

TRABAJO FINAL DE MASTER



UNIVERSIDAD de VALLADOLID

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster en Investigación Aplicada a la Educación

Curso 2014-2015

**Diseño y desarrollo del programa unificado de mindfulness y
compasión en sintomatología ansiosa y depresiva (PUMAD)**

Autor:

Lucas Burgueño Martínez

Tutores:

Dra. María de Jesús Irurtia

Dr. Benito Arias

Septiembre 2015

Copyright © 2015 por Lucas Burgueño Martínez. Todos los derechos reservados.

*Vuestra vida se aleja como el sol poniente,
la muerte se acerca como las sombras de la noche.*
Patrul Rimpoché

A mil vidas de mil seres sensibles.

Agradecimientos

Son tantas las causas y condiciones reunidas para el florecimiento del presente trabajo que para mi haberlo podido realizar resulta de una suerte similar a la de encontrar una aguja en un pajar. Se trata de un privilegio el haber podido involucrarme en una tarea que me apasiona en lo profesional y me acompaña en lo personal, dos áreas en la vida del personal sanitario en las que a veces resulta difícil establecer unos límites claros, y que sin duda se enriquecen mutuamente.

Gran parte de las causas reunidas, si no todas, tiene que ver con el apoyo recibido de tantos tipos, y formas: emocional, logístico, técnico. Sin llegar a conseguir reflejar la cantidad de personas que han contribuido al presente trabajo, sirva este reconocimiento para todas ellas.

Gracias especialmente a M^a Jesús Irurtia por transmitirme el amor por la psicología clínica y el humor en la profesión. Dos cualidades de incalculable valor.

Gracias especialmente a todos los expertos consultados, pero especialmente a Karma Tenpa, que con su amabilidad, flexibilidad y diligencia me ha ayudado, y ayuda, a hacer posible la integración necesaria en la que creo hacia una psicología de la salud.

Es importante reconocer el apoyo recibido por el personal de los centros de salud mental, así como el permiso investigador desde el área de docencia y el jefe de servicio Fernando Colina. Gracias a Laura Martín-Andrade por su apoyo para poder llegar a ofrecer este programa a aquellas personas que probablemente más se beneficien de él. El apoyo de las PIRES en los correspondientes centros de salud mental ha sido fundamental, gracias especialmente a Cristina y a María.

Los amigos que han animado son todos, pero especialmente quiero agradecer el apoyo, el tiempo y el esfuerzo dedicados a Esperanza y su amor por lo bien escrito, y a mis dos titanes de los números Adrián y Mika. Por el mismo motivo, gracias a mi padre y amigo.

Gracias a la doctora Olga Sacristán por transmitirme su empuje y amor por el cultivo de mindfulness y la compasión, gracias por compartir una forma tan sensible de acercarse a las causas del auténtico bienestar humano.

No quiero dejar de agradecer a mis compañeros de máster y profesorado por su estímulo constante durante el último año, a todos ellos gracias pues una idea llevó a la otra, mientras el haber aprendido a manejar esta y aquella herramienta hicieron más transitable el a veces árido camino del investigador.

Gracias a mi madre por transmitirme su amor por la sabiduría encerrada en oriente, tan tangible hoy en occidente. Y gracias a la Bemelga por ser una gran compañera de viaje.

Resumen

El presente trabajo plantea una revisión de la literatura clínica sobre el abordaje de la sintomatología ansiosa, depresiva y mixta desde el cultivo de mindfulness (un tipo de meditación laica también llamada atención plena) y compasión (el reconocimiento del sufrimiento propio y ajeno y el deseo de que éste sea aliviado). Se revisan los constructos de mindfulness y compasión desde sus orgígenes budistas y la psicología actual. Se han revisado los resultados de diferentes aplicaciones de mindfulness y compasión sobre malestar psicológico, asociaciones y papel mediador, así como cambios neurofisiológicos asociados. A partir de esta revisión se ha diseñado e implementado un programa unificado para sintomatología ansiosa y/o depresiva mediante el cultivo de la atención plena y compasión (PUMAD). Este programa de 8 sesiones se ha implementado en un centro de salud mental público. Se analizan los resultados donde se compara la efectividad del mismo con el tratamiento usual recibido, mostrando similitud en casi todos los parámetros evaluados. El cultivo de mindfulness y compasión representa una propuesta prometedora tanto para el abordaje del malestar en pacientes, como para la prevención y la promoción del bienestar personal y relacional, también en población no clínica y en personal sanitario.

Palabras clave: *Mindfulness, atención plena, compasión, autocompasión, ansiedad, depresión, estrés, programa, budismo.*

Abstrac

This paper presents a review of the clinical literature addressing the anxious, depressive and mixed symptoms from cultivation of mindfulness (a type of secular mind-body practice also called mindfulness meditation) and compassion (the recognition of self and others suffering and the arising desire that this suffering may be relieved). The constructs mindfulness and compassion are reviewed from its Buddhist origins to current psychology. The results of different applications of mindfulness and compassion on psychological distress, associations and mediating role, as well as associated neurophysiological changes are reviewed. From this background we designed and implemented a unified program to adress anxious and depressive symptoms by cultivating mindfulness and compassion (PUMAD). This 8 week program has been implemented in a public mental health center. The results where its effectiveness compared with the usual treatment received, showing similarity in almost all analyzed parameters. The cultivation of mindfulness and compassion proposal represents a promising approach for both discomfort in patients and for the prevention and the promotion of personal and relational well-being, also in non-clinical population and healthcare personnel.

Keywords: *Mindfulness, awareness, compassion, self-compassion, anxiety depression, stress, program, buddhism.*

Contenidos

Resumen	v
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
PARTE TEÓRICA	1
Capítulo 1: Introducción	2
Ciencia, psicología de la salud y mindfulness	2
El problema de la salud mental en el mundo y en España	5
El abordaje del problema de la ansiedad y la depresión en España	6
La proliferación del uso de fármacos psicotropos	7
Más allá de la evidencia y la farmacología, la contemplación	8
Hacia un nuevo paradigma	9
Capítulo 2: Mindfulness y Compasión revisión de la literatura	14
Mindfulness	14
Orígenes Budistas de Mindfulness	15
Mindfulness en Psicología	20
Mindfulness como constructo teórico	21
Mindfulness como técnica o práctica	24
Mindfulness como proceso psicológico	28
Midiendo Mindfulness	29
Compasión	33
Orígenes Budistas de la Compasión	35
La compasión en las diferentes tradiciones budistas	37
Compasión en psicología	42
Un modelo evolutivo de la compasión	43
Modelo de compasión derivado de la psicología Budista: La Autocompasión	48
Midiendo la compasión	49
Escala de autocompasión	49
Escala de compasión	50
Capítulo 3: Mecanismos de acción y asociación	52
Asociación y mediación de mindfulness en sintomatología y bienestar	52
Mecanismos de acción de mindfulness	57
Evidencia de efectividad Mindfulness	58
Asociación y mediación del cultivo de la compasión en sintomatología y bienestar	60
Depresión	61
Ansiedad	62
En sintomatología mixta (ansiedad y depresión)	63
Estrés	64
Bienestar	66
Personalidad	67
Mecanismos de acción	67
Neurofisiología y plasticidad	69
Plasticidad en el cultivo de mindfulness	70
Plasticidad en el cultivo de compasión y empatía	72

	vii
Hallazgos en practicantes expertos	75
Capítulo 4: Intervenciones basadas en mindfulness y compasión	77
La tercera ola	77
La importancia de la precaución y la formulación	78
Terapias basadas en mindfulness	79
MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction Program	79
MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy	80
MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention	81
Intervenciones terapéuticas afines a mindfulness	82
ACT: Acceptance and Commitment Therapy	82
DBT: Dialectical-Behavior Therapy	83
UP: Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders	83
BRT: Terapia Breve Relacional	85
Programa Koru	86
Terapia basada en compasión	86
CFT: Compassion Focused Therapy	86
Otras intervenciones en el cultivo de la compasión	89
MSC: Mindful Self-Compassion	89
CCT: Compassion Cultivation Training	91
CBCT: Cognitive-Based Compassion Training	91
 PARTE EMPÍRICA (estudio piloto)	 94
Capítulo 5: Objetivos e hipótesis	95
Objetivos	95
Hipótesis	96
Capítulo 7: Método	98
Sujetos	98
Descripción de la muestra	98
Diseño	99
Análisis estadísticos	100
Procedimiento	101
Diseño del PUMAD	103
Objetivos clínicos	104
Estrategias de intervención	105
Descripción de las 10 semanas del programa	107
Entrevista individual inicial - Objetivos	107
Sesión 1. Objetivos	108
Sesión 2. Objetivos	109
Sesión 3. Objetivos	109
Sesión 4. Objetivos	111
Sesión 5. Objetivos	112
Sesión 6. Objetivos	113
Sesión 7. Objetivos	113
Sesión 8. Objetivos	114
Entrevista individual final - Objetivos	115

Medidas psicométricas para la evaluación del cambio	116
Instrumentos sobre sintomatología	116
Instrumentos sobre mindfulness y descentramiento	118
Instrumentos sobre compasión	119
Otras medidas: Miedos, objetivos y evaluación del programa	119
Capítulo 8: Resultados	121
Medias de cambio intergrupos	121
Medias de cambio intragrupos	122
Descripción de tendencias en sintomatología	124
Descripción de tendencias en variables mindfulness y compasión	127
Descripción de consecución de objetivos	130
Descripción de evaluación del programa	131
Capítulo 9: Discusión y conclusiones	133
Limitaciones de la investigación y líneas futuras	137
Conclusiones	139
Referencias bibliográficas	143
APÉNDICES	155
APÉNDICE I	156
APÉNDICE II	157
APÉNDICE III	159
APÉNDICE IV	160
APÉNDICE V	161
APÉNDICE VI	162

Lista de tablas

Tabla 1. Los 4 fundamentos de la atención	16
Tabla 2. El noble óctuple sendero.....	17
Tabla 3. Compilación de propuestas sobre el constructo "Mindfulness".	21
Tabla 4. Recopilación de principales técnicas empleadas para el cultivo de mindfulness.....	26
Tabla 5. Cambios producidos por el entrenamiento en mindfulness.....	57
Tabla 6. Efectividad del mindfulness en sintomatología ansiosa, depresiva y otras.....	59
Tabla 7. Cambios funcionales derivados de la práctica de mindfulness	71
Tabla 8. Cambios estructurales derivados de la práctica de mindfulness.....	72
Tabla 9. Contenidos sesión a sesión del programa MSC.....	89
Tabla 10. Tabla descriptiva de variable edad de la muestra	99
Tabla 11. Tabla descriptiva de variable sexo de la muestra	99
Tabla 12. Media de cambio intergrupos en sintomatología.....	121
Tabla 13. Media de cambio intergrupos en mindfulness y compasión.....	122
Tabla 14. Comparación de cambio pre-post intragrupos en sintomatología	122
Tabla 15. Comparación de cambio pre-post intragrupos en mindfulness y compasión	123
Tabla 16. Evolución de intensidad de miedos	123

