

MINDFULNESS

Diversas Aplicaciones

Apuntes para un Seminario



Ps Jaime E Vargas M

CONTENIDO :

1.- SUSTRATOS NEUROFISIOLÓGICOS Y BIOMARCADORES

I. MINDFULNESS FUNCIONA: Cómo desconectar y reducir el estrés

Beatriz Muñoz

II. MINDFULNESS Y NEUROBIOLOGÍA

Vicente M. Simón

III. PRACTICAR MINDFULNESS HACE QUE AUMENTE LA DENSIDAD DE LA MATERIA GRIS CEREBRAL

Hölzel, Carmody, Vangel, Congleton, Yerramsetti, Gard & Lazar

IV. LA NEUROCIENCIA DE LA MEDITACIÓN MINDFULNESS

Yi-Yuan Tang, Britta k. Hölzel & Michael I. Posner

V. ALTERACIONES EN EL CEREBRO Y EN LA FUNCIÓN INMUNE PRODUCIDAS POR LA MEDITACIÓN MINDFULNESS

Davidson, Kabat-Zinn, et al

VI. LA MEDITACIÓN MINDFULNESS Y EL SISTEMA INMUNE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CONTROLADOS AL AZAR

Black & Slavich

VII. MECANISMOS NEUROCOGNITIVOS DE LA TERAPIA BASADA EN MINDFULNESS

M. S. Moscoso y C. A. Lengacher

2.- APLICACIONES CLÍNICAS

VIII.MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA): LA MEDITACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Israel Mañas Mañas

IX. AUTOCOMPASIÓN EN PSICOTERAPIA Y EL PROGRAMA MINFUL SELF COMPASSION: ¿HACIA LAS TERAPIAS DE CUARTA GENERACIÓN?

Marta Alonso Maynar y Christopher K. Germer

X. LA PRÁCTICA DEL “ESTAR ATENTO” (mindfulness) EN MEDICINA. IMPACTO EN PACIENTES Y PROFESIONALES

Javier García Campayo

XI. PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA (*MINDFULNESS*):
SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO
SEMI-RURAL DEL SUR DE CHILE

Gonzalo Brito Pons

XII. TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA CON REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN
MINDFULNESS: RESULTADOS DE UN ENSAYO ALEATORIO CONTROLADO CON TRES RAMAS

Schmidt, Grossman, Schwarzer, Jena , Naumann & Walach

XIII. ESTIMULACIÓN BASADA EN *MINDFULNESS* PARA PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS

Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina

XIV. LOS EFECTOS POTENCIALES DE LA MEDITACIÓN SOBRE EL DECLINAMIENTO COGNITIVO
RELACIONADO CON LA EDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tim Gard, Britta K. Holzel y Sara W. Lazar

XV. ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA

Eduard Forcadell López, Mónica Astals Vizcaino, Devi Treen Calvo, Jacobo Chamorro López
y Santiago Batlle Vila

XVI. ESTRATEGIA BASADA EN *MINDFULNESS* PARA AUTO ADMINISTRAR LA CONDUCTA
AGRESIVA EN ADOLESCENTES CON AUTISMO

Singh, Lancioni, Manikam, Winton, Singh, Singh & Singh

3.- OTRAS APLICACIONES

XVII. EVIDENCIA DEL IMPACTO DE *MINDFULNESS* EN NIÑOS Y JOVENES

Katherine Weare

XVIII. *MINDFULNESS* PARA MAESTROS: UN ESTUDIO PILOTO PARA SUPERVISAR LOS
EFECTOS SOBRE EL ESTRÉS, EL BURNOUT Y LA EFICACIA EN LA ENSEÑANZA

Flook, Goldberg, Pinger, Bonus y Davidson

XIX. MEJORÍA EN LA RELACIÓN DE PAREJA BASADA EN *MINDFULNESS*

Carson, Carson, Gil & Baucom

MINDFULNESS FUNCIONA: Cómo desconectar y reducir el estrés

Beatriz Muñoz

Empezar a practicar mindfulness (atención plena) es comenzar un camino que te puede llevar a librarte del sufrimiento. Dejar de sufrir es posible.

Practicando la atención plena: conociendo tu mente, observando tus pensamientos y emociones sin identificarte con ellos, entrando en contacto directo con la realidad, sin filtros ni adornos, eligiendo qué quieres hacer con lo que sientes, tratándote con cariño y respeto, ofreciendo espacio y apertura a la experiencia de cada momento.

Practicando la atención plena, aprendemos a entrar suavemente en nuestro dolor, en nuestros miedos, en nuestras inseguridades y en todo lo que nos asusta. Aprendemos a conocerlos y a relacionarnos de un modo diferente con ellos, sin evitarlos ni negarlos.

EL LUGAR: Es importante que el lugar sea tranquilo

LA ROPA: Viste ropa holgada, que no te apriete, para que puedas respirar con facilidad.

LA POSTURA: Elige una postura en la que te sientas cómodo. Esto es importante. Mantén la espalda erguida, sin tensión, de modo natural. Pon las manos en tu regazo, sobre los muslos, con las palmas hacia arriba o hacia abajo, como prefieras.

CUÁNTO TIEMPO: Tú decides cuánto va a durar tu sesión de meditación. Es importante también que pongas una alarma (con el volumen bajito) y que respetes el tiempo que has decidido practicar.

1.- Atención a la respiración: Instrucciones

Encuentra un lugar en tu cuerpo donde puedas notar con claridad las sensaciones que produce el aire al entrar y salir. Puede ser la nariz, el vientre, el pecho o cualquier otra parte que elijas. Centra tu atención ahí, siente los efectos que produce el aire cuando entra y sale del cuerpo. Cómo roza la piel al pasar por las fosas nasales o cambia el volumen del pecho o el abdomen, por ejemplo. No modifiques la respiración, solo observa y respeta cómo es en cada momento. Si de pronto algo te distrae (un ruido, una sensación, un pensamiento...), en cuanto te des cuenta de que te has distraído, vuelve a dirigir amablemente tu atención al lugar donde estaba y continúa sintiendo tu respiración.

2.- Atención al cuerpo: Instrucciones

Encuentra un lugar en tu cuerpo donde puedas notar las sensaciones que produce el aire al entrar y salir. Centra tu atención ahí, siente tu respiración. Si en algún momento algo te distrae,

en cuanto te des cuenta, vuelve a llevar tu atención, con suavidad y determinación, al lugar donde estaba y continúa sintiendo tu respiración.

Poco a poco, ve abriendo tu atención hasta abarcar todo tu cuerpo. Date cuenta de cuál es tu postura, del lugar que ocupas. Siente las partes de tu cuerpo que están en contacto con el suelo o la silla. Nota cómo está tu cuerpo en este momento, si está tenso, relajado, si pesa o lo sientes ligero. Toma nota de otras sensaciones, como picores, tensiones, hormigueos, etc. Permanece ahí, en contacto con tu cuerpo y tu respiración hasta que termine la sesión.

3.- Atención a los sonidos: Instrucciones

Encuentra un lugar en tu cuerpo donde puedas notar las sensaciones que produce el aire al entrar y salir. Pon tu atención ahí, siente tu respiración. Si en algún momento algo te distrae, en cuanto te des cuenta, vuelve a llevar tu atención, con suavidad y determinación, al lugar donde estaba y continúa sintiendo tu respiración.

Ve abriendo el foco de tu atención para darte cuenta de lo que puedes oír en este momento. ¿Qué sonidos llegan a tus oídos? Mira si puedes percibir el sonido de tu respiración o algún otro procedente del interior de tu cuerpo. Observa también si oyes algún sonido en el lugar donde estás meditando, en la habitación o en la casa. Toma conciencia de los estímulos auditivos que llegan del exterior como el ruido del tráfico, de la gente, de la lluvia, etc. Pon la atención en los sonidos y deja todo lo demás en un segundo plano.

Date cuenta de si los sonidos vienen de un lugar cercano o lejano, si son continuos o intermitentes. Observa cómo surgen, se desarrollan y desaparecen. Percibe su intensidad, sus cambios, sus matices.

No importa si te gustan o te molestan, no hay que ponerles ninguna etiqueta, solo permitir que lleguen a tus oídos y observarlos mientras están ahí, en el campo de tu conciencia.

Puedes prestar atención también al silencio, a los espacios en blanco entre unos sonidos y otros.

4.- Atención a los pensamientos y emociones: Instrucciones

Encuentra un lugar en tu cuerpo donde puedas notar las sensaciones que produce el aire al entrar y salir. Pon tu atención ahí, siente tu respiración. Si en algún momento algo te distrae, en cuanto te des cuenta, vuelve a llevar tu atención, con suavidad y determinación, al lugar donde estaba y continúa sintiendo tu respiración.

Lleva ahora tu atención a lo que está pasando en tu cabeza. ¿Puedes darte cuenta de cómo está tu mente en este momento? ¿Está relajada, acelerada? ¿Tienes muchos pensamientos o pocos, van deprisa o despacio? Toma conciencia de todo esto. Intenta captar en qué estás pensando en concreto. Puede que eso en lo que estás pensando aparezca en forma de imágenes o de palabras. Podría tratarse de algún pensamiento acerca de algo que te preocupa especialmente

y a lo que llevas dando vueltas cierto tiempo, o pueden ser palabras sueltas sin mucho sentido o valor para ti. También puede manifestarse como planes, recuerdos, conversaciones con otras personas, etc. Trata de seguir a tus pensamientos desde que aparecen en el campo de tu atención hasta que se marchan, observando su recorrido, como si los estuvieras viendo proyectados en una pantalla de cine. También puedes observar los espacios entre unos pensamientos y otros, ese silencio donde tienen lugar.

A veces, un pensamiento puede venir acompañado de una emoción, como enfado, miedo o tristeza. Si esto sucede, observa también esa emoción que ha aparecido. Sobre todo, date cuenta de cómo se refleja en tu cuerpo y cuál es su evolución (si va cambiando o si desaparece).

5.- Atención abierta: Instrucciones

Encuentra un lugar en tu cuerpo donde puedas notar las sensaciones que produce el aire al entrar y salir. Centra tu atención ahí, siente tu respiración. Si en algún momento algo te distrae, en cuanto te des cuenta, vuelve a llevar tu atención, con suavidad y determinación, al lugar donde estaba y continúa sintiendo tu respiración.

Ve abriendo el foco de tu atención para abarcar todo lo que ocurre a tu alrededor. Observa los sonidos, las sensaciones en tu cuerpo, tu respiración, tus pensamientos y tus emociones. Presta atención a todo lo que va llegando al campo de tu conciencia, sin elegir nada en concreto. Permanece ahí, como un testigo silencioso de lo que está ocurriendo en cada momento, un testigo del momento presente.

6.- Exploración corporal: Instrucciones

Antes de comenzar la exploración, permanece unos minutos con la atención centrada en tu abdomen y siente cómo este se hincha al inhalar y desciende al exhalar. Si quieres, para localizar más fácilmente las sensaciones, puedes poner las manos encima de tu barriga, hasta que empieces la exploración. No tienes que cambiar tu respiración, solo observarla tal y como es en cada momento.

Mueve tu atención desde tu abdomen hacia la cadera izquierda y, desde ahí, ve bajando por la pierna hasta llegar al talón del pie izquierdo. Explora qué sientes en esa zona (el contacto de una parte del talón con el suelo o la esterilla, del resto de esa zona con el aire o la ropa, etc.). A continuación, ve desplazando tu atención por la planta del pie en dirección a los dedos, luego recorre el empeine hasta llegar a los tobillos. Intenta tomar conciencia de las sensaciones que hay en cada zona por la que vas pasando: hormigueos, picores, frío, calor, humedad, punzadas, etc.

Después del tobillo, recorre la pantorrilla, la rodilla y el muslo. Y sigue así hasta haber transitado todo el cuerpo: la pierna derecha igual que la izquierda, la pelvis, toda la espalda, la zona del abdomen, el pecho, los hombros y los brazos (primero uno y luego el otro). El cuello, la mandíbula, la boca, la nariz, los ojos, el entrecejo, la frente, las sienes, los pómulos, las mejillas, las orejas y el pelo.

Explora, siente cada zona que recorras por la superficie y por el interior, donde están los músculos, los huesos y todos los órganos.

Cuando acabes el recorrido presta atención a la sensación global de tu cuerpo y permanece así unos instantes, sintiendo tu cuerpo como un todo.

7.- Meditación caminando: Instrucciones

Antes de comenzar, observa tu postura de pie y ajústala de modo que resulte una posición estable y que tu espalda esté bien erguida y sin tensión. Los pies han de estar paralelos, bien plantados en el suelo y separados a la misma distancia que la anchura de las caderas. Coloca la pelvis en posición neutra, como si te hubieran llenado de arena los bolsillos traseros del pantalón. Relaja el abdomen, los hombros y la cara; mantén el pecho bien abierto. Deja los brazos estirados y relajados a lo largo del cuerpo. Dirige tu atención a la respiración y permanece así unos minutos, en contacto con tu cuerpo y con el aire que entra y sale de él. Mantén los ojos abiertos y mira al frente.

Lleva el peso de tu cuerpo al lado izquierdo y comienza a levantar tu pie derecho muy despacio, siempre atento a las sensaciones que se van produciendo al ir despegándolo del suelo. Sin alzar aún el pie izquierdo, ve posando el pie derecho en el suelo, comenzando por el talón y dejando caer poco a poco la planta del pie. Cuando el pie derecho haya bajado por completo, echa el peso de tu cuerpo en ese lado, siéntelo y comienza ahora a desplazar el pie izquierdo, igual que lo hiciste con el derecho. Ve avanzando así, con la atención puesta en las plantas de los pies. Cuando hayas recorrido unos metros, date la vuelta.

Si quieres, puedes acompañar tu respiración con el movimiento, inspirando al levantar el pie y exhalando al bajarlo.

Programa de entrenamiento en ocho semanas:

- Semana 1: Práctica básica, atención a la respiración. 5 minutos al día.
- Semana 2: Práctica básica, atención a la respiración. 10 minutos al día.
- Semana 3: Práctica básica + Práctica 1 (atención al cuerpo y sensaciones). 10 minutos al día.
- Semana 4: Práctica básica + Práctica 1 (atención al cuerpo y sensaciones). 15 minutos al día.
- Semana 5: Práctica básica + Práctica 2 (atención a los sonidos). 15 minutos al día.
- Semana 6: Práctica básica + Práctica 3 (atención a los pensamientos y emociones).
15 minutos al día.
- Semana 7: Práctica básica + Práctica 4 (atención abierta). 15 minutos al día.
- Semana 8: Práctica básica + la práctica que tu elijas. 20 minutos al día.

MINDFULNESS Y NEUROBIOLOGÍA

Vicente M. Simón

El momento histórico de mindfulness

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

En segundo lugar, en la psicología occidental se está produciendo una maduración de la psicología cognitiva y, sobre todo, de las terapias cognitivas, dentro de lo que se llaman las terapias de tercera generación. Las terapias cognitivas constituyen un terreno fecundo en el que las técnicas relacionadas con la atención plena, pueden implantarse y fructificar.

En la actualidad existen ya diversas técnicas terapéuticas surgidas en la psicología occidental, en las que *mindfulness* juega un papel destacado. Las más conocidas son: La reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR: Kabat-Zinn, 2003); la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT: Segal, Williams, Teasdale, 2002); la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la terapia conductual dialéctica (DBT: Linehan, 1993; García Palacios, 2006), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

En tercer lugar, existe otro aspecto de la ciencia occidental que ha alcanzado un grado de maduración que lo hace confluir con la práctica de la meditación. Me refiero a la neurociencia, y en particular a lo que se llama neurociencia cognitiva y neurociencia afectiva.

Estas técnicas nos están permitiendo conocer la interacción mente-cerebro por primera vez en la historia de la humanidad y ellas han comenzado a hacer posible saber lo que sucede en el cerebro cuando se practica *mindfulness*.

Esta comprensión recientemente adquirida está dando paso, no sólo a una nueva forma de pensar por parte del terapeuta, sino también a que el paciente piense de forma diferente sobre sus propias funciones mentales e incluso sobre su propia psicopatología.

¿De qué hablamos, cuando decimos mindfulness?

Mindfulness no es un descubrimiento moderno, aunque vivamos ahora su redescubrimiento (y un cierto reencuentro) en el marco de la cultura occidental. *Mindfulness* pudo existir desde el momento mismo en que los primeros cerebros humanos comenzaron a

transformar el planeta, aunque probablemente nunca sabremos cuándo vivieron los representantes más primitivos de nuestra especie que practicaron alguna forma de *mindfulness* de manera sistemática. Sí que sabemos que hace unos 2.500 años, se alcanzó una cima en esta práctica, concretamente en la figura de Siddharta Gautama (el Buda Shakyamuni), que fue el iniciador de una tradición religiosa y filosófica ampliamente extendida por todo el mundo (el budismo) y cuya piedra angular es, precisamente, la práctica de *mindfulness*.

Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando *mindfulness*. Lo que sucede es que habitualmente nuestra mente se encuentra vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a otras, de unos a otros pensamientos. *Mindfulness* es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia. El primer efecto de la práctica de *mindfulness* es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. El aumento de la concentración trae consigo la serenidad. Y el cultivo de la serenidad nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal como es.

Desde un punto de vista científico, podemos definir *mindfulness* como un estado en el que el practicante es capaz de *mantener la atención centrada en un objeto por un periodo de tiempo teóricamente ilimitado*. (Lutz, Dunne y Davidson, 2007). O, siguiendo a Thich Naht Hanh, *mindfulness es mantener viva la conciencia en la realidad del presente*.

Kabat-Zinn (2003) hace las siguientes recomendaciones para la práctica de la atención plena: no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar o practicar el desapego, confianza y constancia.

Un último punto que quiero destacar es que a lo largo de esta revisión, de no especificar lo contrario, al referirme a *mindfulness* me refiero a la práctica de meditación más utilizada actualmente en los círculos que practican meditación en occidente y que es la meditación *vipassana* (en inglés, *Insight Meditation*) que se traduce habitualmente como conocimiento intuitivo, visión cabal o, simplemente, se dice *vipasana* también entre nosotros (Segovia, 2004). La técnica más utilizada, sobre todo al principio, consiste en centrar la atención sobre la respiración, siguiendo el ritmo inspiración - espiración, en cada movimiento respiratorio. Cuando la mente se aparta de su objeto, el sujeto vuelve suavemente a dirigir la atención a la respiración.

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

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

Antes de examinar lo que hace *mindfulness*, veamos primero en qué consisten esas influencias que dificultan la percepción del presente en su estado casi puro. Cuando la información

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

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

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

¿Qué puede hacer *mindfulness* para cambiar esa situación? ¿Qué significa que entre en acción la mente de principiante? Al prestar una atención especial y detallada a la información entrante, comenzamos a dificultar el funcionamiento de los procesos de arriba abajo y favorecemos la llegada de más riqueza informativa a las instancias prefrontales. El proceso de prestar una atención especial a cualquiera de las ocho corrientes informativas requiere que una parte del cortex prefrontal, concretamente la corteza prefrontal dorso-lateral (DLPFC; *dorsolateral prefrontal cortex*), se active al tiempo que recibe la información que está siendo privilegiada en ese momento.

Una vez se ha dirigido la atención a una de las corrientes sensoriales (con la participación de la DLPFC), si implicamos a la vez nuestra capacidad de autoobservación, es decir la metacognición que nos permite hacernos conscientes de los procesos mentales que están en marcha (y que implica la intervención de las zonas más mediales del cortex prefrontal, incluyendo la corteza orbitofrontal) tendremos la oportunidad de flexibilizar la respuesta, desconectando, por decirlo así, la automaticidad que, en ausencia de esta intervención consciente, se hubiera producido. Podríamos decir, SODA; *Si Observas, Desconectas la Automaticidad* (traduciendo libremente las siglas que propone Siegel, YODA; *You Observe and Decouple Automaticity*).

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

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

Mindfulness, asimetría prefrontal y disposición afectiva

Una de las razones por las que el uso de la atención plena está teniendo éxito en clínica es porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional (como sucede en la ansiedad o en el trastorno límite de personalidad), y porque favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación frente a las de evitación, razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de los cuadros depresivos (Segal, Williams, Teasdal, 2002; Simón, 2002). Existe al menos un trabajo que ha estudiado los efectos directos de *mindfulness* sobre la actividad cerebral en relación con el estado de ánimo y con lo que se ha llamado la *disposición afectiva*. Richard Davidson y colaboradores (2003) estudiaron la actividad cerebral de 25 sujetos experimentales normales (empleados de una empresa de biotecnología) que fueron sometidos a un programa de MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) durante un periodo de 8 semanas. El programa, llevado a cabo por el propio J. Kabat- Zinn, constaba de reuniones semanales de unas 3 horas para practicar meditación, un retiro en silencio durante la sexta semana y un deber para casa que incluía prácticas de meditación para realizar durante una hora al día, 6 días a la semana.

El EEG de los sujetos fue registrado en tres ocasiones; antes de las 8 semanas de tratamiento, inmediatamente después del tratamiento y cuatro meses tras finalizar el tratamiento. Los datos electroencefalográficos fueron elaborados matemáticamente hasta obtener una medida de la activación cerebral de cada hemisferio, derecho e izquierdo, que a su vez se utiliza para calcular el grado de asimetría existente entre ambos lados. Hay que aclarar que, en este contexto, la activación de la zona que se estudia está inversamente relacionada con la potencia de la banda alfa (8-13 Hz). Es decir, que a menor potencia de la banda alfa, mayor activación cerebral y viceversa (Sutton y Davidson, 1999). También podemos expresar lo mismo

diciendo que la activación en una zona determinada se mide calculando la inversa de la potencia de la banda alfa en esa zona.

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

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

Mindfulness e inmunidad

La relación que acabamos de describir entre *mindfulness* y la asimetría cerebral anterior nos sirve de puente para abordar otra posible área de influencia de la práctica de la meditación: los mecanismos inmunitarios. En 1991, Kang y cols. se preguntaron si existiría alguna relación entre el perfil de asimetría prefrontal y los parámetros inmunitarios. Estudiaron un grupo de 20 mujeres sanas que mostraban diferencias extremas en la asimetría cortical prefrontal. En dichas mujeres midieron diversos parámetros inmunitarios para ver si alguno de ellos correlacionaba con el tipo de asimetría cerebral. Los indicadores inmunitarios estudiados fueron varios, pero el hallazgo más significativo del estudio de Kang y cols. fue que las mujeres que poseían una activación frontal derecha más extrema tenían niveles más bajos de actividad de las células NK (células asesinas naturales). Recordemos que la asimetría cerebral desviada hacia la derecha indica una mayor predisposición a los estados de ánimo depresivo y una mayor vulnerabilidad al afecto negativo. Por tanto, esta correlación entre asimetría y actividad de las células asesinas nos revela una relación entre un determinado patrón de actividad cerebral y una respuesta inmunitaria concreta. Los otros parámetros inmunitarios estudiados no fueron significativamente diferentes entre ambos grupos de mujeres, salvo que las mujeres con más actividad cerebral derecha tenían niveles mayores de gammaglobulina M.

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

las células asesinas, la relación existe y constituye una prueba más de la existencia de mecanismos psiconeuroinmunitarios.

Si recordamos que, en el apartado dedicado a la asimetría cerebral, hemos descrito que la práctica de *mindfulness* era capaz de provocar una lateralización a la izquierda en la activación cerebral, es lógico preguntarnos ahora si esta práctica también puede afectar al sistema inmunitario. Esto es lo que hicieron Richard Davidson y colaboradores en el trabajo ya comentado anteriormente (Davidson y cols. 2003). Se midieron los niveles plasmáticos de anticuerpos de los sujetos y se encontró que, aunque todos ellos experimentaron incrementos en dichos niveles, los sujetos pertenecientes al grupo de los meditadores tuvieron incrementos significativamente mayores que los sujetos del grupo control. La meditación potenciaba por tanto la producción de anticuerpos. La magnitud del incremento de la lateralidad izquierda predecía la magnitud del aumento de anticuerpos, subrayando así la relación entre ambas variables.

Empatía y mindfulness

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

En 2004, Lutz y cols. estudiaron la actividad electroencefalográfica en sujetos experimentales que recibían la instrucción de generar en sí mismos un estado de *compasión pura* o *compasión no referencial* (es decir, sin objeto), definiendo esta actitud como *una voluntad y disponibilidad sin restricciones para ayudar a los seres vivientes*. Como sujetos experimentales utilizaron practicantes de las tradiciones tibetanas Kagyu y Nyingma que poseían una amplia experiencia meditadora a lo largo de su vida (entre 10.000 y 50.000 horas). Como grupo control, se utilizaron voluntarios sin experiencia en meditación, a los que se les entrenó en la producción de este estado por un periodo de tan solo una semana. El resultado más llamativo fue que el grupo de sujetos con experiencia meditadora desarrollaban oscilaciones de gran amplitud en la banda de frecuencias gamma (25-42 Hz), sobre todo en los electrodos laterales fronto-parietales y que la generación de oscilaciones gamma era mucho mayor en los practicantes que en los controles. El aumento encontrado en la sincronización neuronal puede interpretarse como un incremento, tanto en el número de neuronas reclutadas durante la actividad, como en la precisión temporal de las descargas tálamo-corticales y córtico-corticales de esas neuronas. Además, ambos grupos, no sólo se diferenciaban claramente durante la meditación, sino también en los periodos pre y postmeditativos, sugiriendo que la actividad meditadora induce cambios a largo plazo en el funcionamiento cerebral. La conclusión más importante a la que llegan los autores de este trabajo es que los procesos atencionales y afectivos son habilidades que pueden entrenarse, aunque todavía no comprendamos exactamente el papel funcional que desempeñan en el cerebro estas modificaciones en la banda de frecuencia gamma.

Sin embargo, han sido una serie de descubrimientos neurobiológicos realizados en un área aparentemente poco relacionada con la compasión, los que han contribuido a cambiar

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

Una personalidad tan relevante en neurociencia como es Vilayanur Ramachandran, no ha dudado en calificar el descubrimiento de las neuronas en espejo como el acontecimiento más importante de la década y predice *que las neuronas en espejo harán en psicología lo que el DNA hizo en la biología: aportarán un marco unificador y ayudarán a explicar una infinidad de habilidades mentales que hasta ahora han permanecido como misterios inaccesibles para los experimentadores* (Ramachandran, 2000). Las redes de neuronas en espejo son el sustrato neural que hace posible el entendimiento de la mente de los otros (la teoría de la mente o la visión de la mente) y la simulación, dos actividades en las que los seres humanos somos extraordinariamente eficientes. De tal manera que, en cierta forma, percibimos el movimiento de otros a través de nosotros mismos. Hay una resonancia de nuestro sistema nervioso con el sistema nervioso del sujeto a quien observamos.

Es lógico preguntarse si al percibir las emociones de otros, también se ponen en marcha mecanismos similares a los que suceden con los actos motores y con las intenciones. Todo apunta a que esto es así. Es decir, que la empatía, la comprensión e incluso la vivencia de la misma emoción que la otra persona experimenta, se desencadena por mecanismos de imitación que hacen aparecer en el observador emociones similares a las del sujeto observado.

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

Una persona se *siente sentida* por la otra y viceversa. Pues bien, lo que Siegel sugiere es que estos sistemas neurales que normalmente sustentan las experiencias de sincronización y resonancia con otras personas, en la práctica de *mindfulness*, se volverían reflexivamente sobre uno mismo para desarrollar así una *auto-implicación* (en lugar de la *implicación social* antes mencionada), una relación de *amor sin temor* con la propia experiencia. Es decir, que en *mindfulness* estamos desarrollando empatía, comprensión, amor, compasión, con nuestra propia experiencia y con nuestro propio self.

Mindfulness: la transición del estado al rasgo

Existe suficiente consenso como para afirmar que *mindfulness*, en cualquiera de sus formas de expresión, es un estado mental. Siegel (1999) define el estado mental como *el patrón total de activaciones del cerebro en un momento concreto en el tiempo* y señala que un estado

mental tiene dos funciones fundamentales: *coordinar la actividad del momento y crear un patrón de activación cerebral que tendrá mayor probabilidad de producirse en el futuro*. Con la repetición de un estado mental, estamos incrementando la probabilidad de que estados parecidos se produzcan con una frecuencia cada vez mayor y esto equivale a decir que lo que al principio era un estado de la mente localizado temporalmente en un momento circunscrito, pueda convertirse en un rasgo duradero del sujeto.

