

Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas.

Mindfulness: General concepts, psychotherapy and clinical applications.

Edgar R. Vásquez-Dextre^{1,a}

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar una revisión sobre el concepto de Mindfulness, su uso en la psicoterapia y sus aplicaciones clínicas. Mindfulness es una técnica de meditación que consiste en observar la realidad en el momento presente, sin intenciones de juzgar y con plena apertura y aceptación. Existen terapias que usan Mindfulness dentro de su estructura y sus programas, tales como la Terapia Dialéctico-Conductual y la Reducción del Estrés basada en Mindfulness. Mindfulness ha demostrado utilidad en una variedad de trastornos mentales y físicos como estrés, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, dolor, cuadros emocionales vinculados al cáncer, etc. La práctica de Mindfulness también ha demostrado efectos positivos en la relación terapéutica y la obtención de habilidades importantes para una buena práctica psicoterapéutica.

PALABRAS CLAVE: Mindfulness, atención plena, psicoterapia, meditación.

SUMMARY

The purpose of this article is to present a review of the concept of Mindfulness, its use in psychotherapy and clinical applications. Mindfulness is a meditation technique aimed at an objective observation of reality in the present without a judgmental attitude and with full openness and acceptance. There are therapies using Mindfulness within their structure and their programs, i.e. Dialectical Behavioral Therapy and Stress Reduction based on Mindfulness. Mindfulness has proved to be useful in a variety of mental and physical disorders such as stress, depression, anxiety disorders, eating behavior disorders, pain, cancer-related emotional conditions, etc. The practice of Mindfulness has also shown positive effects in the therapeutic relationship and in the provision of important skills for a good psychotherapeutic practice.

KEYWORDS: Mindfulness, psychotherapy, meditation.

¹ Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

^a Médico-Psiquiatra.

“Solo existen dos días en el año en los que no se puede hacer nada. Uno se llama ayer y otro mañana. Por lo tanto hoy es el día ideal para amar, crecer, hacer y principalmente vivir”

Dalai Lama

INTRODUCCIÓN

Hoy es un día como otros en los cuales asisto a atender a una cantidad poco alentadora de pacientes, en un ambiente hospitalario bastante precario como para sentirme terapeuta. Percibo la sensación de malestar e inconformidad dentro de mí a la cual se suma una tensión muscular y una cefalea cada vez más palpitante. Tomo conciencia de mis pensamientos, emociones y lo que quisiera hacer en ese momento (obviamente no atender), cada vez me hago más consciente de esas sensaciones y empiezo a aceptarlas como algo real pero también pasajero. Redirijo mi atención y me concentro en los pacientes, me involucro en esa experiencia y dejo de lado mis creencias, interpretaciones y supuestos. Casi a un poco más de la mitad del día, ya no percibo el malestar inicial, me siento tranquilo y dispuesto a involucrarme en las actividades restantes del día.

¿Qué fue lo que hice? ¿Me tome una pastilla, un café, una bebida energizante? ¿Salí corriendo del consultorio o reprogramé a los pacientes? No hice nada de lo anteriormente expuesto. Por el contrario, puse en práctica un ejercicio simple pero a la vez complejo, algo que todos tenemos la capacidad de hacer pero no lo hacemos, un concepto que la tradición budista nos dejó; este concepto se refiere a la atención plena o mindfulness.

Definición de mindfulness

Desde hace ya dos mil quinientos años o más, miles de personas vienen practicando diversas técnicas meditativas, transmitidas por religiones y tradiciones espirituales (1). La meditación se define como el proceso a través del cual, la persona observa y se hace consciente de lo que está sucediendo a cada instante en su cuerpo y en su mente, aceptando las experiencias que se van presentando tal y como éstas son. Esta práctica, enseñada por Buda, tiene como fin la eliminación del sufrimiento y demás emociones destructivas, ya que desde el punto de vista budista, tanto la felicidad como el sufrimiento no dependen fundamentalmente de las circunstancias externas, sino de la propia mente (2). Mindfulness es el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes de meditación derivadas de la tradición budista y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia (3).

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali “*sati*”, que implica conciencia, atención y recuerdo (4). La traducción al castellano de mindfulness no tiene un estándar, ha sido traducido indistintamente como atención plena o conciencia plena, muchos autores optan por eso por el vocablo inglés mindfulness. Las publicaciones sobre mindfulness comenzaron a aparecer en la década del setenta y desde entonces su número no ha dejado de aumentar. El crecimiento se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos con un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones (5). El interés del mindfulness no se limita al campo de la psicoterapia, también está despertando enorme interés en la investigación básica, especialmente en

Tabla 1. Definiciones de mindfulness (7, 8)

Definiciones	Autor y año
Mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente.	Hanh, 1976
Llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándoles sin juzgar.	Kabat-Zinn, 1990
Forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es.	Bishop et al. , 2004
Tendencia a ser conscientes de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas.	Cardaciotto, 2005
Conciencia de la experiencia presente con aceptación.	Germer, 2005
Capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.	Simón, 2007

neurofisiología, y también en la educación, ya que la práctica del mindfulness se perfila como una poderosa herramienta educativa (6).