Lista de figuras

Figura 1. Sistemas de regulación afectiva	45
Figura 2 Requisito temporal para poder establecer papel mediador de una variable sobre otra ...	58
Figura 3 Estudio sobre entrenamiento longitudinal con dos grupos: el grupo de afecto y el grupo de memoria	73
Figura 4 Formulación de problemas relacionados con autocrítica y vergüenza desde la terapia basada en la compasión	87
Figura 5 Desarrollo temporal PUMAD: entrevista, sesiones, entrevista.....	101
Figura 6. Proceso de integración de información en el diseño del PUMAD.....	103
Figura 7. Expertos consultados en el diseño del PUMAD	104
Figura 8 Entramado de estrategias del PUMAD.	106
Figura 9. Comparación pre-post intragrupos en Ansiedad Estado.	124
Figura 10. Comparación pre-post intragrupos en Ansiedad Rasgo.	125
Figura 11 Comparación pre-post intragrupos en Depresión.....	125
Figura 12. Comparación pre-post intragrupos en Estrés.	126
Figura 13. Comparación pre-post intragrupos en Miedos subjetivos.	127
Figura 14. Comparación pre-post intragrupos en Mindfulness.	128
Figura 15. Comparación pre-post intragrupos en Descentramiento.	129
Figura 16. Comparación pre-post intragrupo en Compasión.....	129
Figura 17. Comparación pre-post intragrupo en Autocompasión.	130
Figura 18. Nivel de consecución percibido por los sujetos PUMAD sobre sus objetivos.	131
Figura 19 Valoración media del programa.	136

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1: Introducción

En todas las lenguas asiáticas la palabra para mente y la palabra para corazón son la misma, es importante recordar que si no escuchamos "bondad" cuando usamos o escuchamos "mindfulness", cabe la posibilidad de errar el tiro de manera fundamental y con consecuencias desafortunadas tanto en cómo se construyen y se brindan las intervenciones basadas en mindfulness como sobre la manera de abordar cuestiones de investigación relevantes. (Kabat-Zinn, 2011, p.40)

Ciencia, psicología de la salud y mindfulness

El diálogo entre las tradiciones contemplativas y la ciencia se ha incrementando en las últimas décadas. El estudio del funcionamiento de la mente ha sido objeto de diversas tradiciones, especialmente en el Budismo, una tradición no teísta que entiende que el principal área de trabajo del practicante es la propia mente, llegando a definirse a sí misma como una ciencia de la mente. El Budismo y la ciencia comparten similitudes en su forma de aproximarse a las realidades, como señala Patricia Churchland Ph.D. en uno de sus diálogos con S.S. el Dalai Lama "Nadie puede estar completamente seguro de que la ciencia establecida está en lo cierto, pero hasta ahora parece ser lo mejor que tenemos y, al igual que el budismo, está sometida a posibles correcciones a la luz de la evidencia" (Wallace, 2000, p.44). Esto hace que el diálogo entre ambas disciplinas sea cada vez más rico. Un tangible ejemplo de ello lo constituye el Instituto Mind and Life que desde 1987 genera encuentros entre diversos científicos y el XIV Dalai Lama, líder espiritual del Budismo Tibetano (Mind and Life Institute, 2015). Estas conversaciones son de especial relevancia tanto para el avance de la ciencia de la mente como para el propio líder espiritual que interactúa con gran apertura y curiosidad con diversos

científicos (Dalai Lama y Ekman, 2008). La actitud científica y de constante cuestionamiento empírico lleva a el Dalai Lama a expresar "no nos atenderemos al significado literal de las palabras de Buda cuando se vean refutadas por una evidencia válida" (Wallace, 2000, p.75). Esta actitud de indagación constante en el tiempo ha llevado al Budismo a convertirse en una referencia para los estudiantes e investigadores de la mente y la neurociencia. A la vez desde el Budismo se muestra interés por conocer acerca de los hallazgos científicos relativos al funcionamiento neurológico del ser humano, el estudio de la felicidad, o los factores sociales que inciden en la salud psicológica (Ricard, 2005).

Este interés también llega y se plasma en la promoción de la salud psicológica y la mejora de los abordajes planteados desde la psicología clínica. Concretamente se habla del cultivo de la atención plena o mindfulness, un tipo de atención al momento presente no evaluadora. En la reducción del estrés, ansiedad y la prevención de la depresión, diferentes programas basados en atención plena (mindfulness) y compasión comienzan a mostrar su utilidad como alternativa o coadyuvantes del tratamiento psicológico estándar o farmacológico.

Este interés desde la psicología de la salud se refleja en una creciente investigación científica en todo el mundo. Concretamente en España se han publicado en los últimos años diversas tesis doctorales relacionadas con la salud mental y la aplicación de la atención plena (mindfulness): de la preocupación y mindfulness (Delgado, 2009); reducción de burnout y promoción de empatía (Martín-Asuero, 2012); reducción de sintomatología ansiosa y depresiva desde la terapia cognitiva basada en Mindfulness (Cebolla, 2009); la evitación cognitivo conductual y el papel de la aceptación y mindfulness en psicopatología de ansiedad y depresión (Barajas, 2013); el abordaje de regulación emocional desde la atención plena (Enríquez, 2011); y también la aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness en fibromialgia (Parra,

2011).

No obstante, la evidencia científica no es sólida y es necesario seguir investigando. Los diferentes programas tienen en común el factor meta-cognitivo de atención plena (mindfulness) y en muchos casos integran implícita o explícitamente el trabajo desde la compasión (Brito, 2014).

Las tradiciones contemplativas, y especialmente el Budismo, han investigado en su tradición milenaria con estas prácticas en torno al trabajo con procesos meta-cognitivos, y el cultivo de emociones positivas como el amor, la compasión o la alegría.

El presente trabajo de investigación tiene por objeto revisar la literatura e investigación previa sobre la aplicación de mindfulness y compasión en la salud psicológica. Después, tomar de las aplicaciones realizadas en sintomatología ansiosa y depresiva los componentes que permitan desarrollar un programa unificado de mindfulness y compasión, para la reducción del malestar psicológico (sintomatología ansiosa y depresiva). El objetivo último del presente estudio será evaluar el impacto de un programa de mindfulness y compasión elaborado por el propio investigador, en personas que presenten sintomatología ansiosa y depresiva dentro de un contexto de salud mental en el sistema público de salud.

Finalmente, es importante destacar que los objetivos mencionados, así como el completo desarrollo del presente trabajo de investigación, tratan de reflejar las competencias adquiridas a lo largo del Máster en Investigación de la Universidad de Valladolid (UVA), especialmente aquellas reconocidas y clasificadas por la Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (2009) como: G1, G2, G4, G5, E1, E2, E5, E8, E10 y E12.

El problema de la salud mental en el mundo y en España

La Organización Mundial de la Salud lleva años alertando sobre la incidencia de los trastornos mentales en la población, dado que una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, de forma que la sufren unos 450 millones de personas en todo el mundo. La cronicidad de las enfermedades mentales supone un 40% de las enfermedades en el mundo, y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. En varios países europeos la enfermedad mental causa entre el 45% y el 55% del absentismo laboral (Organización Mundial de la Salud, 2005). En España "se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro" Ministerio de Sanidad y Consumo (2006, p. 13). Por su parte El Servicio Andaluz de Salud (2011) informa:

Una de cada cuatro personas que acuden a un Centro de Salud tiene un trastorno mental diagnosticable, de los que la depresión es el más frecuente: 2 de cada 100 habitantes entre 16 y 65 años presenta este problema y, si se le añade el trastorno mixto ansioso-depresivo, la cifra asciende a casi 10 de cada 100 habitantes. (p.4)

Dada la situación cabría esperar que la atención psicológica fuera la adecuada, y estuviera presente con la contundencia necesaria en el Sistema Nacional de Salud, no obstante "Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado" Ministerio de Sanidad y Consumo (2006, p.13). En España el gasto sanitario público destinado a la salud mental representa el 5% del gasto total sanitario siendo muy inferior a la media europea del 10% (Salvador-Carulla, Garrido,

McDaid y Haro, 2006). Y cuando los pacientes finalmente son derivados para recibir atención psicológica, en España el tiempo estimado de espera puede llegar a los 4 meses como señala en su investigación la Organización de Consumidores y Usuarios (2012). Desde los organismos públicos corresponde incrementar los recursos destinados a la salud mental para agilizar la demanda de atención psicológica que se da en nuestra sociedad. La actual situación de precariedad económica y laboral según la investigación en psicología de la salud impacta negativamente sobre la salud mental de la población. Concretamente sobre España destaca el estudio IMPACT realizado por Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler (2013), que se llevó a cabo en las consultas de Atención Primaria, estudio que mostraba un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Entre los años 2006 y 2010, tomándose el año 2007 como inicio de la crisis económica, aumentaron los trastornos del estado de ánimo un 19%, y los trastornos de ansiedad un 8%. Este incremento del malestar se ha visto acompañado de un aumento en el consumo de fármacos antidepresivos (Gili, García Campayo y Roca, 2014), los cuales, no necesariamente, han de ser el tratamiento de primera elección en esta problemática.

El abordaje del problema de la ansiedad y la depresión en España

El tratamiento farmacológico de los trastornos mentales es una práctica extendida. No obstante y como se conoce por las guías de práctica profesional, el abordaje farmacológico para los problemas de estado de ánimo y ansiedad no es el tratamiento de primera elección. Como indica el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica Para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad (2008) se recomienda la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), y en el caso de trastorno de angustia con y sin agorafobia el tratamiento de primera línea podría ser la TCC sin necesidad de medicación. En el caso del TAG la medicación no añade efectividad "A largo plazo, el

tratamiento combinado de TCC y antidepresivos es tan efectivo como la TCC sola" (Grupo de trabajo, 2008, p.91). Y se hace especial énfasis en los que respecta al trastorno de angustia "El tratamiento con antidepresivos solos no se debe recomendar como tratamiento de primera línea cuando están disponibles otros recursos más apropiados" (Grupo de trabajo, 2008, p.89). En esta misma línea Infocop (2014) señalaba a los estándares de calidad de la Guía del National Institute for Health and Care Excellence en Inglaterra (NICE) para el manejo de los problemas de ansiedad, destacando en la guía la siguiente premisa fundamental:

Deben proporcionarse intervenciones psicológicas basadas en la evidencia a todas las personas con trastornos de ansiedad. (...) resulta fundamental que se garantice que las personas con un trastorno de ansiedad reciben el mejor tratamiento (...) deben recibir tratamientos psicológicos como primera elección, frente a los fármacos.