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

¿Existe evidencia científica de que esto sea así? ¿Disponemos de datos experimentales que demuestren que con la práctica de *mindfulness* estamos produciendo cambios cerebrales duraderos? Existen al menos dos publicaciones muy recientes que permiten contestar afirmativamente a estas preguntas. El primero es el trabajo de Sara Lazar y cols. (2005) del Massachusetts General Hospital. Se trata del primer trabajo que demuestra la existencia de cambios estructurales en el cerebro con la práctica de la meditación. En este trabajo se estudiaron, con Resonancia Magnética, los cerebros de 20 voluntarios occidentales que poseían una amplia experiencia (unos 9 años de promedio) en Insight Meditation o meditación vipasana. En esta forma de *mindfulness*, la atención se centra especialmente en estímulos interoceptivos (como la respiración) pero se va extendiendo, con el incremento de la experiencia del practicante, a pensamientos, emociones e incluso estímulos externos. El resultado más destacado del estudio de Lazar es que en ciertas zonas de los cerebros de los meditadores existía un grosor mayor de la corteza cerebral (en comparación con los cerebros de sujetos controles adecuados).

El segundo estudio que refuerza la idea de la transición del estado al rasgo es un trabajo muy reciente de Brefczynski-Lewis y cols. (2007). Estos autores estudiaron, con resonancia magnética funcional, la actividad cerebral en dos grupos de meditadores, unos expertos y otros novicios, que practicaban la concentración de la atención sobre un pequeño punto en una pantalla. Una de las conclusiones más importantes del estudio es que la activación de redes neuronales relacionadas con mecanismos de atención sostenida, se producía de manera diferente en función de la experiencia meditativa de cada uno de los subgrupos en que se dividió la muestra. Los meditadores expertos, con unas 19.000 horas de práctica, presentaban más activación que los sujetos más noveles, pero los sujetos con el máximo número de horas de práctica (unas 44.000) volvían a presentar una menor activación. Es decir, aparece una U invertida en la que los sujetos con un número intermedio de horas de práctica son los que más activación muestran. Esto sugiere que en el cerebro de los meditadores más experimentados se han producido cambios de

plasticidad neural que les permite alcanzar estados similares de concentración que los practicantes intermedios, pero sin necesidad de realizar tanto esfuerzo atencional. Cuanto más experto se es, menos esfuerzo cuesta alcanzar el estado de concentración, ya que las redes neurales necesarias son anatómicamente más robustas. Otro de los hallazgos interesantes de este trabajo es que en los sujetos con más horas de meditación, se encontró una activación pasajera del córtex prefrontal dorsolateral (DLPFC), región con capacidad ejecutiva, relacionada con la producción de estados de alerta y monitorización de la activación atencional (Raz y Buhle, 2006). La activación de esta zona duraba unos 10-20 segundos al principio de la meditación y luego volvía a la línea basal. En cambio, los meditadores con menos horas de práctica mostraban una activación de esta zona más larga y sostenida, indicando que requerían de un esfuerzo más prolongado para mantener la atención en el presente.

Mindfulness e integración: La corteza prefrontal

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

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

Una conclusión tentativa y esperanzadora

Mi hipótesis, a la vista de los conocimientos neurobiológicos que he expuesto en este trabajo, es que con la práctica prolongada de *mindfulness*, se producen cambios neurológicos duraderos en diversas zonas cerebrales cruciales para los procesos de integración, cambios que, yendo más allá de la actividad concreta que los provocó, acaban modificando una gran cantidad de

comportamientos y formas de reacción del individuo, de manera que tienen un efecto multiplicador sobre su vida y sus relaciones interpersonales, debido precisamente a la gran repercusión que poseen, por su propia naturaleza, los procesos integradores cerebrales. Un símil deportivo, creo que apropiado aunque algo burdo, sería el de comparar la meditación con la práctica de la gimnasia. La musculatura adquirida dentro del recinto de un gimnasio, puede tener notables repercusiones en el rendimiento del individuo en diversas actividades deportivas (fútbol, natación, atletismo, etc.), aparentemente muy alejadas de los ejercicios que originalmente promovieron el desarrollo muscular. Así se comprendería la importancia potencial de la meditación para muchas actividades humanas en las que el desarrollo óptimo del sistema nervioso desempeña un papel crucial. No sólo es interesante en psicoterapia, sino que también se está abriendo paso en el mundo de la educación (Langer, 1997). Recordemos que William James, hace más de cien años, ya afirmó que el cultivo de la atención sería *l'education par excellence*. *Mindfulness* ya está comenzando a aplicarse en los niños en edad escolar, aunque de momento, su repercusión cuantitativa sea aún bastante limitada. Es obvio que muchas de estas suposiciones razonables requieren de una confirmación experimental más fundamentada de la que ahora disponemos. Pero creo que ya podemos afirmar que nos encontramos ante la eclosión de un fenómeno que va a modificar sustancialmente la manera de enfocar muchas actividades humanas, entre ellas la psicoterapia, que es la que más nos interesa en este contexto.

PRACTICAR MINDFULNESS HACE QUE AUMENTE LA DENSIDAD DE LA MATERIA GRIS CEREBRAL

Hölzel, Carmody, Vangel, Congleton, Yerramsetti, Gard & Lazar

1. Introducción

Se ha reportado que la meditación mindfulness produce efectos positivos en el bienestar psicológico que se extienden más allá del tiempo en el que el individuo medita formalmente. Durante las últimas tres décadas, la práctica de la meditación mindfulness se ha incorporado de manera creciente en los programas psicoterapéuticos, para gozar de estos beneficios (Baer, 2003; Grossman et al, 2004). Una gran cantidad de investigaciones han establecido la eficacia de estas intervenciones basadas en mindfulness para reducir síntomas en diversos desordenes, incluyendo la ansiedad (Roemer et al, 2008), la depresión (Teasdale et al, 2000), el abuso de sustancias (Bowen et al, 2006), desordenes de la alimentación (Tapper et al, 2009) y dolor crónico (Grossman et al, 2007) así como la mayoría en el bienestar y la calidad de la vida (Carmody & Baer, 2008). La meditación mindfulness involucra el desarrollo de la consciencia de la experiencia del momento presente con una actitud compasiva, libre de juicios (Kabat-Zinn, 1990). Se ha sugerido que este proceso se asocia con un giro perceptual (Carmody, 2009), en el que los pensamientos y emociones de uno se reconocen como eventos que ocurren en el amplio campo de la consciencia.

Los estudios de neuroimagen han empezado a explorar los mecanismos neurológicos que subyacen a la práctica de de la meditación mindfulness con técnicas como la electroencefalografía (EEG) (Davidson et al, 2003; Slagter et al, 2007) y la imagen de resonancia magnética funcional (MRI) (Farb et al, 2007; Lutz et al, 2008; Farb et al, 2010; Goldin & Gross, 2010). Recientemente, diversos estudios MRI de diversas secciones anatómicas han demostrado que los meditadores experimentados exhiben una morfología de su materia gris diferente en múltiples regiones cerebrales, cuando se les compara con individuos no meditadores (Lazar et al, 2005; Pngoni & Cekic, 2007; Hölzel et al, 2008; Luders et al, 2009; Vestergaard-Poulsen et al, 2009; Grant et al, 2010). Aunque muchas de las regiones cerebrales identificadas han sido reportadas en solo uno de esos estudios, los resultados divergentes probablemente se deben a diferencias en las características de los participantes, el tipo de meditación efectuada y los métodos para el análisis de los datos. No obstante, las diferencias de grupo en el hipocampo y en la parte anterior derecha de la ínsula, han sido identificadas, cada una, en al menos dos estudios. Más aún, la activación en ambas regiones ha sido reportada durante estados meditativos (hipocampo, Lazar et al, 2000; Hölzel et al, 2007), (ínsula, Farb et al, 2007; Lutz et al, 2008). Se sabe que el hipocampo esta críticamente involucrado en los procesos de aprendizaje y memoria (Squire, 1992), así como en la modulación del control emocional (Corcoran et al, 2005; Milad et al, 2007), mientras que la ínsula se ha postulado que juega un papel principal en el proceso de vigilia (Craig, 2009) – funciones que se ha mostrado son importantes en el proceso y resultado del entrenamiento en mindfulness (Bishop et al, 2004; Shapiro et al, 2006; Ortner et al, 2007).

Una creciente cantidad de literatura ha demostrado que los sistemas nerviosos son redes modificables y los cambios en las estructuras nerviosas pueden ocurrir en adultos como resultado del entrenamiento. Por ejemplo, estudios longitudinales han mostrado tareas específicas que aumentan la materia gris cerebral como un efecto de la adquisición de información abstracta (Draganski et al, 2006), de habilidades motoras (Draganski et al, 2004), entrenamiento aeróbico (Colcombe et al, 2006), y habilidades cognitivas (Ilg et al, 2008). Estudios cross-seccionales han establecido que las diferencias en la materia gris regional se asocian con la ejecución de habilidades (Mechelli et al, 2004; Milad et al, 2005), sugiriendo que el aumento en la materia gris corresponde al mejoramiento de funciones en las áreas relevantes. Estudios con meditadores experimentados también sugieren la posibilidad de una plasticidad estructural, pero sus diseños cross-seccionales no excluyen la posibilidad de diferencias grupales pre-existentes, impidiendo conclusiones causales. Aquí, nosotros reportamos un estudio longitudinal sobre cambios en la materia gris asociados con una intervención basada en mindfulness. El propósito del estudio fue el de identificar regiones cerebrales que cambiaran en asociación con la participación en un curso de 8 semanas sobre reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Este programa grupal perseguía el mejoramiento de sus participantes en las habilidades mindfulness y en su bienestar, así como disminuir sus niveles de estrés percibido. El estudio fue un intento para encontrar cambios neurológicos objetivamente medibles que pudieran subyacer a los cambios asociados con la práctica del mindfulness. Se investigaron los cambios en la concentración de la materia gris, empleando morfometría basada en voxel. El análisis se enfocó en el hipocampo y la ínsula como regiones predefinidas de interés. Luego se ejecutó un análisis exploratorio en todo el cerebro y se comparó con un grupo control.

2. Método

2.1. Participantes

Los participantes sometidos a MBSR (reducción del estrés basado en mindfulness) fueron reclutados entre las personas enroladas en estos cursos impartidos en La escuela de medicina de la universidad de Massachusetts. Se les aceptaba si ellos reportaban que estaban físicamente y psicológicamente sanos y no tomaban medicamentos. Otros criterios de inclusión eran: no haber tomado clases de meditación en los últimos 6 meses, no más de 4 clases en los últimos 5 años o un máximo de 10 clases durante toda su vida; si tenían entre 25 y 55 años de edad y no tenían ninguna contraindicación para someterse al escaneo MRI (implantes metálicos, claustrofobia) y se comprometían a asistir a las 8 clases y llevar a cabo las tareas programadas para el hogar. Los participantes fueron 6 varones y 10 mujeres con una edad promedio de 38 años.

El grupo control consistió de 17 participantes (11 varones y 6 mujeres) con una edad promedio de 39 años y con una escolaridad promedio de 17.3 años.

2.2. Intervención

El programa MBSR ha sido descrito extensamente en otros lugares (Kabat-Zinn, 1990). Brevemente, consiste de 8 reuniones grupales, una por semana de 2.5 horas cada una, más un día

completo (6.5 horas) durante la sexta semana del curso. El entrenamiento formal de mindfulness busca desarrollar la capacidad de estar consciente de las experiencias del momento presente con una actitud compasiva libre de juicios e incluye el escaneo de todo el cuerpo, un poco de yoga y sentarse a meditar.

Durante el escaneo del cuerpo, la atención se guía secuencialmente a todo el cuerpo, observando sin juzgar las sensaciones de cada región y finalizando teniendo consciencia del cuerpo como 'un todo'. El yoga consistía de ejercicios de estiramiento gentiles y movimientos lentos que se coordinan con la respiración, el énfasis se ponía en estar completamente atentos a la experiencia momento a momento, con una actitud no exigente. Sentarse a meditar típicamente iniciaba teniendo consciente las sensaciones de la respiración, para luego incluir la atención en diferentes modalidades (como al sonido, los sabores, otras sensaciones corporales, pensamientos y emociones). Los participantes recibían grabaciones de audio de 45 minutos conteniendo guías de ejercicios mindfulness que tenían que practicar diariamente en casa. También se les pidió practicar mindfulness en actividades como comer, caminar, lavarse los dientes o tomar una ducha.

2.3. Cuestionario de 5 facetas de mindfulness

El Cuestionario de 5 facetas de Mindfulness (FFMQ; Baer et al, 2006) es una escala de 39 reactivos que mide cinco factores de mindfulness: Observar (atender o notar estímulos internos y externos, como sensaciones, emociones, cogniciones, imágenes, sonidos y olores), Describir (notar o mentalmente nombrar estos estímulos con palabras), Actuar conscientemente (atender a nuestras acciones en oposición a comportarse automáticamente o sin darse cuenta), No Juzgar la experiencia (abstenerse de evaluar nuestras sensaciones, cogniciones y emociones), y No Reaccionar a la experiencia interna (permitir que los pensamientos y emociones vayan y vengan, sin que nuestra atención sea capturada por ellos). Se obtuvieron datos útiles de 14 participantes MBSR y de 14 del grupo control.

2.4. Obtención y análisis de datos MRI

Los participantes MBSR fueron escaneados 2 semanas antes de su entrenamiento (Pre) y dos semanas después (Post). Los participantes del grupo control también fueron escaneados dos veces, con una separación aproximada de dos meses.

3. Resultados

Este estudio demostró cambios longitudinales en la concentración de la materia gris cerebral luego de 8 semanas de entrenamiento para reducir el estrés basado en mindfulness, comparado con un grupo control. Se confirmaron los incrementos hipotetizados en la concentración de la materia gris en el hipocampo izquierdo. El análisis exploratorio de todo el cerebro identificó incrementos significativos en la concentración de la materia gris en la corteza posterior cingulada y en la unión temporo-parietal, así como en el cerebelo (verlas Figuras 1, 2, 3).

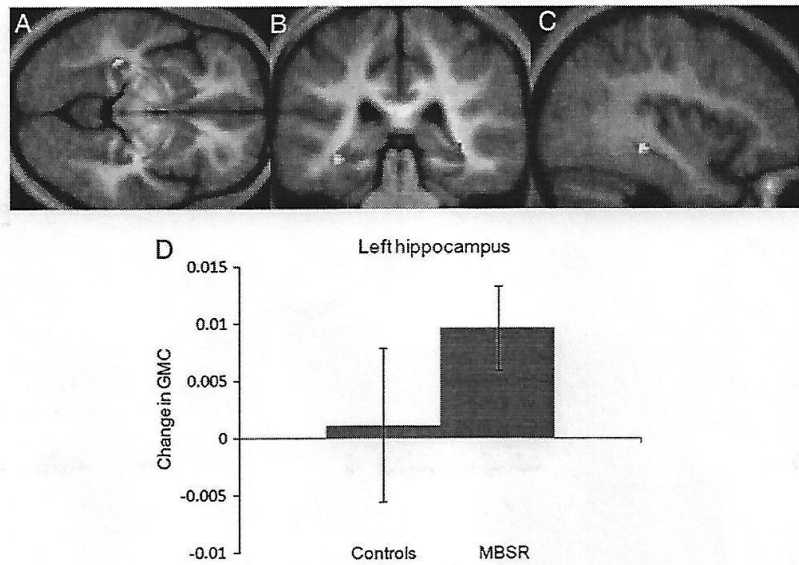


Fig. 1. Region of interest analysis identifies gray matter concentration increases in the left hippocampus (MNI coordinates $x = -36$ (C), $y = -34$ (B), $z = -8$ (A)) in the MBSR group. Voxels (thresholded at $P = 0.01$ and masked for the regions of interest) are overlaid over the group-averaged brain. D: Change in gray matter concentration (GMC) within the cluster in the left hippocampus from the Pre to the Post time-point in the MBSR and the control group; error bars show 95% confidence interval.

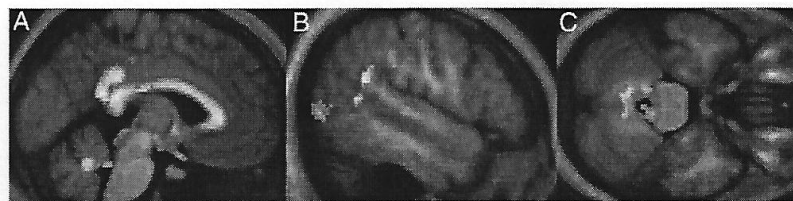


Fig. 2. Increase in gray matter concentration in the MBSR group from Pre- to Post-intervention in the exploratory whole brain analysis. A: cluster in the posterior cingulate cortex and cerebellum (sagittal slice at $x = -2$); B: cluster in the left temporo-parietal junction (peak in the middle temporal gyrus; sagittal slice at $x = -52$); C: cluster in the cerebellum and brainstem (axial slice at $z = -28$). Significant clusters within the whole brain (clusters with $P < 0.05$, corrected for multiple comparisons across the entire brain, initial voxel-level threshold of $P = 0.01$) are overlaid over the group-averaged normalized structural MPRAGE image.

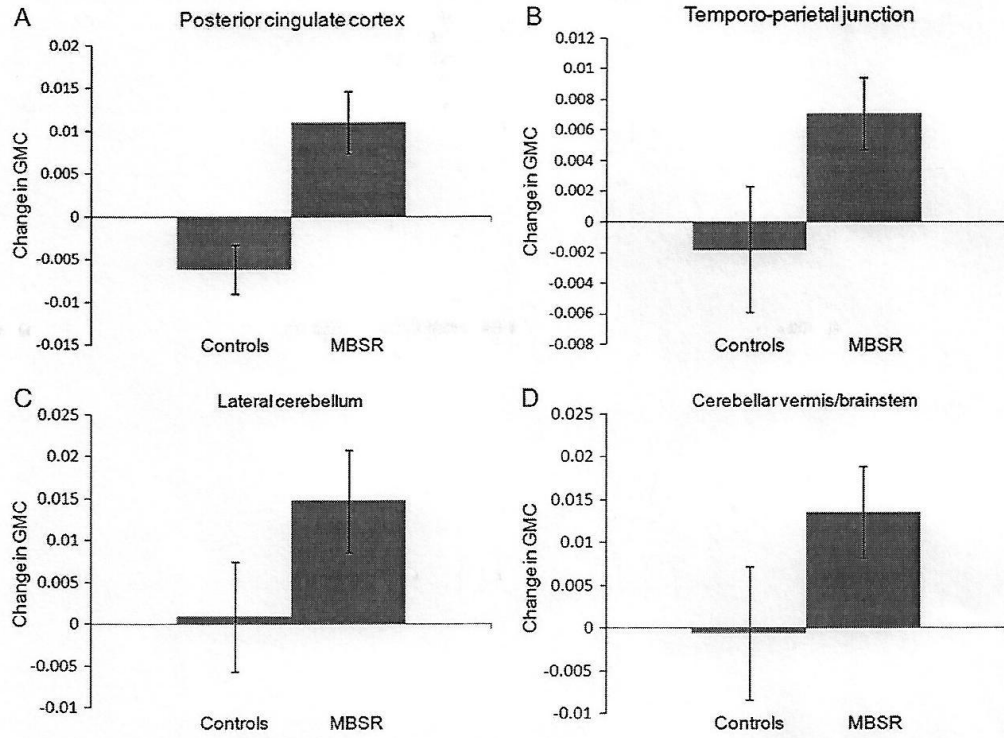


Fig. 3. Change in gray matter concentration (GMC) within the clusters in the posterior cingulate cortex (A), the temporo-parietal junction (B), the lateral cerebellum (C) and the cerebellar vermis/brainstem (D) in the MBSR and control group. Error bars show 95% confidence interval.

LA NEUROCIENCIA DE LA MEDITACIÓN MINDFULNESS

Yi-Yuan Tang, Britta k. Hölzel & Michael I. Posner

La meditación puede definirse como una forma de entrenamiento mental que busca mejorar las principales capacidades psicológicas del individuo, como es la atención y la autorregulación emocional. La meditación abarca una familia de prácticas complejas que incluyen la meditación mindfulness, la meditación mantra, yoga, tai-chi y chi gong. De estas prácticas, la meditación mindfulness (frecuentemente descrita como atender sin juzgar al momento presente) es la que ha recibido mayor atención en la investigación de la neurociencia durante las últimas dos décadas.

Aunque la investigación de la meditación está en su infancia, diversos estudios han investigado los cambios en la activación del cerebro (en reposo y durante tareas específicas) que se asocian con la práctica del entrenamiento en meditación mindfulness. Estos estudios han reportado cambios en múltiples aspectos del funcionamiento mental en meditadores iniciados y avanzados, individuos saludables y poblaciones de pacientes.

En esta revisión, consideramos el estado actual de la investigación sobre la meditación mindfulness.

Retos de la Investigación sobre Meditación

Los hallazgos sobre los efectos de la meditación sobre el cerebro frecuentemente son reportados con entusiasmo por los medios de difusión y empleados por clínicos y educadores para informar sobre su trabajo. Sin embargo, muchos de estos hallazgos aún no han sido replicados. Muchos investigadores son a su vez meditadores entusiastas. Aunque su perspectiva interna pudiera ser valiosa para un entendimiento profundo de la meditación, estos investigadores deben asegurarse de adoptar una visión crítica de los resultados de los estudios. De hecho, en los estudios sobre meditación hay una fuerte tendencia para publicar resultados positivos o significativos, como lo han reportado algunos meta análisis.

La calidad metodológica de mucha investigación sobre meditación aún es relativamente baja. Muy pocos reportes son estudios longitudinales activamente controlados y el tamaño de las muestras es pequeño. Como resulta típico en un campo de investigación reciente, muchos experimentos aún no están basados en teorías elaboradas y las conclusiones frecuentemente se derivan de interpretaciones post-hoc. Estas conclusiones, entonces, resultan tentativas y los estudios necesitan ser cuidadosamente replicados.

Cambios en la estructura Cerebral

Los efectos reportados por los estudios individuales se han encontrado en diversas regiones cerebrales, incluyendo la corteza cerebral, la materia blanca y gris subcortical, el

cerebelo, sugiriendo que los efectos de la meditación pueden involucrar redes cerebrales de gran escala. Esto no resulta sorprendente ya que la práctica mindfulness involucra múltiples aspectos del funcionamiento mental que utilizan múltiples redes complejas del cerebro. La Figura 1 nos muestra las regiones cerebrales involucradas con los componentes de la meditación mindfulness.

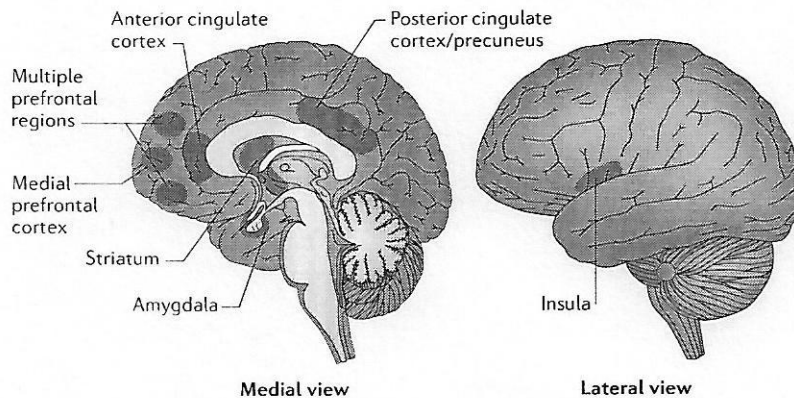


Figura 1. Regiones cerebrales involucradas en la meditación Mindfulness

Mindfulness y Atención

Se requiere de un grado suficiente de control atencional para involucrarse en la meditación y quienes meditan frecuentemente reportan una mejoría en el control atencional como un efecto de la práctica repetitiva. Diversos estudios han investigado experimentalmente tales efectos.

Una investigación sistemática que compila los hallazgos de estos estudios (así como los efectos de otras medidas de actividad cognitiva) concluyó que las primeras fases de la meditación mindfulness pudieran asociarse con mejorías en la supervisión de conflictos y en la orientación, mientras que las fases tardías pudieran asociarse principalmente con mejorías en el estado de alerta. Todavía no queda a la fecha claro cómo es que diferentes prácticas meditativas afectan diferencialmente los componentes específicos de la atención. Además, la duración de la práctica necesita ser definida con mayor consistencia en las investigaciones futuras.

Efectos de la Meditación Mindfulness en la regulación Emocional

Las mejorías en la regulación emocional asociadas con la meditación mindfulness han sido investigadas mediante diversos enfoques, incluyendo estudios experimentales, estudios de auto reporte, mediciones de fisiología periférica y neuroimágenes. Estos estudios han reportado varios efectos positivos de la meditación mindfulness en los procesos emocionales, como la reducción en la interferencia emocional causados por estímulos displacenteros, reducción en la reactividad fisiológica y facilitación en la recuperación de la línea base emocional luego de respuestas ante

una película estresante y reducción en las dificultades auto reportadas de la regulación emocional. Consecuentemente, disminución en la intensidad y frecuencia de los afectos negativos y mejoría en los estados positivos, es lo que se ha reportado asociado con la meditación mindfulness.

Mecanismos neuronales en la mejoría de la regulación emocional

Un hallazgo frecuentemente reportado es que la práctica de mindfulness lleva a (o se asocia con) una activación disminuida de la amígdala en respuesta a estímulos emocionales durante los estados mindful, así como durante estados de reposo, sugiriendo un decremento en la activación emocional. Sin embargo, aunque estos resultados han sido reportados en los meditadores principiantes, se han detectado con menos consistencia en meditadores experimentados.

La activación prefrontal del cerebro (PFC) con frecuencia se subraya como un efecto de la meditación mindfulness en los meditadores principiantes. En contraste, en los meditadores experimentados se ha encontrado que muestran una disminución en la activación de las regiones medias de PFC. Estos hallazgos pueden interpretarse como indicadores de un control reducido (menos elaboración y menos preocupación) y una mayor aceptación de los estados afectivos.

Mindfulness y auto-consciencia

De acuerdo con la filosofía Budista, la identificación con un concepto estático del self causa sufrimiento psicológico. El no identificarse con este concepto resulta en una liberación de la experiencia hacia una forma más genuina de ser. Mediante una auto-consciencia engrandecida (haciendo de la consciencia misma un objeto de atención), la meditación mindfulness es considerada como un medio para facilitar el desapego del auto-concepto estático, tendiendo a identificarse con el fenómeno de 'experimentarse' a uno mismo de manera emergente.

Algunos estudios reportan que el entrenamiento mindfulness se asocia con una auto-representación más positiva, una mayor auto-estima, una mayor aceptación de uno mismo y con estilos de auto-concepto que típicamente se asocian con síntomas patológicos menos severos. Se ha mostrado que los meditadores logran puntajes más altos que los no meditadores en escalas que miden el desapego.

Los procesos evaluativos disminuyen como efecto de la meditación mindfulness, al tiempo que la consciencia del momento presente aumenta. Los practicantes de mindfulness frecuentemente reportan que la práctica de atender a las sensaciones corporales presentes en el momento resulta en una mayor consciencia de los estados corporales y una mayor claridad perceptual de la interocepción sutil. Sin embargo, el soporte empírico de estos hallazgos no es completamente claro.

ALTERACIONES EN EL CEREBRO Y EN LA FUNCIÓN INMUNE PRODUCIDAS POR LA MEDITACIÓN MINDFULNESS

Davidson, Kabat-Zinn, et al

Con la divulgación y el uso creciente de las practicas meditativas en hospitales y centros médicos académicos para pacientes ambulantes que presentan un rango de desordenes de estrés crónico y trastornos relacionados con el dolor y enfermedades crónicas, bajo la sombrilla de lo que se ha denominado medicina mente-cuerpo o medicina integrativa, el asunto de posibles mecanismos biológicos mediante los cuales la meditación pudiera afectar procesos somáticos, cognitivos y emocionales se ha vuelto cada vez más importante. La investigación sobre los concomitantes biológicos de la práctica meditativa se encuentra dispersa y se ha enfocado más en cambios que ocurren durante el periodo de meditación comparado con una condición de descanso como control en una sola sesión experimental.