Las definiciones de mindfulness son variadas, la gran mayoría tienen en común la observación de la realidad en el momento presente con aceptación, en la tabla 1 se resumen las principales definiciones de mindfulness.

Mindfulness puede utilizarse para referirnos a tres situaciones: un constructo, una práctica y un proceso psicológico. Como constructo tiene múltiples definiciones, todas centradas en la experiencia del momento presente con aceptación y sin juzgar. Mindfulness puede ser relacionado con otros constructos como metacognición, conciencia reflexiva y aceptación (9). Como práctica el mindfulness permite a profesionales y pacientes admitir cada uno de sus pensamientos y emociones, sean cuales sean, sin juzgarlos. Mindfulness, propone entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, tratando de sacarlas de la tiranía del lenguaje y, por lo tanto, del prejuicio y subyugación a las categorías y conceptos (9). Como proceso psicológico, mindfulness, supone focalizar nuestra atención en lo que estamos haciendo o sintiendo, para ser conscientes del devenir de nuestro organismo y conductas. Para ello hay que pasar de la reactividad de la mente (respuestas automáticas e inconscientes) a la responsabilidad (respuestas controladas y conscientes), es decir sacar a la mente del piloto automático (9).

Componentes del mindfulness

Los componentes del mindfulness, que provienen del zen son los siguientes (7):

- 1. Atención al momento presente:** Centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, deseos y temores) (10-12). Existen opiniones divergentes entre si la atención se debe dirigir a los procesos internos o a los eventos de la vida diaria. Sin embargo es posible compatibilizar estos planteamientos divergentes. Mientras se medita, se puede atender los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando (7).
- 2. Apertura a la experiencia:** Capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. En otras palabras observar la experiencia como si fuera la primera vez, cualidad que en el Zen

se denomina "*mente de principiante*" (7). También implica apertura a la experiencia negativa y observar lo que ocurre con curiosidad (10).

- 3. Aceptación:** Se puede definir aceptación como, experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal y como son (13). También como el no oponer resistencia al fluir de la vida (8). Las personas incurren en conductas desadaptativas en un intento de evitar experiencias displacenteras. En la medida en que puedan aceptar que esas experiencias son ocasionales y limitadas en el tiempo, no necesitarán recurrir a tales conductas (7).
- 4. Dejar pasar:** Consiste en desprenderse, desapegarse de algo a lo que nos aferrábamos. Una de las características de nuestro yo es procurar atesorar cosas, relaciones, poder, dinero. Se cree erróneamente, que cuanto más posea, cuanto más se controle, cuanto más se consiga, más feliz se será. El afán de aferrarse choca con una característica básica de la realidad que es la temporalidad de las cosas. Nada en el mundo material es estable durante mucho tiempo, todo persiste un cierto tiempo y luego desaparece (8).
- 5. Intención:** Es lo que cada persona persigue cuando practica mindfulness. Esto podría sonar contradictorio con una de las actitudes del mindfulness que es el no esforzarse por conseguir ningún propósito. Cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito inmediato, simplemente hay que participar con conciencia plena de lo que se está haciendo. Sin embargo también hay que tener un propósito, un objetivo personal para movernos hacia ese propósito (7).

Mindfulness y psicoterapia

Existen terapias basadas en mindfulness y otras que incluyen algunos componentes del mindfulness o el mismo en su totalidad (Tabla 2). Haremos un breve resumen de algunas de estas terapias:

- 1. Psicoterapia gestáltica:** Terapia de orientación humanista que nace en la década del 50 de la mano de su máximo representante y fundador, el psiquiatra y psicoanalista alemán, Fritz Perls. Es una terapia de corte vivencial, que usa dinámicas grupales, psicodrama y técnicas como la silla vacía. Dentro de sus postulados está el concepto del "aquí y ahora", que significa el darse cuenta de nuestro entorno y de nosotros mismos en el presente. Esto está bastante emparentado con el concepto de mindfulness, como lo vemos en el siguiente párrafo "*Estar en el aquí y ahora, es mucho más que una*

simple frase repetida. No llegamos a esa condición consolo desearlo. Necesitamos desacondicionarnos y aprender a estar conscientes. Desilusionarnos con el juego de la mente que hurga en el pasado y fantasea con lo que sucederá para resolver por anticipado lo que tal vez suceda. Vivir el presente es el camino y, para ello, debemos aprender a despegarnos del ruido de la mente y sentir nuestro cuerpo hasta que podamos habitarlo” (14).

