among others. This revision shows us mindfulness applications in mindfulness-based stress reduction program, mindfulness-based cognitive therapy, mindfulness based cognitive therapy, dialectical behaviour therapy, acceptance and commitment therapy. The revision of these articles, as well as the books, was limited from 2006 to the present year.

Key words: Mindfulness, Mindfulness Based Stress Reduction Program, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behaviour Therapy

Actualmente, el término mindfulness se ha vuelto muy popular y ha cobrado gran importancia en la investigación (Gethin, 2015), sin embargo, en cierta medida se podría considerar, que en occidente se está viviendo un redescubrimiento y reencuentro de la práctica de mindfulness (Simón, 2006). Es una práctica que se ha originado hace aproximadamente 2500 años (Pérez y Botella, 2006) y sus raíces provienen de las enseñanzas de Buda conocidas como Dharma. Se considera que Buda lo adscribió dentro de su práctica como un despertar lúcido.

No se piensa como un conjunto de doctrinas que exigen creencias, sino que se refiere a un conjunto de principios y prácticas que apoyan a los seres humanos en su búsqueda de la felicidad y libertad espiritual, centrándose en un sistema de entrenamiento que conduce a la comprensión y a la superación del sufrimiento (Williams y Kabat-Zinn, 2013), teniendo como objetivo último alcanzar el nirvana, un estado trascendente y de paz, lo cual se logra por medio de los cuatro fundamentos de mindfulness o por medio de los cuatro satipatthanas o fundamentos de la atención. Estos incluyen la contemplación del cuerpo en la cual se presta atención a las posturas corporales y a la anatomía del cuerpo, es decir, reconocer todas las partes del cuerpo. Luego, se encuentra la contemplación de los sentimientos, placenteros, displacenteros o neutros, así como la importancia de no aferrarse ni de rechazarlos. El tercero, se conoce como la contemplación de la mente y propone que se debe prestar atención a nuestros estados mentales como la ira, la desilusión, la distracción y la lujuria y también observar la ausencia de estos estados (Analayo, 2006). Por último, se encuentra el mindfulness de los estados mentales en el que hay que ser conscientes de los fenómenos. Se considera, que cuando uno está molesto hay un objeto particular que crea esa molestia, lo que se busca entonces es ser consciente de ese fenómeno que causa molestia, por ejemplo.

El camino para alcanzar el nirvana solo se puede lograr en la medida en que el practicante es consciente y por consiguiente entiende el origen de sus propios sentimientos, contempla la impermanencia y abandona la lujuria, la ignorancia y la aversión (Williams y Kabat-Zinn, 2013).

Por otro lado, la práctica de la atención plena es una de las virtudes y cualidades que se presentan en el desarrollo del camino budista hacia la iluminación y el despertar, siendo esta, uno de sus cinco componentes básicos. Los otros son: fe, vigor, concentración y sabiduría. Se sugiere que el camino budista hacia la iluminación, se da gracias a un desarrollo progresivo constituido por tres etapas, en las que se debe desarrollar una conducta moral, estados profundos de concentración meditativa y, por último, una comprensión de la naturaleza de la realidad (Gethin, 2015).

Las escrituras del budismo antiguo se compendian en lo que se conoce como el Canon Pali, dado que se escribieron en este antiguo idioma de la India. En él se encuentra el satipatthana sutta, más conocido como el discurso sobre los 4 fundamentos de mindfulness. Por esta razón se ha considerado que mindfulness es el actor principal dentro de estos textos. Se caracteriza por contener dos términos principales: el primero es sati, que se traduce como mindfulness y el segundo es sampajañña que traduce comprensión clara (Williams y Kabat-Zinn, 2013).

Mindfulness es la traducción que se ha dado a la palabra *sati* del pali (Miró, 2006). Uno de los pioneros en introducir la palabra mindfulness a occidente fue Thomas William Rhys Davids, quien se encargaba de estudiar antiguos textos budistas escritos en pali y luego traducirlos al inglés (Gethin, 2015). En una de las primeras discusiones sobre el significado de mindfulness, Davids sugirió que la palabra sati significaba memoria, pero cuando se estudiaba en el contexto de los textos budistas este se utilizaba para caracterizar un modo de prestar atención, o de interpretar un objeto (Gethin, 2015).

En sánscrito mindfulness se conoce como *smṛti* que se entiende como el acto de recordar y de mantener en la mente (Williams y Kabat-Zinn, 2013).

Las prácticas de mindfulness han sido incluidas dentro de las tradiciones budistas, desde el siglo VI A.C. y estas incluyen dos formas de meditación para aprender a aceptar el presente tal cual es. Por un lado, está la meditación Samatha (atención vigilante), por el otro lado, la meditación Vipassana (visión clara). Estas dos permiten reducir los problemas mentales y tener un conocimiento más claro de los fenómenos (Trousselard, Steiler, Claverie, & Canini, 2014).

Dentro de los discursos originales de satipatthana sutta se sugiere que una forma de realizar la práctica es que el monje (practicante) observe su cuerpo, sus estados mentales, sus pensamientos y sus emociones (Gethin, 2015). Siguiendo esta idea, se proponen distintos ejercicios de observación corporal como es por ejemplo observar y prestar atención a la respiración, a la postura mientras se camina, cuando se está acostado, es decir estar atento a la postura corporal dentro de las actividades de la vida diaria. Existen también ejercicios para observar estados mentales, en estos se pretende prestar atención a los deseos, a las aversiones o desilusiones. En cuanto a los ejercicios para prestar atención a los estados emocionales se sugiere que el individuo debe estar atento a los sentimientos que considere placenteros, displacenteros o neutrales (Gethin, 2015).

Hablar de mindfulness como memoria, no se refiere a recordar lo que ha ocurrido en el pasado, sino a adoptar una postura particular en la experiencia presente. Es decir, observar la propia experiencia presente sin asumir posturas (Williams y Kabat-Zinn, 2013).

El término mindfulness implica algunos problemas puesto que no es una palabra que tenga un único significado y, además, este depende del contexto y de la escuela

budista en la que se trabaja (Quaglia, Brown, Lindsay, Creswell, y Goodman, 2015). Adicionalmente, el hecho de que la práctica de mindfulness sea una actividad no-conceptual y no-lingüística, sugiere que es más sencillo experimentarla que describirla con palabras (Miró, 2006).

En el contexto budista, la práctica de mindfulness se conoce también como meditación vipassana, insight o atención plena (Miró, 2006). Es considerada una herramienta básica de la meditación budista. El objetivo central, es entonces mantener un objeto en la mente para observarlo claramente, o dirigir la mente a un objeto en particular. Estas dos actividades sirven de protección frente a situaciones peligrosas, como también permiten reducir la divagación de los pensamientos. En cuanto a la utilidad de la práctica de mindfulness como protección frente a situaciones peligrosas se puede considerar que, esto puede contribuir a tener una comprensión más clara de la situación y le brinda al individuo una serie de herramientas que le ayudan a enfrentar la situación de una forma más asertiva, (Gethin,2015).

Según Varela (1999), al realizar la práctica de centrar la atención, la conciencia forma una intención por medio de la cual se constituyen el pasado, el presente y el futuro. Es importante comprender esto, ya que si el presente es el único tiempo en el que se vive este debe ser apreciado porque es el momento en el que sentimos y sabemos lo que hacemos (Miró, 2006).

Esta capacidad de estar completamente conscientes momento a momento es algo que ocurre en muy pocas ocasiones (Gethin, 2015). No obstante, no es algo que ocurra de manera automática, sino que es una cualidad mental que puede ser aprendida y desarrollada, es decir, es una capacidad que puede ser cultivada (Williams y Kabat-Zinn, 2013). Se considera que es una práctica de visión y concentración en la cual la

conciencia plena es tanto el medio como el fin en sí mismo y por esto debe ser cultivada (Miró, 2006).

El reencuentro o redescubrimiento de la práctica de mindfulness en occidente ha sido posible gracias a diversos factores (Simón, 2006). Entre ellos se encuentra, el intercambio cultural que permitió a profesores asiáticos viajar a Estados Unidos para incorporar en esta cultura sus prácticas budistas, de yoga y espirituales (Williams y Kabat-Zinn, 2013). Este factor ha promovido la divulgación de prácticas filosóficas y prácticas orientales de meditación en occidente. En cierta medida, esto se debe al hecho de que debido a la invasión china del Tibet, numerosos monjes budistas huyeron hacia occidente (Simón 2006), y con ello se generó una propagación de las tradiciones meditativas de las distintas ramas del budismo (Simón 2006).

Por otra parte, es importante resaltar que los programas de mindfulness han podido ser incluidos en Occidente dentro de tratamientos médicos y en la psicoterapia ya que la psicología, la medicina y el budismo comparten un objetivo común que es aliviar el sufrimiento humano (Carmody, 2015). Las prácticas de mindfulness se han incluido en Occidente gracias a que han sido actualizadas y adaptadas a dicho contexto.

Uno de los problemas que surge al hablar de mindfulness y por ende del budismo, es que se olvida que esta última no es una tradición monolítica. Por el contrario, presenta una gran diversidad en sus filosofías, en sus tradiciones meditativas, y en sus expresiones culturales entre otras (Dunne, 2013). La palabra inglesa mindfulness puede tener múltiples significados fuera del contexto budista (Carmody, 2015), ajenos a su sentido original implicado en el vocable *sati* de la lengua pali.

Por otro lado, una de las dificultades que se presenta al hablar de mindfulness, son las diferentes concepciones que tienen las distintas escuelas budistas. Los Theravadas sugieren que mindfulness es una cualidad intrínseca de una habilidad que

suele estar asociada con una conciencia arraigada en el no apego y la amistad (Gethin, 2015). Para la escuela Sarvastivada de la tradición Theravada, mindfulness es considerada una de las diez cualidades características de la conciencia que se encuentra presente en la mente. Sin embargo, para la escuela Yogacara de la tradición Mahayana, mindfulness se define como una de las cualidades de una mente que se encuentra limitada dentro de unas condiciones específicas, es decir puede ocurrir tanto en estados mentales sanos como no sanos y esto depende de las condiciones que son dadas (Gethin, 2015). En consecuencia, cada escuela concibe esta práctica de un modo distinto, y la apropiación que de ella se hace en occidente refleja esta diversidad.

La primera vez que se introdujeron en occidente las intervenciones basadas en mindfulness, fue en el contexto sanitario con el fin de dar respuesta a los problemas de dolor crónico que no lograban ser tratados por la medicina (Hervás, Cebolla & Soler, 2016).

La atención plena es la puerta de entrada a un nuevo marco para la integración de las psicoterapias (Zambrano, 2006), dado que las intervenciones basadas en ella tienen como principio aliviar el sufrimiento humano y tener una mejor comprensión de la naturaleza humana (Williams & Kabat-Zinn, 2013). Además, estas intervenciones, pueden ser aplicadas en poblaciones muy amplias, abarcando desde trastornos mentales o problemas de salud hasta la búsqueda del bienestar (Miró, 2006).

En otras palabras, mindfulness hace referencia a la capacidad que tienen los individuos de atender al momento presente, sin intenciones de juzgar, prestando atención a las emociones, sensaciones corporales, pensamientos y al entorno, con el fin de estar abiertos a la experiencia, la aceptación y la curiosidad (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Siempre es entendido en un momento concreto, el aquí y el ahora, el momento presente, es una práctica contemplativa, observar abiertamente sin juzgar.