En este documento, nos enfocamos no en el periodo de meditación en sí, sino en cambios más duraderos que pueden detectarse en la función cerebral de línea base, así como en la actividad cerebral en respuesta a cambios emocionales específicos.

Nos enfocamos en la actividad cerebral relacionada con las emociones ya que se ha encontrado en diversos estudios que la meditación reduce la ansiedad y aumenta el afecto positivo. En una cantidad considerable de trabajos sobre los sustratos funcionales neuroanatómicos de las emociones y los estilos afectivos, hemos establecido que las regiones frontales del cerebro exhiben una especialización para ciertas formas de emociones positivas y negativas. La activación del lado izquierdo en varias regiones anteriores se observa durante ciertas formas de emoción positiva y en sujetos con mayor disposición de un afecto positivo. Nosotros, entonces, hipotetizamos que ya que la meditación reduce la ansiedad y aumenta el afecto positivo, los sujetos que practican la meditación deberían mostrar incrementos en la activación del lado izquierdo en estos territorios, comparados con aquellos en una lista de espera como grupo control.

Estudios recientes han establecido que una mayor activación relativa del lado izquierdo anterior en la línea base se asocian con una mejor función inmune usando medidas de la actividad de los leucocitos NK (natural killers – asesinos naturales). Hipotetizamos (entonces), que los meditadores mostrarán mayores cifras de anticuerpos en respuesta a una vacuna, comparados con sujetos en una lista de espera como grupo control... también predcimos que la magnitud de cambio hacia una activación relativamente mayor del lado izquierdo estará asociada con un mayor incremento en las cifras de anticuerpos, en respuesta a una vacuna.

MÉTODO

Las medidas de la actividad cerebral se registraron antes de la asignación aleatoria a cada uno de los dos grupos (Tiempo 1) y de nuevo inmediatamente después (Tiempo 2) y luego 4 meses después (Tiempo 3) de que el periodo de entrenamiento terminara. En cada oportunidad se aplicó el Inventario de Ansiedad de Spielberger. Se obtuvieron tomas de sangre a las 3 y 5 semanas y nuevamente en la semana 8 y 9 luego de aplicar una vacuna, para examinar las cifras de anticuerpos en respuesta a la vacuna.

Un total de de 48 sujetos diestros que eran empleados de una corporación biotecnológica de Madison, Wisconsin fueron reclutados para participar. De estos, 41 sujetos completaron algunas de las mediciones de por lo menos dos de los periodos de supervisión. La evaluación de laboratorio inicial se efectuó antes de la asignación de los sujetos a los grupos control y experimental. Los sujetos luego fueron aleatoriamente asignados al grupo de meditación (N = 25; 19 mujeres) y al grupo de lista de espera control (N = 16; 10 mujeres) La edad promedio de los sujetos fue de 36 años. Los sujetos en la lista de espera o grupo control fueron evaluados en cada periodo de supervisión como los sujetos del grupo de meditación. Luego de completar la última supervisión, a los sujetos del grupo de lista de espera se les proporcionó un programa de entrenamiento de 8 semanas comparable con el proporcionado a los sujetos del grupo de meditación.

El entrenamiento de meditación (conocido como MBSR, Reducción del Estrés Basado en Mindfulness) fue otorgado por el Dr. Kabat-Zinn y fue parecido a la intervención originalmente desarrollada en el centro Médico de la Universidad de Massachusetts. El entrenamiento consistió en una clase que se reunía semanalmente en sesiones de dos horas y media a tres horas. Además, a los sujetos se les asignaron prácticas para el hogar que consistían en meditaciones formales e informales que deberían efectuar por una hora diaria, 6 días a la semana, con la ayuda de cintas de audio.

El análisis estadístico de los datos se enfocó en las interacciones entre grupo (Meditación – Lista de espera Control) oportunamente (Tiempos 1-3, con la primera supervisión ocurriendo antes de la intervención, el Tiempo 2 ocurriendo inmediatamente después de 8 semanas luego de la intervención y el Tiempo 3 ocurriendo 4 meses después de terminado el periodo de entrenamiento. Se utilizó un análisis de varianza MANOVA.

RESULTADOS

Niveles de Ansiedad

En la medida de los niveles de ansiedad con el Inventario de Spilberger, en la Figura 1 se observa una reducción en la ansiedad para los sujetos del grupo de meditación del Tiempo 1 al Tiempo 2.

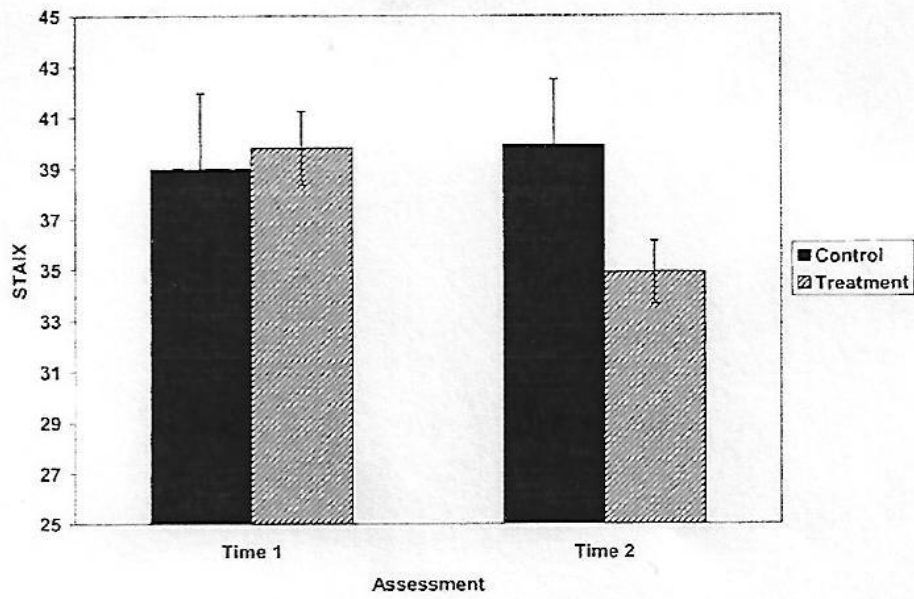


Figura 1

Actividad eléctrica Cerebral

El grupo de meditadores mostraron un incremento significativo en la activación anterior del lado izquierdo del Tiempo 1 al Tiempo 2, como se ve en la Figura 2.

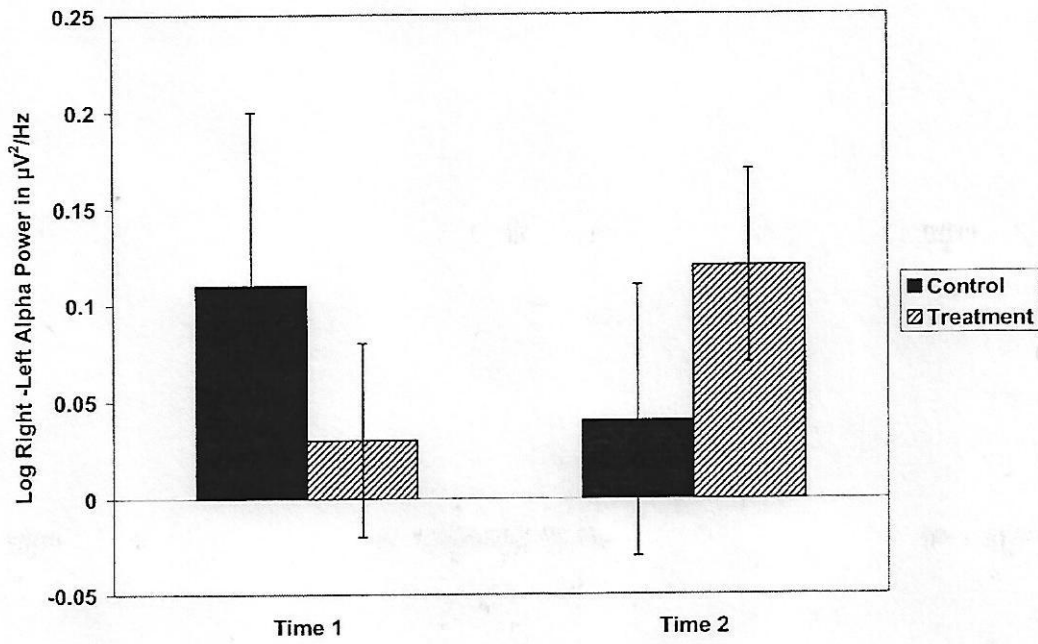


Figura 2

Niveles de Anticuerpos ante la vacuna de Influenza

En respuesta a la vacuna contra la influenza, los meditadores mostraron cifras de anticuerpos mayores, en las tomas de sangre durante las semanas 4 y 8, comparados con los sujetos del grupo control, como se aprecia en la Figura 3.

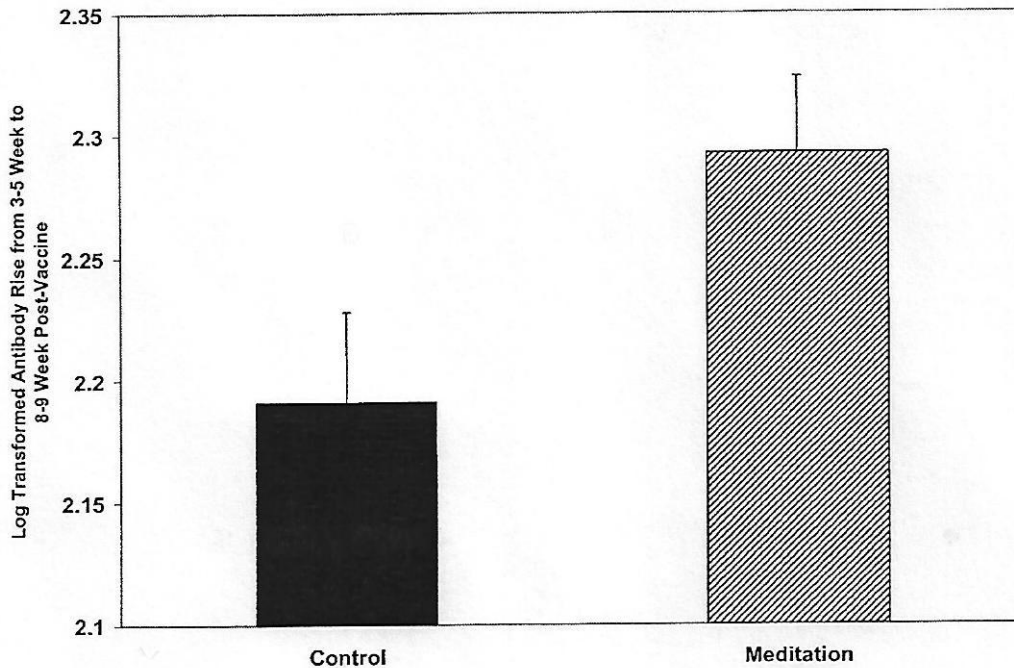


Figura 3

Discusión

Estos hallazgos son los primeros en documentar cambios significativos en la activación asimétrica anterior del cerebro en función del entrenamiento en meditación. Una diversidad de investigaciones previas habían establecido que la activación asimétrica anterior estaba relacionada con los afectos disposicionales. Aunque en base a una cantidad considerable de datos con humanos y con animales, Davidson y colaboradores recientemente han sugerido que la activación prefrontal asimétrica muestra plasticidad y puede moldearse mediante el entrenamiento. Los hallazgos de este estudio son los primeros en sugerir que la meditación puede producir aumentos en la activación anterior del lado izquierdo del cerebro que se asocian con reducciones en la ansiedad y en los afectos negativos y que incrementan el afecto positivo.

LA MEDITACIÓN MINDFULNESS Y EL SISTEMA INMUNE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CONTROLADOS AL AZAR

Black & Slavich

Mindfulness es una capacidad de la mente humana intrínseca y modificable. Como un estado y un proceso de consciencia, es más comúnmente definido como “la consciencia que emerge al prestar atención con propósito, en el momento presente y sin emitir juicios a la experiencia momento a momento”. La meditación mindfulness, a su vez, representa un marco sistemático y un proceso para cultivar la atención plena en la vida diaria mediante una práctica intencional y sostenida.

Se han desarrollado diversos programas estandarizados para cultivar esta meditación mindfulness, con la meta de alcanzar sus beneficios potenciales para la salud humana y el bienestar. Generalmente se le asigna el crédito al programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) de los años 1970's, que fue el primer programa estandarizado de mindfulness.

Actualmente, las intervenciones basadas en mindfulness en los ambientes sanitarios es cada vez más común. De hecho, casi el 80% de las 140 escuelas de medicina acreditadas o sus universidades asociadas en los estados unidos, incorporan estas intervenciones en sus tratamientos, en su enseñanza y en sus programas de investigación.

Sin embargo, la meditación mindfulness no es considerada como una panacea terapéutica para todos los problemas y los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness sobre la salud se aprecia similar en magnitud a la demostrada por otros enfoques convencionales para tratar el estrés, el dolor y la enfermedad, incluyendo la administración de medicamentos psicoactivos, la psicoterapia, la educación en salud y la modificación de conducta.

Ahora, la investigación que documenta la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness se basa sobre todo en auto reportes de los participantes sobre su propio estatus de salud, lo que puede ser una información sesgada. También existe una literatura más reciente aunque reducida que examina como las intervenciones basadas en mindfulness afecta a marcadores biológicos objetivos sobre la salud humana, pero a la fecha, no hay revisiones comprensivas de la literatura para evaluar cómo es que la meditación mindfulness influye sobre procesos biológicos que resultan centrales en la patología de las enfermedades. Los marcadores de la actividad del sistema inmune son particularmente relevantes en este contexto, dado que el sistema inmune está implicado en diversos problemas de salud mental y física, incluyendo el asma, la artritis reumatoide, los desordenes metabólicos, los trastornos neurodegenerativos, ciertos tipos de cáncer, el trastorno de estrés postraumático y la depresión. Así que, en la presente revisión, examinaremos la cuestión de cómo las intervenciones basadas en mindfulness pueden influir en los biomarcadores periféricos de la actividad del sistema inmune.

Métodos y hallazgos de la literatura revisada

Revisamos todos los artículos potencialmente relevantes publicados entre enero de 1966 a julio de 2015, para examinar la literatura sobre la meditación mindfulness y la actividad del sistema inmune. El año de 1966 fue seleccionado como inicio pues fue cuando apareció el primer documento publicado sobre meditación mindfulness. Se incluyeron artículos que (1) usaban un diseño de ensayo empírico al azar, (2) administraban la meditación mindfulness como el elemento principal de su intervención, (3) supervisaban objetivamente un biomarcador de la actividad del sistema inmune, y (4) fueron publicados en inglés.

Descripción del campo de trabajo

Artículos incluidos

Un total de 20 estudios cumplieron el criterio de inclusión mencionado. El promedio del tamaño de las muestras en los 20 estudios fue $n = 80$ (con un rango entre 21 y 201) y con un total de 1602 participantes.

Selección de la muestra

Las mujeres fueron las más seleccionadas, 14 de los 20 estudios (70%) tuvieron muestras donde 60% o más eran mujeres. Esto fue parcialmente debido a reclutamientos específicos por enfermedad con pacientes cursando con cáncer de mama, pero también podría indicar una tendencia en la participación favorable a las mujeres debido a diferencias sexuales en la motivación por participar en la meditación mindfulness o por participar en estudios de investigación enfocados en la salud y el bienestar.

Tipo de intervención

Todos menos tres estudios incluidos en esta revisión administraron un programa basado en mindfulness para la reducción del estrés (a veces junto con terapia cognitiva o contenidos adicionales de psicoeducación), indicando una alta similaridad en el tipo de intervención entre todos los estudios.

Colección de especímenes biológicos

18 estudios (90%) recolectaron sangre periférica por vía de punción venosa para el procesamiento del espécimen de sangre seleccionado o tipo de célula. El protocolo de procesamiento más comúnmente reportado fue la extracción de sangre periférica de células mononucleares. Este método se emplea para aislar leucocitos (células blancas de la sangre consistentes con células T, B, y asesinos naturales-NK) de otras células inmunes predominantes (granulocitos, incluyendo neutrófilos, eosinófilos y basófilos).

Resumen de evidencias

En este examen comprensivo se incluyeron datos de 1602 participantes y revelaron evidencia tentativa de que la meditación mindfulness está asociada con cambios en biomarcadores selectos de la actividad en el sistema inmune (ver la Figura 1).

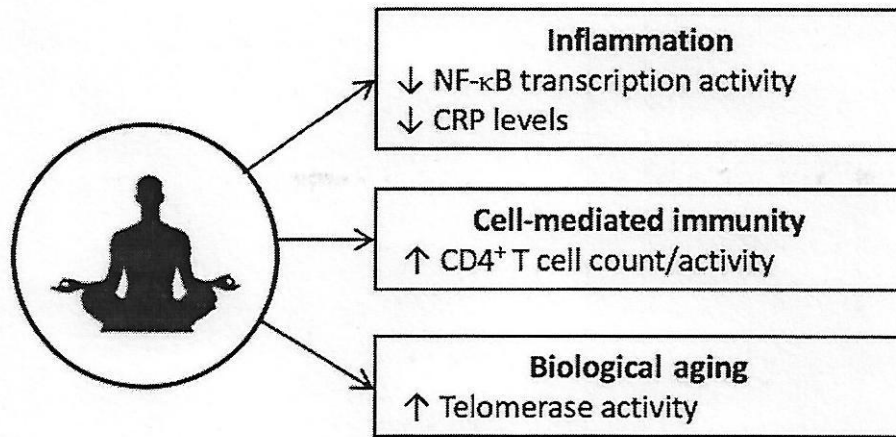


Figura 1. Meditación mindfulness y biomarcadores del sistema inmune.

Considerado en su conjunto, estos datos señalan áreas prometedoras para la investigación futura, pero advertimos contra la exageración de los efectos positivos de la meditación mindfulness sobre la dinámica del sistema inmune, hasta que estos efectos sean replicados en el futuro y se lleven a cabo estudios adicionales.

Con respecto a los mencionados efectos positivos preliminares, replicados en los estudios revisados, si son robustos y se mantienen en el tiempo, este tipo de cambios en la actividad del sistema inmune podría potencialmente tener efectos benéficos para la salud al influir sobre mecanismos que se sabe afectan biológicamente el envejecimiento y la enfermedad. Por ejemplo, teóricamente funcionarían mejorando la regulación orgánica al aumentar las defensas que nos protegen contra infecciones virales y bacterianas, así como diversas enfermedades relacionadas con la edad, incluyendo trastornos cardiovasculares, osteoporosis, artritis, diabetes tipo 2 y algunos cánceres. Para evaluar esta posibilidad, se requiere de más estudios que examinen las asociaciones entre la meditación mindfulness, la función inmune y la sintomatología de las enfermedades.

MECANISMOS NEUROCOGNITIVOS DE LA TERAPIA BASADA EN MINDFULNESS

M. S. Moscoso y C. A. Lengacher

Mindfulness, la práctica de prestar atención a la realidad del momento presente, la cual permite la observación de pensamientos, emociones y hábitos de conducta sin elaborar juicios de valor, es actualmente uno de los enfoques terapéuticos de mayor desarrollo científico en América del Norte y Europa (Bishop, 2002). Esta forma de intervención basada en *mindfulness* es un modelo cognitivo de tratamiento que ha demostrado su efectividad en un significativo número de trastornos relacionados con el estrés crónico y la regulación del estrés emocional y físico (Baser, 2003; Weinsten, Brown y Ryan, 2009). Igualmente, existe evidencia científica de una reducción significativa en los niveles de ansiedad y depresión (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Vøllestad, Sivertsen y Nielsen, 2011), y temor de recurrencia del tumor maligno en pacientes con cáncer (Lengacher et al., 2009). El interés que actualmente existe en USA y Europa por la utilización de esta orientación, responde de manera particular a los beneficios terapéuticos reportados en el tratamiento de la recurrencia de la depresión clínica (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Los efectos positivos de la Intervención Basada en *Mindfulness* (IBM) también han sido demostrados en muestras no clínicas con grupos de personas interesadas en la reducción de estrés (Britton, Shahrar, Szepsenwol y Jacobs, 2012), prevención de la depresión clínica (Broderick, 2005), reducción del dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982; Zeidan, Gordon, Merchant y Goolkasian, 2010), mejoramiento de la atención y memoria (Jha, Krompinger y Baime, 2007), regulación emocional (Cavanagh et al., 2013), mejoramiento de las funciones inmunológicas (Davidson et al., 2003; Lengacher et al., 2013) y un aumento en los niveles de telomerasa en pacientes con cáncer de mama (Lengacher et al., 2014). Existe evidencia empírica que la IBM facilita la modificación de patrones cognitivos auto-destructivos y favorece el desarrollo de emociones positivas (Garland, Gaylord y Fredrickson, 2011).

El auge científico de *mindfulness* ha sido estimulado significativamente por el avance de las ciencias biomédicas en tres importantes áreas de estudio: (1) La introducción del concepto de *neuroplasticidad*, el cual se refiere a las modificaciones sinápticas y de interacciones neuronales en el cerebro debido a cambios comportamentales y de entrenamiento mental en el individuo (Lane y Wager, 2009). Este concepto desplaza la creencia antigua de que el cerebro es un órgano fisiológico «estático». (2) El desarrollo tecnológico en neuroimágenes, particularmente las *imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI)* y de *tomografía por emisión de positrones (PET Scan)*, los cuales permiten diseñar estudios de investigación científica tomando en consideración variables biológicas y sus correlatos comportamentales (Holzel et al., 2008). (3) La revolución genómica con referencia al concepto de *Epigenética* y la importancia de la interacción del ambiente en los mecanismos *genéticos*. El concepto central de la epigenética postula que la interacción de los genes y los factores ambientales determinan la salud del individuo (Lane y Wager, 2009).

El propósito de este artículo es: (1) presentar un marco conceptual acerca de las dimensiones y mecanismos de acción neurocognitiva de la práctica de *mindfulness* en la autorregulación de las emociones; (2) plantear la aplicación de este marco teórico en base a nuestra experiencia empírica en la University of South Florida (USF), con un protocolo clínico de intervención *mindfulness* de seis semanas en pacientes con diagnóstico de cáncer.

Mindfulness en Oncología

La primera publicación acerca de la utilización de MBSR en pacientes con diagnóstico de cáncer aparece en la revista de *Medicina Psicosomática* el año 2000. Speca y colaboradores de la Universidad de Calgary, Canadá presentan un estudio aleatorio con el propósito de examinar el nivel de efectividad del programa MBSR para reducir los niveles de estrés en esta población de pacientes. Estos autores concluyen que el programa utilizado fue efectivo en reducir síntomas de ansiedad y depresión (Speca, Carlson, Goodey y Angen, 2000). Dicho trabajo empírico fue el inicio de una serie de estudios sistemáticos que dicho laboratorio realizara en la primera década de este siglo con pacientes oncológicos (Carlson, Speca, Faris y Patel, 2007).

Paralelamente, en el año 2003 se inicia el programa MBSR de USF con un protocolo clínico estandarizado de seis semanas. Nuestro propósito fue examinar MBSR como un modelo terapéutico de regulación emocional y reducción del estrés crónico a pacientes con diagnóstico de cáncer (Moscoso, Reheiser y Hann, 2004). En la actualidad, este modelo clínico continúa bajo la dirección de Cecile Lengacher (USF/HEALTH), y con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos. El protocolo empírico de intervención clínica realizado por nuestro equipo de investigación es aleatorio con grupo de control y está orientado a mejorar el afrontamiento del estrés crónico relacionado con el diagnóstico y tratamientos de cáncer de mama (Lengacher et al., 2007).

El programa MBSR (BC) puede ser descrito en cuatro fases claramente definidas: en la primera fase, el interés estuvo dirigido a examinar la efectividad de MBSR en la reducción de síntomas de estrés percibido y los síntomas psicológicos asociados como ansiedad, temor de recurrencia del tumor maligno, y depresión (Lengacher et al., 2009). En la segunda fase, este interés se expandió al análisis de reducción de un conjunto de síntomas físicos conocidos como «*cluster symptoms*» entre los cuales están el dolor, náuseas, fatiga, y la pérdida de sueño, así como la adaptación a los efectos secundarios de los tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia (Lengacher et al., 2012). La tercera fase de nuestro programa, estuvo caracterizada por examinar la efectividad de MBSR (BC) en marcas neurobiológicas tales como el cortisol, citoquinas proinflamatorias, activación linfocitaria, y la activación de telomerasa (Lengacher et al., 2014). Actualmente nos encontramos en el inicio de la cuarta fase de evaluación de nuestro programa MBSR (BC). En esta etapa, el propósito es evaluar el nivel de efectividad de nuestro modelo terapéutico en la reducción de disfunciones cognitivas causadas por los tratamientos de quimioterapia y conocida popularmente como «*chemobrain*». Los datos empíricos reportados en nuestros estudios anteriores indican que estos cambios cognitivos tales como alteraciones de la memoria, funciones ejecutivas de decisiones, falta de concentración y falta de sostenibilidad de la atención pueden ser afectados por los tratamientos de quimioterapia, estrés crónico y polimorfismo genético. La lógica del modelo biocomportamental (Evans, 1992) utilizada en nuestros estudios empíricos postula que el mecanismo principal por el cual MBSR (BC) permite un mejoramiento de dichos síntomas es a través de un aumento de los niveles de *mindfulness* desarrollados en el entrenamiento y práctica de este modelo terapéutico. El MBSR (BC) interrumpe la respuesta del estrés, y la experiencia del estrés crónico al aumentar los niveles de atención y concentración, con lo que permite un manejo adecuado del proceso de reevaluación cognitiva, también conocida como *reappraisal*.

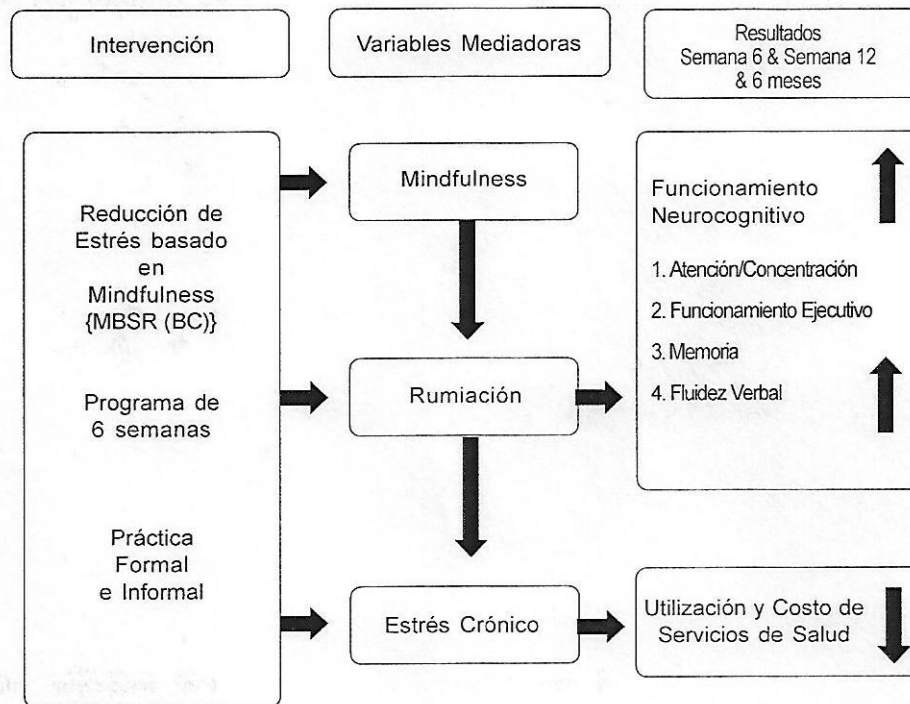


Figura 1. Lógica del modelo Biocomportamental

Durante las seis semanas de entrenamiento de nuestro programa MBSR (BC), los pacientes que participan en nuestros estudios reciben información a través de la práctica de la *atención focalizada en la respiración* (Lengacher et al., 2012). Los participantes desarrollan un mejor control y sostenibilidad de la atención, mejoramiento de la memoria, y una mayor conciencia de hábitos rumiativos. La práctica de *exploración-escaneo- corporal* (body scan) permite que desarrollen la respuesta de relajación, la cual facilita la autorregulación de la tensión corporal y de síntomas de distrés emocional (Lengacher et al., 2013). El aprendizaje de la respuesta de relajación como una forma de terapia mente-cuerpo nos indica que el entrenamiento *mindfulness* cumple un rol mediador en la reducción del distrés emocional y del dolor crónico (Zeidan et al., 2011). Mediante la práctica de la *atención sostenida* (mindful attention) en las sesiones de monitoreo abierto, los participantes adquieren un dominio del proceso de *reappraisal*, y el reconocimiento de hábitos de conducta y reacciones emocionales negativas con el propósito de incrementar sus recursos personales de adaptación al estrés y de desarrollar una actitud positiva de aceptación y compasión.