2. **Terapia Conductual Dialéctica (TCD):** Es un programa desarrollado para tratar personas con desregulación emocional y conductas disfuncionales severas como intentos suicidas y conductas autolesivas, siendo las personas con Trastorno Límite de Personalidad las principales beneficiadas de este tratamiento, aunque en los últimos años se ha ampliado su uso a Adicciones y Trastornos de Conducta Alimentaria. Fue creada por la psicóloga Marsha Linehan en la década del 90, pertenece a la llamada tercera generación de terapias psicológicas (basadas fundamentalmente en la aceptación). La TCD combina elementos conductuales con validación y aceptación basados en filosofías budistas y zen, buscando una dialéctica entre la aceptación y el cambio (15). El tratamiento original consiste en un paquete de entrenamiento en habilidades, terapias individuales, consultas telefónicas y terapia para los familiares (15). En la TCD el mindfulness forma parte de una de las cuatro habilidades que los pacientes deben aprender, que le sirve para tolerar el malestar así como regular sus emociones.
3. **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):** Fue desarrollada por Hayes en 1999, es un enfoque conductual que se apoya en el funcionalismo contextual y comparte raíces filosóficas con el constructivismo y el constructivismo social (16). Se basa en la Teoría de los Marcos Relacionales, según la cual la conducta verbal de los seres humanos está determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de manera arbitraria y transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros (7). Los conceptos claves de la ACT son la fusión, evaluación, evitación y razonamiento (7). La fusión cognitiva se refiere a la tendencia a que el conocimiento verbal domine otras fuentes de regulación conductual. A partir de la fusión cognitiva, la conducta humana es más guiada por redes verbales inflexibles que por el contacto con las contingencias ambientales, afectando no solo la conceptualización del pasado o el futuro, sino también la idea que las personas tienen de sí misma (7). Para trabajar la fusión cognitiva se usa ejercicios de meditación y de mindfulness (16).
4. **Terapia Breve Relacional (BRT):** Ha sido desarrollado por Safran y Muran en el 2005, no es un enfoque multicomponente, sino una forma de abordar sesiones de psicoterapia. Es un enfoque psicodinámico basado en el constructivismo dialéctico y la perspectiva hermenéutica, según la cual la realidad es tanto construida como descubierta (11). La BRT no tiene un formato fijo ni una duración predeterminada sino que se define por una forma particular de abordar las sesiones individuales de psicoterapia y por el uso de estrategias de resolución de las rupturas de la alianza terapéutica (7). La BRT considera que el desarrollo del mindfulness en los pacientes es básico para la consecución de los objetivos de la psicoterapia, ya que requieren aprendizaje experiencial que solo se puede obtener manteniendo la atención, así como el mindfulness, también puede ayudar a desautomatizar el funcionamiento cognitivo para dejar de adherirse a los propios pensamientos y sentimientos (11).
5. **Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR):** Es el enfoque pionero en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología occidental, fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1982 (7,17). Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés el MBSR propone adoptar unas actitudes concretas durante la práctica de los ejercicios integrados en el programa, todas ellas devienen del zen y son las siguientes: no juzgar, tener paciencia, mente de principiante, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básica, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar (18). Los componentes del programa son cinco: la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, la revisión atenta del cuerpo y el Hatha Yoga (18). La duración del programa es de ocho semanas, los participantes realizan autoregistros y practican los ejercicios individualmente en sus casas con ayuda audiovisual. Se realiza además una reunión semanal de dos horas y media para práctica grupal (18). Este programa se imparte en numerosos hospitales y clínicas de Estados Unidos y se considera un complemento para el tratamiento de patologías susceptibles de provocar estrés como psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto, etc., (17).
6. **Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT):** Fue desarrollado por Segal, Williams

y Teasdale en el 2002, para prevenir recaídas en la depresión crónica. Ellos proponen que las recaídas se deben a la reactivación de patrones de pensamiento negativos cuando surgen estados de ánimo disforicos (7). Utiliza además de las técnicas provenientes del MBSR, técnicas cognitivo conductuales. A diferencia de las terapias cognitivas clásicas que se centran en cambiar el contenido del pensamiento de los pacientes, la MBCT entrena a los pacientes para cambiar el modo de relacionarse con sus pensamientos, para que tomen conciencia de sus pensamientos y emociones negativas con el cual se facilita el proceso de afronte llamado por ellos descentramiento (17).