Dentro de las terapias de la tercera ola o tercera generación, algunos se centran en la conciencia plena y la aceptación, mientras que otros se acercan más hacia el lado espiritual (Korman & Garay, 2012). Dentro de estos modelos, se encuentran la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Dialéctico-Conductual, (DBT) Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR), Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT), Terapia Breve Relacional (BRT). Estos son algunos ejemplos de modelos que utilizan mindfulness o que se basan en esta práctica (Pérez & Botella, 2006). Sin embargo, los programas de mindfulness no solo han sido utilizados dentro de las terapias de tercera generación, sino que también se incluyen en otros tipos de terapia.

Asimismo, se ha buscado estudiar en profundidad cuáles son los beneficios y limitaciones que tiene incluir los programas de mindfulness dentro de la psicoterapia y es por esta razón que surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los beneficios obtenidos por el consultante al practicar mindfulness como parte del proceso psicoterapéutico?

Objetivos:

Objetivo General

Realizar una categorización de los beneficios de los programas de mindfulness dentro de algunos sistemas terapéuticos.

Objetivos Específicos

1. Realizar una exploración de la literatura sobre el concepto de mindfulness.
2. Explorar las bases conceptuales de algunos sistemas terapéuticos (principios, intervenciones).

3. Realizar una comparación de los beneficios de los programas de mindfulness como complemento en algunos sistemas terapéuticos.

Programa de Reducción Del Estrés Basado En La Atención Plena

La primera persona en incorporar esta práctica dentro de un contexto clínico en occidente fue Jon Kabat-Zinn con el Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) conocida por su sigla en inglés como MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction). Al comienzo, lo creó para realizar intervenciones para pacientes con dolor crónico (Hervás, Cebolla & Soler, 2016). Fue creado en 1982 en la Clínica de Estrés dentro de la División de Medicina Preventiva y Conductual de la Universidad de Massachusetts (Pérez & Botella, 2016), dentro del contexto de la medicina tradicional también conocida como medicina conductual (Guillén, 2015).

REBAP utiliza dos formas de meditación, por un lado, está la práctica formal, que se caracteriza por emplear ejercicios basados en la respiración, es decir, los ejercicios en los cuales la respiración es inducida como en el caso del escaneo corporal (Goldin & Gross, 2010). Por otro lado, se encuentra la práctica informal en la cual se centra la atención a la observación de los pensamientos, sentimientos y emociones que aparecen en la experiencia del momento presente (Goldin & Gross, 2010). Por lo tanto, la práctica informal se centra sobre todo en las actividades que se realizan en la vida cotidiana como, por ejemplo, comer, caminar, lavar los platos con plena conciencia respecto a los movimientos, sensaciones, cogniciones y emociones que aparecen en el momento presente (Carmody & Baer, 2007).

El programa consta de 8 semanas de entrenamiento (Davis & Hayes, 2011). Comienza con una sesión de orientación en la cual se exponen tanto los fundamentos del programa como los métodos que serán utilizados. Durante esas 8 semanas los participantes deben practicar por su propia cuenta por 6 días, además de asistir a una

reunión grupal un día a la semana (Miró, 2006). Se sugiere que cuando las personas realicen la práctica en su casa deben hacer los ejercicios basados en audio-guías aproximadamente durante los seis días. La séptima semana, deben asistir al día de retiro, el cual dura entre seis y ocho horas (Creswell, 2017). Las sesiones están centradas en buscar que los participantes se vuelvan más conscientes, dejando de lado la tendencia de estar en piloto automático (Segal, Williams y Teasdale, 2013).

Durante este día de retiro, deben permanecer la mayor parte del tiempo en silencio, evitando el contacto con otros participantes para que estos tengan la oportunidad de centrarse en la observación consciente de la experiencia del momento presente (Baer, 2014). El objetivo principal es que las personas estén presentes y acepten la experiencia tal como se presenta a lo largo del día, lo que implica que se fomente la observación sin juzgar (Baer, 2014).

Gran parte del programa se basa en hacer ejercicios de meditación sentada o caminando, de escaneo corporal, conocido también como body scan (Guillén, 2015), ejercicios de estiramiento y de yoga en los cuales se presta especial atención a las sensaciones corporales (Creswell, 2017). En los ejercicios de escaneo corporal, se busca que el individuo sea consciente momento a momento de las sensaciones en cada parte de su cuerpo (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

En los ejercicios de meditación caminando, se busca prestar atención a la experiencia de caminar, observando las sensaciones en los pies, en las piernas y por último en todo el cuerpo. Lo importante en esta meditación es que se debe estar consciente en cada paso que se da (Pérez & Botella, 2006). (Caminar más lento de lo que es habitual).

En la meditación sentada, las instrucciones son muy sencillas, se debe prestar atención a la respiración que entra y sale fijando toda la atención en la respiración y en

el momento en el que uno se da cuenta que desvió la atención hacia algún pensamiento solo se debe centrar nuevamente la atención en la respiración (Kabat-Zinn, 1990).

Igualmente, Kabat-Zinn, sugiere que para la práctica de la atención plena se debe tener en cuenta los siguientes elementos: no juzgar, la aceptación, tener una mente de principiante, no esforzarse, soltar o practicar el desapego, confianza y constancia (Simón, 2006). Esta última, es un elemento imprescindible ya que a los participantes se les advierte que es importante tener en cuenta que el programa en sí mismo exige un alto nivel de compromiso. Tomar el curso de REBAP puede llegar a ser desafiante (Segal, Williams y Teasdale, 2013), puesto que la meditación plantea que hay un modo de “no hacer” en el que simplemente hay que estar atento y ser consciente del momento presente. En otras palabras, solo se debe ser y experimentar la experiencia de vivir permitiéndose vivir el momento tal cual es sin querer cambiar las cosas (Kabat-Zinn, 1990). De hecho, este modo también se conoce como el “modo ser” en el cual la mente debe estar situada en un modo receptivo a la experiencia que está viviendo la persona en el momento presente sin luchar ni esforzarse (Zambrano, 2006).

Esto a su vez puede ser retador porque es una actividad que requiere de mucho trabajo, energía y autodisciplina, además que no existe una meta distinta a la de ser uno mismo. Siguiendo esta idea se considera que la conciencia plena carece de metas u objetivos porque no se trata de conseguir algo en particular o de llegar a algún lado y es por este motivo que puede llegar a ser retador realizar la práctica (Zambrano, 2006)

Otro aspecto importante que se trabaja en los programas de REBAP, es la reflexión, la cual supone que cada semana durante las clases grupales se realiza una discusión grupal, en la cual se invita a los participantes a describir y reflexionar sobre sus experiencias (Baer, 2014). A través de una serie de preguntas y reflexiones el

instructor guía a los participantes a aprender a reconocer las sensaciones corporales, los pensamientos y sentimientos, con aceptación y sin juzgar.

En la actualidad el programa REBAP ha sido adaptado a un gran número de diagnósticos y condiciones. Entre estos se ha adaptado para pacientes diagnosticados con cáncer, problemas reumatoides y trastornos de alimentación entre otros. Asimismo, ha sido incluido en diversos contextos como en cárceles, colegios o empresas (Trousselard, Steiler, Claverie & Canini, 2014).

En el contexto clínico se han investigado los efectos de la práctica de REBAP en individuos con desórdenes de ansiedad social (Goldin & Gross, 2010). En los estudios electrofisiológicos se ha evidenciado que las personas con este tipo de trastorno tienen un proceso atencional anormal, caracterizado por una hipervigilancia temprana seguido de una evitación atencional de los estímulos sociales que son percibidos como amenazantes (Goldin & Gross, 2010). Se ha encontrado, por ejemplo, que puede ayudar a reducir los niveles de ansiedad gracias al desarrollo de tres de los componentes de la atención plena. En otras palabras, se sugiere que, al cultivar la capacidad de desarrollar la apertura de la conciencia, no juzgar y estar centrado en el momento presente, una atención plena no reactiva pueden ayudar a disminuir respuestas que se presentan en la ansiedad como la evitación experiencial y conductual (Hayes-Skelton & Wadsworth, 2015).

En el tratamiento de la ansiedad se ha encontrado que el entrenamiento en REBAP puede disminuirla, aumentando los niveles de atención plena (Hayes-Skelton & Wadsworth, 2015). Igualmente, se ha evidenciado que estar centrado en el momento presente contrarresta la rumiación y la ansiedad anticipada, elementos característicos de los desórdenes de ansiedad (Hayes-Skelton & Wadsworth, 2015).

Terapia Cognitiva Basada En La Atención Plena

Los creadores de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) o también conocida en inglés como Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), son Segal, Williams y Teasdale, la desarrollaron con el fin de prevenir las recaídas en la depresión crónica (Pérez & Botella, 2006), ya que se considera que la depresión es un trastorno que presenta un alto riesgo de recaída (Miró, 2006). El objetivo principal es cambiar la relación que tienen los pacientes con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, así como empoderarlos para que puedan dejar de lado esos patrones de pensamiento automático negativos y la rumiación, que es entendida como tendencia a focalizar la atención reiteradamente en las emociones o pensamientos negativos (Cova, Rincón & Melipillán, 2013). Estos últimos reactivan estados de ánimo deprimido y torna a la persona propensa a vivir episodios depresivos (Williams, Segal & Teasdale, 2013). Se hace especial énfasis en cambiar la relación que establecen las personas con sus pensamientos, sin embargo, no se busca cambiar los esquemas cognitivos de pensamiento y es por esto que sugieren un entrenamiento basado en la atención plena (Cebolla & Miró, 2006).

La formulación de esta modalidad terapéutica responde también al interés en desarrollar una intervención que no utilice fármacos para prevenir la recaída de la depresión y buscar que las personas que no pueden acceder a una terapia cognitiva conductual (CBT) individual puedan trabajar de manera grupal (Fouk, Dayton, Kavanagh, Robinson & Kales, 2014).

El programa surgió después de que Williams, Segal y Teasdale exploraran diversos métodos y asistieron a un programa de REBAP y pensaron en incorporar algunas de estas técnicas dentro de la terapia cognitiva, puesto que las personas que padecen depresión debían aprender a estar más conscientes (Crane, 2009). Por lo tanto,

buscaban crear un estilo de psicoterapia que combinara elementos de la terapia cognitiva con mindfulness (Kurdyak, Newman & Segal, 2014).

Incluir mindfulness en la terapia cognitiva comportamental, permite el desarrollo de la conciencia que fomenta una relación descentrada de los pensamientos y sentimientos asumiendo una capacidad atencional que podría verse afectada debido a la rumiación (Foulk et al., 2014), que es entendida como un estilo particular de autocrítica repetitiva y un pensamiento negativo constante, así como un estilo de no aceptación o de rechazo a la situación. También se considera que el inicio de la rumiación puede estar relacionado con intentar encontrar la causa de la depresión puesto que el individuo va a presentar una serie de pensamientos repetitivos sobre su inadecuación personal y sobre su situación queriendo encontrar una posible explicación a estos (Cebolla & Miró, 2006).

Igualmente, se considera que esto les permite a los pacientes estar más atentos y ser más conscientes de los propios estados de ánimo (pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales), dejando de lado los juicios y aceptando la experiencia, permitiendo reconocer patrones de pensamiento que en un pasado hubiera generado un episodio depresivo (Foulk et al., 2014). Por lo tanto, se considera que los participantes, aprenden a percibir que los pensamientos y emociones son eventos pasajeros de la mente y que estos no son necesariamente un reflejo de la realidad (Crane, 2009). En otras palabras, esos cambios cognitivos son el objetivo final de la práctica de TCAP ya que por medio del entrenamiento se genera un insight metacognitivo, esto quiere decir que las personas tienen una comprensión total de que sus pensamientos no son la realidad, sino tan solo pensamientos (Cebolla & Miró, 2006).