Mindfulness y la autorregulación de la atención

«*Mindfulness* es la energía consciente de prestar atención deliberadamente a la experiencia del momento presente sin elaborar juicios de valor» (Moscoso, Reheiser y Hann, 2004). Esta definición operacional implica dos aspectos muy importantes del marco conceptual de *mindfulness*: el primer componente requiere la *autorregulación de la atención* en el momento presente. Este primer elemento de *mindfulness* permite la sostenibilidad de la atención en la

respiración, que es entendida como una forma de «anclaje» en la experiencia del momento presente. La segunda dimensión es de carácter implícita y está en función a la reducción de los juicios de valor y al cultivo de una actitud de *aceptación* de las vivencias aquí y ahora (Bishop et al., 2004; Eifert y Heffner, 2003).

Al inicio de la práctica, el reto se presenta en el momento de ser consciente de las «distracciones» experimentadas durante el proceso de prestar e intentar sostener la atención en la respiración. Esta aparente pérdida de concentración es una invitación a cultivar pacientemente una actitud de aceptación en vista de que tales distracciones mentales son habituales y se expresan rutinariamente durante la práctica de *mindfulness* (Arch y Craske, 2005). Conforme la persona adquiere mayor práctica dentro del proceso terapéutico, la reducción en la elaboración de juicios de valor y el lógico aprendizaje en la adquisición de una actitud de aceptación cumplen un rol central en facilitar la observación de los pensamientos, sensaciones, emociones y conductas, muchas veces a pesar del dolor y distrés emocional que estas expresan (Farb et al., 2007).

Mindfulness y la autorregulación de las emociones

Uno de los postulados del marco conceptual de *mindfulness* concierne al comportamiento habitual de «piloto automático» (*mindlessness*), considerada como la causa de «vivir huyendo» del estrés y del dolor emocional causado por situaciones adversas de la vida. Este tipo de hábito contribuye únicamente a elevar los niveles de distrés, ansiedad, preocupación, temor y rumiación en el individuo (Farb et al., 2007). El entrenamiento terapéutico basado en *mindfulness* facilita un estado conciente de vigilia (*awareness*) acerca de los pensamientos, sensaciones corporales, emociones y conductas que se presentan aquí y ahora (Tang et al., 2007). Dichos pensamientos y emociones son representados en el campo atencional de la persona «tal como son» y observados como «eventos propios de la mente». Esta experiencia vivencial tiene un efecto terapéutico en la reducción de distrés emocional y posibilita una base sólida y genuina de aceptación, autocompasión, calma, armonía, y un profundo sentido de *transformación personal* (Moscoso Lengacher y Reheiser, 2012).

El propósito clínico del entrenamiento de *mindfulness* es reducir los niveles de distrés emocional y dolor físico. Para lograr este objetivo, este modelo terapéutico utiliza la omisión de juicios de valor y de pensamientos rumiativos a través de *decentering*. «Decentering es la habilidad que tiene una persona de observar sus pensamientos como simples reflexiones de la mente, los cuales no necesariamente se ajustan a la realidad actual» (Fresco et al., 2007). El proceso de *decentering* cumple un rol terapéutico en el momento presente y requiere la habilidad de no juzgar, y por el contrario, aceptar los pensamientos y emociones simplemente como manifestaciones mentales. A manera de ejemplo, una persona en proceso de *decentering* manifestaría: «Estoy pensando que me siento nervioso en este momento» en lugar de decir: «Me siento nervioso». La capacidad de poder replantear dichos pensamientos rumiativos incrementa el valor adaptativo y de resiliencia en la persona. *Decentering* es un concepto identificado en la terapia cognitiva como uno de los ingredientes más importantes del éxito terapéutico (Fresco et al., 2007).

Dentro del proceso de *transformación personal*, *mindfulness* facilita un cambio en la percepción y estilo de vida de la persona, entre los cuales se observa (1) mayor claridad del pensamiento y control emocional, (2) mejora en la relación personal consigo-mismo, y de manera particular en el cuidado de la salud y manejo de las situaciones de estrés, (3) un mejor manejo del círculo vicioso de rumiación y pensamientos repetitivos, y finalmente, (4) una mejor aceptación de las imperfecciones propias y sentimientos de vulnerabilidad.

Mindfulness: mecanismos de acción neurocognitiva

Estudios en el área de neuroimágenes (*fMRI*) en relación al appraisal cognitivo de las emociones, reportan un aumento en la activación de la corteza prefrontal y un control sobre las respuestas de la amígdala en asociación a los niveles de práctica de *mindfulness* conocida como *mindfulness/rasgo* (Creswell, Pacilio, Lindsay y Brown, 2014). Holzel et al. (2008) pudieron observar, de igual manera, que el entrenamiento de *mindfulness* en un grupo experimentado mostró una mayor activación de la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior en comparación con el grupo de meditadores de menor experiencia en la práctica de *mindfulness*.

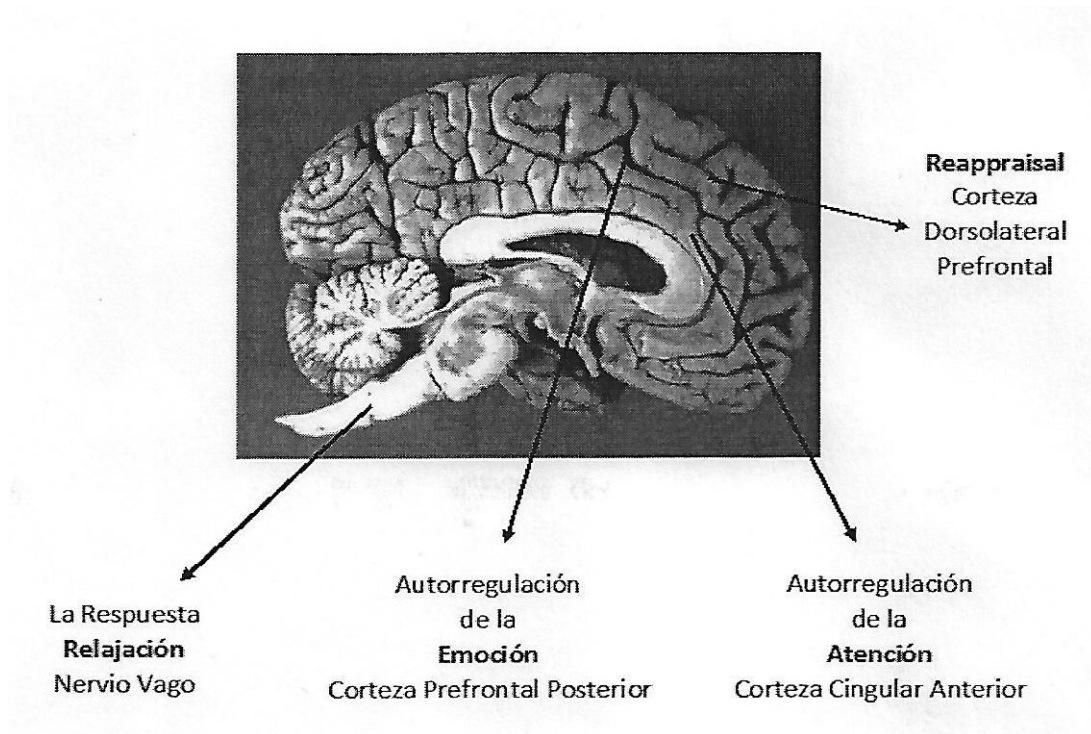


Figura 2. Mecanismos Neurocognitivos de Mindfulness

Conclusiones

Nuestra labor científica en pacientes con diagnóstico de cáncer en USF nos permite sugerir que existen tres dimensiones en el proceso del entrenamiento de *mindfulness* y sus mecanismos de acción neurocognitiva: (1) control y sostenibilidad de la atención, (2) la respuesta de relajación y (3) *reappraisal* cognitivo de las emociones.

MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA): LA MEDITACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Israel Mañas Mañas

El Estado Ordinario de la Mente: la voz “dentro” de la cabeza

Tomémonos un minuto e intentemos responder a lo siguiente: ¿cuál es el estado “ordinario” de la mente de la mayoría de los seres humanos?, ¿cuál es el estado psicológico en el que nos encontramos la mayor parte del tiempo? Si nos resulta difícil responder, podemos plantearnos las preguntas de este modo: ¿cuál es el estado ordinario de mi mente?, ¿cuál es el estado psicológico en el que me encuentro la mayor parte del tiempo?, ¿qué es lo que suele hacer mi mente, mi pensamiento? Por favor, detengámonos un minuto, formulemos estas cuestiones, intentemos responderlas.

Tales cuestiones deberían ser ineludibles para todas las personas, inexcusables para un *psicólogo*. Sin embargo, nos percatamos de que a duras penas podemos responder. Probablemente porque requiere de una habilidad: la habilidad de observar; observar de un modo especial. De una manera que no hemos aprendido, que no hemos practicado, que nos resulta casi, o completamente ajena. *Mindfulness* representa un modo especial de ver, un modo especial de observar.

La psicología aún no ha descrito de un modo inequívoco y preciso el funcionamiento ordinario de nuestra mente. No obstante, desde diferentes fuentes hallamos descripciones de lo que podríamos denominar el estado “ordinario” o “normal” de la mente humana.

Eckhart Tolle (2006b, p. 19) ha señalado que a pesar de las diferencias entre las antiguas religiones y tradiciones espirituales de la humanidad, todas reconocen que el estado mental ordinario o “normal” de la mente de la mayoría de los seres humanos, contiene un fuerte elemento que podríamos denominar disfunción, e incluso locura. Más adelante, Tolle (2006b, p. 61) apunta: «La mayoría de la gente está tan completamente identificada con la voz de su cabeza – el torrente incesante de pensamiento involuntario y compulsivo y las emociones que lo acompañan- que podríamos describirla como poseída por su mente. Cuando eres completamente inconsciente de esto, crees que el pensador eres tú. Eso es la mente egótica. La llamamos egótica porque hay un sentido del yo (ego) en cada pensamiento, en cada recuerdo, interpretación, opinión, punto de vista, reacción, emoción. En términos espirituales, esto es la inconsciencia». En un manual previo (Tolle, 2006a, p. 42) estableció la siguiente aclaración: «La mente es un instrumento soberbio si se usa correctamente. Sin embargo, si se usa incorrectamente se vuelve muy destructiva. Para decirlo con más precisión, no se trata tanto de que usas la mente equivocadamente: generalmente no la usas en absoluto, sino que ella te usa a *tí*. Esa es la enfermedad. Crees que tú *eres* tu mente. Ese es el engaño. El instrumento se ha apoderado de ti».

Los naguales, maestros espirituales de los toltecas, utilizan el término *mitote*. En la obra de Butler-Bowdon (2007, p. 279) encontramos: «Toda tu mente es una niebla que los toltecas llamaban *mitote*. Tu mente es un sueño en el que miles de personas hablan a la vez, y nadie entiende a los demás. Esta es la condición de la mente humana –un gran *mitote*, y con ese gran *mitote* no podemos ver quiénes somos realmente». Los toltecas también suelen emplear directamente el vocablo *soñar*. Por otro lado, algunos maestros espirituales, como Krishnamurti y Osho, también han descrito este estado mental ordinario errático como origen del sufrimiento humano; generalmente utilizando el término “ego” (como Tolle) (véase por ejemplo Krishnamurti, 1998; Osho, 2004). *Nafs*, es el vocablo utilizado por los sufíes para referirse a ese estado egótico, al

“ego” o falso “yo”. Un proverbio sufí dice: “Tu peor enemigo de entre tus enemigos es tu *nafs*, que mora dentro de ti”. Los sufíes consideran al “yo” o *nafs* como el enemigo más peligroso para el ser humano y, por ello, más que cualquier otra cosa, recomiendan ser cautelosos respecto a él (véase Nurbakhsh, 1997).

Sogyal Rimpoché (1994) en su obra “El libro tibetano de la vida y de la muerte” utiliza diferentes comparaciones para describir el estado ordinario de la mente. Por ejemplo: con el cielo y las nubes (el cielo representa la verdadera naturaleza de la mente y las nubes son los pensamientos [la mente ordinaria] que, como nubes, aparecen y desaparecen; las nubes no son el cielo, el cielo contiene a las nubes); con las olas del océano (equipara a los pensamientos y a las emociones con las olas que también surgen y desaparecen; forman parte del océano pero no son el océano, ya que es el océano quien contiene a las olas y no al contrario). Los budistas también suelen comparar el funcionamiento de la mente ordinaria con un mono muy inquieto que salta continuamente, de rama en rama, de árbol en árbol, incapaz de permanecer inmóvil y tranquilo.

En psicología, algunos analistas de conducta, utilizan los términos “yo contenido” para referirse al significado o contenido literal de lo que pensamos, es decir, al propio pensamiento (a la voz que habla); y utilizan los términos “yo contexto” para referirse a esa parte observadora, a ese testigo imparcial que observa (este es uno de los componentes terapéuticos claves de *mindfulness* en ciertas terapias: generar perspectiva o desarrollar el “yo como contexto”) (e.g., Hayes, 2004a, 2004b; Hayes y Stroschal, 2004; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Mañas, 2008; Wilson y Luciano, 2002).

La mente o pensamiento (o si se prefiere, la voz que hay “dentro” de nuestra cabeza) presenta ciertas particularidades, posee determinadas características. Si observamos muy detenidamente nuestra mente, el movimiento de nuestros pensamientos, de nuestras emociones, como a través de un microscopio, de un modo muy profundo, radical, meditativo, podríamos describirlo así (Mañas, 2006): el pensamiento parece estar siempre presente, nunca ausente (incluso cuando dormimos); parece ser incontrolable; suele estar divagando en el pasado o en el futuro, casi nunca está en el presente, en el aquí y en el ahora; se mueve en el terreno de lo conocido, de la memoria, del pasado; gran parte del tiempo está en lucha constante rechazando *lo que es* e intentando cambiarlo; también es temeroso, se dedica a prevenir posibles males futuros protegiéndose; se da continuidad a sí mismo; se dedica a fantasear, proyectando imágenes, situaciones e ideas; se mueve obedeciendo un principio hedonista (se aproxima hacia lo que le proporciona seguridad, hacia lo que le resulta agradable y, se aleja o evita aquello que le produce temor o le resulta aversivo); está, en parte, controlado por las contingencias (especialmente de reforzamiento negativo); se relaciona con las emociones y con el cuerpo de forma bidireccional; el contenido o significado literal del pensamiento influye notablemente en la psicología de la persona; es relacional y arbitrario; la función de los estímulos puede transferirse a otros y/o transformarse; está sometido al control estimular ejercido por ciertas claves contextuales (internas: como un pensamiento, un recuerdo, una sensación; y externas: como ver a un estímulo u oír un ruido); puede ser reaccionario, respondiente, automático; presenta un fuerte componente de control; suele actuar según ciertos hábitos tales como la queja, la agresividad, la impaciencia, la búsqueda de reconocimiento, las justificaciones, etc.; es fragmentario, divisorio, sectario; por lo que, no es holístico, no puede acaparar la realidad en su totalidad; puede ser repetitivo, obsesivo, valorativo, rumiativo, comparativo, condenatorio, recriminatorio, neurótico, etc., generando con ello gran sufrimiento.

Si la mente es el fundamento de todo, como acertadamente declaraba Buda, según sea la calidad de la mente así será lo que resulte de ella.

Delimitando el Terreno

De forma resumida, y según lo visto anteriormente, podríamos decir que el denominador común de todas estas tradiciones espirituales, culturas y autores, parece ser el reconocimiento de que la mente o pensamiento (i.e., el lenguaje), es el responsable, o está a la base, del sufrimiento humano (Mañas y Sánchez, 2006; Mañas, 2007a, 2007b, 2007c). Desde una perspectiva analítica-conductual (o contextualista-funcional), algunos autores han establecido relaciones explícitas entre el lenguaje, el sufrimiento y la psicopatología; incluso, han especificado lo que denominan *contextos verbales* responsables del llamado Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), que es un diagnóstico funcional en contraste con los diagnósticos sindrómicos del DSM.

Un aspecto central a tratar es el de la identificación. Nos identificamos con nuestro pensamiento. Es decir, podemos llegar a creer que somos esa voz que habla sin cesar “dentro” de nosotros. Es como si no hubiese nadie ahí “dentro” aparte de esa voz. Una voz, que como hemos visto anteriormente, habla y habla sin parar, sin un minuto de tregua... muchas veces criticando, reprochando, comparando, analizando, fantaseando, etc. Esta identificación ha sido descrita, por algunos analistas de conducta, con los términos *cognitive fusión*, que podríamos traducir por algo así como “fusión cognitiva”. De hecho, *mindfulness* es considerado como una técnica de *cognitive defusion* (ver Blackledge, 2007); en castellano, se utilizan los términos “desactivación del lenguaje” o “desactivación cognitiva” para referirse a la *cognitive defusion*.

Cabe hacer explícito que al identificarnos con los pensamientos lo hacemos con las “cosas” del mundo externo; más exactamente con la “idea” que tenemos de esa “cosa”. Por ejemplo, nos identificamos con nuestra casa, con nuestro coche, con nuestro trabajo, con nuestro nombre, etc. De tal modo que es como si, en cierto sentido, “yo” fuese la casa, el coche, el trabajo, el nombre..., es como si parte de mí estuviera en ellos, o como si ellos formaran parte de mí.

Probablemente, la archiconocida sentencia “*Cogito, ergo sum*” (“Pienso, luego existo”, o también “Pienso, luego soy”) de René Descartes, haya tenido mucho que ver en el hecho de haberle conferido al pensamiento un estatus privilegiado en nuestra cultura

Otro punto capital es el hábito de reaccionar automatizado de la mente. La mente está siempre reaccionando: captura un estímulo (e.g., un agravio, un recuerdo desagradable) y responde (e.g., ofendiendo, intentando eliminarlo). Parece no haber espacio en medio; entre el estímulo y la respuesta. En ese reaccionar no hay consciencia, no hay discriminación del proceso entre las relaciones conducta-conducta (entre pensar, sentir y hacer; establecidas arbitrariamente en la historia de la persona). En cierto sentido, hay esclavitud. Es como una marioneta controlada por los hilos de los pensamientos y por los hilos de las emociones. Simplemente: observémonos a nosotros mismos. *Mindfulness* implica ver el proceso, ser consciente de él; practicar *mindfulness* es generar un espacio entre los estímulos (externos e internos) y las respuestas (externas e internas), creando entre ambos un tiempo para responder más adecuadamente, más habilidosamente, aportando con ello cierta libertad. *Mindfulness* es cortar los hilos que controlan los movimientos de la marioneta. Implica hacer una brecha, un hueco, un espacio. Haciendo una comparación, nuestro modo de estar en la vida (nuestro estado ordinario) es como si tuviésemos conectado el “piloto automático”; como si no fuésemos conscientes de lo que nos ocurre realmente, como si estuviésemos dormidos, hipnotizados. No hay nadie observando; sólo el animal (“racional”) reaccionando.

A través de la práctica de *mindfulness* se desarrolla la habilidad de permanecer presentes con una ecuanimidad inalterable ante toda experiencia o estimulación (tanto agradable como desagradable, de origen interno como externo), por lo que la mente deja de responder con avidez y aversión (aproximándose y alejándose), permaneciendo inmóvil, atenta, calma y serena (Mañas, Gómez, Sánchez, Fernández y Franco, 2008).

Ejercicio Básico Representativo de Mindfulness

El primer objetivo de la práctica de *mindfulness* es aquietar la mente, calmarla, tornarla serena y tranquila. Para ello, se entrenará a la mente a permanecer centrada (o concentrada) en un solo punto, en un solo estímulo, de forma constante, de un modo ininterrumpido. El estímulo seleccionado recibe normalmente el nombre de “objeto” de meditación. El objeto de meditación utilizado por excelencia es la propia respiración.

Veamos detenidamente las instrucciones a seguir para realizar un ejercicio básico representativo de *mindfulness*, propuesto por Kabat-Zinn (2003, p. 95):

1. Adoptemos una postura cómoda, tumbados de espaldas o sentados. Si optamos por sentarnos, mantengamos la columna recta y dejemos caer los hombros.
2. Cerremos los ojos si así nos sentimos más cómodos.
3. Fijemos la atención en el estómago y sintamos cómo sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar.
4. Mantengámonos concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgásemos sobre las olas de nuestra respiración.
5. Cada vez que nos demos cuenta de que nuestra mente se ha alejado de la respiración, tomemos nota de qué es lo que la apartó y devolvámosla al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.
6. Si nuestra mente se aleja mil veces de la respiración, nuestra “tarea” será sencillamente la de devolverla cada una de ellas a la respiración sin que nos importe en lo que se haya involucrado.
7. Practiquemos este ejercicio durante quince minutos [todos los días y en el momento que más nos convenga, nos agrade o no, una vez a la semana y veamos cómo nos sentimos al incorporar una práctica disciplinada de la meditación en nuestras vidas.

Percatémonos de lo que se siente al pasar un rato todos los días nada más que estando con nuestra respiración y sin tener que *hacer* nada].

Mindfulness es una habilidad, por tanto, es susceptible de ser aprendida, entrenada. Podría decirse que al principio de la práctica, la atención pasa muy poco tiempo focalizada en la respiración antes de ser capturada por algún estímulo; y, por el contrario, transcurre mucho tiempo hasta que nos percatamos de que nuestra atención se ha desviado. Con la práctica los tiempos se invierten. Es decir, cuanto más practiquemos, la atención permanecerá más y más tiempo concentrada sobre la respiración; y, simultáneamente, cada vez tardaremos menos en darnos cuenta de que la atención se había desviado. Con una práctica continuada nos resultará posible mantener la atención focalizada en la respiración de manera constante, durante más y más tiempo. Esto, en sí mismo, ya es meditación; es un estado meditativo; se producen cambios, experiencias, comprensiones súbitas o *insights*, en ocasiones muy significativas, que son experimentadas por el meditador.

A continuación se presentan las instrucciones de otro ejercicio de *mindfulness*, también propuesto por Kabat-Zinn (2003, p. 95), para ser practicado a lo largo del día:

1. Sintonicémonos con nuestra respiración varias veces al día sintiendo cómo nuestro estómago sube y baja un par de veces.
2. Démonos cuenta, durante esos momentos, de nuestros pensamientos y sentimientos simplemente observándolos, sin juzgarlos ni juzgarnos.
3. Prestemos, simultáneamente, atención a cualquier cambio en la manera que tengamos de ver las cosas y en los sentimientos sobre nosotros mismos.

Este último ejercicio, recoge de forma explícita quizá el componente más importante de la práctica de *mindfulness*: observar sin juzgar ni juzgarnos. Dicho de otro modo, permanecer en un estado donde no se esté reaccionando continuamente, incluyendo especialmente, la elaboración de juicios valorativos, recriminatorios y condenatorios, normalmente hacia nosotros mismos y hacia nuestras experiencias.

Concluyendo

La antiquísima meditación *vipassana*, originaria del Budismo, está siendo actualmente utilizada por la Psicología, y otras Ciencias de la Salud, bajo la rúbrica de meditación *mindfulness*. Son múltiples las terapias y aproximaciones que actualmente la emplean, y lo hacen de modos muy diferentes (véase Mañas, 2008). *Mindfulness* se presenta a la Psicología, y muy especialmente a la Psicología Clínica, como una alternativa terapéutica, como una nueva técnica de intervención o método clínico, o incluso si se prefiere, como una filosofía de intervención, e incluso de vida.

Es interesante advertir que desde un punto de vista conductual podría considerarse la práctica de *samadhi* como un proceso de transferencia del control ejercido por unos estímulos hacia otros. Es decir, quizá el fuerte control contextual que ejerce el contenido literal de un pensamiento o una sensación (e.g., “no valgo para nada” y miedo, respectivamente), pueda transferirse a las sensaciones propioceptivas producidas por la propia respiración. O bien, podría tratarse de un proceso de extinción (e.g., del control ejercido por una emoción) y de un proceso de discriminación progresiva (i.e., sentir cada vez más y más la sensación producida por la propia respiración y de forma más continuada) que facilitaría, en último término, el desarrollo de ciertas claves contextuales, que con la práctica llegarían a ejercer mayor control que las previas. Por lo que la mente, dejaría de ir de un lugar a otro, cesaría su movimiento, quedaría sometida a otro tipo de control contextual u otras claves estímulares diferentes (en este caso las sensaciones propioceptivas de la respiración). Quizá, incluso, quepa plantearnos que pueda dejar de estar sometida bajo control contextual.

AUTOCOMPASIÓN EN PSICOTERAPIA Y EL PROGRAMA MINDFUL SELF COMPASSION: ¿HACIA LAS TERAPIAS DE CUARTA GENERACIÓN?

Marta Alonso Maynar y Christopher K. Germer

A lo largo de los últimos nueve años, *mindfulness* y los enfoques clínicos de las terapias de tercera Generación, se han ido convirtiendo en el fundamento de nuestra práctica clínica, pero mientras veíamos regularmente sus beneficios con los clientes, con el tiempo nos hemos hecho más conscientes de sus limitaciones. Hemos podido comprobar a través de cientos de casos, que los clientes generalmente habían mejorado y logrado una mayor sensación de calma y equilibrio en sus vidas, pero sospechábamos que faltaba algo más. Ese algo más cobró forma y sentido cuando la primera autora de este trabajo en 2011, por medio del Dr. Vicente Simón (mentor, colega y amigo), conoció al segundo autor de este artículo y pudo conocer los contenidos del programa *Mindful Self Compassion* (MSC) del cual es creador junto a Kristin Neff. Se trata de un nuevo enfoque en el ámbito del *mindfulness*, centrado en la habilidad de la autocompasión. Esta perspectiva ha revolucionado nuestra práctica clínica. De hecho, la autocompasión se encuentra en este momento en el centro de interés de las corrientes de vanguardia en el estudio de las variables terapéuticas de *mindfulness* y sus mecanismos de acción.

Al ir aplicando en los distintos casos prácticas adaptadas del programa MSC y del modelo clínico denominado *Compassion Focused Therapy*-CFT (Terapia Focalizada en la Compasión) formulado por el Dr. Paul Gilbert de la universidad de Derby (Gilbert, 2010), hemos logrado incrementar en nuestros clientes el efecto terapéutico a medio y largo plazo. Queremos resaltar el especial impacto que estos enfoques han tenido en los pacientes traumatizados, ansiosos y depresivos.

Estos programas y modelos clínicos basados en la compasión nos abren la puerta a una nueva generación de terapias, por lo cual quizá nos hallamos en condiciones de empezar a hablar de las *Terapias de Cuarta Generación*, que serían aquellas que no solo integran *mindfulness* y aceptación, sino que incorporan prácticas de autocompasión y compasión de forma específica, incidiendo de forma directa en procesos transdiagnósticos tan difíciles como la autocrítica, la culpa, la vergüenza y el victimismo.

La realidad es que, durante décadas, hemos ido enseñando implícitamente la autocompasión a nuestros clientes en el contexto de la psicoterapia sin saberlo, es decir, a mostrar a los clientes como volverse hacia sí mismos con una actitud genuina y profunda de interés y amabilidad.

Definición de la Compasión y la Autocompasión

El cliente viene generalmente a psicoterapia con el deseo de liberarse del sufrimiento; sin embargo, el proceso de cambio se produce atravesando juntos difíciles pensamientos,

sentimientos y sensaciones sostenidos en una relación terapéutica cuyas características esenciales son el apoyo, la sensibilidad, la compasión y la transformación.