(Infocop, 2014, p.1)

La proliferación del uso de fármacos psicotropos

El tratamiento farmacológico puede ser, en muchos casos, un importante apoyo al tratamiento psicológico, pero desde distintos órganos e instituciones se insiste en la necesidad de ofrecer tratamiento psicológico en los problemas de ansiedad y depresión como primer abordaje. Un ejemplo es la American Psychological Association la cual expone "Varias investigaciones han demostrado que tanto la terapia de conducta como la terapia cognitiva y de conducta (CBT) pueden ser muy eficaces para tratar los trastornos de ansiedad" American Psychological Association (2010). En lo que respecta a la depresión y su tratamiento psicológico se puede decir que mediante la terapia cognitiva, terapia interpersonal o la terapia de conducta ya se ha demostrado la eficacia del tratamiento psicológico. Estas tres modalidades de terapia han mostrado como mínimo igual eficacia a la medicación antidepresiva, con más evidencia por parte

de la terapia cognitiva e interpersonal. Y esta eficacia se manifiesta tanto en la fase aguda como en la de seguimiento, previniendo recaídas, y en las diversas formas en que se presenta la sintomatología depresiva: depresión grave (unipolar), depresión mayor recidivante, distímica, atípica, depresión con ansiedad, y depresión episódica y menor (Pérez y García, 2014).

No obstante el tratamiento psicológico no se percibe como herramienta de primera línea y así se refleja en los medios de comunicación con cabeceras que apuntan hacia la medicación como protagonista "La crisis dispara la demanda de consultas de psiquiatría y el consumo de antidepresivos" Santiago (2011); o la llegada al telediario del alto consumo de psicofármacos donde se señala que España "es el segundo país de la OCDE que más ansiolíticos consume" (Radio Televisión Española, 2014). El desajuste entre la evidencia empírica y las guías psiquiátricas donde todavía prevalece el uso de medicación frente a la terapia psicológica ha sido señalado por diversos autores pero con poca repercusión, inversamente proporcional a los intereses en torno a la medicalización del malestar psicológico (Pérez y García, 2014).

Más allá de la evidencia y la farmacología, la contemplación

Si bien es cierto que se encuentran abordajes bien establecidos para el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva, la investigación en psicología sigue avanzando y es por ello que se realizan nuevos descubrimientos sobre cómo afrontar el malestar y promocionar el bienestar de las personas. La investigación en las aplicaciones de mindfulness y compasión en el bienestar humano, y la reducción de sintomatología, es un ejemplo que pretende combinar el rigor científico de investigación a la vez que indagar con curioso rigor en nuevas formas de entender la salud psicológica (desde tradiciones antiguas). Como señala Kabat-Zinn (2011), referente internacional en la aplicación de mindfulness en salud, es interesante observar las enseñanzas del Buda articuladas desde un marco médico de forma que se señala un diagnóstico

específico, el sufrimiento o dukkha, las emociones perturbadoras (ira, ansiedad, orgullo...). A este diagnóstico le seguía una etiología de ese sufrimiento, la ansiedad básica o insatisfacción permanente. Después, un pronóstico de salud con la posibilidad de curarse. Y finalmente se señalaba un plan de tratamiento practicable, el noble óctuple sendero, óctuple camino donde la práctica de Mindfulness constituye uno de estos caminos. Desde este marco de referencia, el sufrimiento entendido como ansiedad básica, o insatisfacción crónica no es algo circunscrito a ninguna clase social, nivel educativo o desarrollo geopolítico, sino que se trata principalmente de una aflicción de la mente más allá de la condiciones externas. Si bien es cierto que el cubrir unos mínimos materiales son necesarios para el bienestar, se comprueba que a partir de éstos la experiencia de felicidad y bienestar es muy variable. Estudios ilustrativos sobre lo anterior serían, por ejemplo, cómo la experiencia de que nos tocara la lotería (evento positivo) o de quedar tetrapléjicos (evento negativo), no influirían o modificarían significativamente nuestros niveles de felicidad percibida al cabo de un año (Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978; Whiteneck, Carter, Charlifue, Hall, Menter, Wilkerson y Wilmot, 1985). De esta forma vemos cómo desde la práctica clínica e investigación científica se da una mirada implícita o explícita hacia la propuesta Budista de bienestar, hacia el interrogante de qué se entiende por felicidad, y una sutil comprensión de nuestro malestar, todo ello contenido en el Dharma (Kabat-zinn, 2011; Gilbert y Choden, 2013). Y un interés exponencial en su aplicación en las profesiones sanitarias como la medicina o la psicología (Didonna, 201; Miró y Simón, 2013; Cebolla y Demarzo, 2014).

Hacia un nuevo paradigma

Desde que en 1998 Martin E.P. Seligman pronunciara su discurso inaugural como presidente de la Asociación Americana de Psicología, y se acuñara el término de "Psicología

positiva", decimos pareciera que se le ha puesto nombre a una forma de entender la psicología que va más allá del enfoque meramente en los déficits, los síntomas o la enfermedad (Seligman, 2011). Decimos pareciera pues lo novedoso del enfoque en lo positivo no llegó con esta declaración, sino que ya en 1954 el psicólogo humanista Abraham Maslow titula un capítulo de su obra "Toward Positive psychology" (Pérez-Álvarez, 2012) y de esta forma lo flamante o no de la psicología positiva no queda exento de polémica, representada en España icónicamente por la discusión mantenida al respecto entre los académicos, doctores y psicólogos Carmelo Vázquez y Marino Pérez-Álvarez (Pérez-Álvarez, 2012; Vázquez, 2013). Más allá de esta polémica nos interesa tomar al término aglutinante de psicología positiva como continuidad de un interés previo, enfocado hacia "lograr la plenitud cabal del crecimiento o de la condición humana (...) las supremas aspiraciones de la humanidad son, por consiguiente, temas adecuados para el estudio de la investigación científica" (Maslow, 2008, p.183).

La Psicología positiva se entiende como "una rama de la psicología, que, con la misma rigurosidad científica que ésta, focaliza su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: las cualidades y características positivas humanas" (Vera, 2006, p.3). Más allá de lo discutible sobre lo nuevo o no del término, lo que atañe a este trabajo es el enfoque hacia el cultivo de la salud mental y emocional entendida no sólo como el aliviar los síntomas, sino como vía del cultivo de cualidades positivas. Este enfoque hacia la salud, y lo positivo que hay en nosotros tiene mucho que ver con las tradiciones contemplativas de las que beben las prácticas de mindfulness y compasión. Estas tradiciones son ahora estudiadas con amplio detalle desde la ciencia de la psicología (Cebolla, García-Campayo y Demarzo, 2014) y la psicoterapia (Germer y Siegel, 2012). Desde el Budismo se comparte la idea de que no basta con aplacar lo negativo, sino que ese cese ha de ir acompañado por un cultivo de lo positivo.

"Conformarse con eliminar la tristeza y la ansiedad no garantiza de forma automática la alegría y la felicidad. La supresión de un dolor no conduce forzosamente al placer. En consecuencia, no sólo es necesario erradicar las emociones negativas sino también desarrollar las emociones positivas" (Ricard, 2005, p.115).

Desde el estudio científico del cultivo de la atención plena (mindfulness) se encuentran nexos comunes con el desarrollo de las fortalezas descritas por la psicología positiva. En su revisión de la literatura científica, Alvear (2014) identifica las siguientes 6 áreas donde mindfulness contribuye al desarrollo del objeto de la psicología positiva:

1. Siguiendo la teoría de emociones de Barbara Fredrickson mindfulness ayuda a la generación algunas de estas emociones positivas como la alegría, serenidad, o amor bondadoso.
2. El aumento de mindfulness ligado a un aumento del sentido de vida, el apoyo social y la reducción de síntomas depresivos.
3. El desarrollo de la gratitud como consecuencia de saber apreciar los fenómenos cotidianos o darse cuenta de la interconexión de todos los seres en que se basa la realidad.
4. El desarrollo de la autocompasión mediante la humanidad compartida (el darse cuenta de que el sufrimiento es algo compartido por todos los seres humanos).
5. El descenso de los niveles de ansiedad, la aceptación de eventos privados y bienestar subjetivo.
6. El desarrollo de valentía, honestidad, vitalidad o autorregulación.

Detenernos en cada una de ellas no corresponde el objetivo del presente trabajo, pero valga la recopilación realizada por el autor citado, junto con el anterior análisis, para señalar la convergencia que se encuentra entre el desarrollo de las potencialidades humanas, las propuestas en el campo de mindfulness desde la psicología y la tradición Budista.

En lo referente a la sintomatología ansiosa y depresiva se observa que pueden ser tratadas exitosamente mediante una terapia cognitivo-conductual más enfocada en el cultivo de emociones positivas mediante la imaginación mental (Fredrickson, 2012), y concretamente el cultivo de la compasión y mindfulness. La regularidad con la que se propone el cultivo de las emociones positivas, y concretamente el trabajo desde mindfulness y compasión, parten de la importante premisa donde se hace al sujeto partícipe de su propia salud, y esto se consigue mediante la educación y prestando atención a las interacciones entre mente, cuerpo y conducta (Barlow et al., 2011). La meditación mindfulness cobra un importante papel en este sentido, y se lleva trabajando en ello varias décadas con excelentes resultados, siendo J. Kabat-Zinn el pionero en su aplicación en pacientes con dolor crónico desde 1979. También esta atención mindfulness es integrada en el protocolo transdiagnóstico desarrollado por David Barlow (2011) para la gestión de desórdenes emocionales y de ansiedad (Trastorno Bipolar, Depresión leve, Ansiedad Generalizada, Ansiedad social, Estrés Postraumático y Trastorno de Pánico). Por su parte Jon Kabat-Zinn expone cómo la elección del abordaje meditativo no fue arbitrario en su clínica para la reducción del estrés, sino que este abordaje puede ser un acceso directo hacia una disciplina donde optimizar los procesos de conciencia y disminuir las distorsiones cognitivas (Kabat-Zinn, 2013). Parte de esas distorsiones son reconocidas como una visión excesivamente egocéntrica, donde hay un encarcelamiento en el "yo" percibido como permanente y sólido. Flexibilizar este encarcelamiento, y optimizar nuestro estado de conciencia fueron las propuestas desarrolladas por este pionero cuya propuesta de la atención plena para su clínica del estrés parte de estudios y psicología budista, zen y yoga.

El nuevo paradigma parte de que uno de los importantes remedios para nuestro sufrimiento es "la compasión por todo tipo de vida y una apreciación de nosotros mismos y de

todas las criaturas vivientes como parte del mundo de la naturaleza en toda su hermosura" (Kabat-Zinn, 2013, p.213). Más allá de lo poético, las revisiones sistemáticas de estudios sobre la aplicación de la atención plena (mindfulness) en la salud van consolidando, poco a poco, una nueva forma de entender y abordar la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud en distintos ámbitos y sintomatologías. Especialmente interesantes son los hallazgos encontrados en la aplicación de la atención plena de forma internacional, donde la revisión meta-analítica revela evidencia mundial sobre la conveniencia de la aplicación de mindfulness, concretamente en las siguientes problemáticas: depresión, tratamiento del dolor, ansiedad y somatización (Hempel et al., 2014). El interés desde las distintas instituciones y disciplinas de la salud (medicina, psicología etc.), junto con el rigor científico, en diálogo con las tradiciones contemplativas, establecen un prometedor campo de estudio y aplicación para el cultivo de mindfulness y compasión. Este trabajo pretende ser una humilde aportación en este sentido.