TCAP, al igual que el programa de REBAP, tiene una duración de ocho semanas, y se realiza en una clase de veinte participantes (Crane, 2009). Una diferencia

es que este programa, no se realiza la jornada de un día de meditación (Miró, 2006). Por el contrario busca que los participantes puedan: 1) cultivar la conciencia por medio de la práctica de mindfulness, 2) tener un marco actitudinal particular que se caracteriza por no luchar con la aceptación sino desarrollar un genuino interés en la experiencia, y 3) desarrollar un proceso por medio del cual se vincule el aprendizaje con entender el trabajo con vulnerabilidad, es decir se busca que las personas comprendan la naturaleza de la vulnerabilidad y del sufrimiento humano como la vulnerabilidad de recaer en la depresión. (Crane, 2009). En otras palabras, busca hacer entender que hay personas que son más propensas a caer en estados depresivos.

El programa tiene como objetivo enseñar a sus pacientes unas técnicas y unas habilidades específicas (no juzgar la experiencia, ecuanimidad y aceptación) que les permitan una mejor comprensión de los problemas, así como unas herramientas que faciliten tratar con nuevas situaciones problemáticas (Williams, Segal & Teasdale, 2013).

Asimismo, hace hincapié en que se debe realizar la práctica diaria durante al menos una hora, ya que esto se hace con el fin de que los participantes aprendan nuevas herramientas que no olviden fácilmente debido a que están incorporando un nuevo estilo de vida (Williams, Segal & Teasdale, 2013).

Durante la primera sesión, se realiza una entrevista inicial, en la cual se busca que los individuos aprendan aspectos tanto de la depresión como del programa y se les da información sobre el alto grado de compromiso que deben tener al igual que mucha paciencia y persistencia para que TCAP tenga éxito (Williams, Segal & Teasdale, 2013). Se utilizan las meditaciones formales como el ejercicio de la uva pasa, la meditación sentada y los ejercicios de yoga (Miró, 2006).

El ejercicio de la uva pasa resulta ser muy interesante debido a que es un ejercicio que permite que una actividad tan cotidiana y a la vez automática como es el acto de comer se haga de una manera totalmente consciente (Williams, Segal & Teasdale, 2013). A su vez resulta ser muy útil ya que permite un aprendizaje experiencial a la hora de solucionar problemas.

El ejercicio se realiza de la siguiente forma, el instructor le entrega a cada uno de los participantes una uva pasa y les pide que observen como si fuera la primera vez que la ven, dándole vueltas en las manos, explorando la textura, observando las partes donde brilla y los lugares donde es más oscuro. A su vez les comenta que si vienen a su mente pensamientos como “qué extraño es este ejercicio”, “cuál es el punto de hacer esto”, tan solo deben observarlos y dejarlos pasar, trayendo la atención nuevamente al objeto. Luego se les pide que lo introduzcan en su boca y se fijen en las sensaciones, así como que noten las sensaciones que surgen en el momento que se realiza el primer mordisco y el sabor de la uva. Finalmente, se les dice que al tragar la uva pasa, noten como ésta baja por su estómago y noten la ausencia de la misma en la boca y la sensación que queda en la lengua una vez la uva ya no está (Williams, Segal & Teasdale, 2013). Es importante, resaltar que este ejercicio les brinda a los participantes una segunda oportunidad en el sentido que viven una experiencia distinta a la que están habituados cuando se come en piloto automático. Encuentran que comer la uva con atención plena les brinda la posibilidad de encontrar pequeñas cosas que resultan ser novedosas y de esta forma, cambiar su experiencia a la hora de comerla (Williams, Segal & Teasdale, 2013).

Por otro lado, se encuentran los ejercicios de mini-meditación en la respiración que radica en abrir un espacio de tres minutos para poder entrar en contacto con uno mismo y de esta forma poder salir del piloto automático (Miró, 2006). Este ejercicio,

consta de 3 etapas: en la primera se debe prestar atención a las experiencias internas que aparecen en el momento presente, en el segundo paso se busca llevar la atención a la respiración y a las sensaciones que aparecen al inspirar y al expirar. Por último, se debe expandir la atención plena a todo el cuerpo, tomando conciencia de la postura corporal y de las sensaciones que surgen, observándolas sin juzgar (Miró, 2006). Lo que este ejercicio busca, es permitirles a los individuos que reconozcan la diferencia entre estar en piloto automático y actuar con atención plena (Miró, 2006).

En estas primeras sesiones, se les solicita a los participantes que realicen un registro de los momentos agradables. Se espera que registren un momento agradable cada día, en qué consistió el suceso y cuáles fueron sus pensamientos, sensaciones y emociones asociados al evento, luego se realiza lo mismo con eventos desagradables (Miró, 2006).

En el programa de TCAP también se realizan ejercicios que incluyen elementos de la terapia cognitiva como por ejemplo en el ejercicio de discutir pensamientos automáticos, el objetivo principal es que los participantes aprendan a reconocer los tipos de pensamientos automáticos que son típicos de la depresión y de esta forma aprendan a evidenciarlos como síntomas y no como declaraciones sobre sí mismos y de esta forma pueden dejar de creer que estos pensamientos son un reflejo de su realidad (Baer, 2014).

Durante el entrenamiento pueden surgir ciertos retos como por ejemplo que haya personas que no se sientan cómodas estando en un grupo y se sientan presionados para hablar.

Igualmente, es importante mencionar que para poder ser instructor del programa de TCAP se recomienda que la persona haya practicado al menos una hora diaria de mindfulness durante mínimo un año (Williams, Segal & Teasdale, 2013), ya que es pertinente que hayan vivido la experiencia de practicar la atención plena y de esta forma

tener el conocimiento desde el interior de la práctica y no tan solo lo teórico (Williams, Segal & Teasdale, 2013)

Terapia Dialéctica Conductual

Este tipo de terapia surge dentro del contexto de las terapias de tercera generación (Ramírez & Vargas, 2012). Fue desarrollada por Marsha Linehan, fue propuesta para el tratamiento de mujeres con historial de intentos de suicidio o ideación suicida. Busca un equilibrio entre la aceptación y el cambio, por esto su objetivo principal es que los individuos se acepten a sí mismos tal como son, mientras se trabaja en cambiar su conducta y entornos en función de sus objetivos (Pérez & Botella, 2006).

Parte de un modelo biosocial del trastorno de personalidad límite y mezcla, elementos de la terapia cognitivo conductual con elementos del budismo basados en la aceptación de la realidad tal y como se presenta (De la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013). El trastorno límite de personalidad, se caracteriza por una fuerte inestabilidad en las relaciones interpersonales del individuo y en su autoimagen (Ramírez & Vargas, 2012), acompañado de una fuerte desregulación emocional, en la cual se presenta una disfunción biológica que es desarrollada por un ambiente invalidante (Gempeler, 2008). Esto se formula como una inhabilidad para expresar las emociones haciendo que la persona sea emotivamente más vulnerable, lo que implica que vive sus sentimientos de forma mucho más intensa (Ramírez & Vargas, 2012).

La terapia se encuentra guiada por una jerarquía de metas terapéuticas que son abordadas en función de su importancia: en primer lugar, están las conductas suicidas y parasuicidas; en segundo lugar, las conductas que pueden interferir con la terapia, en tercer lugar, conductas que interfieran que posiblemente interfieran en la calidad de vida y por último aumentar las habilidades comportamentales (Palacios, 2007).

Dentro de este enfoque terapéutico se realiza un entrenamiento en habilidades sociales, como las tareas comportamentales y el análisis del comportamiento que está enfocado en la promoción del cambio conductual. A su vez, se utilizan algunas técnicas de la terapia cognitiva como la reestructuración cognitiva (Ramírez & Vargas, 2012). Igualmente, trabaja estrategias de aceptación, que tienen como fin transmitir la idea al consultante que ellos son aceptables tal cual son (Gempeler, 2008). La terapia dialéctico comportamental, logra crear un balance entre la aceptación del comportamiento de los pacientes con la promoción del cambio (Ramírez & Vargas, 2012), este balance, permite romper la rigidez de los pensamientos, sentimientos y comportamientos (Gempeler, 2008).

El factor diferenciador de la terapia dialéctico conductual con otras terapias cognitivas es la visión dialéctica de la realidad del mundo (De la Vega- Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013). Esta se compone por tres elementos básicos que son los siguientes: 1) Cada cosa está relacionada con todas las otras. 2) El cambio es constante e inevitable. 3) Los opuestos se pueden integrar para acercarse a la verdad (que está en constante evolución) (Gempeler, 2008). En el primero se entiende que el comportamiento y las conductas del individuo son un repertorio amplio y complejo que suceden dentro de un ambiente hostil, de tal forma que no se puede entender de manera individual, por lo tanto, no puede ser entendido independiente del contexto en el que se desarrolla (De la Vega- Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013).

El segundo se explica por la polaridad en la que vive un individuo con TLP (trastorno límite de personalidad), por eso es importante que el terapeuta le ayude a lograr una unión entre la aceptación de sí mismo y la necesidad de cambio. El último, hace referencia a que la terapia debe estar centrada en ayudar al consultante a integrar el cambio, y a estar cómodo con este (De la Vega- Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013).

Por otra parte, es importante clarificar que la meta fundamental de la TDC es permitir que el consultante logre incorporar en su repertorio habilidades que le ayuden a regular tanto sus emociones como su conducta (De la Vega- Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013). De esta forma, es posible comprender que la terapia dialéctico conductual utilice distintas modalidades de intervención, las cuales son el entrenamiento grupal en habilidades, la terapia individual, la consulta telefónica, la estructuración del ambiente y por último las reuniones de consulta (Ramírez & Vargas, 2012). El entrenamiento, se encuentra estructurado en cinco áreas problemáticas: disfunción emocional, comportamental, cognitiva, interpersonal y de identidad (Palacios, 2007).

La DBT, tiene varias fases de tratamiento, la primera es la fase de pretratamiento que es fundamental ya que en esta se delimitan los límites de la terapia que son los que van a guiar y estructurar la psicoterapia (Palacios, 2007). El objetivo de esta fase es orientar al consultante sobre la terapia, fijar las metas y compromisos para el funcionamiento de la misma (Palacios, 2007).

El entrenamiento en habilidades es realizado principalmente por dos entrenadores con una duración aproximada de dos horas y media. En este, se encuentran las habilidades centrales en la toma de conciencia activa y de atender a cuidadosamente, conocido como (*core mindfulness skills*) *habilidades esenciales de mindfulness*. Se derivan principalmente de técnicas de meditación budista (Gempeler, 2008), y se encuentran dirigidas especialmente a los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo (De la Vega- Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013).

El objetivo principal de esta habilidad es que los pacientes aprendan a controlar su mente sin dejar que esta los controle a ellos, es decir, se busca que aprendan a intervenir en los procesos atencionales, de tal forma que puedan decidir sobre aquello a lo que le prestan atención y el tiempo que deberían invertir en esta actividad (De la

Vega- Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013). En este entrenamiento hay dos tipos de habilidades. Primero están las habilidades que hacen referencia al qué hacer, aquí se encuentran:

Observar: consiste en prestar atención al momento presente mirando los eventos y los sentimientos de una forma no reactiva. Así como uno mismo puede observar los eventos internos como las sensaciones corporales, los pensamientos, los sentimientos y las emociones, se pueden observar también los eventos externos como, por ejemplo, el comportamiento de otros individuos, teniendo en cuenta que no debe etiquetar ni juzgar dichos eventos observados. Desarrollar esta habilidad, le permite al consultante identificar sus sentimientos y decidir cómo quiere actuar (Clark, 2017).