Las definiciones de un estado altamente subjetivo de la mente como es la compasión pueden llegar a ser oscuras y abstractas. Por eso preferimos comenzar con esta simple definición: la compasión es un sentimiento profundo hacia el individuo que sufre, que da lugar a un deseo y un esfuerzo de alivio y consuelo. Y la autocompasión es compasión dirigida hacia uno mismo; significa tratarnos a nosotros mismos con la misma amabilidad y comprensión como trataríamos a alguien a quien verdaderamente amamos o a alguien por quien sentimos compasión genuina.

Se han encontrado varios componentes de la intervención basada en la compasión que mejoran los resultados en psicoterapia y sirven como variables mediadoras en los resultados. En un estudio de Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg y Nielsen (2011) se halló que la autocompasión era un mediador importante de reducción de las emociones negativas asociadas con los trastornos de personalidad. Además hay evidencia creciente de que ayudar a las personas a desarrollar compasión hacia sí mismos y hacia los demás tiene un potente impacto sobre los afectos negativos y promueve los afectos positivos (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

La compasión se considera el segundo de los cuatro Inconmensurables dentro del Budismo. Los inconmensurables o Estados Sublimes son conocidos en la tradición budista como “santas moradas” porque son estados en los que la mente debería habitar continuamente. Esto va ocurriendo cuando se intensifica y se profundiza en la práctica.

Aunque es posible que en el pasado la compasión se relacionara exclusivamente con un sentimiento, en la actualidad, la compasión tiende a verse como una capacidad y como un proceso que integra diversos elementos (Simón, 2015) que podemos resumir en esta doble vertiente:

1. Cuidarse y tratarse de la manera más delicada posible, justamente porque sufrimos y el sufrimiento forma parte de la experiencia vital humana que todos compartimos.
2. Acoger con amor (suavidad, calidez, ternura, coraje) el dolor y todas las emociones que se desprenden de las situaciones vitales de sufrimiento, independientemente de si tienen una causa externa o interna (Alonso y Simón, 2013).

Diferencias entre Mindfulness y Autocompasión

El tipo de atención consciente que se precisa en la autocompasión requiere un foco más estrecho que el de *mindfulness* en general. El componente de *mindfulness* en la autocompasión se refiere a una conciencia equilibrada acerca de los pensamientos y emociones negativos implicados en procesos de sufrimiento personal. Mientras que el *mindfulness* en general se refiere a la capacidad de prestar atención a cualquier experiencia, positiva, negativa o neutra, con captación y ecuanimidad (Germer, 2009).

Mindfulness, tal y como normalmente se entiende hoy en día, se centra en observar de cerca la experiencia momento a momento, mientras que la compasión se enfoca en una relación interna con el experimentador. Otra diferencia importante entre la autocompasión y el *mindfulness* es que la primera incluye sentimientos de bondad y humanidad compartida de forma explícita y activa.

Desde este enfoque entendemos que cuando el cliente está abrumado por emociones intensas y perturbadoras, tales como vergüenza, sólo darse cuenta de lo que está sucediendo y aceptarlo, a menudo no es suficiente. Sostener el miedo, la ansiedad o el pánico con bondad y compasión es algo muy poderoso. Ese dolor que representa el miedo también demanda amor y compasión (Alonso, 2012).

En la práctica de la compasión la intensidad es muy explícita y activa (aliviarse, confortarse, cuidarse, suavizarse) no solo mediante la meditación sino muy especialmente, de forma comportamental. Por eso en la tradición se distingue entre prácticas contemplativas (*mindfulness*) y generativas (compasión y autocompasión). Estas últimas generan de forma deliberada estados emocionales positivos. En palabras de Germer, mientras *mindfulness* nos dice, “observa tu sufrimiento y sostenlo en una consciencia espaciosa”, la sabiduría de la autocompasión, dice, “sé amable contigo mismo cuando sufras” (Germer, 2009).

Los Tres Componentes de la Autocompasión: Mecanismos de Acción

Neff, como psicóloga evolutiva fue la primera en definir el concepto y desarrolló la primera escala de la autocompasión (*Self Compassion Scale-SCS*) que se utiliza en la mayoría de las investigaciones (Neff, 2003b). Ella fue la primera que definió la autocompasión como una sinergia de tres elementos principales (Germer & Neff, 2013): la bondad hacia uno mismo *versus* criticarse, la humanidad compartida *versus* el estado de aislamiento y el *mindfulness* frente a la sobreidentificación cuando se tienen que confrontar emociones y pensamientos dolorosos. Estos componentes se combinan e interactúan mutuamente para crear un estado de ánimo autocompasivo.

La bondad hacia uno mismo implica ser cálido y cariñoso hacia sí cuando las cosas van mal en nuestra vida. Es la capacidad de tratarse con suavidad a uno mismo sin enjuiciarse severamente en momentos de dolor, fracaso o sufrimiento. Con la bondad hacia uno mismo, uno es capaz de calmarse, suavizarse y nutrirse cuando tiene que confrontar el dolor en lugar de enfadarse y frustrarse cuando la vida no esta a la altura de sus ideales. El diálogo interno es suave y alentador en vez de áspero y despectivo.

A menudo nos sentimos aislados y separados de otros al considerar nuestras luchas y fracasos, desde la irracional sensación de que “sólo yo soy así” o “solo me pasa a mí”. Es habitual encontrar en la consulta clientes que piensan que de alguna manera son anormales, que algo en ellos está equivocado. Este tipo de visión de túnel, les hace sentir solos y aislados, aumentando y manteniendo su sufrimiento. Se olvidan de que los fallos y la imperfección son realmente normales. Cobra entonces, especial importancia, el segundo componente de la autocompasión, la

humanidad compartida, que reconoce la naturaleza universal del sufrimiento cuando se presentan situaciones difíciles, en lugar de sentirse desesperadamente solo.

Entre los aspectos más difíciles de diversas formas de psicopatología, como la depresión o las fobias sociales, es la profunda sensación de aislamiento personal la que acompaña y mantiene los síntomas. Neff afirma que la experiencia de la humanidad compartida permite restar énfasis a la experiencia del *self* como algo separado y aislado. Es a través de un sentido profundo de conexión con el mundo exterior, como una persona puede interrumpir el ciclo opresivo de la rumiación, el aislamiento y la impotencia.

El tercer componente, *mindfulness*, se refiere a la capacidad de abrirse a la experiencia dolorosa (“¡eso duele!”) de forma consciente, no reactiva y equilibrada. Esto es, volverse hacia nuestros dolorosos pensamientos y emociones y verlos como son, sin supresión ni evitación (Neff, 2003b).

Mindfulness también ayuda a que uno no se identifique excesivamente con pensamientos o emociones negativas, para no ser barrido por sus reacciones aversivas (Bishop et al, 2004).

Sintetizando todo lo expuesto, podríamos expresar, aunque de forma no exhaustiva, los mecanismos de acción de la autocompasión en los puntos siguientes:

- i. Conduce a una mayor satisfacción vital y a mejorar la relación con el propio *self*, cambiando el tono y el contenido del diálogo interno.
- ii. Se produce una mayor autoaceptación, validación y reconocimiento de uno mismo y de sus experiencias, lo cual ayuda a eliminar esquemas autocríticos, denigrantes y vergonzantes.
- iii. Aumenta la resiliencia emocional ejerciendo una influencia protectora sobre los estresores y las adversidades de la vida.
- iv. Desmonta paulatinamente procesamientos cognitivos no adaptativos como rumiación y pensamiento obsesivo, provocando reducciones en los niveles de preocupación, ansiedad y afectos negativos.
- v. Desmonta progresivamente la sensación de aislamiento neutralizando la aparición de sentimientos de soledad, anormalidad, desconexión y sinsentido de la vida. Esto se traduce en una mayor conexión social y mayores conductas de autocuidado.

Las cuatro M's

La autocompasión ha recibido una atención creciente en la investigación últimamente, con más de 200 artículos y disertaciones examinando el tema desde el año 2003, año en que fueron publicados los primeros dos artículos delimitando y midiendo la autocompasión (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

En junio de 2013 se llevó a cabo en Friburgo la Primera Conferencia Internacional sobre Compasión en Europa y, en ella, Kristin Neff definió Mindfulness (con “M” mayúscula) como un “término paraguas”, que englobaría al menos cuatro conceptos distintos (mindfulness con “m” minúscula).

m1: Cómo prestar atención al momento presente sin juzgar.

m2: Cómo nos relacionamos con la experiencia del momento presente (con aceptación o con resistencia).

m3: Cómo nos relacionamos con el que tiene la experiencia (compasión y amor incondicional).

m4: Cómo comprender la naturaleza de la experiencia y del experimentador, lo cual equivaldría a la sabiduría (reconocer la impermanencia, la irrealidad del ego y de la separación).

La cuestión planteada por Neff en dicho congreso fue si valía la pena entrenar específicamente la habilidad de la autocompasión (m3), o podía esperarse que se aprendiese de manera espontánea al practicar *mindfulness* y autocompasión (m1 principalmente con MBSR-*Mindfulness Based Stress Reduction* y m2 con MBCT-*Mindfulness Based Cognitive Therapy*).

Nuestro parecer, después de profundizar en los diferentes programas, es que el entrenamiento ideal es combinar *mindfulness* y autocompasión, es decir manejar conjuntamente estos protocolos, ya que ambas se complementan y potencian mutuamente.

Protocolo Centrado en la Autoaceptación: El Programa MSC

En un estudio controlado aleatorizado del programa *Mindful Self-Compassion-MS*C, los resultados indicaron que la participación en el curso aumentó significativamente la autocompasión, el *mindfulness*, la compasión por los demás y la satisfacción vital, disminuyendo significativamente la depresión, la ansiedad, el estrés y la evitación emocional. El grado en que el nivel de autocompasión de los participantes aumentaba correlacionaba significativamente con cuánta práctica informal y formal de la misma hicieron a lo largo del programa (Neff & Germer, 2013).

La estructura del programa MSC (Tabla 1) está basada en sesiones grupales con una duración de 3 horas aproximadamente, una vez por semana a lo largo de 8 semanas más una sesión de práctica intensiva de medio día. Contiene tres meditaciones de base o nucleares, otras nueve meditaciones más específicas y 18 prácticas informales de autocompasión, junto con la justificación y base teórica de esos ejercicios. Después se puede seguir con grupos de práctica continuada, así como retiros de profundización en silencio.

Tabla 1

Estructura del programa Mindful Self Compassion (MSC)

Programa Básico	
8 MÓDULOS de 3 horas + UNA SESIÓN INTENSIVA DE PRÁCTICA	
(Práctica diaria en casa de 20 a 30 minutos)	
SESIÓN 1	Descubriendo la Autocompasión
SESIÓN 2	<i>Mindfulness</i> y Autocompasión
SESIÓN 3	Practicando la Bondad Amorosa
SESIÓN 4	Encuentra tu Voz Compasiva
SESIÓN 5	Viviendo en Profundidad
SESIÓN 6	Manejando Emociones Difíciles
SESIÓN 7	Manejando Relaciones Difíciles
SESIÓN 8	Abrazando tu vida

Los creadores del programa MSC recomiendan que haya siempre dos profesores, uno de los cuales debería ser un psicoterapeuta entrenado para situaciones en que un participante requiere la atención de un clínico, ya que se mueven emociones de forma bastante intensa.

LA PRÁCTICA DE “ESTAR ATENTO” (mindfulness) EN MEDICINA. IMPACTO EN PACIENTES Y PROFESIONALES

Javier García Campayo

El concepto de *mindfulness*

Mindfulness (que podría traducirse del inglés como «estar atento») es la acepción inglesa del término pali *Pati*. El pali es el lenguaje en el que se transmitieron las enseñanzas budistas y *mindfulness* constituye uno de sus conceptos nucleares. Una de las descripciones de *mindfulness* más usadas es la del monje budista Ticht Nat Hanh que la define como «mantener viva la propia conciencia focalizada en la realidad presente». Este concepto, extraño a la mayoría de los occidentales, puede entenderse al analizar nuestras actividades diarias (tabla 1).

**Tabla 1. Un día cualquiera en la vida de un occidental estándar:
ejemplos de falta de *mindfulness***

Correr para realizar cualquier actividad sin estar atento mientras se ejecuta
Deglutir rápidamente la comida (generalmente en cantidad excesiva) mientras vemos la televisión o hablamos, sin estar atentos al propio proceso de comer
Romper o tirar cosas, tener accidentes u olvidar actividades que teníamos que realizar por descuido o por estar pensando en otra cosa
Incapacidad para percibir los sentimientos, la tensión física o el malestar sutil que experimentamos cada día
Descubrirnos hablando solos o pensando continuamente en episodios del pasado o del futuro, sin poder disfrutar del momento presente
Juzgar lo que nos ocurre (como bueno o malo, agradable o desagradable) y, secundariamente, apegarnos o rechazar la experiencia

«Estar atento» implicaría que uno se concentra en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo. Esta aproximación produce al individuo energía, claridad de mente y alegría. Además, «estar atento» es una cualidad que puede desarrollarse mediante un entrenamiento adecuado, e incluye, simultáneamente y en cada momento de atención, todas las cualidades que se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Cualidades del “estar atento (*mindfulness*)”

1. No conceptual: es estar despierto, pero sin estar absorto en el proceso de pensamiento
2. Centrada en el presente: no hay pensamientos sobre el pasado o el futuro, pero tampoco en lo que nos ocurre en el presente, porque nos aleja de él
3. Ausente de juicio: si pensamos que nuestra experiencia puede ser diferente de la que es (mejor o peor, es decir, comparándola) hemos perdido la concentración
4. Intencional: «estar atento» exige una intención continuada del sujeto para dirigir la atención hacia algo, en este caso, hacia el presente
5. Basada en la observación participante: no consiste simplemente en ser testigo, sino que incluye una experiencia de comprensión profunda del cuerpo y la mente
6. Exploratoria: está siempre investigando niveles más sutiles de percepción
7. No verbal: es una experiencia que no puede ser descrita con palabras, porque ocurre antes de que éstas surjan
8. Liberadora: cada momento de «estar atento» (*mindfulness*) es una experiencia de alegría, ausente de sufrimiento

La “meditación de reducción del estrés basada en el estar atentos” o MREBEA intenta adaptarse a cada individuo, aunque incluye una serie de elementos básicos que se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Aplicación de la meditación de reducción del estrés basada en el «estar atento» (MREBEA) en clínica

Ejercicios básicos: consisten en sesiones de meditación, realizadas de forma regular (mínimo de 20-30 minutos/día) sobre:

1. La respiración. Constituye el objeto clásico
2. El cuerpo. Se realiza sobre la postura, la tensión o el dolor. Es también un objeto clásico, como la respiración

Ejercicios específicos: se adaptan a los problemas o específicos del individuo.

Los objetos pueden ser:

1. Los pensamientos. Típicamente utilizado en trastornos depresivos, ansiosos, obsesivos, duelos, etc. El objetivo es no quedarse «enganchado» al pensamiento (generalmente negativo), sino aceptar que estos pensamientos existen (sin luchar contra ellos o culpabilizarse) y dejarlos pasar
2. El dolor. El objetivo es concentrarse en él, sin rechazarlo, observando los pensamientos negativos que surgen (p. ej., ¿por qué a mí?, es horrible, cuándo se acabará) y no aferrarse a ellos

Estrategias para aumentar la mindfulness en la vida diaria: aplicar los ejercicios básicos (concentración en la respiración y/o el cuerpo) cuando realizamos actividades automáticas (p. ej., andar, hacer deporte, conducir, esperar en una cola, etc.).

Los beneficios que pueden obtenerse de esta práctica son los siguientes:

Para el profesional de la salud

Los profesionales de la salud necesitan desarrollar la introspección, que consiste en poder darse cuenta de los pensamientos y sentimientos que nos produce el paciente y de cómo nuestra conducta se ve, a menudo, afectada por ellos. No existen sistemas sencillos para desarrollar estas habilidades y actitudes, aunque se consideran imprescindibles. Existen estudios en profesionales sanitarios que confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento ante el estrés y la empatía. Especialmente interesante fue observar el hecho de que «estar atento» disminuía la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros.

Para el paciente

Existen varios metaanálisis sobre la influencia del «estar atento» en las enfermedades psiquiátricas. Los resultados son, a veces, contradictorios. Así, mientras que una revisión llega a la conclusión de que el efecto de la MREBEA en la depresión y en la ansiedad es inapreciable, son más los estudios que confirman su eficacia en múltiples afecciones (depresión, ansiedad y dolor), con una magnitud del efecto de alrededor del 0,5.

En la tabla 4 se resumen las principales enfermedades sobre las que se han llevado a cabo estudios que confirman la eficacia de la MREBEA.

Tabla 4. Principales estudios de eficacia de la MRBEA en enfermedades psiquiátricas

Autor y año	Tipo de estudio	N.º de Pacientes	Diana terapéutica	Resultados
Evans et al (2007)	Abierto	11	Trastorno de ansiedad generalizada	Reducción de síntomas de ansiedad y depresión
Kingston et al (2007)	Complejo mixto	19	Trastorno depresivo	Reducción de síntomas de depresión y rumiación
Finucane et al (2006)	Complejo mixto	13	Trastorno depresivo y de ansiedad	Reducción de síntomas de ansiedad y depresión
Barnhofer et al (2007)	Aleatorizado	22	Suicidio	No se deteriora la activación frontal Izqda. en el EEG de reposo
Specca et al (2000)	Aleatorizado	90	Depresión y estrés en cáncer	Reducción del 65% en depresión y del 35% en estrés
Bowen et al (2006)	Aleatorizado	38	Adicciones en presidiarios	Reducción del consumo de alcohol, marihuana y crack
Singh et al (2003)	Caso clínico	1	Agresión en el retraso mental	Reducción de conductas agresivas, rápido retorno a la comunidad
Singh et al (2007)	Abierto	3	Agresión en enfermedades psiquiátricas	Reducción de conductas agresivas, rápido retorno a la comunidad
Morone et al (2008)	Aleatorizado	37	Dolor de espalda crónico	Mejoría de la función física y aceptación del dolor
Kingston et al (2007)	Aleatorizado	42	Dolor en estudiantes sanos	Aumento de tolerancia al dolor
Pradhan et al (2007)	Aleatorizado	63	Artritis reumatoide	Disminuye el malestar psicológico y aumenta el bienestar
Grossman et al (2007)	Cuasiexperimental	58	Fibromialgia	Mejoran el dolor, calidad de vida, síntomas somáticos, ansiedad, depresión a 3 años de seguimiento
Sephton et al (2007)	Aleatorizado	91	Depresión en fibromialgia	Reducción de síntomas depresivos

EEG: electroencefalograma; ME: magnitud del efecto.

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA (*MINDFULNESS*): SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO SEMI-RURAL DEL SUR DE CHILE

Gonzalo Brito Pons

La meditación de atención plena (Miró, 2006b), también referida como “meditación de conciencia plena” (Pérez y Botella, 2007), o directamente en su término inglés *mindfulness* (Nhat Hanh, 2007), es un modo específico de prestar atención a la experiencia presente que proviene de las tradiciones meditativas budistas de Asia. Esta forma de dirigir la atención se caracteriza por ser intencional, por focalizarse en la experiencia presente y por ser realizada con una actitud de aceptación hacia tal experiencia evitando establecer juicios de valor (Kabat-Zinn, 1990).

El núcleo de la práctica de la atención plena consiste en entrenar, tanto dentro de la sesión de meditación – referida usualmente en los grupos de meditación como “la sentada” - como fuera de ella, la habilidad consistente en observar cuidadosa y claramente los fenómenos que entran en el campo de atención de la persona - percepciones, sensaciones, pensamientos, emociones, etc. - sin juzgarlos como bueno-malo, positivo-negativo, sano-enfermo, deseable o indeseable (Baer, 2003). De acuerdo al principal difusor de este tipo de entrenamiento atencional en contextos clínicos, el Dr. Jon Kabat-Zinn de la Universidad de *Masachussetts*, esta manera ecuánime y atenta de observar y estar presentes con nuestra experiencia, primero durante las prácticas meditativas y luego de manera extendida en la vida cotidiana, desactivaría gradualmente los patrones mentales habituales que se encuentran a la base del mal-estar humano: el “apego” hacia lo que consideramos agradable, la “aversión” a lo que consideramos desagradable, y la “ignorancia” de las verdaderas causas de la felicidad, conocidos como los “tres venenos” en la tradición budista (Kabat-Zinn, 2003).

Es en este sentido que el orientalista Alan Watts propone que la práctica meditativa budista es más cercana a un tipo de psicoterapia que una religión (Watts, 1992).

El vasto desarrollo de estrategias meditativas por parte de la tradición budista para disminuir el sufrimiento humano, y en particular la práctica de la “atención plena”, ha penetrado de manera sostenida en la cultura occidental durante el curso del siglo XX, y su adaptación con fines terapéuticos ha encontrado un terreno fértil en la medicina comportamental, en la psicología de la salud y en la terapia cognitiva (Kabat-Zinn, 1990, 2003; Miró 2006b).

Consecuentemente, el enfoque de la atención plena ha demostrado a través de veinticinco años de investigación progresivamente más abundante y compleja, su efectividad en ámbitos tan diversos como la prevención de recaídas depresivas (Segal, Teasdale y Williams, 2002); la disminución del estrés y aumento de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Carlson, Speca, Patel y Goodey, 2003; Speca, Carlson, Goodey y Angen, 2000); el alivio del dolor crónico y la fibromialgia (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987; Kaplan, Goldenberg y Galvin, 1993; Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith y Schmid, 1994); y la recuperación de los tejidos de la piel en pacientes con psoriasis (Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf y Cropley 1998; Kabat-Zinn, 2003), entre otros.

Dentro de los enfoques terapéuticos basados en la atención plena, los que cuentan actualmente con mayor respaldo empírico son: el programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR: Kabat-Zinn, 1990, 2003); la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT: Segal Teasdale y Williams, 2002); la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la terapia conductual dialéctica (DBT: Linehan, 1993), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y disminución de la conducta suicida.

En estos modelos terapéuticos se enseña la práctica de la atención plena a través de variaciones y desarrollos del programa propuesto inicialmente por Kabat-Zinn en la Clínica de Reducción del Estrés de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachussets (Kabat-Zinn, 1990). Este programa es ofrecido actualmente en más de 250 hospitales y clínicas en distintos lugares del mundo (Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn, 1998), no existiendo evidencia de que haya sido aplicado previamente en algún hospital en Chile hasta esta experiencia piloto.

El programa REBAP llevado a cabo en el Hospital de Santa Bárbara sigue de cerca los lineamientos y prácticas del modelo original de Kabat-Zinn (1990), aunque enriquecido por los aportes del manual desarrollado por Segal, Teasdale y Williams (2002) en su programa de prevención de recaídas depresivas a través de la práctica de la atención plena. El modelo de Segal, Teasdale y Williams, que ya goza de una gran respetabilidad por su eficacia (Miró, 2006a), se asemeja a la terapia cognitiva convencional en su énfasis en la toma de conciencia en los patrones cognitivos rumiativos depresógenos, sin embargo se diferencia de ésta en que su objetivo no es el cambio de “contenidos mentales” a otros más positivos u objetivos, sino el cambio en el tipo de relación que la persona tiene con sus propios pensamientos.

A través de la práctica de la atención plena, tanto en instancias formales como en la vida cotidiana, el practicante se vuelve progresivamente capaz de reconocer y observar sus pensamientos como pensamientos en vez de tomarlos como si fuesen hechos indiscutibles, desidentificándose gradualmente de sus contenidos mentales y de las emociones conflictivas asociadas, pudiendo así evaluar con mayor amplitud cada circunstancia vivida y poder responder creativa y efectivamente, en vez de reaccionar automáticamente desde sus patrones habituales (Segal, Teasdale y Williams, 2002).

¿Es la práctica de atención plena una herramienta que pueda ser útil en la disminución de síntomas ansiosos y depresivos en un contexto cultural completamente ajeno a las prácticas meditativas, como lo es la población de Santa Bárbara? De ser útil esta metodología, ¿se obtendrían resultados similares a los obtenidos en contextos culturales tan diferentes como los presentados en la literatura, respecto a la disminución de síntomas depresivos y ansiosos?

METODO

El programa REBAP fue implementado en el Hospital Comunitario de Santa Bárbara, habiéndose realizado el primer programa de ocho sesiones semanales entre Octubre y Diciembre del 2008 y el segundo entre Marzo y Mayo del 2009. La convocatoria fue abierta tanto para usuarios como para profesionales y funcionarios del hospital, utilizando afiches promocionales y con un sistema de inscripción que contemplaba una entrevista previa. Un aspecto que importante fue el establecimiento de un pago mínimo por participar en el taller, hecho inusual en un hospital público, con lo cual se esperaba –y a juicio del autor se logró- comprometer a los participantes y

desafiar desde el principio el modelo de paciente como receptor pasivo, visión prevalente en el modelo asistencial de la salud pública.

Las sesiones se llevaron a cabo en dos sedes distintas, una sede comunitaria de un club deportivo y la sede social del hospital, ambos espacios con condiciones ambientales adecuadas. Para la actividad se adquirieron esterillas de yoga, cojines de meditación (zafu). Los CDs con instrucciones para los ejercicios en casa fueron adquiridos de la Clínica de Reducción del Estrés de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachussets. Todas las sesiones se realizaron fuera del horario de trabajo (5:30- 7:30) de manera de facilitar la participación de trabajadores.

Participantes

Participaron en el programa piloto REBAP en el Hospital de Santa Bárbara 24 personas (dos grupos de 12 personas), de los cuales 79% eran mujeres 21% eran hombres, 65% eran funcionarios del hospital (prioritariamente médicos y paramédicos) y 35% eran pacientes. La edad de los participantes fluctuó entre los 27 y los 61 años, con un promedio de 41 años ($DS=13,2$). Sólo 2 de las personas tenían experiencia previa con algún tipo de meditación.

Entre los pacientes del hospital que participaron, 50% estaban siendo tratados por trastornos del ánimo de moderado a severo, en fase de finalización y sin estar atravesando un momento de crisis al iniciar el tratamiento. De los funcionarios del HSB, 60% estaba terminando o recientemente habían terminado tratamiento médico o psicológico por algún tipo de trastorno ansioso o depresivo al iniciar el programa REBAP, y un 87% señaló sentirse estresado por factores laborales. Del total de participantes, un 17% declaró inscribirse en el taller por razones distintas a la reducción del estrés, buscando desarrollo personal, aprender a meditar o mejorar su calidad de vida.

Instrumentos y Procedimiento

Para la medición de síntomas depresivos y ansiosos se administró a cada uno de los participantes antes y después de la implementación del programa REBAP las escalas auto aplicadas de depresión BDI-II de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996) y de Ansiedad SAS de Zung (1971).

Además se administró una encuesta anónima de satisfacción usuaria y un cuestionario con preguntas cuantitativas y cualitativas al final del taller a cada participante donde pudiesen expresar sus apreciaciones sobre el taller si lo deseaban.

Para ilustrar algunos aspectos cualitativos relevantes e ilustrativos del impacto del programa, también se realizó una entrevista en profundidad con una participante voluntaria. Esta entrevista semi-estructurada (Creswell, 2007) fue realizada por un médico del Hospital, y fue llevada a cabo un año después de haber finalizado el taller REBAP. El análisis temático de la entrevista fue llevada a cabo por el autor, siguiendo los lineamientos sugeridos por Braun y Clark (2006). La participante entrevistada dio su consentimiento para incluir su experiencia en este artículo.

Resultados

Evaluación cuantitativa

De los 24 inscritos, 20 completaron el programa (83%). De estos, 16 personas completaron y entregaron las evaluaciones pre-post del BDI-II, 17 personas completaron y entregaron las evaluaciones pre-post del SAS, y 17 personas completaron y entregaron el cuestionario y la encuesta de satisfacción usuaria del taller REBAP.