Capítulo 2: Mindfulness y Compasión revisión de la literatura

Mindfulness

El término "Mindfulness" o atención plena aparece con cierta profusión en los medios de comunicación llegando a recibir portadas de revista como la popular Times (Pickert, 2014) y donde se destaca su valor como abordaje para la reducción del estrés, o para sacarle más partido a la vida e incrementar la intensidad de las experiencias placenteras. Sin embargo el origen, la intención y la profundidad del término "Mindfulness" va más allá de una mera técnica de reducción de estrés, y también dista de una focalización en el incremento del placer hedonista del tipo "carpe diem".

Mindfulness es traducido como "atención plena" o "conciencia plena", y remite a un estado atencional cultivado desde hace más de 2500 años por diversas tradiciones contemplativas Budistas. Estas tradiciones han influido con fuerza en los autores y clínicos occidentales, resultando, a partir del año 2002, en un disparo de interés por la aplicación psicoterapéutica (Pérez y Botella, 2006).

Dentro de las múltiples definiciones de Mindfulness podemos apuntar la que realizan investigadores españoles "mindfulness, es un estado o rasgo que se refiere a la capacidad de estar atento a lo que sucede en el presente con apertura y aceptación" (Demarzo y Cebolla, 2014, p.21). El pionero en su aplicación en la clínica del estrés, por la que han pasado y practicado mindfulness más de 16.000 personas, J. Kabat-Zinn (2013) la define como la conciencia que surge de prestar atención intencionalmente en el momento presente y sin juzgar, a las experiencias que se despliegan momento a momento. Dentro de la aparente sencillez de la propuesta encontramos diversos matices fundamentales para comprender de qué tratan mindfulness y la atención plena.

Orígenes Budistas de Mindfulness

El Buda histórico, Siddartha Gotama, no dejó texto escrito o enseñanzas recogidas en ningún soporte material. El Primer Concilio Budista fue celebrado poco después de su fallecimiento en el siglo V a.C., en el idioma pali. En este idioma fue en el que se registraron por primera vez las enseñanzas budistas, y recoge el término *Sati*, que da lugar a la traducción inglesa de mindfulness. Pero la limitación de la traducción, *Traduttore, traditore*, no permite a palabras como mindfulness o atención plena recoger la riqueza del término Sati.

La atención Sati, según el experto en Budismo y traductor Ado Parakranabahu, es entendida en la tradición Budista como uno de los 7 factores de la iluminación. Consiste en estar atentos a todos los actos y acciones tanto físicos como mentales y tener conciencia de éstos. Los otros 6 serían: Investigación y búsqueda en los estudios (*dhammavicaya*), energía y determinación para llegar a la meta de la iluminación (*viriyā*), alegría (*pīti*) contraria a la actitud mental pesimista, relajación física y mental (*passaddhi*), concentración (*samadhi*) y ecuanimidad (*upekka*) (Ado Parakranabahu, 2014). Sati incluye un significado de recuerdo, no de recordar algún elemento o evento en particular sino recordar el cultivo de la atención al momento presente, ser consciente, prestar atención destacando la importancia de la intencionalidad en la práctica contemplativa (Siegel, Germer y Olendzki, 2011). De esta forma Sati englobaría los 3 componentes de conciencia, atención y un recuerdo intencional.

El Budismo como filosofía o práctica espiritual propone como meta la iluminación y como camino inicial la comprensión del sufrimiento. Este camino hacia la iluminación es descrito por el Buda en 8 vías, el noble óctuple sendero. Sati es el séptimo componente, significando la atención correcta, que consiste en ser consciente de lo que está sucediendo en

cada instante. Como señala Ado Parakranabahu (2014) "La atención es algo muy simple pero esto no significa que sea fácil conseguirla" (p.162).

Por eso las enseñanzas Budistas proponen diversas técnicas para reducir la mente dispersa o mente de mono, y concentrar la atención en las sensaciones del cuerpo o la respiración. En el Satipatthana Sutta, discurso atribuido al Buda, se especifican los cuatro fundamentos de la atención Sati: la atención en el cuerpo, las sensaciones, en la mente y en los objetos mentales (Thich Nhat Hanh, 2007). Sati de esta forma significa vivir con atención plena, y tal y como lo enunció el discípulo de Buda, Ananda, se practica a lo largo de todo el día. Estos soportes de la atención se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1

Los 4 fundamentos de la atención

El fundamento	Lo que se observa
Observar el cuerpo	Inspiración y espiración Consciencia al caminar y al detenerse Consciencia en los gestos cotidianos: beber, vestirse...
Observar las sensaciones	El surgimiento de las sensaciones, su desarrollo y desaparición (independientemente de que sean agradables, desagradables o neutras).
Observar la mente	Los estados mentales (ansiedad, somnolencia, enfado, distracción, concentración, iluminación). El practicante es consciente de cada estado mental que surge.
Observar los objetos de la mente	Los cinco obstáculos para la liberación (deseo sensorial, mala voluntad, somnolencia, agitación y duda). Los cinco agregados del yo (cuerpo, sensaciones, percepciones, formaciones mentales y conciencia). Los seis órganos de los sentidos (gusto, tacto, olfato, vista, audición y mente) y los seis objetos de los sentidos. Los siete factores de la iluminación (atención-Sati-, análisis, alegría, energía, tranquilidad, concentración, y soltar-relajación). Las Cuatro Nobles Verdades (existencia del sufrimiento, las causas del sufrimiento, la liberación del sufrimiento, y el camino de liberación).

Elaborado a partir de Thich Nhat Hanh (2007, p.254).

Estas prácticas son la base de la práctica laica de mindfulness, pero es importante recordar que en su contexto de origen están imbuidas de una mayor complejidad, siendo Sati acompañada por otros elementos, como los éticos y de sabiduría. La propuesta de El Noble Óctuple Sendero (NOS) integra esos componentes, y consta de: comprensión, actitud, acción, medio de vida, esfuerzo, atención (Sati) y conciencia todos llevados a cabo de una forma correcta. Más allá de representar unas directrices rígidas, el NOS constituye una orientación cotidiana hacia el cultivo de lo virtuoso, lo que es bueno para uno y bueno para los demás, y como una base para el desarrollo de cualidades (ver Tabla 2).

Tabla 2

El noble óctuple sendero

<i>Pañña - Sabiduría</i>	
<i>Ditthi</i> Recto entendimiento /Visión cabal	4 nobles verdades; Ley de causalidad; Reconocimiento de la impermanencia
<i>Sankappa</i> recto pensamiento	Tratar de incrementar la sabiduría y reducir la ignorancia; Cultivar: amor y desapego; Reducir: Apego, odio y violencia
<i>Sila - Virtud (conducta ética)</i>	
Vaca Recta palabra	No mentir o difamar. Cultivar palabras amistosas, amables y significativas.
Ajiva Recto medio de vida	Disponer un medio de vida o profesión que resulte inofensiva a los demás, que no produzca daño o sufrimiento a otros.
Kammanta Recta acción	Contenidos: No matar, no robar, no tener una conducta sexual inadecuada, no tomar intoxicantes, desarrollar una acción pacífica.
<i>Samadhi - Entrenamiento de la mente</i>	
Vayama Recto esfuerzo	Impedir la aparición, y si aparecen apartar pensamientos no virtuosos. Cultivar la aparición y mantener pensamientos virtuosos.
Sati Recta atención	En el cuerpo, sensaciones, emociones, en la actividad mental, en la aparición de ideas y conceptos.
Samadhi Recta conciencia/concentración	Estadios de la recta concentración: 1º Abandonar los pensamientos impuros. 2º Cultivar la tranquilidad y acción unificadora entre los seres. 3º Desarrollar la ecuanimidad y consciencia. 4º Desarrollar la ecuanimidad y lucidez mental.

Elaborado a partir de ADO Parakranabahu (2014) y Kornfield (1995).

De esta forma Sati es traducida en nuestro entorno como mindfulness. La primera traducción data de 1921 (Siegel, Germer y Olendzki, 2011), y en su contexto original se encuentra imbuida en un sistema que la posibilita y la potencia. Desde la tradición Budista no se puede entender fuera de este marco la atención correcta o al menos no con la misma riqueza.

Especialmente relevante es para la filosofía Budista la base de una conducta ética, sin la cual la calma mental y la aspiración a la felicidad no podría ser desarrollada. Esta ética debe de estar fundamentada en la práctica de la compasión (Ricard, 2005).

El Budismo comprende que es en la mente donde se origina el sufrimiento humano. De esta forma el desarrollo de una atención refinada que permita iniciar la observación de la mente, sin añadir discursividad o más conceptos a esa observación, resulta muy valiosa. Como un científico que observa el fenómeno, sin pretender incidir en él. Lo curioso es que al ejercitar esta atención plena, observador y objeto-observado se convierten en la misma cosa: la capacidad de observar de la mente se posa sobre la discursividad de la propia mente. La atención plena, Sati, permite observar sin juzgar, la experiencia momento a momento y de esta forma:

1º. Incrementar el conocimiento de los mecanismos de la mente (Cebolla, 2009).

2º. Reducir la impulsividad pensamiento-acción, generando un espacio reflexivo.

3º. Realizar la visión cabal, comprendiendo las 3 marcas de la existencia señaladas por el Buda (Welwood, 2013):

- La impermanencia: el hecho de que nada permanece igual a sí mismo. Cada estado mental emerge como una nueva realidad que en breves instantes se ve reemplazada por otra diferente. No hay estado mental último o completo.

- Ausencia de identidad del yo: El yo que creemos ser se encuentra también en proceso de

continuo cambio.

- El sufrimiento intrínseco a la vida humana: Caracterizado por el sufrimiento del nacimiento (nacimiento, enfermedad, vejez y muerte), sufrimiento del cambio (perder lo que queremos, no lograr lo que deseamos, aferrarnos a lo que deseamos) y sufrimiento sutil.

Si se observa en la tabla de El Noble Óctuple Sendero (Tabla 1) y de los Cuatro Fundamentos de la Atención (Tabla 2) se encontrará interrelación entre los contenidos de ambas y las tres marcas de la existencia. Todo este desarrollo budista responde al anhelo de incrementar la comprensión sobre el sufrimiento para después hacer una propuesta fundamentada sobre el camino de la cesación de ese sufrimiento. Más de 2500 años de filosofía, contemplación e investigación sistemática sobre la actividad de la mente, confiere a la psicología Budista de un corpus teórico y experiencial inabarcable en una sola vida dada su minuciosidad y extensión.