Mindfulness: aplicaciones clínicas

Aunque los objetivos iniciales en la investigación con mindfulness fueron el dolor, el estrés y calidad de vida, las posibles aplicaciones clínicas se han ido incrementando y diversificando con el paso de los años (19). Enumeraremos las principales aplicaciones clínicas con su correspondiente evidencia clínica:

1. Estrés – Distres: La evidencia sobre mindfulness incluye revisiones sobre estrés y distres, la mayoría no define la diferencia entre estos términos, usándolos indistintamente. Khoury en el 2013, en un metaanálisis sobre Intervenciones basadas en Mindfulness, revisó un total de 209 estudios, concluyendo que las intervenciones basadas en mindfulness son tratamientos efectivos para una

variedad de problemas psicológicos, en especial el estrés (20). También Khoury en otro metaanálisis sobre MBSR publicado este año, de un total de 29 estudios, se concluyó que el MBSR es moderadamente efectivo para reducir el estrés (21).

2. Trastornos del estado de ánimo: Klainin-Yobas, Cho y Creedy en el 2012, realizaron un metaanálisis donde se evaluó la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en síntomas depresivos en personas con patologías mentales, que incluyó 39 estudios. Se concluyó que las intervenciones basadas en mindfulness eran eficaces para aliviar los síntomas depresivos y sugerían usarlo en conjunto con otros tratamientos (22). Teasdale en el 2000 y el 2004 encontró que existe un mayor riesgo de recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos, debido a que estos tienen rumiaciones depresivas conectados a emociones negativas independientemente de factores externos. Así mismo, tienen procesos de recaída relacionados fundamentalmente con factores internos, al contrario que las personas con dos episodios depresivos, que tienen un patrón de recaída relacionado fundamentalmente con sucesos externos (23,24). Piet y Hougaard en un metaanálisis que evaluó la eficacia del MBCT en la prevención de recaída de pacientes con depresión mayor recurrente, indican que la MBCT es efectiva para prevenir recaídas en pacientes con depresión mayor recurrente, sobre todo con tres a más episodios previos (25). La MBCT resultaría eficaz

Tabla 2. Intervenciones Terapéuticas Basadas o que incluyen Mindfulness

Terapias	Contenido
Psicoterapia Gestalt.	Creado por Fritz Perls. Dinámicas grupales, psicodrama y silla vacía. Individual y grupal. Mindfulness para lograr el aquí y ahora.
Terapia Conductual Dialéctica(TCD)	Creado por Linehan. Entrenamiento en habilidades, terapia individual, consulta telefónica y terapia de familiares. Mindfulness es un módulo del entrenamiento en habilidades. Trastorno Límite de Personalidad
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	Creado por Hayes. Basado en la Teoría de los marcos relacionales. Mindfulness se usa para trabajar la fusión cognitiva.
Terapia Breve Relacional (BRT)	Creado por Safran y Muran. Usado para afrontar rupturas de alianza terapéutica
Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)	Creado por Kabat-Zinn. Práctica de ejercicios que devienen del Zen. Practicas individuales y grupales. Enfermedades crónicas con nivel alto de estrés.
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	Creado por Segal, Williams y Teasdale. Combina técnicas de MBSR con técnicas cognitivas. Recaídas depresivas

para prevenir recaídas en pacientes recuperados con tres o más recaídas porque interrumpe el patrón de pensamiento rumiador en momento de riesgo de recaídas (26).

Williams, Alatiq y Crane realizaron un estudio preliminar evaluando los efectos de la MBCT en trastorno bipolar entre los episodios de funcionamiento. Este estudio sugiere un efecto positivo inmediato sobre los síntomas ansiosos y depresivos así como la ideación suicida en estos pacientes (27). Perich en el 2013 en estudio de seguimiento de 12 meses comparó un grupo de pacientes con trastorno bipolar que recibió MBCT y otro grupo que solo recibió fármacos. No se observó una reducción significativa de síntomas depresivos o maníacos, del número total de episodios o gravedad de los síntomas a los 12 meses de seguimiento, sin embargo sí hubo disminución de ansiedad en el grupo que recibió MBCT (28).

- 3. Trastornos de ansiedad:** En un estudio realizado por Evans en el 2008 se evaluó a once pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que recibieron entrenamiento en MBCT. Los resultados obtenidos indicaron significativa reducción de síntomas ansiosos y depresivos respecto a la línea basal, por lo que los investigadores concluyeron que el MBCT es un efectivo tratamiento para el TAG (29). En otro estudio, Hoge en el 2013 comparó 39 pacientes con TAG que recibieron por ocho semanas entrenamiento en MBSR y un grupo control. Los resultados informaron significativa reducción de la ansiedad en el grupo con MBSR, por lo que los autores concluyeron que la MBSR puede ser beneficiosa para reducir síntomas ansiosos en TAG, así como disminuir la reactividad al estrés (30).