Describir: se busca que la persona ponga en palabras lo que observó, explicando su experiencia. Cuando se etiqueta lo que se está observando con conciencia plena se utilizan descriptores fácticos de lo que se observa en el momento presente. (Clark, 2017).

Participar: implica que el paciente debe sumergirse de manera deliberada en los acontecimientos del momento presente con una gran conciencia. La participación con atención plena implica entonces permanecer alerta y con un alto grado de compromiso en la actividad que se realiza en el momento presente (Clark, 2017).

En segundo lugar, están las habilidades que hacen referencia al cómo actuar, es decir, a la manera como se deben realizar las “habilidades esenciales de mindfulness”. Sugieren que no debe haber prejuicios y el practicante debe concentrarse en un objeto en el momento presente (Clark, 2017). Aquí se incluyen:

Sin prejuicios: la terapia dialéctico conductual enseña la importancia de apreciar las experiencias y los eventos tal cual son, fomentando tomar una postura no evaluativa, evitando los juicios y los calificativos (bueno/malo, negativo/positivo, etc.).

One mindfully: las personas que sufren del trastorno límite de personalidad no poseen la habilidad de control atencional, lo que se conoce como mindless ya que en esta falta de control atencional se presenta una alta reactividad. Lo que busca esta habilidad es precisamente desarrollar el control atencional, centrando la atención en la actividad actual sin pensar en las dificultades del pasado, las preocupaciones del futuro o los estados de ánimo desagradables. En otras palabras, es centrar la atención en la actividad del momento presente sin que haya una atención dividida (Clark, 2017).

Efectividad/eficacia: Esta habilidad está relacionada con responder a la realidad de la situación actual, en lugar de pensar en lo que se cree justo. En este sentido, la eficacia adquiere significado con la tarea específica en la que se está involucrado en el momento presente (Palacios, 2007).

El aprendizaje de las habilidades esenciales de mindfulness ayudan a potenciar el aprendizaje de las demás habilidades que son las siguientes: habilidades de tolerancia al malestar, de regulación emocional, de eficacia interpersonal (Clark, 2017).

En las habilidades de tolerancia al malestar por lo general, las personas con trastorno límite de personalidad suelen utilizar estrategias de evitación con el fin de aliviar el malestar. En muchas ocasiones hacen uso del consumo de sustancias o de conductas autolesivas como estrategia para escapar del dolor emocional (Palacios, 2007). El gran problema de estas estrategias es que producen un alivio rápido y momentáneo lo que genera que la probabilidad de que en un futuro estas conductas se repitan sea más elevada. Por este motivo, el objetivo principal de esta habilidad es enseñarles a los pacientes a que aprendan a tolerar el malestar en momentos de crisis, se utilizan cuatro tácticas, 1) de distracción, 2) confrontarse a sí mismo, 3) mejorar el momento y 4) enumerar los pros y contras (Gempeler, 2008).

Habilidades de regulación emocional buscan ayudar a los pacientes a identificar y tener una mejor comprensión de sus emociones, así como a disminuir la frecuencia de las emociones indeseadas y el sufrimiento emocional (Clark, 2017). Igualmente, aprenden a identificar y etiquetar las emociones, identificar las emociones que posteriormente les permitan el cambio emocional, reducir la vulnerabilidad emocional por medio del cambio de hábitos disfuncionales, poniendo en práctica hábitos saludables, y, por último, se espera que puedan aumentar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos, mediante la ejecución de actividades placenteras (Palacios, 2007).

Habilidades de eficacia interpersonal los individuos con TLP presentan problemas en establecer expectativas poco realistas sobre la forma cómo se deben comportar los demás y ellos mismos en las relaciones interpersonales (Palacios, 2007). El objetivo de estas habilidades es que los pacientes se centren en formas efectivas para el logro de objetivos personales que impliquen a otras personas. Buscan que los pacientes aprendan a pedir lo que necesitan, a decir no y a fortalecer su autoestima (Gempeler, 2008). También se espera que aprendan a equilibrar sus deseos y a formar competencia y dignidad personal. Esto se hace utilizando ensayos de conducta y procedimientos de solución de problemas (Palacios, 2007).

Como se mencionó anteriormente las habilidades esenciales de mindfulness deben ser las primeras en ser aprendidas y adquiridas en la DBT, puesto que son un requisito para entrenar las otras habilidades. Esto tiene sentido, si se piensa que para aprender a regular las emociones en primer lugar deben ser identificarlas y conocerlas, además esto favorece que las personas aprendan a observar, describir y participar en las experiencias emocionales sin necesidad de juzgarlas ni evitarlas (Palacios, 2007).

Terapia De Aceptación Y Compromiso

Se conoce con el acrónimo ACT por su nombre en inglés Acceptance and Commitment Therapy. Es una terapia propuesta por Steven Hayes, utiliza un enfoque conductual, apoyándose en el funcionalismo contextual y comparte raíces filosóficas con el constructivismo y el constructivismo social (Pérez & Botella, 2006).

El contexto tiene un rol fundamental en este tipo de terapia, ya que se considera que en este se intenta dar una explicación del comportamiento de los individuos, teniendo en cuenta que este va a estar determinado por las contingencias ambientales que se presentan en un momento dado, así como su historia de aprendizaje (Ramírez & Vargas, 2012).

Según este enfoque el sufrimiento humano surge de procesos psicológicos normales en los cuales se ve involucrado el lenguaje, entendido más que todo como un acto simbólico (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), a partir de una interacción del lenguaje humano con la cognición, que ocurre dentro de un contexto conductual (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Asimismo, surge la teoría de los marcos relacionales como una forma de intervención psicoterapéutica que hace énfasis en la evitación experiencial en los problemas que presentan los consultantes (Ramírez & Vargas, 2012).

En la ACT, se hace uso del acrónimo FEAR el cual sirve para explicar cuatro conceptos fundamentales de la terapia: fusión, evaluación, evitación y razonamiento (Pérez & Botella, 2006). La *fusión cognitiva* se explica como una tendencia en la que el conocimiento verbal domine otras fuentes de regulación conductual. La *evaluación* involucra una comparación de eventos verbales con sus supuestas consecuencias con el fin de determinar si estas son deseables o si producen temor. La combinación de estos dos da paso a la *evitación experiencial* que suele ser manifestada por medio de

estrategias de afrontamiento como la negación o la represión. Por último, en este contexto el *razonamiento* tiene una connotación negativa que suele estar asociada a la rumiación, puesto que se intenta crear explicaciones literales para las conductas que resultan ser problemáticas, de manera que se les otorga un sentido, pero no son resueltas. Por esta razón, estas estrategias incrementan el malestar y perjudican la salud en lugar de aliviarlo (Pérez & Botella, 2006).

La evitación experiencial es entendida como los esfuerzos deliberados que realiza la persona con el fin de escapar o evitar sus pensamientos y emociones que resultan ser aversivas (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). Esto no resulta ser un problema psicológico en sí mismo, sino que se puede volver una dificultad en el momento en el que imposibilita a la persona a realizar sus actividades de forma adecuada en su vida cotidiana (Ramírez & Vargas, 2012).

Parte de la misma idea de Linehan al postular que sin aceptación no puede haber cambio. Es un enfoque de terapia individual en la cual se diseñan las estrategias de cambio en función de las necesidades del cliente (Pérez & Botella, 2006).

El acrónimo de ACT refleja los objetivos fundamentales de la terapia. El objetivo principal de la ACT es producir más flexibilidad psicológica por medio de la utilización de herramientas que les permitan cultivar habilidades de aceptación psicológica, fusión cognitiva, distinguir entre su self contextual y su self conceptualizado y realizar una clarificación de los valores (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

Fusión cognitiva: lo que se busca trabajar es mostrarles a los pacientes que no se debe tomar el contenido de un pensamiento de forma literal y que los pensamientos no se deben confundir con la realidad (Miró, 2006).

Self contextualizado: busca hacer entender a los consultantes que ellos no son sus pensamientos, sino que uno mismo es distinto dependiendo del contexto y de los eventos privados (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

Este enfoque acepta la ubicuidad del sufrimiento y no busca reducir el dolor o producir un sentimiento positivo, por el contrario, busca aumentar la vitalidad de las personas y la habilidad para que ellos hagan lo que quieren con sus vidas (Eifert & Forsyth, 2005). Busca que los pacientes acepten lo que tienen (ansiedad, felicidad, rabia, recuerdos) y estar comprometidos para vivir una vida plena guiada por los valores que han establecido previamente (Eifert & Forsyth, 2005).

Se utilizan los ejercicios de mindfulness, con el fin de que los participantes puedan prestar atención al momento presente, ya sea por medio de la observación o la respiración. Estos ejercicios complementan los ejercicios de aceptación, de-fusión y el self contextualizado (Stoddard & Afari, 2014).

Uno de los ejercicios propuestos de mindfulness para la ACT se llama *siguiendo el proceso* se utiliza la respiración como vehículo para el desarrollo de la atención plena, la aceptación y la de-fusión cognitiva (O'Connell, 2013). En primer lugar, se les pide a los participantes que se sienten en la silla de un modo en el que se sientan cómodos. Luego se les pide que presten atención a cómo su cuerpo encaja en la silla y la posición de sus manos descansan sobre su regazo (O'Connell, 2013). Después les dicen que noten cualquier sonido que perciban como por ejemplo el sonido del reloj. Enseguida se les indica que deben centrar su atención en las sensaciones físicas que están presentes en todo su cuerpo comenzando por los pies pasando por cada parte del cuerpo hasta llegar a la cabeza (O'Connell, 2013). En ese momento se les pide que orienten su atención al cambio de las sensaciones corporales que vienen con la respiración. Se hace hincapié en que sientan su respiración sin controlarla, simplemente

dejándola ser. Más adelante se les pide que primero presten atención a las sensaciones que aparecen cuando se inhala y luego que hagan lo mismo cuando se exhala. Siguiendo esta idea, se les pide que presten atención a lo que ocurre durante todo el proceso. Finalizando el ejercicio se les dice que centren su atención en el ciclo de inhalar y exhalar y que observen con qué relacionan ese proceso (O'Connell, 2013). Al final del ejercicio se les indica que noten los sonidos que los rodean, así como la temperatura del salón en el que se encuentran y por último que abran sus ojos. Al concluir el ejercicio es muy importante que a los participantes se le dé un momento de reflexión del ejercicio de reflexión que se utilizó como metáfora de una experiencia de su vida (O'Connell, 2013).

Un elemento muy importante para mencionar es que el propio autor (Hayes), señala que existe un paralelismo entre la ACT y los principios básicos del budismo, puesto que considera que la teoría de los marcos relacionales puede proporcionar una base científica para algunos principios budistas como la ubicuidad del sufrimiento y su relación con los apegos, así como la importancia de la conciencia (Pérez & Botella, 2006).

Terapia Relacional Breve

Es un enfoque psicodinámico, desarrollado por Safran y Muran, incorpora el entrenamiento en conciencia plena (Pérez y Botella, 2006). Esta se basa en el constructivismo dialéctico, propone que la realidad es tanto construida como descubierta, sugiriendo que la percepción de la realidad se encuentra limitada por las propias preconcepciones y los prejuicios (Pérez & Botella, 2006). Esta terapia hace especial énfasis en el aquí y en el ahora y en la relación entre el terapeuta y el paciente (Safran & Elvy, 2011). Esta, utiliza elementos de la atención plena como la observación de la experiencia tal como ocurre en el aquí y en el ahora (Safran & Elvy, 2011). Esto

también implica prestar atención a los procesos internos propios (Pérez & Botella, 2006).