La actitud investigadora e inquisitiva basada en la racionalidad y la experiencia, es una característica fundamental del sistema de estudio budista. En palabras del Maestro Tibetano Dzogchen Ponlop "(...) necesitamos a la duda inteligente y al escepticismo. Nos protegen de las visiones erróneas y de la propaganda" (2010, p.21). Estas características confieren al Budismo una relevancia plena para las ciencias de la salud del s. XXI que desean incrementar su entendimiento sobre el abordaje del sufrimiento originado en la mente, y su liberación. Especialmente relevante para la ciencia de la psicología de la salud.

Mindfulness en Psicología

Si la traducción del Pali al inglés entrañaba dificultad, un nuevo obstáculo se encuentra al traducir del inglés al español. Las diversas formas en que encontramos la traducción de Mindfulness al español son, entre otras, atención plena, atención al momento presente, conciencia plena o atención consciente.

Para Brach "es el proceso intencional de prestar atención, sin juzgar, a la experiencia que se despliega momento a momento" (2012, p.37). Otra definición compartida por relevantes autores como J. Kabat-Zinn, C. Germer o S. Hayes (citados en Sielgel y Germer, 2012) sería mediante la exposición de los 3 componentes de mindfulness: conciencia, momento presente y aceptación. O la conciencia que emerge mediante el prestar atención intencionalmente y sin juzgar. Se enfatiza en todo momento la aceptación como una apertura activa a la experiencia presente no enjuiciadora en el aquí y ahora.

Los componentes definitorios de la experiencia mindfulness son 3 (Enríquez, 2011):

Conciencia: El cultivo de la conciencia como parar, observar y retornar la atención en la experiencia presente podría tener los siguientes beneficios. "Parar" nos lleva a pausar la cadena automática de pensamientos; "observar" permite centrar la atención en un estímulo presente y reducir la rumiación o el procesamiento en piloto automático; y "retornar" facilita entrenar este proceso atencional de forma que la mente se vea cada vez menos atrapada en los bucles de pensamiento improductivo.

Momento presente: El trabajo de mindfulness lleva la atención constantemente al momento presente, cultivándose un estado de flujo el cual se ha relacionado sistemáticamente

desde la psicología positiva con mayores niveles de bienestar, siendo M. Csikszentmihalyi el principal referente de este estudio. Mindfulness contribuye a crear mayores estados de flujo.

Aceptación: La aceptación cultivada en mindfulness, a través de las distintas instrucciones, reduce la resistencia ante la experiencia de malestar, y de esta forma permite una relación más amable con la experiencia.

En una revisión más exhaustiva mindfulness se puede entender desde 3 acepciones según uno de los autores más importantes en el estudio de Mindfulness y compasión C. Germer (citado en Delgado, 2009): Mindfulness como constructo teórico, práctica/técnica y proceso psicológico.

Mindfulness como constructo teórico.

Quizás sea la definición de J. Kabat-Zinn la más citada a lo largo de toda la literatura, se define mindfulness como prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar. Kabat-Zinn (citado en Baer, Walsh y Lykins, 2011) incluye que mindfulness tiene una cualidad amable y compasiva en la persona que presta atención, un sentimiento de presencia e interés amistosos y abiertos.

Las propuestas en torno a cómo definir y operativizar el constructo mindfulness son diversas. En la Tabla 3 se hace una recopilación de las diferentes conceptualizaciones y autores recogidas por diversos investigadores.

Tabla 3.

Compilación de propuestas sobre el constructo "Mindfulness".

Autores citados	Constructo Mindfulness propuesto
Bishop y colaboradores	Proceso de conciencia investigadora (donde hay un esfuerzo por sostener la observación) que implica la observación del siempre cambiante flujo de la experiencia humana. Dos componente del constructo:

	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregulación de la atención hacia el momento presente: atención sostenida en periodos prolongados, trayendo de regreso la atención cuando divaga, e inhibiendo el procesamiento secundario de pensamientos, sensaciones y sentimientos. - Actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la experiencia en el momento presente. <p>Mindfulness puede ser considerada como una habilidad metacognitiva.</p> <p>Su opuesto sería el piloto automático: un comportamiento mecánico, sin conciencia de las acciones que llevamos a cabo.</p>
Brown y colaboradores	Mindfulness difiere de un proceso metacognitivo pues su modo de operación es perceptivo, operando <i>sobre</i> el evento mental más que <i>dentro</i> de él. Mindfulness es atender a las actividades de la vida cotidiana con presencia.
Shapiro, Carlson, Astin y Freedman	Atender intencionalmente con apertura y sin enjuiciamiento. Esto lleva a un cambio que los autores denominan <i>reperceiving</i> . Este <i>reperceiving</i> es un metamecanismo que engloba 4 mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> - autorregulación - clarificación de valores - flexibilidad cognitiva, emocional y conductual - exposición
Baer, Smith y Allen	Atención al momento presente, apertura a la experiencia, aceptación, dejar pasar e intención.
Feldman	Mindfulness consta de 4 componentes: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para regular la atención - Orientación a la experiencia presente - Awareness de la experiencia: conciencia no elaborada de la experiencia - Actitud de aceptación o no enjuiciamiento de la experiencia
Marlatt y Kristeller	Poner toda la atención en la experiencia momento a momento, implicando una observación de nuestras propias experiencias con una actitud de aceptación y de amabilidad bondadosa.

Elaborado a partir de Delgado (2009); Enríquez (2011); Baer, et al. (2011).

Como se puede observar, las diferentes definiciones del constructo se solapan en varios puntos. Es importante señalar que la atención al momento presente ha de estar acompañada por la actitud de aceptación para poderse denominar mindfulness; de lo contrario, una simple orientación a la experiencia presente podría considerarse mindfulness, sin importar si se hace desde un acercamiento enjuiciador o de aceptación. Para enriquecer estas actitudes de la atención

mindfulness puede resultar muy enriquecedor contemplar las 7 actitudes básicas en la práctica de mindfulness descritas por Kabat-Zinn (2013):

- Paciencia: Al percibir la actividad de la propia mente, se insta a ser paciente y amable con esta actividad automática de la mente. Y aceptar lo errático de la propia mente sin censurarlo.

- No juzgar: Postura de testigo imparcial. No hay necesidad de juzgar a los pareceres o juicios que aparecerán durante la práctica.

- Mente de principiante: Mente dispuesta a verlo todo como si fuese la primera vez, liberándonos así de las expectativas basadas en las experiencias previas.

- Ceder: Soltar la tendencia a aferrarse a aspectos de la experiencia y rechazar otros. Simplemente dejar que nuestra experiencia sea la que es en cada momento.

- Confianza: Se confía en una sabiduría propia y bondad básicas (idea compartida explícitamente por la filosofía Budista) y se insta a la toma de responsabilidad de aprender a escuchar al propio cuerpo.

- No esforzarse: Se propone una forma en la que intentemos menos y seamos más. Si se establece una meta concreta para la práctica, como "controlar mi dolor" o "me voy a relajar", se introduce la noción de dónde se ha de llegar con la idea de que no nos sentimos bien en este momento, y ello aparta la atención del simplemente reposar en el presente para posarla en una expectativa.

- Aceptación: Voluntad de ver las cosas como son, para que pase lo que pase podamos actuar de forma adecuada en nuestra vida.

Los componentes de los diferentes constructos y actitudes descritos actúan como un entramado que se sostiene y potencia mutuamente.

Mindfulness como técnica o práctica

Como se mencionaba en la referencia al Satipattana Suta, la atención Sati se cultiva en diferentes soportes: cuerpo, sensaciones y objetos mentales. De esta forma el desarrollo de Mindfulness precisa del uso de técnicas e indicaciones precisas, como si deseáramos desarrollar cualquier otra cualidad. No dudamos en invertir varios años para capacitarnos a la hora de desempeñar una profesión o aprender un idioma; y de la misma forma el trabajo con nuestra propia mente requiere de dedicación específica (Ricard, 2005).

Debido al origen de las técnicas de mindfulness, en un contexto religioso o espiritual y a veces mezclado con poco rigor por otras propuestas, es importante a la hora de señalar las bases de la práctica, esclarecer los malentendidos más comunes identificados en la literatura (Siegel et al. 2011; Alonso, 2012; Cebolla y Demarzo, 2014):

- No es tener la mente en blanco sino ser conscientes de lo que se está haciendo; y cuando se divaga, reconocerlo. Cuando aparecen pensamientos considerarlos como meros eventos mentales, sin quedar atrapado en ellos intentando modificarlos, alimentarlos o suprimirlos.

- No es convertirse en seres sin emociones o suprimirlas, sino que por el contrario se cultiva nuestra capacidad para aceptar la experiencia emocional.

- No es apartarse o aislarse de la vida mundana, sino que los contratiempos vitales se experimentan de forma más directa e incluso, en algunos casos con mayor intensidad, al ser más conscientes de nuestra experiencia momento a momento.

- No es buscar experiencias placenteras o dicha, sino que se permite aparecer y desaparecer a los diferentes estados mentales, emociones y contenidos mentales.

- No es escapar del dolor, sino que en realidad mindfulness nos ayuda a incrementar nuestra capacidad para soportarlo.

- No es pensamiento positivo, pues no se trata de una experiencia conceptual o de reestructuración de pensamiento. Los pensamientos ya sean agradables o desagradables, se tratan como eventos mentales.

- No es una técnica de relajación, pese a que con la práctica puede surgir la calma mental; lo que se cultiva es una forma no reactiva de relacionarnos con nuestra experiencia (eventos privados y eventos externos). Posiblemente esta no reactividad sea la que propicia esa sensación de relajación en presencia de diversos estímulos.

- No es una panacea ni sustituye a los tratamientos psicológicos o farmacológicos, se debe evitar la expectativa fantasiosa tanto en pacientes como en profesionales y evitar así el descrédito de la misma.

- No es placebo, su eficacia ha sido contrastada en estudios con rigor metodológico incluyendo ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Varios metaanálisis recogen evidencia científica de su eficacia.

- No es algo exclusivamente oriental o religioso, si bien los orígenes de estas técnicas son claramente Budistas, las técnicas y terapias de mindfulness están adaptadas al contexto cultural occidental y no se presentan bajo connotaciones religiosas.

- No es algo complejo, las técnicas bien presentadas son accesibles a todo tipo de personas sin importar su nivel educativo y sin restricciones de tipo cultural o religioso.

- No se precisa una postura específica para practicarla, si bien es cierto que en el contexto Budista se dan instrucciones muy precisas al respecto de la postura meditativa; las técnicas de mindfulness se presentan de forma sencilla y adaptadas incluso a personas con algún tipo de limitación física.

- No es un estado de trance, desconexión de la realidad o disociación sino todo lo

contrario. El objetivo primero de Mindfulness es permanecer presente en la realidad que se presenta momento a momento.