En relación al Trastorno por estrés posttraumático (TEPT), una revisión hecha por Kim en el 2013, sobre la práctica mente y cuerpo (que incluyen prácticas de meditación), indican que estas prácticas mejoran la constelación de síntomas del TEPT tales como pensamientos intrusivos, evitación e hiperactivación (31). Polusny en el 2009 evaluó a dos grupos de veteranos de guerra, un grupo asignado a recibir MBSR y el otro grupo recibió terapia grupal centrada en el presente. En ambos grupos hubo mejoría clínica de los síntomas de TEPT, pero en el grupo de MBSR la mejoría fue más significativa (32).

- 4. Somatización:** En una revisión sistemática realizada en el 2013, para evaluar la eficacia de las

intervenciones basadas en mindfulness, Lakha y Schofield hallaron que estas intervenciones disminuían el dolor, la ansiedad, depresión y la severidad de los síntomas asociados con la somatización y mejoraba la calidad de vida de los pacientes. Los autores concluyeron que las intervenciones basadas en mindfulness podrían ser útiles para tratar algunos aspectos del trastorno de somatización (33). Fjorback en el 2013 en un estudio randomizado con un año de seguimiento evaluó un total de 119 pacientes con somatización y síndromes funcionales somáticos como fibromialgia, colon irritable y síndrome de fatiga crónica. Se les colocó de manera aleatoria en dos grupos, uno recibió MBSR y MBCT, mientras que el otro recibió atención médica y terapia cognitivo conductual breve. La mejoría se obtuvo al final del tratamiento para el grupo de MBSR y MBCT y se mantuvo durante el año de seguimiento, en cambio el otro grupo no obtuvo ningún cambio al final del seguimiento (34).

- 5. Abuso de sustancias:** Chiesa y Serretti en el 2014 realizaron una revisión sistemática, que incluyó 24 estudios, indicando que la evidencia actual sugiere que las intervenciones basadas en mindfulness pueden reducir la compulsión por el consumo de sustancias como alcohol, cocaína, marihuana, anfetaminas, tabaco y opiáceos, en un grado significativamente mayor que los controles de lista de espera y los grupos de apoyo (35).
- 6. Trastornos de conducta alimentaria:** Kristeller creó en 1999 un programa denominado Entrenamiento de la Conciencia de la Alimentación basada en Mindfulness (MB-EAT), programa creado para tratar el trastorno por atracones y situaciones similares. El MB-EAT busca que el paciente cultive, a través de sesiones individuales y grupales, el mindfulness, la conciencia de comer, el balance emocional y la autoaceptación. La evidencia actual refiere que este programa disminuye el número de atracones, mejora el sentido de autocontrol y disminuye los síntomas depresivos (36,37).
- 7. Trastornos de personalidad:** El uso de mindfulness en trastornos de personalidad se ha dado casi a exclusividad en el contexto del tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad a través de la TCD. La TCD cuenta con mayor apoyo empírico frente a otras terapias para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad, reduciendo el número de intentos suicidas e ideas suicidas, el número de internamientos y visitas a servicios de emergencias y el abandono de la terapia. También se

vio que era útil en poblaciones con gran comorbilidad y abuso de sustancias (38,39).

8. **Dolor:** Dos estudios controlados compararon MBSR y MBSR asociado masajes versus un control de lista de espera y encontraron que estas intervenciones fueron más eficaces para reducir el dolor y el malestar psicológico que el tratamiento usual. Además, ambas intervenciones proveyeron un incremento significativo de la aceptación del dolor y de la función física (40). Reiner, Tibi y Lipsitzen el 2013 realizaron una revisión de 16 estudios sobre intervenciones basadas en mindfulness para el dolor, hallando que estas intervenciones disminuían la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico (41). Sin embargo la evidencia sobre el rol del mindfulness en el dolor aun no es concluyente, ya que existen otras revisiones y metaanálisis que informan que no hay datos suficientes para afirmar que el mindfulness alivia el dolor (42,43).
9. **Cáncer:** Ledesma y Kumano en el 2009, evaluaron los efectos del MBSR en el estado de salud física y mental de varios pacientes con cáncer. Los resultados sugirieron que MBSR puede mejorar el ajuste psicosocial de los pacientes con cáncer (44). En el 2012, Cramer realizó un metaanálisis cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la MBSR en pacientes con cáncer de mama. En comparación con los cuidados habituales, MBSR fue superior en la disminución de la depresión y la ansiedad, pero aun los resultados no son generalizables (45). Por lo tanto el mindfulness podría ser una importante intervención para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.
10. **Enfermedad cerebrovascular:** Un revisión sistemática hecha por Lawrence en el 2013, que tuvo por objetivo evaluar los beneficios de las intervenciones basadas en mindfulness en el ataque isquémico transitorio y el accidente cerebrovascular, encontró una tendencia positiva