Respecto a la evaluación de los síntomas depresivos, de los 16 participantes que entregaron completas las escalas BDI-II aplicadas antes y después de realizada la intervención, trece de ellos disminuyeron su puntuación en dicha escala, mientras que tres de ellos aumentaron su puntuación. La aplicación de la prueba *t* dependiente indica que los participantes disminuyeron significativamente sus puntuaciones en la escala de síntomas depresivos después de participar en el programa REBAP, ($t(15) = 3.96, p < .01$).

Respecto a la evaluación de los síntomas ansiosos, de los 17 participantes que entregaron completas las escalas de ansiedad de Zung aplicadas antes y después de realizada la intervención, quince de ellos disminuyeron su puntuación en dicha escala, mientras que dos de ellos aumentaron su puntuación. La aplicación de la prueba *t* dependiente indica que los participantes disminuyeron significativamente sus puntuaciones en la escala de síntomas ansiosos después de participar en el programa REBAP, ($t(16) = 3.94, p < .01$).

En cuanto a la apreciación del taller por parte de los participantes, se solicitó evaluar de manera anónima en una escala de 1 a 10 la importancia/impacto que el taller había tenido en sus vidas, obteniéndose un promedio de 9.3 puntos ($DS=1.63$), lo cual indica un alto nivel de impacto del taller percibido por los participantes.

Evaluación cualitativa

Respecto a la evaluación cualitativa del taller, los participantes destacaron en la encuesta de satisfacción usuaria y en el cuestionario, diversos aspectos de su experiencia que mejoraron a partir de su participación en el programa. Entre ellos, hay aspectos que reflejan los objetivos explícitos del taller, como aprender a relajarse, y la adquisición de herramientas para enfrentar el estrés. Sin embargo, es destacable la emergencia de temas que no están directamente relacionados con el enfrentamiento del estrés, sino con aspectos más globales, tales como el logro de una mayor aceptación y valoración de sí mismos. Incluso, pese a no ser un objetivo explícito en la implementación del programa, los participantes también refirieron aspectos existenciales/espirituales derivados de la participación en el programa, tales como el descubrimiento de una sabiduría interna, y un mayor autoconocimiento.

TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA CON REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN MINDFULNESS: RESULTADOS DE UN ENSAYO ALEATORIO CONTROLADO CON TRES RAMAS

Schmidt, Grossman, Schwarzer, Jena , Naumann & Walach

La fibromialgia es un trastorno del dolor frecuentemente diagnosticado, que afecta primordialmente a las mujeres y muestra alta comorbilidad con otros trastornos somáticos funcionales y con la depresión. Hasta ahora, no se conoce una causa patológica distintiva. La investigación reciente indica que los pacientes con fibromialgia pueden manifestar un proceso de dolor disfuncional de origen central y posiblemente, daño en la regulación autonómica cardiovascular. El tratamiento farmacológico de este desorden resulta difícil, quizá debido a no tener una patofisiología específica. Así, ciertos agentes nerviosos centrales, como los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptura de la serotonina y la norepinefrina o el pregabalin, se ha encontrado que son moderadamente exitosos, pero solo por periodos de tiempo relativamente cortos. Solo unas pocas intervenciones no farmacológicas parecieran que logran beneficios moderados, como el ejercicio cardiovascular, la terapia cognitivo-conductual y la educación del paciente o una combinación de todo esto. Sin embargo, muchos de estos beneficios son también efímeros.

Otra intervención conductual que se ha propuesto para la fibromialgia es la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR), un programa grupal estructurado en 8 semanas usando técnicas de meditación mindfulness y ejercicios de yoga mindful. La MBSR tiende a ayudar a los participantes a desarrollar atención sin juzgar de la experiencia momento a momento, en un contexto de apertura, compasión, tolerancia y aceptación de fenómenos sensoriales, mentales y emocionales. Un cúmulo de evidencia indica que la MBSR puede mejorar la confrontación y la calidad de la vida relacionada con la salud (HRQoL) en diversas condiciones crónicas, incluyendo el dolor crónico.

Hasta ahora, 8 ensayos han supervisado la MBSR, específicamente o las técnicas basadas en mindfulness en combinación con otras técnicas educativas/conductuales con pacientes cursando con fibromialgia. Estudios de este segundo tipo han sido carentes de controles o no han encontrado diferencias significativas como resultado principal. De los 5 ensayos que directamente evaluaron la MBSR, uno mostró mejoría clínica pero no tenía controles; un ensayo posterior con un grupo control de lista de espera no aleatoria reportó diferencias significativas en diversas escalas análogas visualmente relacionadas con la fibromialgia (VAS), el Cuestionario del impacto de la Fibromialgia (FIQ, $P = 0.05$) y la lista de cotejo de síntomas SCL90 ($P = 0.0001$). Una tercera investigación aleatorizada con controles de lista de espera, mostró mejorías significativas en la depresión y un cuarto ensayo no controlado proporciono indicadores de cambios significativos en variables psicofisiológicas. Finalmente, el quinto estudio es el antecedente directo de la presente investigación. Con un diseño cuasi-aleatorizado, 39 pacientes femeninos con fibromialgia recibieron la MBSR y 13 pacientes en un grupo control fueron asignados a un procedimiento activo diseñado para igualar efectos no específicos de la MBSR. La MBSR mostró efectos robustos en

comparación con el grupo control para la HRQoL (el tamaño de los efectos en un rango de $d = 0.52-1.12$), para el dolor ($d = 1.10$), en la depresión (0.39), en la ansiedad (0.67) y en las habilidades de confrontación (0.34-0.88). En una observación de seguimiento luego de 3 años, el grupo MBSR mantuvo su mejoría significativa en todas estas variables, comparado con los niveles previos a la intervención. En base a estos hallazgos positivos, decidimos replicar y extender el estudio, añadiendo un grupo control más.

Se eligió la calidad de la vida relacionada con la salud (HRQoL) como variable dependiente principal ya que su daño severo es un rasgo central de la fibromialgia para algunas personas y por haberse observado efectos relativamente robustos sobre ella en estudios previos de MBSR y fibromialgia.

METODO

Diseño

Se condujo un ensayo aleatorizado de 3 brazos en el que pacientes femeninas fueron asignadas al azar a uno de tres grupos (1) MBSR, (2) un grupo control de intervención activa procurando igualar las características no específicas del MBSR o (3) un grupo control de lista de espera. El principal resultado fue la medición de la HRQoL en un seguimiento de corto plazo, 8 semanas después de la intervención.

Se hipotetizó que (1) los tratamientos activos, es decir, MBSR y el grupo control activo, lograrían mayores mejorías que el grupo de lista de espera, y (2) que los pacientes en MBSR manifestarían mayores beneficios que los pacientes en la intervención con un grupo control activo. El principal resultado fue el puntaje general relacionado con la HRQoL, para los desordenes crónicos.. Resultados secundarios fueron la calidad de vida específica para la fibromialgia QoL, la calidad del sueño, la ansiedad, las quejas generales de depresión y la sensación de dolor. Todas estas medidas fueron supervisadas mediante inventarios de auto reporte estandarizados y validados.

Participantes

Fueron mujeres entre 18 y 70 años de edad padeciendo fibromialgia bajo la definición del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Un criterio adicional de inclusión fue que hablaran alemán y quisieran participar. Criterios de exclusión fueron alguna enfermedad que pusiera en peligro la vida, evidencia de una función inmune suprimida o la participación en algún otro ensayo clínico.

Intervenciones

Los pacientes elegidos con su consentimiento fueron aleatoriamente asignados a uno de los tres brazos del estudio: el grupo experimental (MBSR, reducción del estrés basado en mindfulness), un grupo control de intervención activa y un grupo control de lista de espera. A los pacientes en los grupos de intervención se les dijo que 2 nuevos tratamientos iban a ser

comparados, uno basado en el concepto de mindfulness (incluyendo meditación y lecciones de yoga, así como tareas para el hogar, y el otro basado en técnicas de apoyo a la salud (incluyendo relajación y ejercicios de estiramiento, así como tareas para el hogar). Al grupo control activo se le denominó como grupo de relajación. Todos los pacientes que participaron en los dos brazos de tratamientos activos recibieron la oferta de participar en el tratamiento que eligieran luego de completar el ensayo.

Resultados

Participantes

Un total de 376 pacientes se interesaron en el estudio, de estos se fueron descartando hasta poder quedar con 177 que fueron incluidos en el ensayos distribuidos en los tres grupos aleatoriamente con 59 en cada uno. Finalmente, los que terminaron y fueron evaluados para los resultados finales fueron 168. Todos los pacientes se reclutaron entre Julio del 2004 y Octubre del 2005.

La edad promedio de las participantes fue de 52.5 años. El promedio de duración reportada de sus síntomas fue de 14.3 años y el tiempo promedio desde su diagnóstico fue de 4 años.

Análisis del principal resultado en el seguimiento a corto plazo

Empleando el contraste de Helmert junto a un análisis ANCOVA, una vez ajustados los niveles de línea base de las medidas respectivas, no hubo diferencias significativas para ningún contraste entre grupos en el seguimiento de corto plazo sobre la medida principal HRQoL (contraste 1: grupo de lista de espera vs ambos tratamientos activos; contraste 2: MBSR vs grupo control activo).

ANCOVA multivariado para las medidas secundarias relacionadas con la salud ajustado a las diferencias de línea base

Los grupos de tratamiento activo mostraron, en la post intervención, grandes reducciones en la ansiedad comparado con los pacientes en la lista de espera. Los pacientes en el grupo MBSR se calificaron ellos mismos más alto en la escala mindfulness (FMI) comparado con los pacientes ubicados en el grupo control activo.

ESTIMULACIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS

Domingo Jesús Quintana Hernández y María Teresa Miró Barrachina

La Organización Mundial de la Salud (2002) definió a la persona mayor saludable en términos de funcionalidad, no en términos de déficit, y es en este marco de potenciación de las capacidades en el que proponemos un envejecimiento en activo basado en mindfulness en la acción. Es muy relevante enfatizar la funcionalidad como guía de los modelos de intervención geriátrica con personas dependientes, especialmente en la demencia, pues este enfoque está permitiendo la emergencia de una nueva forma de entender la planificación sociosanitaria poniendo el acento en la atención centrada en la persona (Vikström et al., 2015; Martínez, 2014). Desde este enfoque se puede dotar de contenido preciso al concepto de dignidad que permitió la fundación de la geriatría como especialidad médica en el Reino Unido (Warren, 1946).

Uno de los grandes problemas en la planificación de los cuidados de larga estancia está en cómo organizarlos, pues los modelos mecanicistas clásicos centrados en el curar no son una buena guía para la intervención indefinida en el área de la dependencia, siendo necesarios modelos integrales que abarquen todos los aspectos de la vida hasta el final de la misma como propone Watson (2010). Es en este contexto donde la intervención basada en mindfulness en la acción, que pone especial acento en los aspectos circunstanciales de las vivencias cotidianas, se muestra como una posibilidad alternativa para intervenir desde las rutinas diarias de los servicios sociosanitarios. La práctica de mindfulness permite redirigir la atención sobre la acción en las actividades de la vida diaria (AVD), por tanto se puede afirmar que se trata de un modelo que centra los cuidados en la coherencia funcional, eje básico de intervención para favorecer un envejecimiento saludable.

MINDFULNESS: CONCEPTO E IMPLICACIONES EN LA INTERVENCIÓN GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

El concepto mindfulness ha sido definido con diferentes matices en función del campo de aplicación clínica. No obstante, mindfulness es cuestión de práctica como afirma tajantemente Gunaratana (1996). Vallejo (2006; p. 92) lo definió “como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual”. Esta definición está en consonancia con el intento de establecer un consenso sobre el concepto que llevó a Bishop et al. (2004) a definir esta capacidad metacognitiva como la autorregulación de la atención sostenida en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, adoptando una actitud particular hacia esa experiencia, caracterizada por curiosidad, apertura, aceptación y afecto. Esta definición supone un acto voluntario e intencional y plantea el problema básico de cómo desarrollar estas prácticas en personas con deterioro cognitivo, pues es esperable que simplemente se olviden de practicar. Para evitar esto se hace necesario el entrenamiento conjunto entre el personal cuidador y el enfermo como propone Quintana et al. (2014) basándose en el paradigma de la atención conjunta (Werner y Kaplan, 1963).

EFFECTOS DEL MINDFULNESS EN LA FUNCIÓN CEREBRAL Y LA CAPACIDAD COGNITIVA

Diferentes estudios que han utilizado tratamientos basados en mindfulness o diferentes formas de meditación orientadas hacia la práctica concentrativa han demostrado que durante su práctica se incrementa la irrigación cerebral en áreas corticales y subcorticales (Khalsa, Amen, Hanks, Money y Newberg, 2009; Deepeshwar, Vinchurkar, Visweswaraiyah, y Nagendra, 2014), a la vez aumenta la conectividad entre diferentes estructuras cerebrales y la densidad neuronal (Lazar et al., 2005; Hölzel et al., 2011; Malinowski, 2013). A pesar de ello, se debe ser prudentes con estas evidencias porque la neurociencia del mindfulness y sus correlatos neuroanatómicos están en una fase inicial de estudio como recogen las últimas revisiones de Tang, Hölzel y Postner (2015) o Fox et al. (2014).

La aplicación de mindfulness en enfermedades neurodegenerativas en estadios leves sugieren un efecto positivo en las capacidades cognitivas como atención, memoria, fluidez verbal, capacidad de abstracción, praxias, cálculo, etc. (Newberg, Wintering, Khalsa, Roggenkamp, y Waldman 2010; Wells et al., 2013; Quintana y Quintana, 2014). Por tanto, la práctica de mindfulness se está mostrando útil para paliar la sintomatología en la demencia en general, siendo este aspecto muy relevante en los centros sociosanitarios por su alta prevalencia, superior al 60 % (López, López, Castrodeza, Tamames y León, 2009).

Actualmente el programa basado en mindfulness que cuenta con mayor evidencia científica en la aplicación a la población geriátrica es la adaptación del “programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR)” (Kabat-Zinn, 2013). Lantz, Buchalter y McBee (1997) aplicaron MBSR a un contexto residencial con enfermos con deterioro cognitivo avanzado con el objetivo de disminuir los trastornos de conducta y los síntomas psicopatológicos asociados a la demencia. La eficacia de estas intervenciones basadas en MBSR se ha venido repitiendo en diferentes investigaciones desde entonces (McBee, Westreich y Likourezos, 2004; Wells et al., 2013; Quintana et al., 2014).

En la misma línea Larouche, Hudon y Goulet (2015) indican que la práctica de mindfulness podría frenar el deterioro cognitivo minimizando los efectos de la sintomatología asociada a la demencia favoreciendo el manejo del estrés, reduciendo los efectos de los trastornos del estado de ánimo y reduciendo los procesos inflamatorios asociados a la muerte neuronal. No obstante, a pesar de todas estas evidencias que parecen avalar la utilización de estas prácticas, los mecanismos que sustentan el funcionamiento de mindfulness permanecen en fase de investigación (Tang et al, 2015) y animan a seguir profundizando en la investigación de estas prácticas.

LA ATENCIÓN CONJUNTA COMO PARADIGMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS EN CONTEXTOS SOCIOSANITARIOS

El entrenamiento basado en mindfulness con personas mayores institucionalizadas se basa en el entrenamiento conjunto de las habilidades cognitivas asociadas a las prácticas de atención orientadas a las AVD. La atención conjunta es la situación de interacción primordial sobre la que se construye la comunicación y el desarrollo cognitivo (Werner y Kaplan, 1963). La experiencia perceptiva cambia cuando se atiende a un objeto en solitario versus cuando se atiende de modo conjunto con otra persona. En éste último caso, además del objeto, la existencia de la otra persona atendiendo conjuntamente se convierte en un elemento constitutivo de la experiencia.

Así, la atención conjunta no consiste únicamente en ver el mismo objeto que el otro ve, sino en ver el objeto como algo de lo que el otro es también consciente. Esta conciencia de compartir el foco atencional sucede de manera natural en el acto de hacer referencia, al intercambiar, ver, o tocar cosas con el otro y, con frecuencia, supone compartir actitudes hacia el objeto o evento. En un clásico trabajo sobre la emergencia de la atención conjunta, Werner y Kaplan (1963; p.44) afirmaron que la atención conjunta triádica (persona-persona-objeto) marca “un cambio de percibir los objetos como puramente “cosas sobre las que actuar” a percibirlos como “objetos de contemplación”. En este contexto, la actitud contemplativa no debe ser entendida como actitud pasiva o ausencia de actividad, sino como una actividad cuyo objetivo primordial es la adquisición de conocimiento sobre el mundo que nos rodea en el momento presente. El acto de contemplar lo definían como la atención a un objeto de un modo particular: con vistas a hacerse consciente de cómo es el objeto, en lugar de manipularlo u obtener algo de él.

En esta concepción de la Atención Conjunta se destacan dos componentes principales: a) el seguimiento de la atención, cuando un sujeto atiende al mismo objeto de atención que otro sujeto en respuesta a la atención de este último, y b) el contacto con la atención, cuando cada sujeto atiende de manera mutua a la atención del otro. Cada componente puede aparecer por separado o puede ser combinado en lo que se denomina comunicación referencial, en la que se llama la atención del otro sobre un objeto. En síntesis, esta concepción de la Atención Conjunta nos permite comprender los elementos que deben ser tenidos en cuenta para ayudar a las personas a permanecer en un mundo compartido cuando presentan deterioro cognitivo.

Esta visión de la atención conjunta ofrece un marco conceptual del que se derivan consecuencias prácticas para construir un programa de entrenamiento en mindfulness en la acción en personas con Enfermedad de Alzheimer como han desarrollado Quintana et al. (2014) con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo, funcional y la psicopatología. La principal consecuencia práctica consiste en que el entrenamiento tiene que realizarse tanto con el enfermo como con el auxiliar o cuidador principal, de modo que la práctica se incorpore en las actividades de la vida diaria (AVD). De esta manera, el cuidador indica hacia que dirigir la atención con una actitud de presencia consciente, atenta y empática, así como con curiosidad y afecto por lo que se está compartiendo. Este aspecto es la principal aportación de esta propuesta, pues se pone el énfasis en seguir potenciando las capacidades en las actividades cotidianas, apostando por el desarrollo de actividades significativas que pueda seguir haciendo el enfermo.

APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

Aunque los beneficios potenciales de la práctica de mindfulness podrían ser fáciles de ver, no está claro cómo implementarlo en el contexto sociosanitario para que se produzca una práctica significativa. Dado el papel clave que la pérdida de la memoria inmediata desempeña en el curso del deterioro cognitivo, se puede esperar que los enfermos simplemente se olviden de practicar los ejercicios. Para superar este obstáculo, el programa de entrenamiento se debe construir en torno a tres pilares básicos: a) los cuidadores, b) las AVD (básicas, instrumentales y/o avanzadas) y c) la conciencia del momento presente de forma compartida, siendo el cuidador en primer lugar el que hace la sugerencia sobre a qué elemento de la experiencia se le empieza a prestar atención. La idea básica en la intervención es instruir a los cuidadores para practicar la presencia consciente y abierta con curiosidad hacia el momento presente con el enfermo en las diferentes AVD. En este contexto es la significación de la tarea compartida el hilo conductor para que no se realicen actividades carentes de relevancia personal.

ENTRENAMIENTO DE MINDFULNESS CON LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS

Organizar un servicio basado en mindfulness en la acción orientado hacia las AVD tiene que basarse fundamentalmente en el desarrollo de un programa de formación continuada con el personal técnico y cuidador. El entrenamiento propuesto tiene una doble directriz: en primer lugar se propone como una práctica formal en sesiones grupales semanales con los diferentes profesionales de cada servicio, prescribiéndose media hora diaria de práctica individual seis días a la semana para casa. En segundo lugar se fomenta como unas prácticas informales en el desarrollo de las AVD básicas (alimentación, aseo, traslados, etc.). La práctica informal incluye que todas las AVD que se desarrollan cotidianamente como: comer, dormir, trabajar, jugar, etc. se realicen de forma conjunta con el cuidador. Todo se puede hacer con presencia plena.

SESIONES INFORMALES EN EL DESARROLLO DE LAS AVD: LAS AUXILIARES COMO AGENTES FACILITADORAS DE MINDFULNESS EN ACCIÓN

Es importante destacar que se produce un efecto acumulativo con pequeñas prácticas de 2 a 3 minutos en el desarrollo de las AVD básicas diariamente. De esta forma conseguimos un mínimo de práctica diaria de unos 90 minutos. Para conseguir este propósito es fundamental que las familias estén implicadas activamente, el personal debe estar altamente especializado para lo que debe recibir una formación continuada específica. La intervención tiene que contar con una programación individualizada, una evaluación continua del progreso, niveles de apoyo personal, temporal y físico intenso y por último, la generalización de los aprendizajes debe estar convenientemente planificada. En las tablas 1 y 2 se exponen las diferentes prácticas desarrolladas en las diferentes AVD.

TABLA 1	
EJERCICIOS DE ATENCIÓN AL PRESENTE EN LAS AVD BÁSICAS E INSTRUMENTALES	
AVD básicas	Ejercicios de atención al presente mediante la atención compartida
Traslados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de entrar a la habitación tocar, después pedir permiso para pasar y hacer tres respiraciones mientras se desea que la persona cuidada tenga un buen día. 2. Pedirle a la persona que abra los ojos, darnos cuenta cómo se siente y con una sonrisa lo invitamos a respirar durante dos minutos, contando las respiraciones si el deterioro cognitivo es avanzado. 3. Antes de incorporarse, se le pide que verbalice que deseo tener un día en calma y que pida por el compañero de habitación y compañeros del centro en general. 4. Cuando está sentado en la cama se le pide que realice 10 respiraciones. 5. Cuando se pone de pie se le pide que realice 3 respiraciones.
Alimentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de empezar a comer observar la comida, respirar tres veces y dar gracias por disfrutar de la oportunidad de una nueva comida. 2. Al degustar la primera cucharada saborear durante unos instantes la comida, siendo consciente de las texturas y del sabor. 3. Desear que el resto de personas disfruten de la comida y desear que estén en calma. 4. Antes de tomar el postre, preferiblemente una fruta, olerla antes de morderla, percibir la sensación que produce, después morderla, y volver a olerla y sentir nuevamente las sensaciones. 5. Al finalizar la comida, realizar un repaso de los alimentos ingeridos, dar nuevamente gracias por la alimentación, percibir las sensaciones que se tienen y despedirse con una sonrisa del momento de la comida.
Aseo personal y baño	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la mañana, frente al espejo, se indica que se dé cuenta de su imagen, que se sonría y que desee tener un día en armonía. 2. Cuando se enjuague con el agua se le indica que esté atento a la temperatura del agua, ajustándola sin hacer comentarios críticos, empezando desde la zona fría hasta llegar a la temperatura deseada. 3. Al acercarse las manos a la cara se establece un ligero masaje con las manos húmedas, primero con agua templada y finalmente con agua fría. Se realiza un suave masaje por toda la cara, la frente, las orejas, los ojos, los cachetes, la boca, la barbilla y el cuello. 4. Se realizan tres respiraciones y se toma consciencia del estado en el que se esté, sin juzgarlo. 5. Se toma el peine o el cepillo y se arregla el pelo de forma atenta, acompañando cada pasada con la respiración durante 2 minutos. Para ello se incorpora un reloj de arena en el cuarto de baño. 6. Con el cepillado de dientes se realiza la misma actuación. 7. En la ducha se le sugiere al enfermo que utilice diferentes geles para cabeza y cuerpo con diferentes aromas que se irán cambiando mensualmente. Se le sugiere que antes de darse el jabón sea consciente del aroma durante 3-5 respiraciones. 8. Durante el baño se le sugiere que realice un escaneo corporal con la esponja, siendo consciente cuando se pasa por el cuello, brazos, pecho, abdomen, se le ayuda en la espalda, zona genital, piernas y pies donde se le vuelve a ayudar. 9. Antes de salir del baño nos sonreímos con los ojos cerrados durante 3-5 respiraciones, seguidamente abrimos los ojos y nos observamos de 3-5 respiraciones sin juzgarnos.
Vestido	<ol style="list-style-type: none"> 1. En función del estado del enfermo se le deja que elija la ropa o se le proponen diferentes alternativas para que elija. Se le indica que realice la actividad pausadamente, siendo consciente de la respiración durante el proceso. Si se despista le volvemos a indicar que observe la respiración amablemente, con una sonrisa. 2. Cuando esté vestido, le indicamos que realice un escaneo corporal desde la cabeza hasta los pies. 3. Si el enfermo presenta un deterioro avanzado se aprovecha el momento del vestido para realizar un escaneo corporal mediante un masaje breve cuando se le introduce la ropa.
Uso del WC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le indica al enfermo que mientras esté sentado en la tasa que sea consciente de las respiraciones, sin preocuparse de las deposiciones o la micción. 2. Se acompaña de una música relajante, tipo Dan Gibson por ejemplo, y aromaterapia en los casos de estreñimiento.
Deambulación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al levantarse se indica que preste la atención en la tensión muscular en las piernas y la cintura. 2. Se le indica al paciente que preste atención a los cinco primeros pasos, contando del 1 al 5. 3. En cualquier momento del día se le indica al enfermo que nos acompañe caminando al ritmo de la respiración, un paso cuando se inspira y otro cuando se expira, durante 2 o 3 minutos. 4. Se planifican dos paseos diarios, uno en la mañana y otro en la tarde, en el que se camina al ritmo de la respiración contando el número de pasos mientras se inspira y el número de pasos mientras se expira. 5. Mientras se suben los escalones se dice paz cuando desplaza la pierna izquierda y calma cuando desplaza la derecha. 6. Subes los escalones al ritmo de cada inspiración y expiración, siendo consciente del estado corporal cuando finaliza el ascenso o el descenso. 7. Te desplazas a ritmo suave acompañado por una música relajada, por ejemplo "Air" de Johann Sebastian Bach o el "Longo" de Georg Friederich Handel, o a una marcha más veloz al ritmo de los "Valses" de Johann Strauss. 8. Se realiza un paseo mientras se le presta atención a los sonidos continuos y cambiantes que se producen momento a momento (coches, voces, ladridos, música, etc.).
Acostarse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentados en la cama se propone que se realicen 10 respiraciones. 2. Se propone realiza un recorrido de las actividades desarrolladas a lo largo del día, siendo consciente de todos los momentos en los que se ha estado atento en la mañana, medio día y tarde. 3. Se realiza un escaneo corporal, de la cabeza a los pies durante 3-5 minutos permaneciendo acostado. 4. Se finaliza el día pidiendo tener una noche para descansar, estando en paz y armonía.