La práctica de mindfulness, por tanto, trata del cultivo de un estado atencional e intencional dirigido a la experiencia del momento presente, y para ello se hace uso de diversas técnicas e instrucciones en dirección a unos objetivos concretos (ver Tabla 4).

Tabla 4

Recopilación de principales técnicas empleadas para el cultivo de mindfulness

Práctica o nombre de la técnica	Instrucciones	Objetivos
Comer con atención plena (ejercicio de la uva pasa).	<ul style="list-style-type: none"> - Centrar toda la atención en la experiencia de comer. - Llevar la atención a los sentidos en torno al objeto (sonidos, textura, sabor...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención plena a la experiencia como contraposición a comer imbuidos en pensamientos automáticos. - Experimentar el poder transformador de la experiencia de la atención plena.
Atención plena en una actividad cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> - Centrar la atención en una actividad cotidiana y realizarla con atención plena (ducharse, cepillarse los dientes...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar lo dispersa que se encuentra la mente. - Aprender a llevar la atención plena a lo cotidiano.
Body scan o Barrido corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar atención a las diferentes sensaciones que aparecen en el cuerpo - Se realiza un barrido desde los pies a la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la focalización de la atención. - Repetir los pasos de observar, darse cuenta cuando la mente divaga en piloto automático y regresar al cuerpo - Incrementar la conciencia corporal. - Atención a cómo aparecen, cambian y desaparecen las sensaciones en el cuerpo. - Observar la relación de rechazo o aceptación hacia las sensaciones (agradables o desagradables).
Atención plena a la respiración	<ul style="list-style-type: none"> - Se usa el roce del aire en las fosas nasales o el vaivén en el cuerpo como soporte/anclaje de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención al momento presente mediante un estímulo más sutil como la respiración.
Respiración de	<ul style="list-style-type: none"> - Se propone como la 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a reconocer el piloto

3 minutos	anterior pero con una duración más breve para poder realizarla en cualquier momento - Tomar consciencia del cuerpo, sensaciones, y pensamientos. Y después ampliar el foco de atención a todo el cuerpo	automático y la divagación mental - Reconducir la atención al momento presente
Movimientos corporales con atención plena	- Llevar la atención a los movimientos del cuerpo mientras se realizan estiramientos o movimientos suaves. Se puede usar posturas suaves de Yoga	- Aumentar la conciencia corporal - Repetir la secuencia de darse cuenta, observar la distracción y regresar al cuerpo
Mindfulness caminando o caminata consciente	- Llevar la atención al proceso de caminar - Tomar consciencia de músculos implicados, puntos de apoyo y movimientos	- Practicar Mindfulness en movimientos - Posibilidad de integrarlo en el día a día
Observación de pensamientos y eventos mentales (imágenes, diálogo, pensamientos, recuerdos...)	- Se usa una imagen como una pantalla de cine o las hojas de un árbol y en ellas se plasman los pensamientos conforme aparecen - No se intenta cambiarlos sino que se pueden etiquetar "ha aparecido x pensamiento" - Se observa cómo vienen y van sin modificarlos o intervenir en ellos	- Poder observar la experiencia mental y su naturaleza cambiante - Reducir el impacto de los eventos mentales y la reactividad a los mismos ya sean agradables o desagradables

Adaptada de Cebolla y Demarzo (2014, p.28)

Las técnicas de mindfulness han de ser tomadas como orientaciones y en el caso del ámbito clínico ser adaptadas al usuario. Como veremos en el apartado de Terapias el uso que se hace de las técnicas de mindfulness puede ser muy diferente dependiendo de la función del propósito que tenga la intervención y su contexto.

Mindfulness como proceso psicológico

El proceso psicológico de mindfulness es descrito por algunos autores en función de una serie de características. Las definiciones de proceso buscan instruir para saber qué debemos hacer con la conciencia y se derivan de los constructos ya expuestos, por lo que no se repetirá esta información de nuevo. Sí es necesario destacar en este apartado un proceso psicológico muy estudiado relacionado con mindfulness, el *descentramiento*, siendo el proceso psicológico clave al que se apunta desde el marco clínico. Tal como lo describe Cebolla:

La estrategia de “descentramiento” o “desidentificación” que permite a los sujetos relacionarse con las experiencias negativas como eventos mentales pasajeros que pueden ser observados dentro de un campo más amplio de conciencia. (...) experimentar los pensamientos y sentimientos negativos desde una perspectiva descentrada, que les permita tomar distancia. (2009, p.34)

El entrenamiento en mindfulness cultiva este proceso psicológico donde el sujeto, o yo, es contexto de estos procesos, reduciéndose así la identificación con los eventos mentales (pensamientos, sentimientos, emociones).

Por otra parte los científicos cognitivos diferencian el procesamiento de abajo-arriba (top-down) y arriba-abajo. Los procesos arriba-abajo son estados cerebrales arraigados que pueden alterar las activaciones emergentes en los circuitos neurales, y por lo tanto modelar la atención a la experiencia presente. Es decir, la dinámica a gran escala (aprendizajes previos) puede influir en la percepción a pequeña escala, la experiencia directa (Siegel, 2012). En el nivel sencillo de experiencia el procesamiento abajo-arriba puede lograrse focalizando la atención directamente en cualquiera de los sentidos, siendo quizá lo más efectivo comenzar en el cuerpo.

En el corazón de Mindfulness se hace énfasis en el procesamiento de abajo a arriba, significando esto que se busca centrar la atención en los datos percibidos, de esta forma se rescata la atención de los esquemas, relatos, creencias y mapas conceptuales de nivel superior (Siegel et al., 2011). La práctica de mindfulness invita a permanecer con la experiencia directa y así reducir el impacto y la veracidad de nuestras narrativas y conceptos. Descrito en palabras del director del Mindsight Institute y codirector del Mindful Awareness Research Centre de la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) "Crecemos y vamos por la vida con esos faros atencionales que se centran únicamente en lo que debemos hacer. (...) La presencia es la atención desnuda a la amplitud receptiva de la mente" (Siegel, 2012, p.160).

Midiendo Mindfulness

Es mucha y extensa la literatura referida a las escalas que miden mindfulness. No es objeto de este trabajo profundizar en ellas por lo que se mencionarán los diversos instrumentos y métodos de medición, los constructos que pretenden medir, muestra a la que se recomiendan aplicar (si hubiera indicaciones al respecto) y los autores implicados en su desarrollo. Listado elaborado a partir de Baer, Walsh y Lykins (2011); Soler (2014); Soler et al. (2014); Quezada-Berumen et al. (2014):

- Inventario de Mindfulness de Friburgo (FMI): Desarrollado por Buchheld, Gorssman y Walach en 2001. Evalúa mindfulness (la estructura factorial no es estable, se recomienda interpretación unidimensional). Se desaconseja su uso en población inexperta.

- Escala de conciencia plena (MAAS): Desarrollada por Brown y Ryan en 2003. Evalúa la tendencia general a estar atento y a ser consciente de las experiencias del momento presente en la vida cotidiana. Tiene estructura de factor único. La MAAS no discrimina entre meditadores

con poca experiencia e individuos sin experiencia. Asume que mindfulness es lo contrario a la inatención. Indicada para tener un índice global.

- Inventario de habilidades de mindfulness de Kentucky (KIMS): Desarrollada por Baer y colaboradores en 2004. Evalúa cuatro factores (apoyados por análisis factorial) de mindfulness: observar, describir, actuar con consciencia y aceptar sin juzgar. Evalúa la tendencia general a ser consciente en vida cotidiana y no requiere experiencia previa en meditación.

- Escala de mindfulness cognitivo y afectivo (CAMS-R): Desarrollada por Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau en 2007. Evalúa atención, enfoque en el presente, consciencia y aceptación de pensamientos y de los sentimientos en la experiencia cotidiana.

- Cuestionario de mindfulness de Southampton (SMQ): Desarrollado por Chadwick, Hember, Mead, Lilley y Dagnan en 2005. Evalúa el grado en que los individuos responden conscientemente a pensamientos e imágenes que los angustian en cuatro aspectos de mindfulness: observación consciente, carencia de aversión, carencia de juicios y dejar ir. Los autores recomiendan usar puntuación única total. Especialmente interesante para muestra con evitación experiencial (correlación negativa con mindfulness).

- Escala de mindfulness de Filadelfia (PHLMS): Desarrollada por Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow en 2007. Evalúa dos factores: consciencia y aceptación. Está indicada tanto para muestras clínicas como no clínicas.

- Cuestionario de mindfulness de cinco facetas (FFMQ): Desarrollado por Baer y colaboradores en 2006. A partir del análisis factorial de anteriores cuestionarios, se extrajeron cinco factores: observar, describir, actuar con consciencia, no juzgar la experiencia interior y no reactividad a la experiencia interior. Discrimina experiencia en meditación de los sujetos. Indicado para investigación de aspectos más detallados de mindfulness.

- Escala de mindfulness de Toronto (TMS): Desarrollada por Lau y colaboradores en 2006. Mientras las anteriores escalas evaluaban mindfulness como rasgo, la TMS lo hace como estado. Dos factores: curiosidad y descentramiento. Se aplica tras una sesión de meditación, por lo que es posible que no se relacione con mindfulness en la vida cotidiana.

- Escala Mindsens: Desarrollada por Soler y colaboradores en 2013. Se trata de una colección de items originarios del FFMQ y EQ (se cita más adelante). Evalúa experiencia meditativa. Permite discriminar sujetos con práctica diaria y sujetos sin experiencia meditativa.

- Developmental mindfulness survey: Desarrollada por Shalloway y colaboradores en 2007. Escala unidimensional construida desde la teoría de respuesta al ítem.

- Effects of Meditation Scale: Desarrollada por Reavley y colaboradores en 2009. Evalúa dos secciones: experiencias durante la meditación y efectos de la meditación en el día a día.

- Langer Mindfulness/Mindlessness Scale: Desarrollada por Haigh y colaboradores en 2011. Evalúa mindfulness desde una psicología cognitiva basada en el procesamiento de información y la teoría creativa.

- Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences beta: Desarrollado por Bergomi y colaboradores en 2013. Escala multifactorial que persigue ser sensible a todos los factores de mindfulness e interrelaciones entre ellos.

- Meditation Breathing Attention Score: Desarrollada por Frewen y colaboradores en 2008. Es una medida de experiencia directa. Consiste en señalar alzando la mano si la atención estaba en la respiración o no durante la práctica de mindfulness en respiración (la campana suena cada 3 minutos). Para medición de experiencia directa la práctica total es de 15 minutos.

Existen otras escalas que miden constructos cercanos a mindfulness y que se ha considerado importante incluir:

- Cuestionario de aceptación y acción (AAQ): Desarrollado por Hayes, Strosahl y colaboradores. Evalúa aceptación y evitación experiencial: evaluación negativa, intentos por controlar o evitar estímulos internos desagradables e incapacidad de llevar a cabo acciones constructivas en presencia de estos estímulos.