La Terapia Relacional Breve, se caracteriza, porque no tiene un formato fijo ni una duración predeterminada, sino que se define como una manera particular de abordar las sesiones y por las estrategias que se emplean para para la resolución de las rupturas de la alianza terapéutica (Pérez & Botella, 2006).

Terapias Humanistas

Las terapias humanistas, se caracterizan principalmente, por orientar la experiencia tal y como ocurre en el momento presente (Miró, 2006). Un claro ejemplo de lo anterior, es la Terapia de la Gestalt que además de integrar el concepto del aquí y ahora integra el concepto del darse cuenta (Haudiquet, 2006).

En este orden de ideas es importante clarificar los elementos que se encuentran en común en la terapia gestáltica y la atención plena. En la terapia de la Gestalt propuesta por Fritz Perls se emplean dos elementos importantes para llevar la atención al presente (Miró 2006). La primera, consiste en ayudar al paciente a cuestionarse sobre el cómo de la experiencia y no sobre el por qué. Al centrarse en el cómo de la experiencia el paciente puede ver y comprender como funciona la experiencia y tener una mayor perspectiva de la situación (Miró 2006). El otro elemento importante es el de centrarse en el presente puesto que no hace más conscientes sobre lo que estamos experimentando (Miró, 2006)

Se puede considerar, que hay muchos elementos que convergen entre las terapias humanistas y la atención plena. Por ejemplo, se puede considerar que, en el enfoque propuesto por Carl Rogers, el enfoque centrado en la persona, la atención está orientada hacia los sentimientos y emociones, y en la atención plena como bien se sabe se centra en los pensamientos, emociones, sensaciones

Instrumentos

Actualmente, debido al gran incremento de intervenciones basadas en la aceptación y mindfulness se han creado diversos instrumentos (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). La mayoría de los instrumentos que son utilizados, sirven para evaluar la atención plena y son cuestionarios de autoevaluación (Trousselard, Steiler, Claverie & Canini, 2016). Por lo general, estos cuentan con buenos índices de validez interna en cuanto al alfa de Cronbach y de fiabilidad (Trousselard, Steiler, Claverie & Canini, 2016).

Uno de los instrumentos más utilizado es el Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Csillik & Taftich, 2012) que está compuesto por 39 ítems y busca evaluar cinco componentes de la atención plena: la observación de la experiencia presente, la descripción de la experiencia presente, la acción con conciencia plena, el no juzgar y la no reactividad.

Por otro lado, se encuentra el Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS); compuesto por 20 ítems. Utiliza una medida bidimensional de la atención plena: la atención del momento presente y la aceptación (Csillik & Taftich, 2012). Se derivó principalmente del modelo de Kabat-Zinn de la atención plena sin juzgar, y por esta razón evalúa estos componentes y vincula esta medición con la reducción del estrés (Gethin, 2015).

Igualmente, se considera que uno de los instrumentos más utilizados es Mindfull Attention Awareness Scale (MAAS), un instrumento de autoevaluación unidimensional que mide la atención plena en las actividades de la vida cotidiana. Es un cuestionario compuesto por 15 ítems y utiliza una escala tipo Likert de 6 puntos que va de casi nunca a casi siempre (Csillik & Taftich, 2012). Ejemplos de las preguntas que aparecen en el cuestionario son: “*A veces estoy experimentando una emoción y no soy consciente de*

ello hasta algo más tarde”. “*Me siento constantemente preocupado con el pasado o con el futuro*”.

Una de las ventajas que presenta el MAAS, es que es un instrumento de rápida y fácil aplicación y puede ser utilizado tanto en la investigación clínica como en sujetos sanos (Soler, Tejedor, Feliu-Soler, Pascual, Cebolla, Soriano, Alvarez, & Perez, V, 2012). Otra ventaja es que el uso de este instrumento no requiere que el individuo haya tenido experiencias previas en meditación. Por este motivo, el MAAS ha sido uno de los instrumentos más utilizados para la investigación de la atención plena por ejemplo en individuos con depresión, dolor crónico o bulimia. Una de las críticas a este cuestionario es que no toma en cuenta la dimensión de aceptación siendo esta una de las más importantes (Trousselard, Steiler, Claverie, & Canini, 2016). Este instrumento, ha sido traducido al francés y ya ha sido validado y tiene una buena consistencia interna siendo de 0,82 el alfa de Cronbach (Csillik & Taftich, 2012).

Por otro lado, se encuentra el Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS). Cuenta con 39 ítems y se utiliza para evaluar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y de las terapias comportamentales que utilizan mindfulness (Trousselard, et al, 2016). Para crear este instrumento, los autores partieron de los planteamientos de la Terapia Dialéctica Conductual (observar, actuar con conciencia, aceptar sin juzgar) propuestas por Linehan (Pérez & Botella, 2006). El KIMS, busca evaluar la práctica de la atención plena en la vida cotidiana por medio de cuatro de sus dimensiones (observar estímulos internos y externos, describir y nombrar fenómenos sin juzgar, actuar con conciencia sin atención dividida, aceptar experiencias o eventos sin juzgarlos (Höfling, Ströhle, Michalak, & Heidenreich, 2011). Una de las ventajas que se presenta en este instrumento es que, en comparación con otros instrumentos, más específicamente el

MAAS, el KIMS evalúa cuatro dimensiones mientras que el MAAS solo evalúa una dimensión (Höfling, Ströhle, Michalak, & Heidenreich, 2011).

También se encuentra la Escala de Conciencia Plena de Toronto, también conocida en inglés como la Toronto Mindfulness Scale, (TMS) construido a partir de la definición operativa propuesta por Bishop (Pérez & Botella, 2006). Esta sugiere que la práctica de la atención plena es una forma de atención no elaborada, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada emoción, sensación y pensamiento aparecen en el campo atencional en el cual son reconocidos y aceptados tal cual son (Dreyfus, 2013). Se ha evidenciado que el TMS tiene una buena consistencia interna en cuanto a los factores de descentramiento y curiosidad (Lau, Bishop, Zindel, Buis, & Anderson, 2006). Este instrumento fue creado con el fin de evaluar la práctica de la atención plena como un mecanismo eficaz en las intervenciones basadas en la conciencia plena (Lau et al., 2006). Se considera, que la atención plena está más relacionada con estados intencionales de auto-reflexión con estilos de curiosidad y descentramiento e introspección más que con estados rumiativos que suelen ser involuntarios. (Lau et al., 2006). Se recomienda, que este instrumento, se utilice inmediatamente después de la sesión de meditación, y que se hagan al menos tres evaluaciones pre, durante y post de los pacientes que reciben tratamiento basados en la atención plena (Pérez & Botella).

Algunos de los instrumentos se utilizan para evaluar la conciencia plena como un rasgo y otros como un estado. En este orden de ideas, el MAAS, evalúa tanto estado como rasgo, ya que tiene 2 versiones (una de rasgo y otra de estado). (Quaglia, Kirk Warren Brown, Lindsay, Creswell, y Goodman, 2013) Este instrumento, tiene la ventaja de ser aplicado tanto en la población general para evaluar las variaciones que se presenten en la atención plena o en individuos que actualmente están en entrenamiento. Por el contrario, instrumentos como el FMI y el TMS, fueron desarrollados para evaluar

la atención plena dentro de los contextos de entrenamiento en atención plena (Quaglia, et al, 2013). Entender que los distintos instrumentos se enfocan en diferentes poblaciones objetivo permite conocer que la comprensión sobre la atención plena puede ser distinta en sujetos con experiencia y sujetos sin experiencia. Al conocer la población a la que está dirigida un instrumento en particular permite saber cuál instrumento es mejor utilizar dependiendo del tipo de investigación que se quiera realizar (Quaglia et al, 2013). Sin embargo, un problema que se presenta con estos instrumentos es la manera en la que se operacionaliza el constructo de mindfulness debido a que muchos de estos cuestionarios están centrados en el auto-reporte lo que refleja algunas disparidades que se encuentran en la comprensión del concepto (Malinowski, 2008).

Sin embargo, es necesario que haya más investigación empírica con el fin de demostrar si algunos factores de las escalas de la atención plena se entienden mejor como una representación de otras construcciones como la regulación emocional (Quaglia et al, 2013).

Otro instrumento de gran utilidad es el Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) la versión original tiene 30 ítems Mide la atención plena como constructo general, que tiene facetas interrelacionadas como la aceptación, la conciencia y la atención. (Trousselard, 2010) Sin embargo, se considera que es difícil aplicar a individuos que no tengan una experiencia o conocimiento en meditación. La versión corta consta de 14 ítems y ésta por el contrario sí puede ser aplicada a cualquier población independientemente de su relación con el budismo o con prácticas meditativas (Trousselard et al., 2010). El objetivo de este inventario es caracterizar la experiencia de la atención plena

Mindfulness como rasgo y como estado

Actualmente, han surgido diversos debates sobre si la conciencia plena es considerada un rasgo o un estado. El estado es entendido como la cualidad de la presencia de la atención plena en un momento particular o dentro de una franja de tiempo limitada (Quaglia et al., 2013). Para evaluar la atención plena como estado se utiliza la Escala de Conciencia Plena de Toronto (Kiken, Garland, Bluth, Palsson, & Gaylord, 2015). Se ha evidenciado que la conciencia plena como estado tiene efectos inmediatos tanto en la cognición como en la actitud (Kiken et al., 2014).

El rasgo por su parte se refiere a los estados de atención plena que son mantenidos a lo largo del tiempo (Quaglia et al., 2013). Los investigadores consideran que el entrenamiento en la conciencia plena puede llevar a niveles más altos de desarrollo de la conciencia plena como rasgo. Sin embargo, se considera que existen diferencias en la naturaleza del rasgo debido a la predisposición genética, a la socialización entre otros factores (Quaglia et al., 2013).

Algunas investigaciones han encontrado que los estados que son experimentados durante la práctica de la atención plena a lo largo del tiempo pueden convertirse en rasgo (Davis & Hayes, 2011). Adicionalmente, se han hecho investigaciones que sugieren que, las intervenciones basadas en mindfulness, como el programa de reducción del estrés basado en la atención plena, incrementan el rasgo de la conciencia plena y esto contribuye a una mejor salud psicológica (Kiken et al., 2014). La atención plena como rasgo ha demostrado tener una utilidad conceptual y empírica en estudios relacionados con el bienestar psicológico, la salud física, el trabajo y en el ámbito de las relaciones interpersonales (Csillik & Taftich, 2012). En este orden de ideas, otras investigaciones han demostrado que la atención plena como rasgo suele estar asociado con niveles altos de satisfacción, agradabilidad, vitalidad, autoestima, empatía, sentido

de autonomía y optimismo (Keng, Smoski, & Robins, 2011). La gran mayoría de investigaciones sugieren entonces que la práctica continua de las intervenciones basadas en la conciencia plena permiten aumentar los estados de atención plena que se alcanzan durante los entrenamientos lo que a su vez ayuda a incrementar el rasgo de atención plena (Kiken et al, 2014). No obstante, para asegurarse que esto suceda es pertinente realizar varias mediciones durante el transcurso del entrenamiento. Se sugiere que para futuras investigaciones podría ser de gran utilidad delimitar variables que permitan predecir cuál es la trayectoria de los estados de conciencia plena en meditación (Kiken et al, 2014).