a favor de los beneficios de las intervenciones basadas en mindfulness en una serie de factores psicológicos, fisiológicos y psicosociales, como ansiedad, depresión, presión arterial, percepción de la salud y calidad de vida (46). Otra revisión sistémica hecha por Lazaridou, Philbrook y Tzika en el 2013 evaluó la eficacia la práctica de yoga y mindfulness para rehabilitación del accidente cerebrovascular. Los estudios informaron resultados positivos, incluyendo mejoras en la cognición, el estado de ánimo, el equilibrio y la reducción de estrés. Por lo tanto el yoga y el mindfulness podrían ser valiosas opciones de intervención autoadministradas para la rehabilitación del accidente cerebrovascular (47).

11. **Otras aplicaciones:** Se han encontrado resultados clínicos positivos del mindfulness también en: hipertensión arterial (disminución de los niveles de presión) (48), esclerosis múltiple (mejora en la calidad de vida y salud mental) (49), fibromialgia (disminución del dolor) (50) y artritis reumatoide (reducción del malestar y depresión) (40).

Mindfulness: La relación terapéutica y el terapeuta

En la efectividad de una psicoterapia resulta más importante la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta que el propio tipo de intervención que el terapeuta utiliza (6). Muchos investigadores, apuntan a que el mindfulness es una parte esencial del desarrollo de toda psicoterapia. Siegel, afirma que “la práctica del mindfulness puede considerarse el entrenamiento básico para la mente del terapeuta” (51). Cuando estamos en mindfulness, somos conscientes de la conciencia, nos damos cuenta que no somos el contenido de la conciencia y estamos abiertos a lo que se manifiesta en la conciencia. No estamos rígidos ni cerrados sino flexibles y abiertos a lo que pase, por lo tanto estamos en **presencia** (6). Esta presencia es necesaria para que la relación terapéutica

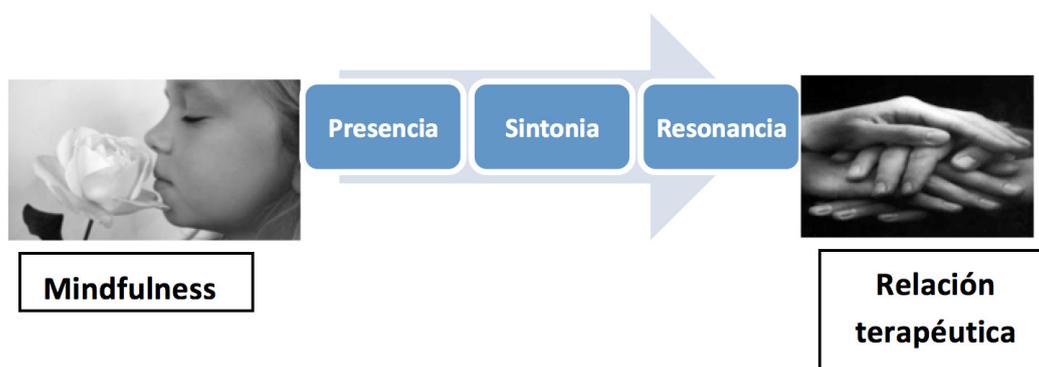


Figura 1. Mindfulness en el proceso de la Terapia (6).

Tabla 3: Factores asociados al terapeuta y el efecto del mindfulness sobre ellos.

FACTORES	EFEECTO DEL MINDFULNESS
Empatía	Promueve la empatía hacia los pacientes, ayuda a desarrollar su capacidad de experimentar y comunicar sensaciones internas, estar presente con el paciente y ayudar a los pacientes a expresar sus sensaciones corporales y sentimientos
Compasión	Deriva de la empatía, relacionada con no juzgar y no reaccionar del mindfulness.
Habilidades de consejería	Incremento de la autoconciencia, insight acerca de su propia identidad profesional y bienestar general
Control de estrés y ansiedad	Disminución del estrés, rumiaciones y afectos negativos
Otros beneficios	Capacidad de distinguir sus propias experiencias de las del paciente, mejorar la claridad en el trabajo con los pacientes, incremento de la paciencia, intencionalidad, gratitud y conciencia corporal