TABLA 2	
EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL BASADOS EN MINDFULNESS	
Estimulación Sensorial	Ejercicios acompañados de la atención a la respiración
Visual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilice pinturas de colores en las habitaciones de la casa. 2. Introduzca un emoticono en el espejo del baño. 3. Introduzca un reloj de arena en el baño y esté atento a la respiración mientras se cepilla los dientes. 4. Realice sesiones con luces brillantes procedentes de fuentes luminosas. 5. Utilice platos de colores para las diferentes comidas. 6. Haga que la persona mayor y el cuidador busquen objetos en un recipiente con arena, arroz, etc. 7. Póngase guantes de colores en las manos y muévalas. 8. Ponga un acuario con peces de colores y durante unos instantes indique que mire el pez azul, después cambie e indique el naranja, 9. Visualización de una película elegida por el enfermo en la que se le da la instrucción de que se fije como se siente cuando se identifica con el protagonista masculino o el femenino en función de la escena elegida. 10. Visualización de videos musicales con imágenes de la naturaleza.
Auditiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzca cajas de música, campanas, cuencos tibetanos en la realización de ejercicios de movimiento y para iniciar y terminar las sesiones. 2. Ponga las manos del enfermo o familiar en la boca, garganta, pecho, nariz y balbucee, canturree o emita sonidos vocálicos y consonánticos. 3. Emita sonidos de animales mediante aplicaciones audiovisuales. 4. Utilice instrumentos de música, desde los sonidos más suaves hacia los más graves. 5. Ponga al enfermo y cuidador una pulsera de cascabeles en la muñeca o en los tobillos y realice ejercicios de meditación caminando, cada paso cuando no se escuche el sonido de los cascabeles. 6. Haga juegos de manos sencillos que impliquen acción tipos go/no go. 7. Cante canciones sencillas que se acompañen de movimiento. 8. Introduzca materiales que hagan ruido. Por ejemplo doblar o estrujar papel de celofán, papel de envolver, periódicos, etc. 9. Escuche distintos tipos de música. 10. Escuchen los sonidos de los electrodomésticos.
Táctil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de un escaneo corporal masajeando cada parte del cuerpo. 2. Automasaje de la mano al ritmo de la respiración. 3. Automasaje de la cara al ritmo de la respiración. 4. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar los diferentes elementos en la comida, cubiertos, vasos, platos, frutas, etc. 5. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar el agua fría, caliente y tibia en el aseo o el baño. 6. Fijarse en las sensaciones táctiles al cepillarse los dientes. 7. Fijarse en las sensaciones táctiles en la planta del pie al realizar los ejercicios de yoga en silla descalzos. 8. Fijarse en las sensaciones táctiles en la planta de los pies al caminar descalzos por diferentes superficies. 9. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar juegos con diferentes materiales, plastilina, arcilla, arena, macarrones, arroz, cereales, alubias, tejidos de distintas texturas, etc. 10. Fijarse en las sensaciones táctiles de todo el cuerpo mientras se permanece tumbado en la cama, arena o encima de la hierba.
Olfativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a la persona mayor y al cuidador a múltiples experiencias distintas utilizando objetos cotidianos como la colonia, desodorante, polvos de talco, pasta de dientes, etc. 2. Se proporcionan experiencias mediante la utilización de especias y hierbas aromáticas como la canela, menta, chocolate, ajo, orégano, tila, café, etc. 3. Se exponen olores de distintas frutas y verduras como limón, naranjas, manzana, plátano, guisantes, cebollas, coliflor, patatas, pepinillo, etc. 4. Se proporcionan experiencias para experimentar distintos aromas de flores como las rosas, claveles, lirios, etc. 5. Se proporcionan la oportunidad de oler distintos productos de limpieza como espíritu de sal, amoníaco, friegasuelos de pino, etc. 6. Se proporcionan experiencias en el domicilio que identifiquen los olores del hogar, la cocina, el dormitorio, la entrada, etc. 7. Se sugiere que se utilice distintos recipientes con mezclas de flores secas, ambientadores, inciensos para cada habitación de la casa. 8. Se sugiere que durante el baño se utilice gel y champú con aroma. 9. Se sugiere que se enciendan velas olorosas los fines de semana y fiestas especiales como cumpleaños, aniversarios, etc. 10. Asocie determinados olores a cada estación del año.
Gusto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se proporcionan experiencias con sabores dulces como azúcar, miel, manzana, fresa, golosinas, etc. 2. Se proporcionan experiencias con sabores agrios como el limón, pomelo, lima, nata líquida, yogurt, pepinillos, etc. 3. Se proporcionan experiencias con sabores ácidos como chocolate ácido, té, café, vinagre, canela, mostaza, etc. 4. Se proporcionan experiencias con sabores salados como sal, patatas fritas, anchoas, aceitunas, etc. 5. Se proporcionan experiencias con sabores variados como anís, menta, cerveza sin alcohol, guirache, etc. 6. Mantenga al enfermo cerca mientras cocina, comparta los ingredientes a medida que los utiliza y favorezca que colabore en la elaboración de los platos. 7. Compre distintas pastas de dientes de sabores. 8. Experimente con distintas variedades de pan. 9. Experimente con distinto tipo de jugos de frutas y verduras. 10. Introduzca sabores de especias como la pimienta, curry, etc. Hágalo gradualmente en función del paladar del enfermo.

LOS EFECTOS POTENCIALES DE LA MEDITACIÓN SOBRE EL DECLINAMIENTO COGNITIVO RELACIONADO CON LA EDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tim Gard, Britta K. Holzel y Sara W. Lazar

Ann N Y Acad Sci. 2014 January; 1307: 89-103, doi: 10.1111/nyas.12348.

Resumen

En una sociedad que envejece rápidamente se vuelve cada vez más importante atacar el deterioro relacionado con la edad de las funciones cognitivas. Una evidencia creciente sugiere que los programas de entrenamiento cognitivo pudieran tener el potencial para contra atacar este declinamiento. Sobre la base de un cuerpo creciente de investigaciones que muestran que la meditación tiene efectos positivos sobre la cognición en adultos jóvenes y de edad intermedia, la meditación podría disminuir el declinamiento cognitivo normal relacionado con la edad o incluso mejorar la función cognitiva en adultos mayores. Nosotros revisamos la Web of Science (1900 artículos al momento), PsycINFO (1597 artículos al presente), MEDLINE (1950 artículos al presente) y CABI (1910 artículos al presente) para identificar estudios originales que investigaran los efectos de la meditación en la cognición y el declinamiento cognitivo en el contexto del envejecimiento. En la revisión se incluyeron doce estudios, seis de los cuales fueron ensayos aleatorios controlados. Los estudios abarcaron una amplia variedad de técnicas meditativas y reportaban efectos positivos preliminares sobre la atención, la memoria, la función ejecutiva, la velocidad de procesamiento y la cognición en general. No obstante, muchos estudios tenían altos riesgos de vías y empleaban muestras de con pocos sujetos. Las tasas de deserción eran bajas y las tasas de satisfacción eran altas. Concluimos que las intervenciones con meditación con adultos mayores eran posibles y la evidencia preliminar sugería que la meditación puede disminuir el declinamiento cognitivo relacionado con la edad.

ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA

Eduard Forcadell López, Mónica Astals Vizcaino, Devi Treen Calvo, Jacobo Chamorro López y Santiago Batlle Vila

Revista de Psicoterapia, marzo, 2016, Vol. 27, No 103, págs. 203-213

Resumen

Introducción y Objetivos: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y a menudo persiste en la edad adulta. Los tratamientos conductuales y farmacológicos constituyen las intervenciones más eficaces. Para paliar algunos de sus déficits ha surgido un interés en nuevos tratamientos. El mindfulness (atención plena) se ha posicionado como una aproximación prometedora para abordar síntomas nucleares del trastorno y otras afecciones relacionadas. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión descriptiva para investigar la evidencia de los tratamientos basados en mindfulness para personas con TDAH.

Método: Se realizó una búsqueda en la base de datos electrónica Pubmed, utilizando las palabras clave "mindfulness", "ADHD", "attention deficit disorder with Hyperactivity". Los criterios de inclusión fueron: artículos en inglés que emplearan intervenciones basadas en mindfulness para tratar pacientes (niños y adultos) con TDAH. Siete publicaciones cumplieron los criterios de selección para formar parte de la muestra.

Resultados: Se obtuvieron resultados positivos en todos los trabajos en referencia a la disminución de la sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva (en algunos casos reducciones superiores al 30% de los síntomas) medida a través de autoinformes. Los resultados en tareas neuropsicológicas no fueron tan favorables ni consistentes.

Discusión: Las intervenciones basadas en mindfulness para tratar pacientes con TDAH han mostrado resultados prometedores. En futuras investigaciones será necesario incorporar mejoras metodológicas; incrementar el tamaño de las muestras, grupos control, evaluaciones clínicas, incluir pruebas neuropsicológicas y examinar los efectos a largo plazo del tratamiento.

ESTRATEGIA BASADA EN MINDFULNESS PARA AUTO ADMINISTRAR LA CONDUCTA AGRESIVA EN ADOLESCENTES CON AUTISMO

Singh, Lancioni, Manikam, Winton, Singh, Singh & Singh

La investigación epidemiológica actual reporta un incremento en la prevalencia de los desordenes del espectro autista (DEA) durante la última década (Matson & Kozlowski, 2011). En estudios recientes, Kogan et al. (2009) reportó un puntaje de prevalencia de 110 por 10 000 de diagnósticos reportados por los padres de DEA en niños de Estados Unidos con una edad entre 3 – 17 años para el año 2007 y el Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC, 2009) reportó 90 por 10 000. Aún con variaciones en términos de la edad de los niños, el género, la raza/etnicidad y el estatus sociométrico, así como en el tamaño de las muestras consideradas, la prevalencia de los DEA aparece incrementándose dramáticamente. Además, aunque las intervenciones conductuales tempranas puedan proporcionar un pronóstico positivo para algunos niños (Matson & Smith, 2008; Peters.Scheffer, Didden, Korzilius & Sturmey, 2011), se trata de una condición para toda la vida con sus retos para la atención educativa, social y terapéutica en la mayoría de los niños con DEA.

Muchos niños con DEA muestran comportamientos retadores en sus años de desarrollo y para algunos, estos comportamientos persistirán en la adolescencia y la edad adulta. Se han reportado tasas tan altas como de 45% (Poppes, Putten & Vlaskamp, 2010). Las conductas retadoras, especialmente la agresión, frecuentemente constituyen grandes barreras para la independización y para lograr una calidad de vida razonable en la comunidad (Hastings, 2002; Singh, Lancioni, Winton Singh, en prensa).

La intervención más frecuente para los comportamientos agresivos en las personas con DEA se basa en principios y procedimientos derivados del análisis conductual aplicado y el apoyo conductual positivo (Carr, 2007; Carr et al., 2002). La intervención conductual más efectiva se basa en una tecnología de supervisión funcional que posibilita a los investigadores y a los médicos derivar y evaluar hipótesis sobre el funcionamiento de la agresión en ambientes específicos (Matson, 2009; Matson & Nebel-Schwalm, 2007). Típicamente, al menos una investigación claramente se alinea con la función clave de la conducta agresiva. Las intervenciones varían en amplitud, desde un solo propósito (como, eliminar la conducta agresiva) hasta diversos propósitos (eliminar la conducta agresiva, enseñar habilidades de interacción social y mejorar la calidad de vida). Generalmente, las intervenciones conductuales para la agresión en las personas con autismo pueden ser clasificadas ampliamente en tres grupos: (a) estrategias antecedentes, (b) estrategias instruccionales y (c) estrategias con manejo de contingencias (ver Singh, Lancioni, Winton & Singh, en prensa, para una revisión). La evidencia actual sugiere que, con cierto grado de variación, las tres estrategias producen un buen control de la conducta agresiva en las personas con autismo, al menos en el corto plazo (Matson, 2009; Singh, Lancioni, Winton & Singh, en prensa).

La segunda intervención más común para la conducta agresiva de las personas con autismo involucra la psicofarmacoterapia (Matson & Neal, 2009). Los datos de la investigación actual no resultan muy impresionantes respecto a la efectividad de la psicofarmacoterapia para la conducta agresiva de esta población. Existe una evidencia sugerente de una droga típicamente anti psicótica (Haloperidol) y de 6 anti psicóticos atípicos o de nueva generación (risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina, ziprasidona y aripiprazola) como posiblemente útiles para reducir la agresividad en personas con DEA. La evidencia respecto a las drogas anti depresivas (fluvoxamina, fluoxetina y sertralina) es mucho menor y no hay buena evidencia actual respecto a que alguna otra medicina resulte efectiva en el tratamiento de la agresión en esta población.

Tanto las intervenciones conductuales como las psicofarmacológicas para las personas con autismo se basan en agentes externos (familiares, cuidadores y maestros) para administrar las contingencias programadas o los medicamentos. Sin embargo, lo deseable es posibilitar que los individuos con deficiencias aprendan habilidades de auto administración que les permitan regular su propio comportamiento y alcanzar metas auto seleccionadas (Singh, Lancioni, Winton, Adkins, et al, en prensa). Una fortaleza de este enfoque es que los procedimientos auto administrados evitan problemas de generalización y mantenimiento ya que las personas pueden emplearlos en diversos escenarios, proporcionarse auto reforzamiento inmediato y aplicarlos ante conductas cubiertas, pensamientos y emociones. En este contexto, el papel de los cuidadores es el de ayudar a las personas a elegir apropiadamente las estrategias auto administradas que sean adecuadas para su habilidad cognitiva, enseñarle a las personas a usar las estrategias, proporcionar apoyo y motivación y en general ser instructores mientras aprenden, practican y usan correctamente las técnicas seleccionadas. Está bien establecido que las personas con deterioros intelectuales, particularmente aquellos con poco deterioro, pueden aprender a usar estrategias auto administradas (Taylor, Novaco, Gillmer, Robertson & Thorne, 2005). La investigación consigna que estas personas pueden, no solo reportar con precisión sus propios estados emocionales, sino responder también apropiadamente a ellos (Rose, West & Clifford, 2000). Aunque estos datos sean aplicables a las personas con autismo que son agresivas aún quedar por ser establecido.

Hay una cantidad emergente de investigaciones que atestiguan la efectividad de los procedimientos basados en mindfulness para ayudar a las personas con deficiencias intelectuales en la ajuto administración de sus comportamientos desafiantes. Por ejemplo, la Medicación en las Plantas de los Pies (MpP) ha mostrado ser razonablemente efectiva para auto administrar la agresividad, la disrupción y la destrucción de propiedades en personas con deficiencias intelectuales (Singh, Lancioni, Winton, Adkins, et al, en prensa). Mediante el empleo de MpP, las personas pueden desviar su atención desde un pensamiento emocionalmente perturbador, evento o situación, que pudiera llevarlos a comportarse agresivamente hacia una parte del cuerpo emocionalmente neutra, las plantas de los pies. La persona aprende a detenerse, enfocar la mente en su cuerpo, calmarse y luego elegir la forma de reaccionar ante el pensamiento, el evento o la situación que dispara la conducta agresiva. Nuestra experiencia con este procedimiento mindfulness sugiere poderosamente que, una vez dominado hasta el punto de la automatización, la persona puede usarlo en múltiples contextos, estando sentado, parado o deambulando

lentamente. MpP provee a las personas de una respuesta internalizada que es portátil, fácil de dominar y a la que se puede acceder en casi cualquier situación.

En un estudio previo, nosotros reportamos que cuando los padres de niños con autismo son instruidos en prácticas de mindfulness, los comportamientos retadores de sus hijos, incluyendo la agresión, se reducen sin necesidad de una intervención directa con ellos (Singh, Lancioni et al, 2006; Singh, Winton et al, 2006). Esto nos indica que los niños con autismo pueden detectar y responder a los comportamientos mindful de sus padres y esto produce cambios en sus conductas retadoras. En el presente trabajo, nos interesa investigar si los adolescentes con autismo podrían aprender a dominar la MpP y emplearla con efectividad para manejar sus tasas relativamente altas de conducta agresiva hacia sus familiares y padres, en ausencia de un entrenamiento mindful en los padres.

METODO

Sujetos.- Se trabajo con tres adolescentes. Mike con 14 años de edad y alumno de 6º grado. Chris con 16 años de edad y alumno de 9º grado y Steve de 17 años y alumno de 10º grado. A los tres se les habían prescrito medicamentos psicotrópicos para controlar su agresividad, aunque estos no tuvieron un efecto duradero.

Procedimiento.- El procedimiento requirió que los adolescentes rápidamente cambiaran el foco de su atención desde el evento disparador de la agresión hasta un lugar neutral de su cuerpo, las plantas de los pies.

RESULTADOS

Durante la línea base, la tasa de comportamientos agresivos para los tres sujetos era de un rango promedio de entre 14 y 20 por semana, llegando a un rango entre 4 y 6 por semana durante el entrenamiento mindfulness y pudiendo observarse tasas de 0 durante las 4 últimas semanas de la intervención. ya en el seguimiento que duró 3 años, se observaron tasas de una vez por año.

CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren que los adolescentes con autismo pueden aprender y usar con efectividad un procedimiento basado en mindfulness para auto administrar su agresión física por varios años.

EVIDENCIA DEL IMPACTO DE MINDFULNESS EN NIÑOS Y JOVENES

Katherine Weare

Para el caso de los adultos existe evidencia razonablemente fuerte sobre el impacto positivo de mindfulness para un amplio rango de condiciones de salud física, sobre habilidades sociales y emocionales y el bienestar, así como respecto al aprendizaje y la cognición. También hay buena evidencia desde la neurociencia y las imágenes del cerebro, de que la meditación mindfulness altera confiable y profundamente la estructura y la función del cerebro para mejorar la calidad tanto del pensamiento como de las emociones.

La investigación con niños y jóvenes no está tan extendida como la que se hace con adultos y los estudios efectuados hasta ahora tienen limitaciones metodológicas, como el usar muestras pequeñas y carecer de grupos control asignados al azar. Por ello, sus conclusiones resultan tentativas. No obstante, el trabajo crece rápidamente y los resultados son prometedores, sugiriendo que el uso de mindfulness en las escuelas es una práctica recomendable.

Mindfulness para niños y jóvenes

En dos revisiones sistemáticas recientes, que reúnen todos los reportes actuales, concluyen que los resultados de estos trabajos son confiables y prometedores (Burke, 2009; Harnett & Dawe, 2012). El consenso indica que estas intervenciones son, en general, aceptables y bien recibidas por los participantes y no ha habido reportes de cualquiera de ellas haya producido algún daño (o los llamados 'efectos adversos').

Las intervenciones mindfulness bien conducidas han mostrado ser capaces de resolver problemas de personas jóvenes que toman parte de ellas y mejorar su bienestar, reducir sus preocupaciones, su ansiedad, su malestar, su impulsividad y mal comportamiento, mejorar su sueño, su auto estima y ayudarlos a encontrar mayor tranquilidad, relajación, auto regulación y atención. Los adolescentes minful, ya sea por su temperamento o por su entrenamiento, tienden a experimentar mayor bienestar y mindfulness correlaciona positivamente con emociones positivas, popularidad y mayor facilidad para hacer amistades, al tiempo que correlaciona negativamente con las emociones nocivas y la ansiedad (Miners, 2008).

También se ha demostrado que mindfulness contribuye directamente al desarrollo de habilidades cognitivas y ejecutivas en los jóvenes. Cuando los niños y los jóvenes aprenden a estar más 'presentes' y menos ansiosos, frecuentemente encuentran que pueden prestar atención mejor y mejorar la calidad de sus ejecuciones, en el salón de clases, en el campo deportivo y en las ejecuciones artísticas. Frecuentemente se tornan más enfocados, más dispuestos a enfrentar situaciones desde una perspectiva fresca, empleando su conocimiento con mayor eficiencia y mantenerse atentos.

RESUMENES DE ALGUNAS INVESTIGACIONES

Estudios en el contexto escolar enfocadas en el Bienestar Emocional

Napoli, Krech & Holley (2005) reportaron los resultados de un trabajo integrado de mindfulness y relajación con 225 niños con ansiedad alta, de una edad entre 5 y 8 años que participaban en un 'Programa Académico de Atención' en un contexto escolar. La intervención se conformaba de 12 sesiones de 45 minutos cada una de ellas. Los niños mostraron un decremento significativo tanto en test de ansiedad como en comportamientos del tipo del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y también un incremento en la habilidad de prestar atención. El estudio fue razonablemente fuerte metodológicamente, era un ensayo con control aleatorio que contaba con una muestra larga y hacía uso de medidas objetivas de la atención.

Wall (2005), en un pequeño estudio, delinea los esfuerzos de un programa para enseñar Reducción del Estrés basado en Mindfulness (MBSR) y Tai Chi en una escuela para jóvenes entre 11 y 13 años de edad en los estados unidos, que produjo beneficios percibidos como la mejoría del bienestar, tranquilidad, relajación, sueño mejorado, menos reactividad impulsiva, un aumento en habilidades de auto cuidado y de auto consciencia, así como un sentido de conexión con la naturaleza.

El currículum de "aprender a RESPIRAR" es un programa derivado de MBSR que fue evaluado por **Broderick y Metz (2009)**. Su estudio, conducido con un grupo de estudiantes de 17 a 19 años de edad en una escuela americana independiente para mujeres, mostró reducción en los afectos negativos, aumento de la tranquilidad, relajación, auto aceptación, regulación emocional, atención y claridad.

Huppert y Johnson (2010) reportaron los resultados de mindfulness en proyectos escolares (MiSP) como un programa piloto con estudiantes varones de entre 14 y 15 años de edad. Se llevó a cabo en dos escuelas independientes en Inglaterra, donde 4 semanas de entrenamiento en mindfulness produjeron efectos significativos en mindfulness, auto-resiliencia o bienestar entre estudiantes que regularmente hacían 10 minutos de práctica en el hogar durante el día.

Hennelly (2011) observaron a 68 adolescentes, estudiantes con edad entre 14 y 16 años en una secundaria mixta típica, que siguieron todo el curso MBSR de 8 semanas. Hubo diferencias significativas entre los participantes y los grupos control, en mindfulness, resiliencia y bienestar, con efectos a largo plazo aún mayores a los de corto plazo. Los estudiantes, sus maestros y sus padres también reportaron mejorías subjetivas en los estudiantes respecto a su motivación y su confianza, su competencia y su efectividad.

Schonert-Reichl y Lawlor (2010) investigaron un programa basado en mindfulness, otorgado por maestros, involucrando 10 lecciones y práctica tres veces al día de meditación mindfulness. En general, hubo un incremento significativo en calificaciones de mediciones auto reportadas sobre optimismo y emociones positivas. Los reportes de los maestros mostraron una mejoría en

competencias sociales y emocionales para los niños en el grupo intervenido y una disminución en la agresividad y en los comportamientos oposicionistas.

Joyce et al (2010) reportaron diferencias pre y post en un grupo de niños de edad entre 10 y 13 años con mediciones de problemas conductuales y depresión. El programa de 10 semanas otorgado por maestros llevó a una reducción significativa en problemas de conducta auto reportados y en puntajes de depresión, particularmente en pupilos con niveles clínicos significativos de problemática, anteriores a la intervención.

Liehr y Diaz (2010) llevaron a cabo un pequeño ensayo aleatorizado comparando una intervención basada en mindfulness con otro enfoque. 18 niños de minorías marginadas reclutados de un campamento de verano fueron aleatoriamente asignados, ya sea a una intervención basada en mindfulness en donde asistieron a clases de 10 minutos de respiración mindfulness por 2 semanas o a un grupo de educación para el sofoco (calor), ambas intervenciones enfocadas en la depresión y la ansiedad. Hubo una reducción significativa en los síntomas de depresión para aquellos en el grupo mindfulness y una reducción en la ansiedad para ambos grupos, en el seguimiento inmediato post tratamiento.

Lau y Hue (2011) efectuaron un ensayo piloto controlado obteniendo resultados preliminares de un programa basado en mindfulness en escuelas de Hong Kong con 24 adolescentes de entre 14 y 16 años de edad con bajo rendimiento escolar en dos escuelas secundarias, utilizando grupos control de igual tamaño. Hubo una reducción significativa de síntomas depresivos y un aumento significativo en el bienestar entre los jóvenes que recibieron la intervención.

Estudios en el contexto escolar enfocados en el Aprendizaje

Semple et al (2010) supervisaron el impacto de un programa de 12 semanas basado en mindfulness y terapia cognitiva en niños de entre 9 y 13 años de edad que tenían problemas académicos y riesgo de reprobación. Se encontraron mejorías significativas al medir la atención, así como reducciones en la ansiedad y en comportamientos problemáticos, comparados con otros estudiantes que aún no recibían el programa.

Saltzman y Goldin (2008) reportaron una intervención MBSR de 8 semanas con 31 niños de edades entre 9 y 11 años, quienes participaron junto con sus padres. Los maestros eran instructores mindfulness experimentados. Los análisis indicaron viabilidad y mejorías para los niños y los padres en la atención, la reactividad emocional y en algunas áreas de meta-cognición, basado en auto reportes y reportes de los padres, así como en una medida objetiva de la atención.

Beauchemin, Hutchins y Patterson (2008) observaron la viabilidad de, actitudes hacia y resultados de 5 semanas de meditación mindfulness en una intervención administrada a 34 adolescentes diagnosticados con dificultades para el aprendizaje. Todas las mediciones de los resultados mostraron mejorías significativas, donde los participantes que terminaron el programa demostraron reducción su ansiedad, mejoría de habilidades sociales y en sus calificaciones. Los autores hipotetizaron que la meditación mindfulness redujo la ansiedad y la percepción negativa de ellos mismos, que, a su vez, promovió mejoría en sus habilidades sociales y académicas.

Schonert-Reichl y Hymel (2007) revisaron el programa “MindUP” que promovía el desarrollo del bienestar usando estrategias sociales, emocionales y atencionales, incluyendo ejercicios mindfulness. Los maestros notaron mejorías en niños de entre 9 y 13 años, en su conducta, atención y concentración.

Flook et al (2010) revisaron el programa de habilidades mindfulness “Inner Kids” que ha sido enseñado por el mundo. Su evaluación en niños de entre 7 y 9 años produjo que los padres y maestros notaran mejorías en la denominada ‘función ejecutiva’ (que se refiere a la habilidad de resolver problemas, planear, iniciar, controlar y supervisar sus propias acciones, prestar atención, ser mentalmente flexibles y multi-tarea, así como ocupar el razonamiento verbal). Quienes tenían una auto regulación pobre anterior al curso fueron observados al experimentar grandes mejorías en su regulación conductual, meta cognición y función ejecutiva.

Estudios en contextos clínicos enfocados en la Salud Mental

Bogels et al (2008) evaluaron el impacto de mindfulness en un grupo de adolescentes diagnosticados con déficits de atención y de control conductual. Ellos reportaron incrementos significativos en el alcance de metas personales, una mejor atención, felicidad y consciencia mindful. Cambios que fueron ratificados por sus padres.

Zylowska (2008) reportó los resultados de un estudio piloto con 8 adolescentes con Déficit de Atención y Trastorno Hiperactivo (ADHD), quienes formaron parte de un curso de mindfulness y mostraron mejoría en tareas donde se midió su atención e inhibición cognitiva, así como ansiedad externamente observada y auto reportada, además de en síntomas depresivos.

Biegel et al (2009) estudiaron los efectos de un curso MBSR de 8 semanas para sujetos de entre 4 y 18 años de edad con un amplio rango de diagnósticos. Cuando se compararon con un grupo control, los jóvenes que recibieron MBSR auto reportaron reducción significativa de síntomas de ansiedad, depresión e inquietud somática, una mejor supervisión general de su funcionamiento y un aumento de auto estima y calidad de sueño.

Mendelson et al (2010) emplearon una intervención basada en mindfulness para mejorar la habilidad de auto regularse en sujetos de 9 y 10 años de edad provenientes de ambientes desaventajados. La intervención incluyó actividad física basada en la Yoga, técnicas de respiración y práctica guiada en mindfulness diseñada para ayudar a los niños a manejar la inquietud y los niveles de estrés. Se encontraron algunas reducciones significativas en medidas de respuesta involuntaria al estrés y hubo la tendencia a mejorar su confianza y el número de amigos.

Bootzin y Stevens (2005) investigaron el impacto de una intervención mindfulness con 55 adolescentes con edades entre 13 y 19 años, quienes recibían tratamiento por abuso de sustancias y problemas del sueño. Este se conformaba de 6 sesiones que incluían componentes de MBSR y tratamiento para el insomnio. Hubo reducciones significativas en su inquietud y mejoría en su sueño, tanto en tiempo como en calidad para los jóvenes que completaron el curso. Aunque el uso de sustancias aumentó durante la intervención para todos los que participaron, luego de 12 meses, quienes completaron el curso mostraron reducción en el uso de sustancias, mientras que los que no terminaron el curso continuaron aumentando el uso de sustancias.

Estudios que se enfocan en la Salud Física

Gregoski et al (2011) en un ensayo aleatorizado buscó los efectos de la meditación con respiración mindfulness en el contexto de un campo de verano con 166 adolescentes Afro-Americanos que estaban con riesgo de enfermedad cardiovascular. Los estudiantes experimentaron una intervención mindfulness de 12 semanas durante clases regulares de educación para la salud. La meditación con consciencia de la respiración produjo grandes reducciones en la presión sanguínea sistólica comparado con los efectos del Entrenamiento regular en Habilidades Vitales o los programas de Educación para la Salud. Los participantes pensaban que la meditación en la respiración también mostraba reducciones por 24 horas en la presión sanguínea diastólica y en la tasa cardiaca, comparado con el grupo de habilidades para la vida.

MINDFULNESS PARA MAESTROS: UN ESTUDIO PILOTO PARA SUPERVISAR LOS EFECTOS SOBRE EL ESTRÉS, EL BURNOUT Y LA EFICACIA EN LA ENSEÑANZA

Flook, Goldberg, Pinger, Bonus y Davidson

Los maestros juegan un papel central para producir un clima en el salón de clases, que les permita a los alumnos aprender y obtener un bienestar social-emocional. Sin embargo, la enseñanza puede resultar estresante y difícil el manejo de la dinámica del salón de clases.