Beneficios Del Programa De Reducción Del Estrés Basado En La Atención Plena (REBAP)

Diversas investigaciones han demostrado que los programas de reducción del estrés basado en la atención plena tienen múltiples beneficios en la salud física y psicológica (Creswell, 2017). Uno de los objetivos principales de este programa es hacerse cargo de los problemas relacionados con el estrés, la ansiedad y el dolor físico (Csillik & Taftich, 2012). El uso de la atención plena en la salud física suele ser de gran utilidad ya que las personas que padecen estos problemas suelen desarrollar una conciencia interoceptiva de su cuerpo, promoviendo la relajación y mejorando el manejo del estrés (Creswell, 2017).

En el instituto de Mindfulness y Clínica en Reducción de Estrés de Massachussets se han realizado diversas investigaciones sobre los beneficios de la atención plena en pacientes que han sido diagnosticados con distintas enfermedades. En uno de estos estudios realizado con pacientes diagnosticados con psoriasis que habían hecho parte del programa tuvieron una limpieza de piel cuatro veces mayor que aquellos que no habían participado (Amaya, 2015). Dado al gran número de beneficios que han

encontrado en relación a la práctica de la atención plena el instituto ha hecho una gran expansión al desarrollo científico con el fin de seguir investigando sobre los beneficios, o limitaciones que se pueden presentar en los Programas de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena

En principio el programa fue creado con el fin de disminuir el dolor en pacientes con dolor de espalda crónico (Carlson, 2015) y demostró ser útil ya que suelen aceptar el dolor y no juzgarlo (Braden et al. 2016). Igualmente, se entrena a los pacientes para que aprendan a observar el dolor sin reaccionar a la experiencia dolorosa, de esta forma, se genera una desvinculación entre el dolor y la experiencia emocional. Aunque se sugiere que en la experiencia nociceptiva puede que no se generen cambios, los componentes emocionales y cognitivos de la experiencia dolorosa sí parecen disminuir significativamente lo que genera menos sufrimiento emocional (Miró & Simón, 2012). En esta misma rama de estudio, Baer encontró que los participantes con dolor crónico presentaban mejoras estadísticamente significativas en las calificaciones del dolor y otros síntomas médicos (Bertolín, 2015).

Aunque se hayan encontrado estos beneficios las muestras que se han utilizado para probar estos beneficios son muy pequeñas, pero el apoyo para seguir utilizando este programa como una intervención útil en los tratamientos para el dolor crónico continúa aumentando (Carlson, 2013).

Por otra parte, se han hecho investigaciones sobre los efectos de los programas de la atención plena en pacientes con cáncer y se ha encontrado que los pacientes con cáncer que hacen parte del programa tuvieron mejoras significativas en el estado de ánimo y en síntomas de estrés (Carlson, 2013), así como una disminución en la tensión, en la depresión y en la ira, en la ansiedad y el miedo, y mayor vitalidad y mejora en la calidad del sueño después de terminar el entrenamiento. (Carlson, Labelle, Garland,

Hutchins, & Birnie, 2009). Asimismo, se ha encontrado que los pacientes diagnosticados con cáncer que hacen parte del programa de REBAP, mejoran la habilidad para encontrar un beneficio de la situación, crecen a través del trauma, les da un sentido de espiritualidad, así como sentido y propósito en sus vidas y les ayuda a desarrollar una mayor capacidad para tolerar la incertidumbre (Carlson et al, 2009).

En este orden de ideas, también se ha encontrado que el programa de REBAP, puede ser útil para mujeres que han sido diagnosticadas recientemente con cáncer de mama. Se ha evidenciado que tiene beneficios sobre la función inmune, la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad, así como una mejora en la salud mental (Bertolín 2015).

En cuanto a la salud mental, los psicólogos clínicos han empezado a incluir la conciencia plena dentro de su tratamiento psicoterapéutico, pues las intervenciones basadas en la conciencia plena pueden ayudar a los individuos a notar y regular pensamientos y emociones desadaptativas (Creswell, 2017). Se ha comprobado que las personas que sufren de depresión, ansiedad y estrés luego de participar en estos programas presentan menores niveles de ansiedad y depresión (Davis & Hayes, 2011). Sin embargo, se considera que para los tratamientos de la ansiedad y la depresión la terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena suele ser más efectiva para estos trastornos psicológicos ya que ha sido creada especialmente para estos tratamientos y resulta más efectiva ya que se combinan técnicas cognitivo-conductuales (Creswell, 2017).

Asimismo, se ha comprobado que el programa de REBAP sirve para reducir la angustia psicológica y mejorar el bienestar (Shapiro & Jazaieri, 2013). Se ha demostrado además que el reducir la angustia psicológica ayuda a disminuir también la rumiación cognitiva y la distracción. La rumiación suele ser un factor de riesgo para

sufrir depresión en poblaciones no depresivas (Deyo, Wilson, Ong & Koopman, 2009). Esto se ha comprobado no solo a nivel subjetivo y experiencial, sino que se ha encontrado que tiene implicaciones neurológicas y neurobiológicas (Shapiro & Jazaieri, 2013). Estos cambios sugieren que los individuos que han participado en el programa tienen una mejor habilidad para emplear estrategias de regulación emocional y esto les permite experimentar selectivamente la emoción, lo que por su parte puede ser procesado de manera diferente en el cerebro (Davis & Hayes, 2015).

El entrenamiento en REBAP tiene otros beneficios como mejoras en la atención, en la memoria de trabajo (Chambers, Gullone & Allen, 2009), y en la solución de problemas (Creswell, 2017). Esto se puede explicar por el incremento en la capacidad de regulación atencional que se da en la experiencia, momento a momento, de los pensamientos, emociones y sensaciones (Trousselard et al, 2016). Esta autorregulación atencional viene dada por una serie de procesos que varían según el nivel de conciencia plena que presente el individuo. El primer proceso se define como la capacidad de regulación del focus atencional que le permite al sujeto mindful tener una observación de la conciencia de los pensamientos que llegan en ese momento (Trousselard et al, 2016). Esto por su parte, implica una capacidad de atención sostenida para poder mantener la atención en la respiración y así ser consciente de sí mismo. Al mismo tiempo, esto implica una flexibilidad atencional para volver a prestar atención en la respiración en el momento que el individuo se hace consciente de sus pensamientos, emociones y sentimientos (Trousselard et al, 2016).

En segundo lugar, se sugiere que un sujeto mindful es capaz de tener una experiencia del contenido de sus pensamientos, emociones y sensaciones y de no hacer una elaboración o juicio sobre lo que ocurre sino simplemente de ser un observador (Trousselard et al, 2016). Esto implica para el sujeto mindful tener una “percepción

desnuda” de lo que ocurre en su mente momento a momento, lo que implica que se genere un aumento en la capacidad de detectar otros estímulos (pensamiento, emoción y sensación) independientemente del contexto en el que se encuentre (Trousselard et al, 2016).

Por otro lado, se ha demostrado que la práctica de la atención plena tiene también beneficios interpersonales en la medida en que genera un impacto en las relaciones sociales (Creswell, 2017). Los sujetos que han participado en estos programas han manifestado tener un aumento en los sentimientos de compasión hacia otras personas (Creswell, 2017). Igualmente, se ha demostrado que estas personas mejoran sus habilidades para identificar y comunicar sus emociones a su pareja o amigos, tienen mejores habilidades en empatía y responden constructivamente al estrés de las relaciones (Davis & Hayes, 2015). Se ha encontrado igualmente que existen mejoras en las relaciones, más satisfacción, aceptación, cercanía, autonomía y optimismo (Shapiro & Jazaieri, 2013). También, se ha evidenciado que las personas con el rasgo de mindfulness más elevado reportan un menor estrés emocional en las relaciones conflictivas y en una discusión que represente un conflicto, ellos responden con menos rabia y menos ansiedad (Davis & Hayes, 2015).

Beneficios De La Terapia Cognitiva Basada En La Atencion Plena

Se ha evidenciado que uno de los mayores beneficios de la terapia cognitiva basada en la atención plena ha sido en el tratamiento de la depresión (Creswell, 2017). En algunas investigaciones realizadas se ha evidenciado que la TECAP resulta eficaz en la prevención de la recaída en pacientes con depresión, además de disminuir la ocurrencia de la recaída se ha mostrado que estos pacientes con depresión tienen episodios más largos de bienestar entre los episodios depresivos, tienen menores

síntomas depresivos a corto y largo plazo, así como experiencias de afecto positivo momentáneas (Irving, Farb & Segal, 2013).

Los pacientes con depresión que trabajan con TECAP, fortalecen la capacidad de descentramiento, lo que les permite alejarse de patrones de pensamiento negativo (Irving, Farb & Segal, 2013). El descentramiento les permite a los individuos desarrollar la habilidad de ver los pensamientos y sentimientos negativos como eventos mentales pasajeros y no como un aspecto de su personalidad. En este orden de ideas los sujetos pueden “objetivizar la depresión”, viendo los pensamientos como pensamientos y la depresión como ella misma y no como ellos mismos en sí (Irving, Farb & Segal, 2013). Se ha encontrado que esta terapia también resulta ser útil en pacientes que han sufrido de ansiedad, al ser conscientes del momento presente, experimentan una disminución en la ansiedad, y tienen la alternativa de no pensar en la ansiedad que les genera el futuro (Hayes-Skelton & Wadsworth, 2013).

La TECAP puede ayudar a reducir los déficits de la memoria autobiográfica (Barnhofer & Crane, 2009). Por otra parte, también se ha encontrado que la TECAP, puede resultar útil en pacientes con ideación suicida al participar en esta terapia, adquieren la habilidad de desapegarse de la rumiación de sus pensamientos y, como resultado, empiezan a ver los pensamientos suicidas y las fantasías, como eventos mentales. De igual forma, adquieren la capacidad de ser plenamente conscientes de sus pensamientos lo que les facilita tomar sabias decisiones en situaciones que resultan ser críticas (Barnhofer & Crane, 2009). Por otra parte, se ha visto que esta terapia les enseña a los participantes las habilidades de apertura, curiosidad y aceptación lo que les permite tener un bagaje de posibilidades de respuesta en lugar de evitar la situación (Barnhofer & Crane, 2009).

Adicionalmente, dentro de los beneficios que se encuentra en este tipo de terapia, se considera que puede ser muy útil en adultos de la tercera edad ya que, evita o reduce en gran cantidad el uso de farmacoterapia. Las personas de la tercera edad por lo general se benefician de tener mejoras en su salud física y mental, así como disminución de la ansiedad, la depresión y mejoras en la calidad del sueño. A través de la atención plena estos participantes adquieren la capacidad de aceptarse a sí mismos tal como son con sinceridad y compasión (Fouk et al., 2014).

Por otra parte, los participantes que han asistido a la Terapia Cognitiva Basada en la Atención plena en sus autorreportes manifiestan haber sentido cambios en disminución de la depresión, la ansiedad, los procesos de rumiación, el insomnio y la tensión y reportan sentir niveles más alto de atención plena, compasión, concentración, resiliencia y calidad de vida (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

Adicionalmente, se ha empezado a considerar que la TECAP, puede ser útil en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (OCT), ya que puede facilitar la aparición de pensamientos y sentimientos menos reactivos, así como enseñarles habilidades que les permitan desconectarse de rutinas de pensamiento y aceptar experiencias internas (Key, Rowa, Bieling, McCabe & Pawluk, 2017). En este orden de ideas, se ha encontrado que la TECAP, también puede favorecer la habilidad de no juzgar y de ser no reactivos. Al no juzgar los pensamientos intrusivos, la atención plena puede contribuir a evitar o suprimir este tipo de pensamientos generando que haya un aumento en la habituación de los pensamientos y una menor dependencia de las compulsiones (Key et al., 2017).