sea tal, dirigimos la presencia hacia el paciente y estamos con él o ella abiertos a su experiencia de manera incondicional (6). Sobre la presencia se produce la **sintonía**, que es cuando dirigimos nuestra atención hacia el otro y llevamos su mundo interior hacia nuestro mundo interior (51). Con la presencia y la sintonía tenemos la **resonancia**, terapeuta y paciente quedan unidos formando un todo, pero a la vez permanecen diferenciados (6). En este momento el paciente se siente sentido y se logró la relación terapéutica. Podría decirse que mindfulness es una resonancia intrapersonal y la relación terapéutica es una resonancia interpersonal (6) (Figura 1).

La investigación sobre los efectos del mindfulness en los terapeutas está emergiendo gradualmente. Factores necesarios para establecer una buena terapia como la empatía (52,53), compasión (54), habilidades de consejería (55,56), control de estrés y ansiedad (57), entre otros (58), han sido evaluados en su relación con el mindfulness, en la tabla 3 se resumen estos factores y el efecto del mindfulness sobre ellos:

CONCLUSIONES

1. Mindfulness es una práctica que no es novedosa, proviene de la tradición budista y no es sinónimo de meditación sino una forma de ella.
2. Existen muchas definiciones de mindfulness, sin embargo se puede concluir en que mindfulness es la atención plena de la realidad, en el momento presente, sin juzgar y con aceptación.
3. Existen en la actualidad varios enfoques psicoterapéuticos que usan el mindfulness como herramienta de trabajo dentro de sus programas y otros

que se basan en el mindfulness. Estos enfoques han demostrado utilidad en el manejo del estrés, recaídas depresivas y reparación de rupturas de alianza terapéutica.

4. La evidencia clínica muestra una serie de aplicaciones clínicas para el mindfulness, tanto para problemas de salud mental y física, además de ser útil en la relación terapéutica y el fortalecimiento de habilidades necesarias para todo terapeuta. Sin embargo a pesar de existir abundantes estudios sobre las aplicaciones del mindfulness, aun no son concluyentes sus hallazgos. Estos se puede deber a la heterogeneidad del concepto del mindfulness, a la falta de operacionalización de los conceptos relacionados al mismo, a las poblaciones pequeñas encontrada en los estudios y los diferentes programas que usan mindfulness y a que la mayoría de los estudios usan autoreportes para evaluar los resultados de las intervenciones.

5. Es necesario ampliar la investigación del mindfulness en aspectos importantes que permitan entender mejor la forma como actúa, estudios sobre mecanismo de acción, aspectos neurobiológicos y fortalecer la evidencia clínica son puntos a tener en cuenta en futuras investigaciones sobre mindfulness.

Correspondencia:

Edgar Vásquez Dextre.
Servicio de Salud Mental. Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
Av. Alfonso Ugarte 848, Breña.
Lima – Perú.
Teléfono: (051) 614 4646.
Correo electrónico: edrevade80@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simon V. Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*. 2006; 17 (66-67):5-30.
2. Sarmiento M, Gómez A. Mindfulness: Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Av Píscol Clin Latinonot*. 2013; 31 (1): 140-55.
3. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003; 10:144-56.
4. Siegel D, Germer C, Olendzki A. Mindfulness: What is it? Where did it come from? En: Didonna F. *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer; 2009. p. 17-37.
5. Black D. Hot Topics: A 40-years publishing history of mindfulness. *Mindfulness Research Monthly*. 2010; 1(5): 1-2.
6. Simon V. Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información Psicológica*. 2010; 100: 162-70.
7. Pérez M, Botella L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*. 2006; 17 (66-67): 77-120.
8. Simon V. *Aprender a practicar mindfulness*. Décima edición. Barcelona: Sello Editorial; 2014. p. 27
9. Moñivas A, García-Díez G, García De Silva R. Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría. *Portularia Revista de Trabajo Social*. 2012; 12: 83-89.
10. Bishop S, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *ClinPsycholSciPract*. 2004; 11 (3): 230-41.
11. Safran J, Muran J, Samstag L, et al. Evaluating alliance-focused Intervention for potential Treatment failures: a feasibility study and descriptive analysis. *Psychother Theor Res Pract Train*. 2004; 42(4): 512-31.
12. Shapiro S, Carlson L, Astin J, et al. Mechanism of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006; 62(3): 373-86.
13. Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Cogn Behav Pract*. 2004;35:58-66.
14. Carabelli E. *Entrenamiento en Gestalt: Manual para terapeutas y coordinadores sociales*. Primera edición. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo; 2013. p. 31.
15. De la Vega I, Sánchez S. Terapia dialectico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicol*. 2013; 10 (1):45-56.
16. Hayes S, Luoma J, Bond F, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2002; 44(1): 1-25.
17. Irrarrazaval L. Psicoterapia basada en mindfulness: Un antiguo método para una nueva Psicoterapia. *Rev GPU*. 2010; 6 (4): 465-71.
18. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical consideration and preliminary results. *Gen Hosp Psych*. 1982; 4:33-47.
19. Lieter V, Fortis M, Moraleda B. Mindfulness en medicina. *Med Fam Andal*. 2013; 14 (2):166-79.
20. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *ClinPsychol Rev*. 2013; 33: 763-71.
21. Khoury B, Sharma M, Rush S, et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015; 78(6):519-28.
22. Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(1):109-21.
23. Teasdale J, Segal Z, Williams J, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 70:275-287.
24. Ma S, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72:31-40.
25. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(6):1032-40.
26. Miro M, Perestelo-Perez L, Pérez J, et al. Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los Trastornos de Ansiedad y Depresión: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011; 16 (1): 1-14.
27. Williams J, Alatiq Y, Crane C. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord*. 2008; 107(1-3): 275-79.
28. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell P, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127(5):333-43.
29. Evans S, Ferrando S, Findler M, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. 2008; 22(4):716-21.
30. Hoge EA, Bui E, Marques L, et al. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(8):786-92.
31. Kim S, Schneider S, Kravitz L, et al. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *J Investig Med*. 2013; 61(5):827-34.
32. Polusny M, Erbes C, Thuras P, et al. Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress

- disorder among veterans: : A randomized clinical trial. *JAMA*. 2015; 314(5):456-465.
33. Lakhani SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013; 8(8):0-0.
 34. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *J Psychosom Res*. 2013; 74(1):31-40.
 35. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse*. 2014; 49(5):492-512.
 36. Kristeller J, Wolever R. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eat Disor*. 2011; 19:49-61.
 37. Kristeller J, Wolever R, Sheets V. Mindfulness-based eating awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*. 2012; 3(4).
 38. Linehan M, Comtois K, Murray A, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7):757-66.
 39. Cuevas C, López A. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Rev Int Psicol Ter +Psicol*. 2012; 12(1): 97-114.
 40. Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med*. 2010;40: 1239-52.
 41. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med*. 2013; 14(2):230-42.
 42. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. 2011; 17(1):83-93.
 43. Song Y, Lu H, Chen H, et al. Mindfulness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: A meta-analysis. *Int J NursSci*. 2014; 1(2): 215-223.
 44. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*. 2009; 18(6):571-79.
 45. Cramer H, Lauche R, Paul A, Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol*. 2012; 19(5): 343-52.
 46. Lawrence M, Booth J, Mercer S, et al. A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int J Stroke*. 2013; 8(6):465-74.
 47. Lazaridou A, Philbrook P, Tzika A. Yoga and mindfulness as therapeutic interventions for stroke rehabilitation: A systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013: 1-9.
 48. Anderson J, Liu C, Kryscio RJ. Blood pressure response to transcendental meditation: a metaanalysis. *Am J Hypertens*. 2008; 21(3):310-316.
 49. Simpson R, Booth J, Lawrence M, et al. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis: a systematic review. *BMC Neurology*. 2014; 14(1):15.
 50. Lauche R, Cramer H, Dobos G, et al. A systematic review and metaanalysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *J Psychosom Res*. 2013; 75(6): 500-10.
 51. Siegel D. *Cerebro y mindfulness*. Primera Edición. Barcelona: Espasa Libros; 2010. p. 45.
 52. Davis D, Hayes J. What are benefits of mindfulness? A review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*. 2011; 48(2):198-208.
 53. Aiken G. The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy: A qualitative inquiry. *The Sciences and Engineering*. 2006; 67(4): 2212.
 54. Kingsbury E. The relationship between empathy and mindfulness: understanding the role of self-compassion. *The Sciences and Engineering*. 2009; 70: 3175.
 55. Schure M, Christopher J, Christopher S. Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation and qigong. *J Couns Dev*. 2008; 86:47-56.
 56. Birnbaum L. The use of mindfulness training to create an "Accompanying Place" for social work students. *J SocWork Educ*. 2008; 27: 837-852.
 57. Shapiro S, Brown K, Biegel G. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol*. 2007;1(2): 105-115.
 58. Rothaupt J, Morgan M. Counselors' and counselor educators' practice of mindfulness. A Qualitative inquiry. *Couns Values*. 1998; 20: 131-139.

Recibido: 27/08/2015

Aceptado: 17/02/2016