El estrés puede perjudicar su habilidad de ser responsivo y efectivo en el salón. Se han citado múltiples fuentes de estrés, que incluyen las demandas temporales de puntualidad, el exceso de trabajo, la conducta problemática de los estudiantes, así como factores organizacionales y administrativos de la institución escolar (Blase, 1986; Boyle, Borg, Falzon & Baglioni, 1995).

El costo personal, social y financiero asociado con el burnout es demasiado grande para ignorarlo. La percepción de los maestros de su estrés y su habilidad para encarar las demandas de su ambiente, tienen implicaciones en el burnout (McCormick & Barnett, 2011). En particular, la sensación de auto-eficiencia y la conectividad con los alumnos y colegas han sido identificadas como elementos importantes vinculados con el compromiso con la enseñanza y una menor fatiga emocional y malestar psicológico (Klassen, Perry Y Frenzel, 2012; Tuettemann & Punch, 1992).

El estrés y el burnout de los maestros han sido un reto actual en la educación. El proporcionar recursos para mejorar la sensación de los maestros de eficacia personal y de habilidad para manejar el estrés puede reducir el burnout. Manejar y reducir el estrés es parte de la fórmula para promover un ambiente de salón de clases saludable. Proporcionarles a los maestros herramientas para su auto cuidado puede traducirse en un incremento de su efectividad en sus funciones de enseñanza. Apoyar la habilidad de los maestros para confrontar las demandas de su trabajo y apoyar su propio bienestar es una necesidad, con implicaciones en el aprendizaje y en el éxito escolar de sus alumnos.

La mayoría de las intervenciones en el ambiente escolar se diseñan para los estudiantes. Hay pocos esfuerzos para enfrentar el estrés y el burnout entre los profesores. Los programas que se han dirigido a los maestros tienen diversos enfoques y han tenido grados variables de éxito (Richardson & Rothstein, 2008). No obstante, todavía hace falta un programa que sea implementado sistemáticamente como parte del entrenamiento profesional de los profesores.

Un enfoque para la reducción del estrés que ha ganado un gran reconocimiento es el entrenamiento en mindfulness para enfocar la atención y el procesamiento emocional (Bishop et al, 2004). Empleado en una diversidad de escenarios, la Reducción del Estrés basada en Mindfulness (MBSR, Kabat-Zinn, 1990) es una forma ampliamente conocida de entrenamiento en mindfulness que ha mostrado reducir el estrés, la depresión y la ansiedad (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010). Estos aspectos de la salud mental se reportan con frecuencia entre educadores (Kyriacou, 2001). Así que, los maestros puedan alcanzar

beneficios por aprender y practicar las técnicas mindfulness. Sin embargo, dadas las demandas considerables por la carga de trabajo, junto con las responsabilidades familiares, los maestros no son dados a buscar este entrenamiento de parte de algún proveedor del sector salud. Por ello, hacerles accesible el entrenamiento y diseñarlo con la relevancia específica para los profesores, fuera de un ámbito estrictamente de la salud mental es un aspecto importante a considerar.

Bases Psicológicas y Neurocientíficas para el entrenamiento Mindfulness

Mindfulness es descrito como el prestar atención al momento presente, con propósito y sin juzgar (Kabat-Zinn, 1994) Mindfulness, que se deriva de las tradiciones meditativas con siglos de antigüedad y se enseña de manera secular, se ha relacionado con una mayor activación de las regiones del cerebro responsables de la regulación de la atención y el efecto positivo, incluyendo la empatía y otras emociones pro sociales (Davidson et al, 2003; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard & Davidson, 2004; Lutz, Slagter, Dunne & Davidson, 2008).

Un enfoque mindfulness para el estrés puede involucrar el atender a las sensaciones corporales, observar los pensamientos y las emociones relacionadas con el estrés, practicando la auto compasión.

Aplicaciones Mindfulness para Maestros

Mindfulness se ha propuesto como una forma de apoyar el desarrollo profesional para manejar las demandas de la enseñanza y existen diversos programas que ofrecen este tipo de entrenamiento, sin embargo, es necesaria una investigación empírica más rigurosa en esta área (Roeser, Skinner, Beers Y Jennings, 2012).

Napoli (2004) condujo un estudio con tres maestros quienes reportaron habilidad para manejar el conflicto y la ansiedad, así como una mayor productividad en el salón de clases subsecuente a un entrenamiento en mindfulness.

Uno de los pocos estudios empíricos en la literatura que empleó una muestra de maestros, utilizó un entrenamiento de 5 semanas en “meditación estandarizada” que incluía clases semanales y una dosis recomendada de sesiones de práctica, con 2 sesiones de 20 minutos diarios en el hogar y en la escuela (Anderson, Levinson, Barker & Kiewra, 1999). El entrenamiento en meditación estandarizada incluía mantra, observación de la respiración y práctica grupal. La muestra consistía de maestros de primaria, secundaria y preparatoria aleatoriamente asignados a un grupo con la intervención (n = 45) o a un grupo control (n = 46). Los efectos del entrenamiento fueron supervisados con un diseño pre- post y un seguimiento de 1 mes con mediciones de la ansiedad, el burnout y el estrés. Los resultados mostraron mejorías en la ansiedad de estado y percibida, menor fatiga emocional (un componente del burnout) y reducción del estrés en el post-test, así como menos despersonalización (otro componente del burnout), en el seguimiento luego de 1 mes.

Un estudio más reciente de MBSR para maestros de primaria incluyó a 10 participantes en la intervención y no hubo grupo control (Gold et al, 2010). Las mediciones pre y post-test incluyeron una medida de la depresión, la ansiedad y el estrés, así como una escala de mindfulness. Los maestros reportaron mejorías en la depresión y el estrés, así como una mayor aceptación sin juzgar (un componente de la escala mindfulness).

Otro estudio reciente se enfocó en un entrenamiento con meditación combinada con regulación emocional para maestras (Kemeny et al, 2012). Se recolectaron auto reportes en diversos puntos del proceso de asesoría (línea base, post-test y seguimiento de 5 meses). Participaron 76 sujetos. El entrenamiento duró 8 semanas, incluyendo 4 sesiones de todo el día y 4 sesiones vespertinas. Las maestras en el grupo de intervención, comparadas con el grupo control, reportaron un afecto más positivo y mayor mindfulness; mostraron mejor habilidad para reconocer las emociones de otros, así como mayor sensibilidad ante palabras relacionadas con la compasión en tareas conductuales. La cantidad de la práctica se relacionó con una menor reactividad fisiológica (medida como presión sanguínea) ante una tarea estresante de laboratorio.

Propósito del estudio presente

Mindfulness ha sido identificado como una manera prometedora para cultivar la atención y reducir el estrés, poca investigación ha explorado este enfoque con maestros, así como su impacto en su rol profesional.

Nosotros esperamos que el entrenamiento mindfulness se asocie con una reducción del burnout y sus síntomas psicológicos, que funcione mindfulness en los sujetos y mejore su atención y las tareas con correlatos emocionales, así como que mejoren las prácticas de enseñanza en el salón de clases, haciéndolas más efectivas.

Entrenamiento mMBSR

El currículum MBSR fue adaptado para los maestros con el objeto de enfocarse en habilidades de integración dentro del salón. Dos instructores entrenados en MBSR, con cerca de 15 años de experiencia, condujeron la intervención. Las adaptaciones para los maestros en este curso mMBSR incluían el presentar el programa de entrenamiento exclusivamente para educadores, aumentando el número de sesiones, proporcionando una variedad de prácticas guiadas con opciones temporales variando en duración (ejem.: 15 min, 30 min, 45 min), además de prácticas y actividades específicamente relacionadas con la escuela.

El curso duró 8 semanas, con 2.5 horas a la semana, además de todo un día de inmersión (6 horas), haciendo un total aproximado de 26 horas de practica grupal e instrucción.

METODO

Participantes

Un total de 18 maestros de escuelas primarias públicas fueron reclutados para participar en el estudio; 10 de ellos aleatoriamente fueron asignados al grupo que recibió la intervención y los 8 restantes aleatoriamente se asignaron a un grupo control de lista de espera. La muestra fue predominantemente femenina (n=16) con un promedio de edad de 43.06 años.

Mediciones

Variable: Perturbaciones Psicológicas

Test: Symptom Checklist 90-R (Derogatis, 1994)

Variable: Mindfulness y Auto-compasión

Test: Five Facet Mindfulness Scale (FFMQ; Baer et al, 2008)

Test: Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003)

Variable: Burnout

Test: Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES; Maslach, Jackson & Leiter, 1996)

Variable: Comportamiento del Maestro en el Salón de Clase

Test: The Classroom Assessment Scoring System (CLASS; LaParo, Pianta & Stuhlman, 2004)

Variable: Medición del Cortisol

Test: Muestras de saliva (nmol/L) durante tres días consecutivos (Miller, Chen & Zhou, 2007)

Variable: Tareas Neuropsicológicas y Atencionales

Test: The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB, 1999)

Test: The Rapid Visual Information Processing task (RVP; CANTAB, 2006)

Test: The Affective Go/No-Go task (AGN; Kaplan et al, 2006)

Variable: Prácticas Mindfulness

Test: Los participantes apuntaban los minutos del día que pasaban haciendo prácticas formales (meditación sentados) e informales (breves momentos de mindfulness).

Análisis Estadístico

Se llevaron a cabo pruebas t de muestras independientes para determinar diferencias entre los grupos durante la línea base. Pruebas t de muestras apareadas en las mediciones de resultados para examinar cambios intra grupo en el tiempo del pre y post-test. Para tener una medida de comparación entre grupos se usó la d de Cohen (1988) usando puntajes post-test y graficando desviaciones estándar post-test con métodos estándar (Cooper, Hedges & Valentine, 2009). Se usaron correlaciones de Pearson producto-momento para examinar relaciones entre cambios entre varias medidas. Diferentes puntajes capturaron los cambios en el tiempo (post-test menos pre-test), los que se calcularon para todas las mediciones.

RESULTADOS

- Los participantes del grupo de intervención reportaron pasar un promedio de 21.7 min por día en práctica formal y 7.5 min por día en práctica informal.
- No hubo diferencias significativas entre grupos durante el pre-test, en ninguna de las medidas.
- Ambos grupos mostraron mejoría en la sub escala de observación, del test de mindfulness y en la ejecución de las tareas de atención mantenida.
- Ambos grupos mostraron una disminución marginalmente significativa en sus cifras de cortisol diurno al paso del tiempo.
- El grupo intervenido mostró mejoría significativa en diversas medidas auto reportadas, incluyendo disminución en su sintomatología psicológica, un aumento de mindfulness y en auto compasión, así como disminución del burnout.
- Además, el grupo intervenido mejoró en los puntajes observados de comportamiento en el salón de clases, así como en su tendencia atencional afectiva. También hubo una disminución específica en la comisión de actos negativos.
- El grupo control mostró una disminución significativa en las cifras de cortisol matutino y un aumento marginalmente significativo en el burnout.
- En las medidas generales que mostraron cambios significativos dentro de cada grupo, se alcanzaron desviaciones estándar favoreciendo al grupo intervenido a mediano y largo plazo (Cohen, 1988; ejem.: sintomatología psicológica, auto compasión, compromiso personal y cortisol matutino).
- Se computaron correlaciones entre los cambios en mindfulness y los cambios en otras medidas resultantes. En el grupo intervenido, las mejorías en mindfulness se asociaron con mejorías en varias otras mediciones, incluyendo disminuciones en la sintomatología psicológica y el burnout. Basado en la guía de Cohen (1988), estas correlaciones podrían considerarse con una magnitud de mediana a grande. Las correlaciones entre las mismas variables en el grupo control no resultaron significativas.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que una intervención mindfulness adaptada para maestros enfocada en mindfulness y auto compasión, reduce la sintomatología psicológica y el burnout, aumentando la eficiencia en la enseñanza y reduciendo las tendencias atencionales.

MEJORÍA EN LA RELACIÓN DE PAREJA BASADA EN MINDFULNESS

Carson, Carson, Gil & Baucom

El campo de las relaciones íntimas, que por mucho tiempo fue caracterizado como motivo de sufrimiento para parejas en riesgo, se ha prodigado como precursor prominente del actual movimiento de la psicología positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). La investigación sobre la pareja ha elucidado los orígenes del amor y la intimidad (ejem.: Berscheid & Walster, 1978) y más recientemente, se ha enfocado en la dinámica de las relaciones con buen funcionamiento (Wenzel & Harvey, 2001). Fortalecer la relación aún en las parejas con buen funcionamiento puede traer beneficios importantes, como el mejorar las habilidades para resistir los retos de la vida, así como ser mejores padres y tener mejores hijos (Sayers, Kohn & Heavey, 1998). Sin embargo, hay muy pocos o si acaso algún ensayo controlado con alguna intervención específicamente con el propósito de mejorar la relación de parejas estables. Aunque algunos estudios han combinado parejas con problemas y sin problemas (ejem.: Ross, Baker & Guerney, 1985), casi todos los investigadores clínicos se han enfocado en desarrollar terapias efectivas para parejas angustiadas (ejem.: Baucom, Hahlweg & Kuschel, 2003; Greenberg & Johnson, 1988; Snyder & Wills, 1989) o intervenciones para la prevención temprana de parejas en riesgo o premaritales (Guerney, 1977; Markman, Floyd, Stanley & Storaasli, 1988).

El propósito del presente estudio, aleatoriamente controlado, fue probar la eficacia de un programa novedoso para parejas, la Mejora de la Relación Basada en Mindfulness. Los métodos de meditación mindfulness producen una amplitud de consciencia, un descubrimiento más fácil y fresco en todas las experiencias de la vida, con el propósito último de facilitar el acceso a nuestros recursos innatos para disfrutar de la vida, tener compasión y estar conectado. "Mindfulness" ha sido descrito como la habilidad de concentrarse en la realidad del momento presente, aceptándola y abriéndose a ella, sin caer atrapados en pensamientos elaborados o en reacciones emocionales ante las situaciones (Kabat-Zinn, 1990). Las técnicas mindfulness se usan para desarrollar una perspectiva sobre los pensamientos y las emociones que cultive el reconocimiento de estos como eventos transitorios de la mente, sin identificarse con ellos, sin tratarlos como reflexiones de la realidad necesariamente exactas. Al practicar las habilidades de la consciencia momento-a-momento, la gente busca obtener conocimiento sobre sus maneras de pensar, de sentir y de interactuar con otros, para elegir habilidosamente respuestas útiles y no reaccionar automáticamente de una forma habitual sobreaprendida (Teasdale et al, 2000). En los años recientes, mindfulness se ha aplicado eficazmente en diversas intervenciones. Las aplicaciones del programa para la reducción del estrés basado en mindfulness (Kabat-Zinn, 1982) ha recibido apoyo empírico desde diversas poblaciones no clínicas (ejem.: Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998) y clínicas (depresión-Teasdale et al, 2000; cáncer-Speca, Carlson, Goodey & Angen, 2000; Psoriasis-Kabat-Zinn et al, 1998). La promoción de la perspectiva mindful es parte integral de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993) y de la terapia de Aceptación y Compromiso (Bach & Hayes, 2002) aún sin un entrenamiento en meditación mindfulness per se.

Para el presente estudio, adaptamos el programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness para mejorar las relaciones de parejas estables. Nos basamos en la idea de que un funcionamiento individual sano es importante para un matrimonio exitoso. Revisores actuales de la literatura sobre parejas (ejem.: Sayers et al, 1998) han promovido el desarrollo de programas con el ánimo de apoyar las habilidades de pareja para confrontar el estrés. Podemos citar una aplicación del enfoque para la confrontación del estrés, que demostró resultados promisorios con estudios cuasi-experimentales (Bodenmann, Charvoz, Cina & Widmer, 2001).

Los fundamentos teóricos para evaluar un enfoque mindfulness para apoyar las habilidades de confrontación del estrés de pareja y mejorar su relación, se derivan de tres aspectos sobresalientes de este tipo de intervenciones. Primero, la meditación mindfulness, como otras técnicas meditativas (Benson, Beary & Carol, 1974), es probable que promueva la bien conocida respuesta de relajación, resultante en cambios psicofisiológicos opuestos a aquella sobreexcitación inducida por el estrés. Los investigadores han sugerido que las técnicas psicofisiológicas tranquilizadoras es probable que se manifiesten con una manera calmada de confrontación ante dificultades y retos (Gottman, 1993). Segundo, en mindfulness se hace un énfasis fundamental en la aceptación de las propias experiencias sin juzgarlas. Mediante la aceptación, los participantes frecuentemente reportan un aumento en la compasión que sienten por ellos mismos, así como una mayor empatía con los demás (Shapiro et al, 1998). Notablemente, los teóricos en el área del fortalecimiento de las relaciones saludables subrayan la importancia de la aceptación (Wenzel & Harvey, 2001), como lo hacen muchos investigadores de la terapia marital (ejem.: Christensen & Jacobson, 2000). Tercero, mindfulness parece poseer una amplia generalidad en sus efectos. Manteniéndonos en el contexto de la psicología positiva, mindfulness es considerado como una “forma de ser” en todas las experiencias de la vida, más que una forma de confrontar con problemáticas específicas en la vida (Kabat-Zinn, 1990). En este enfoque global que incorpora la totalidad de las experiencias (sean agradables o difíciles) dentro de mindfulness, la consciencia carente de juicios parece ser particularmente aplicable al funcionamiento interpersonal óptimo.

Hipotetizamos que la condición mindfulness resultará superior a la condición de lista de espera, tanto en las medidas sumarias como en las cotidianas de la relación de pareja y del funcionamiento individual. Específicamente, hipotetizamos que los sujetos en el grupo de intervención demostrarán beneficios en (a) las medidas de satisfacción en la relación, autonomía, reciprocidad, cercanía, aceptación de la pareja, felicidad en la relación cotidiana y en el estrés de la relación cotidiana, así como en (b) mediciones del bienestar individual incluyendo el optimismo, la espiritualidad, la relajación individual, el malestar psicológico, la eficacia de la confrontación diaria y del estrés general cotidiano. Más aún, evaluaremos en qué medida las parejas mindfulness demostrarán mayor resiliencia ante el impacto del estrés cotidiano y si el tiempo transcurrido día-a-día en la práctica mindfulness podría predecir los niveles de felicidad en la relación de pareja en el mismo día o en los días subsecuentes, el estrés de la relación, la eficacia de la confrontación del estrés y el estrés general.

METODO

Participantes

Los participantes fueron 44 parejas estables, heterosexuales, (22 en el grupo de intervención y 22 en el grupo de lista de espera), reclutadas principalmente de los empleados y sus parejas de un hospital, mediante anuncios redactados en volantes. Para formar parte de la investigación, la pareja debía estar casada o cohabitar por al menos 12 meses, así como satisfacer los criterios de no tener conflicto marital o trastornos psicológicos, para lo que se les aplicaron cuestionarios como el Global Distress Scale (Snyder, 1997) y el General Severity Index of the Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983);, tampoco debían estar practicando meditación o haciendo ejercicios de yoga. La edad promedio de las mujeres participantes fue de 37 años y de 39 años para los hombres. Tanto las mujeres como los hombres tenían buena educación (82% de las mujeres y 63% de los hombres tenían licenciaturas), había procreado al menos un hijo y eran caucásicas, excepto una mujer Afroamericana. 37 parejas eran casadas y 7 cohabitaban. La duración promedio de su relación era de 11 años.

Diseño General y Procedimiento

Las parejas participantes fueron asignadas a una de dos condiciones. La condición Basada en mindfulness para Mejorar la Relación (de 6 a 8 parejas por grupo), consistente en 8 semanas con sesiones grupales de 150 minutos más un retiro de todo un día, proporcionándoles entrenamiento en métodos de meditación mindfulness. La condición control de lista de espera, en la que las parejas registraban sus niveles diarios de estrés. Luego de completar las mediciones en el seguimiento, las parejas en lista de espera fueron invitadas a participar en el programa de intervención, sin embargo, los datos de su participación en el programa no se usaron en el estudio.

Mediciones

Las medidas de resultados fueron aplicadas antes y después de la intervención, así como 3 meses después. Las medidas cotidianas se registraron 2 semanas antes de la intervención (periodo de línea base) y en las 3 semanas siguientes, después de que el programa de intervención de 8 semanas (periodo de tratamiento) terminara. Las medidas de resultados se seleccionaron para abarcar dos distintos elementos que la intervención podría afectar: el funcionamiento de la relación (satisfacción en la relación, autonomía, cercanía, proximidad, aceptación de la pareja y malestar de la relación) y el bienestar individual (optimismo, espiritualidad, relajación individual y malestar psicológico). Las medidas cotidianas también valoraban los dos dominios satisfacción diaria de la relación y estrés en la relación, eficacia de la confrontación del estrés individual, así como estrés general).

Resumen de las Mediciones

- Quality of Marriage Index (QMI; Norton, 1983)
- Autonomy and Relatedness Inventory (ARI; Schaefer & Burnett, 1987)
- Inclusion of Other in the Self Scale (IOS; Aron, Aron & Smollan, 1992)
- Acceptance of Partner Index (API)
- Global Distress Scale (GDS; Snyder, 1997) from the Marital Satisfaction Inventory – Revised (MSI-R)

Resumen de las Medidas Individuales de Bienestar Psicológico

- Revised Life Orientation Test (LOT-R; Scheier, Carver & Bridges, 1994)
- Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT; Kass, Friedman, Leserman, Zuttermeister & Benson, 1991)
- Individual Relaxation Index (IRI)
- Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983)

Mediciones Cotidianas de Funcionamiento de la relación y Bienestar Psicológico Individual

- Diario Cotidiano – Los participantes completaban la hoja de un diario cotidiano como una medida global prospectiva de (a) felicidad en la relación, (b) estrés en la relación, (c) eficacia de la confrontación del estrés (percepción de que sus esfuerzos de confrontación eran útiles; Aldwin & Revenson, 1987) y (d) estrés general. Los indicadores de las cuatro variables se marcaban en escalas analógicas visuales de 100-mm (VAS), donde los puntajes más altos reflejaban cantidades mayores.

Descripción de la intervención

La intervención se modeló directamente a partir del programa mindfulness de Kabat-Zinn en términos de formato, estilo de enseñanza, secuenciación de las técnicas, composición de los temas y asignación de tareas (Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn & Santorelli, 1999). Se incorporaron modificaciones para satisfacer las demandas específicas del trabajo con parejas estables, con objeto de mejorar su relación.

La intervención consistió de 8 semanas con reuniones vespertinas de 2.5 horas más un día completo (7 horas) sábado con un retiro. La tasa promedio de asistencia a las sesiones grupales fue de 80%. A las parejas, adicionalmente se les asignaron tareas para realizar en el hogar.

Sesiones

TABLA 1
Temas Principales durante las Sesiones

Sesión 1	Recibimiento e inducción, meditación amorosa y cariñosa enfocada en la pareja, breves presentaciones personales, introducción a mindfulness, meditación con escaneo corporal, asignación de tareas (escaneo corporal y mindfulness durante una actividad compartida)
Sesión 2	Meditación con escaneo corporal, discusión grupal de las prácticas y las tareas, introducción a la meditación sentado con atención a la respiración, asignación de tareas (escaneo corporal mas meditación sentado y calendario de eventos placenteros incluyendo actividades compartidas)
Sesión 3	Meditación sentado, discusión grupal de prácticas y tareas enfocándose didácticamente en las experiencias placenteras, yoga individual, asignación de tareas (alternar el escaneo personal con yoga más meditación y calendario de eventos displacenteros incluyendo eventos compartidos)
Sesión 4	Meditación sentado, discusión grupal de prácticas y tareas con enfoque didáctico en el estrés y la confrontación, ejercicio diádico de mirada-fija y discusión, asignación de tareas (alternar el escaneo corporal y el yoga mas meditación, calendario de comunicaciones estresantes incluyendo comunicaciones con la pareja)
Sesión 5	Meditación sentado, discusión grupal de prácticas y tareas con enfoque didáctico en los estilos de comunicación, ejercicio de comunicación diádica, asignación de tareas (alternar la meditación sentado con yoga y atención en amplias áreas de la vida (ejem.: el trabajo) que impacten la relación de pareja, exploración de opciones para responder con mindfulness bajo condiciones demandantes)
Sesión 6	Yoga de pareja, meditación sentado, discusión grupal de prácticas y tareas con enfoque didáctico en las áreas amplias de la vida (ejem.: el trabajo) que impactan la relación de pareja, asignación de tareas (alternar la meditación sentado con yoga y atención a obstáculos y recursos de mindfulness)
Retiro	Múltiples meditaciones sentado y meditaciones caminando, yoga individual y de pareja, ejercicio mindful de movimiento y contacto corporal, discusión diádica y grupal.
Sesión 7	Meditación sentado, discusión grupal de experiencias durante el retiro de un día, discusión de obstáculos y recursos de mindfulness, meditación de amor cariñoso, ejercicio mindful de contacto corporal y discusión, asignación de tareas (práctica auto-dirigida)
Sesión 8	Yoga de pareja, meditación sentado, discusión grupal revisando todo el programa y enfocándose en las lecciones aprendidas, relatos de cambios personales y de pareja, calentamiento

RESULTADOS

Los efectos de la intervención fueron evaluados por dos distintos tipos de análisis. Se aplicaron modelos de regresión estándar para las medidas sumarias y se aplicaron modelos multinivel para las medidas cotidianas. Para todos los test empleados la unidad fundamental de análisis fueron las diadas de pareja.

Resultados sobre las Relaciones

Los test pre-post revelaron puntajes significativamente superiores para las parejas mindfulness en mediciones de satisfacción de la relación, autonomía, intimidad, aceptación de la pareja y superación de las dificultades en la relación. Un test suplementario mostró que el tratamiento mindfulness también fue significativamente superior al grupo de lista de espera en los pos-test, en términos de satisfacción de la relación. El análisis univariado efectuado para evaluar cambios significativos entre el post-test y el seguimiento después de 3 meses no fue significativo, indicando que los efectos en el post-test se mantuvieron en el seguimiento.

Análisis de los Diarios Cotidianos

Se demostraron mayores mejorías en el grupo mindfulness versus el grupo control tanto para las variables de la relación (felicidad de la relación, estrés de la relación) como en las variables individuales (eficacia de la confrontación del estrés, estrés general).

Procesamiento del Impacto del Estrés Cotidiano

Los resultados indicaron un proceso mediante el cual la eficacia de la confrontación del estrés cotidiano se volvía cada vez más resiliente, o menos reactiva, al impacto de factores de estrés cotidiano.

Procesamiento de la Relación entre La Práctica Diaria de Mindfulness y los Resultados Cotidianos

Todos los test cotidianos indicaron asociaciones significativas de la práctica mindfulness en las direcciones esperadas, esto es, se asoció una mayor práctica con un incremento en felicidad de la relación, un decremento en el estrés de la relación, un aumento en la eficacia de la confrontación del estrés y una disminución en el estrés general. Una mayor práctica mindfulness también fue predictor de niveles de mejoría en varios días consecutivos de felicidad en la relación.

Relación del Promedio de Práctica de Mindfulness con Los Resultados Sumarios

Los resultados indicaron que las tasas promedio de práctica de mindfulness predecían mejorías en la mayoría de los resultados, incluyendo la autonomía, la aceptación de la pareja, la espiritualidad, la relajación individual, el malestar psicológico, además de una trayectoria hacia un optimismo significativo.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia empírica a favor de un programa basado en mindfulness para mejorar la relación de pareja. Mindfulness resultó eficaz para enriquecer el funcionamiento de la relación actual y mejorar el bienestar psicológico individual a lo largo de una amplia variedad de mediciones.

Algunas limitaciones del estudio son, que el seguimiento de 3 meses no sería suficiente para evaluar la durabilidad de los cambios. Otro factor es que los sujetos del estudio eran en su mayoría blancos, bien educados, de clase media y completamente heterosexuales y podría requerirse evaluar diferentes poblaciones para generalizar los datos. Futuros estudios podrían enfocarse en parejas enfrentando estresores específicos, problemas de crianza infantil infertilidad o enfermedad en un miembro de la pareja, por ejemplo.