- Versión revisada de la AAQ: Desarrollada por Bond y Bunce. Incluye dos sub-escalas: voluntad para experimentar pensamientos y sentimientos negativos, y acción hacia objetivos pese a la presencia de pensamientos y sentimientos negativos. Para poblaciones con dolor crónico existe escala de aceptación de dolor crónico CPAQ. Y para aceptación y acción en diabetes la AADQ.

- Cuestionario de descentramiento EQ-decentering: Desarrollado por Fresco y colaboradores en 2007. Adaptación al castellano por Soler y colaboradores (2014). Evalúa descentramiento: observar pensamientos y sentimientos como eventos cambiantes de la mente. Indicado tanto en poblaciones clínicas o no para evaluar cambios tras intervenciones basadas en mindfulness.

- Entrevista de autoconciencia y afrontamiento en memoria autobiográfica: Desarrollada por Moore, Hayhurst y Teasdale en 1996. Evalúa descentramiento. Podría ayudar a discriminar entre sujetos deprimidos o no (por su correlación negativa con depresión). Es sensible a entrenamiento en Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM o TCAP).

- Escala de conexión corporal (Scale of Body Connection - SBC): Adaptación española realizada por Quezada-Berumen et al. (2014). Evalúa conexión corporal y disociación corporal: percepción de los estados, procesos y acciones corporales. Este concepto incluye la percepción tanto de sensaciones físicas (p.e., posición corporal, tasa cardiaca) como sensaciones más complejas (p.e., dolor, relajación). Es adecuada para población general.

Mindfulness parece ser un constructo difícil de definir y de medir quizás debido a que se asocia al campo intangible de la conciencia, o por lo poco familiar que nos resulta en nuestro mundo cotidiano el cultivo de esta atención consciente, siendo el vocabulario menos rico al respecto de lo que nos gustaría. Sin embargo diversas medidas como el FFMQ han sido utilizadas ampliamente en la medición de los componentes de mindfulness y poco a poco se establece un mayor consenso a este respecto. Las pruebas neuropsicológicas también se comienzan a incluir como parte del estudio de mindfulness. Estos hallazgos serán detallados en un apartado posterior de este trabajo.

Compasión

El estudio de la compasión como cualidad en el bienestar psicológico es relativamente reciente. En la lengua española la presentación de este constructo como herramienta de trabajo psicológico suele necesitar de una previa aclaración del concepto que se pretende trabajar debido al bagaje cultural en el que se asocia la compasión con sentimientos de pena o lástima. Este bagaje se recoge con claridad en la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [DRAE] (2014) donde se la define como "Sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias". Sin embargo la propuesta terapéutica y científica del estudio de la compasión dista de esta definición, y se aproxima a una propuesta basada en la amabilidad, la empatía y el amor en presencia del sufrimiento (propio o ajeno) con el deseo de que este sufrimiento sea aliviado (Siegel y Germer, 2012).

El estudio de la compasión ha comenzado a recibir un gran interés desde el campo científico, y clínico, tanto para el beneficio y cuidado de los profesionales sanitarios (Losa y Simón, 2013; Boellinghaus, Jones y Hutton, 2013) como de pacientes con malestar psicológico

(Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller y Berking, 2014; Germer y Neff, 2013; Gilbert y Procter 2006; Tirch, 2012; Shahar et al. 2014).

Si bien las prácticas de mindfulness se entienden como prácticas *contemplativas*, donde se observa la experiencia tal y cómo se presenta, las prácticas de compasión se entienden como prácticas *generativas* donde el sujeto se convierte en agente y cultiva deliberadamente estados emocionales relacionados con la empatía, el amor y la compasión (Brito, 2014). Estos procesos son seguidos desde la neurociencia con gran interés, la cual intenta trazar las vías neuronales de procesos como la empatía o la compasión y observar la interacción de afectos negativos y positivos antes y después de una intervención en el cultivo de la compasión (Simón, 2006; Klimeki, Leiberg, Ricard y Singer, 2013).

El cultivo de la compasión ofrece un campo prometedor tanto como componente en la terapia de trastornos emocionales como la depresión, trastornos de ansiedad o estrés post-traumático, como para población no clínica que desee mejorar su bienestar personal y relacional, incrementar su satisfacción vital o reducir sus niveles de estrés (Brito, 2014). Un excelente ejemplo es el metaanálisis realizado por MacBeth y Gumley (2012) el cual apunta a una relación directa y significativa entre los niveles de compasión y autocompasión experimentados por el individuo y sus niveles de bienestar psicológico.

Orígenes Budistas de la Compasión

La profundidad y detenimiento con que se ha realizado el abordaje de la compasión desde el Budismo, especialmente el Budismo Tibetano, ha llevado a diversos científicos, interesados en ella, a acercarse a la psicología budista. Ejemplos icónicos son los encuentros de los científicos Paul Ekman (Dalai Lama y Ekman, 2008) autoridad mundial en el estudio de las emociones, o Daniel Goleman (2015), en sus conversaciones con el XIV Dalai Lama, Tenzin Gyatso.

Según el pensamiento budista la práctica continuada de Shamatha Bodhisattva induce a la compasión en el practicante hacia todos los seres (Dalai Lama y Ekman, 2008). La práctica de meditación Shamatha es un elemento esencial de la tradición budista: se comprende como una práctica de atención focal. Esta práctica incrementa la capacidad de la mente para después encaminarse en cultivar lo que se desee, en este caso la compasión. Es importante remarcar la importancia de este orden, donde Shamatha permite alcanzar un estado de atención voluntaria sostenida, que se caracteriza por una estabilidad libre de pensamientos erráticos. Para lograr esta estabilidad se utiliza un objeto de concentración (como por ejemplo la respiración), lo que nos recordará a algunas de las prácticas de Mindfulness revisadas anteriormente.

Por otra parte el cultivo de atención abierta se relaciona con las prácticas de Vipassana. Este tipo de meditación llevaría al practicante a reconocer las tres marcas de la existencia (mencionadas previamente en este trabajo).

Cuando se trata de las prácticas generativas, el foco se pone en el cultivo de una emoción en particular o de un estado mental (en el budismo Tibetano no se habla de emociones como tal sino de estados de la mente), amor bondadoso o compasión. En el Budismo Tibetano, religión no teísta, se cuenta con arquetipos de la budeidad para el desarrollo de la compasión. La imagen del

buda Chenrezig encarna el Señor de la Compasión, también conocido como Avalokiteshvara, su nombre significa señor que mira hacia abajo con compasión. Chenrezig es una figura de primer orden en todas las áreas del budismo mahayana, como China (conocido como Kuan-yin) y Japón (conocido como Kannon), en donde su iconografía asume un aspecto más femenino por la dulzura y compasión que encarna. En el budismo se considera al Dalai Lama una manifestación terrenal de este arquetipo de la compasión (Quingles, 1986).

Diversos autores y clínicos reconocen explícita o implícitamente la importancia de estas prácticas en su propuesta terapéutica. Un ejemplo de ello es el prestigioso creador de la terapia centrada en la compasión (CFT) Paul Gilbert quien establece el gran parecido entre uno de sus ejercicios de cultivo de la compasión (la imagen compasiva ideal) y las prácticas de imaginación budista con Chenrezig entre otros budas (Gilbert, 2012; 2015).

El erudito tibetano Thubten Jinpa, intérprete de el Dalai Lama, define la compasión desde la literatura budista como un estado mental dotado de un sentido de interés que se enfoca en el otro, y en el deseo de que éste sea liberado de sufrimiento (citado en Brito, 2014). De esta forma la compasión se podría dividir en tres componentes: afectivo, comportando un sentido de interés por el otro; cognitivo, implicando apertura para percibir el sufrimiento ajeno; y motivacional, manifiesto en el deseo de que el otro deje de sufrir.

Desde esta perspectiva la compasión no se trata de una emoción sino de un proceso multidimensional. El monje budista y biólogo Matthieu Ricard define la compasión como un estado mental basado en el deseo de que los seres sean liberados de sus sufrimientos y de las causas de sus sufrimientos. De este estado mental se deriva un sentimiento de amor, de responsabilidad y de respeto hacia todos; y asumimos nuestro propio sufrimiento unido al de todos (Ricard, 2005). Esta última parte donde uno asume su propio sufrimiento implica el

desarrollo de la autocompasión. El desarrollo de la amabilidad hacia uno mismo es representado por la investigadora y divulgadora Kristine Neff (2012) y su trabajo sobre la autocompasión se explora en un apartado siguiente de este trabajo.

La compasión en las diferentes tradiciones budistas

Si bien las diferentes tradiciones budistas integran la compasión dentro de sus enseñanzas y estudios, cada una otorga a la compasión un lugar diferente dentro de su comprensión sobre el desarrollo de ésta y de la sabiduría.

La tradición más antigua, (en el budismo temprano la tradición Theravada) ve la compasión como un poder para la purificación profunda de la mente, protección y poder curativo que puede ayudar a la propia liberación.

En la tradición Mahayana la compasión se convierte en el medio primario para fortalecer y comunicar una sabiduría no conceptual donde uno y los otros son experimentados sin separación.

Y en el budismo Vajrayana, desarrollado en el Tibet y ahora extendido por todo el mundo debido al exilio de maestros Tibetanos como el Dalai Lama, Karmapa o Chogyon Trungpa, la compasión incondicional se extiende a todos los seres como una expresión de la naturaleza auténtica de la mente (Makransky, 2012).

Una de las posibles clasificaciones de los sistemas de pensamiento y práctica reciben el nombre de los 3 yantras (vehículos), y en el budismo encontramos: el de la liberación individual, Hinayana, que incluye el sistema Theravada; el de la liberación universal, Mahayana; y el del tantra Vajrayana (Dalai Lama, 1998). A continuación se detallan los desarrollos atribuidos a cada uno de los vehículos o tradiciones.

Budismo temprano y tradición Theravada: La comprensión del sufrimiento es crucial para el entendimiento de la compasión. Los 3 niveles de sufrimiento (dukkha):

1º El sufrimiento obvio del nacimiento, enfermedad, vejez y muerte. 2º El sufrimiento del cambio, que viene de intentar conseguir y aferrarse a las cosas agradables como si fueran una base estable de seguridad y sufrimos con el cambio en la vida. 3º El sufrimiento del egoísmo condicionado, es la impresión de un yo separado, permanente e independiente, separado del mundo no cambiante que le rodea. Esta impresión de un yo y un mundo no cambiantes lleva a aferrarse a aquello que afirma este yo no cambiante y a temer y odiar a todo lo que suponga una duda o amenaza (Thubten Yeshe, 2005).

Estos 3 niveles de sufrimiento están presentes en todos los seres y lleva al Budismo a extender su compasión por todos los seres sin distinción.

Mindfulness se convierte en la conciencia que reconoce este sufrimiento, y corta el constructo mental de separación (Makransky, 2012). Este insight nos permite experimentar a los otros como a nosotros mismos en la búsqueda de la felicidad y del cese del sufrimiento.