Beneficios De Mindfulness En La Terapia De Aceptación Y Compromiso

Dentro de la terapia de aceptación y compromiso, se ha encontrado utilizar algunas herramientas de la práctica de mindfulness como la aceptación, el no juzgar

tiene efectos positivos en los pacientes ya que, se reduce la evitación experiencial ya que aprende a tomar la experiencia tal cual se presenta (Pérez & Botella, 2006). Por ejemplo, se ha evidenciado que el emplear las técnicas de mindfulness y aceptación en la Terapia de Aceptación y Compromiso promueve en los individuos acercarse a sus pensamientos ansiosos con una postura no enjuiciadora y no reactiva (Hayes-Skelton & Wadsworth, 2013). De hecho, se ha encontrado que la ACT, resulta muy útil en el tratamiento de la ansiedad generalizada puesto que, estos individuos suelen enfocarse en los acontecimientos que podrían ocurrir en el futuro lo que les genera gran malestar y no son conscientes de la experiencia del momento presente (Roemer, Salters-Pedneault, Orsillo, 2006). En este orden de ideas, la ACT resulta beneficiosa para ellos ya que, promueve una expansión de la atención tanto interna como externa lo que genera que estén presentes en el momento presentes lo que permite una mayor claridad de la situación, así como mayor flexibilidad psicológica (Roemer, Salters-Pedneault, Orsillo, 2006). En estos individuos se ha encontrado que mejoran la conciencia que tienen sobre ellos mismos, así como la regulación de sus emociones, disminuye la evitación experiencial, así como el miedo a sus propias emociones. Por otra parte, también se ha evidenciado que la ACT tiene efectos positivos en el tratamiento de los trastornos alimenticios como por ejemplo de la anorexia ya que estos individuos aprenden a ver sus pensamientos sin juzgarlos y a darse cuenta que ellos no son sus pensamientos, sino que estos son algo pasajero (Kristeller, Baer, Quillian-Wolever, 2006). Otros de los beneficios que se presentan en estos pacientes es que al tener una dificultad para percibir y nombrar sus emociones con la práctica de mindfulness aprenden a identificar sus emociones, a no juzgarlas y a no reaccionar a ellas. Además, aprenden a mejorar su experiencia con la comida ya que su atención se encuentra dirigida directamente hacia la experiencia de comer y a la saciedad, lo que les permite acercarse a esta experiencia

en una forma más relajada y no enjuiciadora (Wolever & Best, 2009). Por último, el hecho de que la ACT, expone a los pacientes a varios aspectos de su experiencia genera una mayor aceptación de la situación, así como un descentramiento (Wolever & Best, 2009). Sin embargo, es importante mencionar que se ha creado un programa especial para el tratamiento de los desórdenes alimenticios conocido en inglés como Mindfulness-Based Eating Awareness Training (Kristeller, Baer, Quillian-Wolever, 2006).

Beneficios De Mindfulness En La Terapia Dialectico Comportamental

Uno de los grandes hallazgos que se ha hecho de la inclusión de técnicas de mindfulness en la Terapia Dialéctico Comportamental es que en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) con riesgo suicida, no es recomendable ni exitoso realizar la práctica formal de meditación con ellos, esto debido a que estos pacientes consideran que no es posible para ellos comprometerse con esta práctica debido a la angustia que les genera o a un descontrol de la conducta. En segundo lugar, los participantes no se sienten seguros al realizar estas prácticas prolongadas (Welch, Rizvi, Dimidijan, 2006). Fue por esta razón que Linehan decidió realizar una modificación de la terapia y comenzó a utilizar ciertas herramientas de Mindfulness en la DBT incluyendo la meditación en el módulo de entrenamiento de habilidades de tolerancia al malestar (Pérez & Botella, 2006). Ahora bien, teniendo claro esto, se considera que uno de los beneficios que se ha encontrado en la DBT para el tratamiento de personas con TLP se centra en gran parte en que favorece la regulación emocional, ya que aprenden a experimentar y prestar atención en sus propias emociones sin querer eliminarlas. Aprenden a manejar la tolerancia al malestar y aumenta la atención de su experiencia interna. También se ha encontrado que las habilidades de mindfulness pueden ayudar a disminuir las acciones impulsivas reduciendo las emociones negativas

que resultan dolorosas (Welch, Rizvi, Dimidijan, 2006). Por otra parte, se ha encontrado que en individuos con TLP, la práctica de mindfulness tiene una correlación negativa con la resolución ineficaz de los problemas interpersonales, con la regulación impulsiva o pasiva de las emociones y con el neuroticismo. La práctica de la atención plena favorece la conciencia del yo en el momento presente, así como el descentramiento de los juicios automáticos de lo bueno versus lo malo (Wupperman, Neumann, Whitman, & Axelrod, 2009). Otras investigaciones han encontrado que en los pacientes con TLP la DBT resulta eficaz para disminuir las puntuaciones de ira, así como la expresión de la misma, disminución en la hostilidad tanto física como verbal (Evershed et al., 2003). Igualmente, se han encontrado mayores niveles de reducción en las medidas de ideación suicida, en conductas, parasuicidas e impulsivas, desesperanza, depresión e ira expresada (Pérez & Botella, 2006).

Intervenciones basadas en mindfulness

Muchas de las investigaciones que se han realizado sobre las intervenciones basadas en mindfulness se han hecho en el ámbito clínico, más específicamente en cuanto a la efectividad de estas prácticas dentro de la psicoterapia, muchas de estas investigaciones han mostrado tener efectos positivos (Csillik & Taftich, 2012).

Se ha propuesto un modelo que busca explicar cómo las intervenciones basadas en mindfulness mejoran la salud mental. En primer lugar, se considera que la práctica de mindfulness mejora las relaciones con las experiencias internas, es decir, con los pensamientos, emociones y sentimientos, generando que el individuo se vuelva más observador, descentrado, menos reactivo, sin prejuicios y más compasivo (Baer, 2014). En segundo lugar, esta práctica reduce la supresión de pensamientos y emociones impulsivos. Por último, se considera que estos cambios fomentan un mayor compromiso conductual, comprendiendo actuar con un propósito, así como ser consistentes con

metas importantes, así aparezcan pensamientos y emociones desagradables (Baer, 2014). Sin embargo, se sugiere que se necesita una mayor investigación del modelo para poder llegar a resultados más concretos.

Por otro lado, se ha encontrado que la práctica de mindfulness conlleva a una disminución de la ansiedad gracias a que hay una regulación más eficaz del estrés, y a su vez esto genera bienestar puesto que se encuentra asociado a niveles más bajos de síntomas psicopatológicos, así como a una mayor cantidad de experiencias psicológicas positivas (Csillik & Taftich, 2012).

Por otra parte, diversos estudios sugieren que las intervenciones basadas en mindfulness pueden ayudar más a pacientes con características específicas, por ejemplo, el programa de TCAP parece ser más útil para prevenir la recaída de la depresión en individuos que han sufrido 3 o más episodios depresivos (Baer, 2014).

Por último, cabe resaltar que, en las terapias basadas en la atención plena, así como las terapias psicológicas que utilizan la atención plena como base o herramienta de la terapia todas tienen objetivos distintos y emplean una metodología diferente, sin embargo, lo que sí comparten es el hecho de ayudar a sus pacientes o consultantes a aliviar el sufrimiento, mejorar el bienestar y de enseñarles a vivir en el momento presente (Baer, 2014). Sin embargo, en la ACT y la DBT, aunque integran ejercicios de meditación estos suelen ser más cortos y menos formales, combinando otras estrategias cognitivo-conductuales en la terapia individual (Francqueville, 2015).

Tabla 1. *Diferencias del uso de mindfulness en distintos programas y psicoterapias*

Terapias	Autores	Ideas principales	Actividades	Metodología
REBAP/MBRS (Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena)	Kabat Zinn	Terapia creada para aliviar el dolor crónico y reducir el estrés. El objetivo principal es que las personas estén presentes y acepten la experiencia tal como se presenta a lo largo del día, lo que implica que se fomente la observación sin juzgar (Baer).	Meditación Yoga Meditación caminando Actividades en la vida cotidiana (ser consciente al bañarse, lavarse los dientes, etc.)	8 semanas Práctica grupal 1 vez a la semana con una duración de dos horas y media. Trabajo individual en casa de al menos 40 minutos diarios. Se realiza una jornada de meditación de 8 horas
TCAP/ MBCT (Terapia Cognitiva Centrada en la Atención Plena)	Siegel, Teasdale, Williams	Esta terapia fue desarrollada con el fin de prevenir las recaídas en la depresión crónica.	Terapia cognitivo conductual que utiliza la práctica de	8 semanas de duración con 20 participantes La práctica es

		El objetivo principal es cambiar la relación que tienen los pacientes con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (Cova, Rincón & Melipillán, 2013).	mindfulness (ejercicios de meditación, sin utilizar los ejercicios de yoga).	grupal y se realiza una vez a la semana acompañado del trabajo individual durante al menos una hora. No se realiza la jornada de meditación
DBT (Terapia Dialéctica Conductual)	Marsha Linehan	Fue creada para el tratamiento de mujeres con historial de intentos de suicidio o ideación suicida. Busca un equilibrio entre la aceptación y el cambio, por esto su objetivo principal es que los individuos se	Terapia cognitivo conductual que utiliza algunas herramientas de la atención (<i>habilidades esenciales de mindfulness</i>) plena en el módulo de	

acepten a sí mismos entrenamiento
tal como son, en habilidades
mientras se trabaja
en cambiar su
conducta en
función de sus
objetivos (Pérez &
Botella, 2006).

ACT	Steven	El objetivo	Ejercicios de	Terapia
(Acceptance	Hayes	principal de la ACT	mindfulness,	individual en la
and		es producir más	con el fin de	cual se diseñan
Commitment		flexibilidad	que los	las estrategias
Therapy)		psicológica por	participantes	de cambio en
		medio de la	puedan prestar	función de las
		utilización de	atención al	necesidades del
		herramientas que	momento	cliente
		les permitan	presente.	
		cultivar habilidades		
		de aceptación		
		psicológica, fusión		
		cognitiva, distinguir		
		entre su self		
		contextual y su self		

conceptualizado y
realizar una
clarificación de los
valores (Hayes,
Strosahl & Wilson,
2012).

Conclusiones

La práctica de la atención plena existe desde hace más de 2500 años. Sin embargo, en la actualidad ha recobrado gran importancia volviéndose muy popular en occidente debido al uso que se puede dar en psicoterapia ya que esta contribuye a eliminar el sufrimiento, así como por los múltiples beneficios que generan cambios positivos en la vida cotidiana de los individuos. La práctica de mindfulness es una forma de recordarnos cómo redescubrir la forma en que nos conectamos con el momento presente ayudándonos a entender en profundidad la forma en que el cuerpo/mente trabajan. Sin embargo, hace falta información que permita dar a conocer para quién y en qué condiciones la práctica de mindfulness resulta más efectiva.

Otra de las ventajas que tiene la práctica de la conciencia plena, es contribuir en aliviar el sufrimiento, ya que las personas aprenden a vivir el momento presente, observándolo, sin juzgar los eventos como buenos o malos simplemente aceptando lo que viene y lo que está ocurriendo. Esto ayuda mucho a las personas que sufren de estrés y ansiedad ya que al estar enfocados en el momento presente no se están anticipando a lo pueda ocurrir en el futuro. Igualmente, favorece las relaciones interpersonales, mejora la comunicación entre las personas, ayuda a mejorar la

regulación de las emociones, así como acepta la ubicuidad del sufrimiento, trabajando en la relación que tienen los individuos con los apegos y deseos en la medida en que se aceptan las experiencias y pensamientos como algo pasajero, sin juzgar todo esto promoviendo un mejor bienestar en los pacientes.

Uno de los grandes problemas que se encuentra en la actualidad sobre la práctica de mindfulness y su medición es la forma como se entiende y se mide dicha práctica, pues existe una falta de consenso v.gr. si puede ser considerada como un constructo multifacético, y en qué forma es definida y operacionalizada (ver tabla 2). Al no haber un consenso sobre la forma en que debe ser entendido mindfulness resulta difícil definir o distinguir si esta práctica es considerada un rasgo o un estado, y por esta razón se han presentado diversos debates entre los distintos autores.

Existen también diferencias sobre la forma como se aplica esta práctica en la psicoterapia. Los problemas que se presentan en cuanto a la medición están relacionados con la metodología que se utiliza. Por ejemplo, al utilizar autoreportes estos resultados pueden estar sesgados por la aprobación social y por la respuesta que se espera obtener.

Por otro lado, en occidente se está dejando de lado el fundamento budista de esta práctica. En occidente la forma en la que la práctica se relaciona con los conceptos, procesos del yo así como la construcción y consolidación del yo, mientras que por el contrario en el budismo se habla sobre una idea de no ser, es decir donde la persona no se identifica con el ego o con el yo, sino que simplemente es un ente que hace parte de un contexto (Ryan & Rigby, 2013). En el budismo, al hablar de no yo se refieren a *anatta*, lo que sugiere que en todas las experiencias hay una impermanencia del yo, ya que se considera que el “no-yo” son una serie de pensamientos, sensaciones y emociones que ocurren en un momento y luego se van ya que está en un constante

cambio. Sin embargo, el budismo no niega la idea del yo, sino que considera que esta se encuentra en un nivel superficial y el “no yo” se encuentra en un nivel muy superior. En principio la práctica de mindfulness ayuda a desidentificarse del self, pues al estar centrada en la observación busca precisamente que los individuos dejen de definirse como un yo y en lugar de esto que observen los pensamientos con los que se sienten identificados. Esto mismo se explica con el *anatta* ya que por ejemplo si surge un sentimiento de rabia lo reconocería como “hay rabia” no como “tengo rabia” (Ryan & Rigby, 2013). Así que se puede considerar que la práctica de mindfulness sugiere es que podemos dejar de lado la necesidad de atarse al yo como algo permanente.

No obstante, en Occidente al utilizar la práctica de mindfulness dentro de algunas psicoterapias lo que se busca es trabajar fortaleciendo la identidad y autoestima de los participantes, por ejemplo, en la ACT, se usa la clarificación de los valores entre otras cosas para ayudar a fortalecer la identidad. Es en este sentido que las prácticas de mindfulness están dejando de lado uno de los fundamentos budistas de la práctica y es precisamente desprenderse del sentido del yo o esperar que ese sentido del yo se pierda sería importante en futuras investigaciones ahondar más en esta cuestión.

Finalmente, es muy importante tener en cuenta que la práctica de mindfulness más allá de servir como una herramienta o técnica psicoterapéutica es una capacidad natural que tienen todos los seres humanos y juega un papel fundamental en el proceso atencional, así como en otros procesos cognitivos en los cuales su práctica genera cambios positivos.

Tabla 2. *Diferencias entre autores y características*

Autores			
	Shapiro, Schwartz, y Santerre (2005)	Siegel, Germer, y Olendzki (2009)	Kabat Zinn
CARACTERÍSTICAS	Aceptación	Aceptación	Aceptación
	Bondad	Compasión	No juzgar
	No juzgar	No juzgar	No acción
	No acción		Paciencia
	Paciencia		Confianza
	Confianza		Visión
	Visión		Soltar
	Soltar		Generosidad
	Suavidad		Empatía
	Generosidad		Simplicidad
	Empatía gratitud		

Tomado de González, A. (2015)

Referencias

- Amaya, V. (2015). Mindfulness: una propuesta de intervención psicológica en atención primaria. *Psyconex: Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 7(11), 1-18.
- Analayo. (2006) *Satipaṭṭhāna: the direct path to realization*. Birmingham: Windhorse.
- Baer, R. A. (2014). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications*. Amsterdam: Elsevier/Academic Press
- Baer, R., & Krietemeyer, J. (2006.). Overview of mindfulness and Acceptance-Based Treatment Approaches. En *Mindfulness-Based Treatment Approaches clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 3-27). Amsterdam: Elsevier/Academic Press
- Barnhofer, T., & Crane, C. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy for depression and suicidality. En: *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 221-244). New York: Springer. doi:10.1007/978-0-387-0959
- Bertolín, J. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 289–319
- Braden, B. B., Pipe, T. B., Smith, R., Glaspy, T. K., Deatherage, B. R., & Baxter, L. C. (2016). Brain and behavior changes associated with an abbreviated 4-week mindfulness-based stress reduction course in back pain patients. *Brain and Behavior*, 6(3). doi:10.1002/brb3.443
- Carmody, J. (2015). Reconceptualizing mindfulness the psychological principles of attending in mindfulness practice and their role in well- being. En: *Handbook of mindfulness: Theory, research and practice* (pp. 62-80). New York: Guilford Press.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2007). 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(1), 23-33.

Cebolla, A. & Miro, M, T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia XVI* (66/67), 133-156

Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-572. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.005

Clark, S. M. (2017). Mindfulness Practice and Mindfulness as the core skill in DBT. *DBT-informed art therapy: mindfulness, cognitive behavior therapy, and the creative process*. (pp. 78- 96). London: Jessica Kingsley.

Crane, R. (2009) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy Distinctive Features*. New York: Routledge.

Creswall, J.D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology* 68(1), 491-516. doi:10.1146/annurev-psych-042716-051139

Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques*, 18, 147–159.

Davis, D. & Hayes, J. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0022064>

De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56

Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions the ruminative thinking associated

with depression? *The Journal of Science and Healing*, 5(5), 265-271. doi:

10.1016/j.explore.2009.06.005

Dunne, J. (2013). *In Mindfulness diverse perspectives on its meaning, origin and*

applications (pp71-92) (1st ed.). London, England: Routledge

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety*

disorders: A practitioners treatment guide to using mindfulness, acceptance, and

values-based behavior change strategies. Oakland: New Harbinger. (pp. 8- 12)

Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003).

Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213.

doi:10.1002/cbm.542

Fouk, M.Ingersoll-Dayton,B. Kavanagh, J. Robinson, E & Kales, H. (2014)

Mindfulness-based cognitive therapy with older adults: An exploratory study.

Journal of Gerontological Social Work, 57,498–523

Francqueville, A. V., & Klein, R. (2015). *La méditation de pleine conscience,*

application clinique en médecine générale: revue de la littérature (Unpublished

master's thesis). Reproduction de: Thèse d'exercice: Médecine générale: Toulouse

3.

Garland, S. N., Hutchins, M. M., & Birnie, K. (2009). Mindfulness-based interventions

in oncology. En L. E. Carlson & L. E. Labelle: *Clinical handbook of mindfulness*

(pp. 389-404). New York, NY: Springer.

Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de*

Psiquiatría, 37, 135 -148.

- Gethin, R. (2015). Buddhist Conceptualizations of Mindfulness. *In Handbook of mindfulness: Theory, research and practice* (pp. 9-41). New York: Guilford Press.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83-91. doi:10.1037/a0018445
- González, A. (2015) *Mindfulness: Guía para educadores DOI: 10.13140/2.1.4453.1208*
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2011). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25 doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes-Skelton, S.A., & Lauren P. Wadsworth, L. (2015). Mindfulness in the treatment of anxiety. En *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 367-387). New York: Guilford Press.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud, 27*(3), 115-124. doi:10.1016/j.clysa.2016.09.034
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183.

- Irving, J., Farb, N. A., & Segal, Z. V. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for chronic depression. En: *Handbook of mindfulness: Theory, research and practice* (pp. 348-366). New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *A full catastrophe living*. New York: Bantam Dell
- Kabat-Zinn, J. (2013). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. En *Mindfulness diverse perspectives on its meaning, origin and applications* (pp. 281-306). London, England: Routledge.
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120.
doi:10.110.1007/978-0-387-09593-6002/cpp.2076
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41-46. doi:10.1016/j.paid.2014.12.044
- Korman, G. P., & Garay, C. J. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 5-13.
- Kurdyak, P., Newman, A., & Segal, Z. (2014). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: A population-based controlled comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 85-89.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.009> 0022-3999
- Miró, M.T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, XVI (66/67), 31-78

- O'Connell, M. (2013.) Present moment awareness. *The big book of ACT metaphors: A practitioners guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. (pp.85-109)
- Palacios, A. (2006) Mindfulness en la terapia dialéctico comportamental. *Revista de psicoterapia XVI* (66/67), 121-132
- Pérez, M.A & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia XVI* (66/67), 77-120
- Quaglia, J.T, Brown. K, Lindsay. E, Creswell. J.D, y Goodman. R.J. (2015). From conceptualization to operationalization of mindfulness *Handbook of mindfulness: Theory, research and practice* (pp 151-171). New York: Guilford Press.
- Ramírez, H.R. & Vargas, L.F. (2012) Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales 138*, 101-110
- Ramírez, H.R., & Vargas, L.F., (2012) Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Revista de Ciencias Sociales 137*, 53-64
- Roemer, L., Salters-Pedneault, K., & Orsillo, S. M. (2006.). Incorporating Mindfulness- and Acceptance-Based Strategies in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. En *Mindfulness-Based Treatment Approaches clinician's guide to evidence base and applications*. (pp. 51-74). Amsterdam: Elsevier/Academic Press
- Safran, J.D., y Elvy, M.M. (2010). Tratamiento psicoanalítico relacional breve, enactment y reparación de las rupturas. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(2): 381-398.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Developing mindfulness- based cognitive therapy. En *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. (pp 63-77). New York: Guilford.
- Shauna L. Shapiro, S., & y Jazaieri, H. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy stressed adults. En *Handbook of mindfulness: Theory, research and practice* (pp. 269-282). New York: Guilford Press.
- Simón, V. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia XVI (66/67)*, 5-31
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioners guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Trousselard, M. Steiler, D. Claverie, D. Canini, F. (2016). Comment mesurer la mindfulness ? Problèmes et perspectives. *L'Encephale*, 42, 99-104.
- Trousselard, M. Steiler, D. Claverie, D. & Canini, F (2014). L'histoire de la mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature : Questions en suspens. *L'Encephale* 40, 474-480
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51.
- Welch, S.S., Rizvi, S., Dimidjian, S. (2006). Mindfulness in dialectical behavior therapy (dbt) for borderline personality disorder En *Mindfulness-Based Treatment Approaches clinician's guide to evidence base and applications* (pp.117-139). Amsterdam: Elsevier/Academic Press
- Williams, J. & Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness. Diverse perspectives on its meaning, origin and applications* (1st ed.). London, England: Routledge.

Wolever, R. & Best, J., (2009). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. En *Clinical handbook of mindfulness*. New York:Springer

Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766-771. doi:10.1097/nmd.0b013e3181b97343