En las indicaciones de El Óctuple Noble Sendero para el cultivo de la recta atención (Sati), el Buda enseñó meditaciones sobre el amor (metta), compasión (karuna), la alegría empática (mudita) y la ecuanimidad (upekkha), éstos son los cuatro pensamientos inconmensurables, también llamadas las cuatro moradas celestiales.

Los cuatro inconmensurables, son cuatro actitudes que dan a la mente gran poder para superar obstáculos, vivir con alegría y paz y acompañar a la persona en el camino. El cultivo de la compasión se trabaja desde la autoaceptación, comenzando por el amor a uno mismo y de ahí

transitar hacia la compasión por alguien en condiciones adversas, después hacia un amigo, una persona neutral, una persona hostil y finalmente se extiende la compasión hacia todos los seres (Ñānamoli, 2012).

Para los Theravadas reconocer mediante la sabiduría la impermanencia e insustancialidad de la experiencia lleva a un entendimiento que nos libera del sufrimiento. Se pone más énfasis, por tanto, en esta comprensión liberadora que en el cultivo de la compasión (Ado Parakranabahu, 2014; Makransky, 2012).

Tradición Mahayana: Esta tradición da mayor énfasis a la compasión, pues era ésta la que distinguía la iluminación del Buda de la de otros arhats que se habían iluminado. El arhat vence las emociones perturbadoras (Tchöky Sengue, 2006; Makransky, 2012).

En el Mahayana se reconoce además de la impermanencia de los fenómenos también la naturaleza interdependiente de los fenómenos. No hay cosa que exista separada o independiente. Este entendimiento para los Mahayana erradica un sufrimiento más profundo que la comprensión de la impermanencia. Esta comprensión de todos los seres como no separados y la naturaleza interdependiente de todas las apariencias potencia la compasión incondicional hacia todos los seres.

El Cultivo de la compasión es similar al Theravada, pero se canaliza hacia una fuerte aspiración por la iluminación para poder ayudar a otros a liberarse del sufrimiento. Esta aspiración se conoce como bodhichita.

En la tradición Mahayana la compasión se cultiva recordando a la madre propia como fuente de amor bondadoso, se elicitaba una respuesta de amor y este amor se traslada después a todos los seres cuyo sufrimiento es el objeto de esta compasión (Makransky, 2012).

Mediante la práctica se explora el ver a otros como nosotros mismos y a nosotros como

un otro neutro. "Intercambiarse por los demás" es una práctica que en el Tíbet recibe el nombre de Tonglen (Chrödrön, 2012) y en ella tomamos el sufrimiento de los demás en la naturaleza vacía de nuestro ser mientras ofrecemos generosamente a los demás nuestra propia virtud, bienestar y recursos.

Tradición Vajrayana: Varias escuelas Mahayana señalan que nuestra capacidad compasiva y de sabiduría es innata y ya presente en la naturaleza de la mente: la naturaleza de Buda. La tradición Vajrayana enfatiza estas enseñanzas.

Nuestra conciencia base es conocedora por sí misma y está dotada de sabiduría y compasión (Ricard, 2005). La compasión por tanto no ha de ser un estado nuevo a fabricar y fortalecer, sino que habrá de ayudar a la mente a reconocer sus condicionamientos, de forma que la naturaleza de Buda pueda manifestarse.

El reconocimiento de pensamientos y emociones como insustanciales e *impermanentes* (eventos en constante cambio, aparición y disolución) ayuda a reducir la *sobreidentificación* con ellas. La compasión se entiende como una capacidad intrínseca de nuestra conciencia, no como algo a fortalecer sino como algo a descubrir, y ésta es una diferencia con la tradición Theravada y alguna temprana Mahayana donde sí se entiende que hay que cultivar y fortalecer estos estados.

Este despertar al propio potencial es contagioso. La meditación tibetana Vajrayana encarna esta "contagiosidad", y en algunas prácticas se trae a la mente a los benefactores iluminados, con forma humana o simbólica, quienes encarnan la compasión. Se comulga con estos benefactores mediante rituales y ofrendas y de esta forma se funde uno con el benefactor en la naturaleza de Buda (Makransky, 2012). El arquetipo de la compasión por excelencia en el Budismo tibetano es Chenrezig (Quingles, 1996).

La riqueza en el cultivo de la compasión en las tradiciones budistas no sólo brilla por los diversos métodos y prácticas que se emplean sino por el contundente estudio e investigación racional que la acompaña. La importancia del equilibrio entre estudio y práctica es enfatizada por el Dalai Lama:

No podemos disipar las tinieblas de la ignorancia hasta no haber encendido la antorcha de la escucha.

Y además, si no hemos eliminado las falsas concepciones <escuchando>, la meditación será como mínimo confusa. (...) No obstante, si estudiamos sin controlar la mente, alimentaremos nuestro orgullo con el Dharma y lo criticaremos todo; si nos llega a ocurrir, es como si el medicamento se hubiera transformado en veneno. (2000, p.105).

Lo resumido aquí, aunque intenta expresar esta riqueza, no recoge la profundidad de la filosofía budista sobre el desarrollo y cultivo de la sabiduría y la compasión. Si se compara por tanto este desarrollo budista de la compasión con los que se verán más adelante, en las propuestas terapéuticas, se observa cómo algunas beben directamente de estas tradiciones, aunque no siempre se hace con la misma profundidad explicativa. Un ejemplo de lo anterior es la práctica de Tonglen (Simón y Alonso, 2013) la cual se ha presentado en algunos contextos sin todo el desarrollo previo sobre vacuidad y la naturaleza última de la mente (véase Dalai Lama 1998; 2000).

Esta unión entre compasión y sabiduría está reflejada en la definición de Salzberg, cofundadora de la Insight Meditation Society y eminente profesora de meditación budista:

La compasión nace del amor compasivo. Nace cuando conocemos nuestra unidad, y no sólo por el hecho de pensarlo o desearlo. Nace de la sabiduría de ver las cosas tal como

son. Pero la compasión surge también de la práctica de dirigir la mente, de refinar nuestra motivación. (Salzberg, 1999, p.69)

Compasión en psicología

El interés de la psicología por la compasión es relativamente reciente. Era un ámbito relegado a las tradiciones religiosas o a la filosofía. La psicología bien se ha ocupado de otros constructos cercanos a la compasión como el amor, la simpatía o la empatía. Ambos constructos relacionados con la compasión, pero diferentes a ésta.

Para los teóricos e investigadores de la emoción no hay consenso. La valencia emocional de la compasión, agradable o desagradable, no queda clara. En un principio puede experimentarse como agradable, pero en presencia del sufrimiento puede emerger el desagrado, si bien es cierto que el entrenamiento en compasión puede potenciar la calma en presencia del sufrimiento ajeno e incrementar la valencia agradable de la compasión (Condon y Feldman, 2013).

La definición de la compasión se puede hacer desde un modelo evolutivo, donde se ve la compasión unida a competencias -motivacionales, emocionales y cognitvas- de cuidado hacia los demás y así incrementar las posibilidades de supervivencia (Gilbert y Procter, 2006). Desde este modelo la compasión implica:

- un aspecto motivacional: el deseo de cuidar del bienestar del otro.
- sensibilidad / reconocimiento de la aflicción: la habilidad de detectar y procesar la angustia en vez de negarla o disociarse de ella.
- simpatía: relacionada con llegar a ser conmovido por el malestar.
- tolerancia a la angustia: la habilidad de tolerar la aflicción y los sentimientos dolorosos

en el otro, en vez de tratar de evitarlos o controlar sus emociones.

- empatía: se dan habilidades intuitivas y cognitivas (habilidades de teoría de la mente) para entender la fuente de aflicción y lo necesario para ayudar al otro.

- no enjuiciar/criticar: es la habilidad de no ser crítico o enjuiciar al otro por su situación o comportamientos.

Todo lo anterior se da en una atmósfera emocional de calidez y existen obstáculos en alguno de estos elementos que podrían dificultar la experiencia de compasión.

Un modelo evolutivo de la compasión

Uno de los autores e investigadores de referencia en el trabajo de la compasión, y desarrollador de la terapia enfocada en la compasión, Paul Gilbert, propone una teoría de triple sistema de regulación emocional, donde el cultivo de la compasión cobra especial importancia para nuestra salud. Lo hace basándose en diferentes estudios sobre psicología del desarrollo, evolución, neurología y apego:

Nuestras metas biosociales y motivaciones como por ejemplo el sexo, estatus, vínculos o logros son guiados por emociones. Cuando tenemos éxito logrando nuestras metas biosociales y motivaciones tenemos una descarga de emociones positivas, mientras que cuando encontramos obstáculos y amenazas experimentamos emociones centradas en amenaza. La investigación en procesamiento emocional ha revelado un número de circuitos integrados en el cerebro que dan lugar a diferentes tipos de emociones que regulan la motivación. (Gilbert, 2010, p.43)

Estos tres sistemas (ver Figura 1) interactúan entre sí tal y como son presentados por Gilbert y Tirsch (2011):

Sistema de detección de amenaza y búsqueda de seguridad: La respuesta de estrés que se activa por la rama simpática es ejemplo de este sistema. Nuestro sistema de amenaza no necesita de la existencia de una aviso real para ser activado. Incluso si las personas a las que queremos están pasando por alguna dificultad o peligro, este sistema también se pondrá en acción. Además se puede activar por amenazas sociales como por ejemplo la pérdida de estatus o la separación de un grupo lo cual nos puede hacer sentir vulnerables ante un ataque. También cuando percibimos peligro de ser rechazados o abandonados por nuestra familia o grupo social. Este sistema de amenaza implica el uso de información sensorial (visión, olfato, oído, gusto, tacto) que se envía al cerebro el cual luego estimula áreas relacionadas con la respuesta emocional si hay percepción de amenaza (sistema límbico).

Se activa especialmente la amígdala, racimo de células localizadas a ambos lados del cerebro, que después manda información al hipotálamo, el cuál activa la respuesta de estrés. El hipotálamo comunica a la glándula adrenal que comienza a producir adrenalina y cortisol, una hormona segregada en respuesta al estrés. De esta forma, cuando nos encontramos ante una amenaza (*real o imaginada*) estamos preparados para la acción.

Dirección de la respuesta de estrés:

sentidos ⇒ cerebro ⇒ sistema límbico ⇒ amígdala ⇒ hipotálamo ⇒ respuesta de estrés (glándula adrenal: adrenalina y cortisol).

Si este ciclo de respuesta de estrés se mantiene en el tiempo y se repite con frecuencia se convierte en un factor de riesgo para diferentes problemas de salud (migrañas, úlcera de estómago, hipertensión, problemas de sueño, irritabilidad...).

Sistema de recompensas y logro de recursos: Este sistema utiliza un neurotransmisor llamado dopamina la cual se relaciona con el impulso de pasar a la acción. Experimentamos dosis de dopamina a lo largo de nuestra vida en momentos concretos como por ejemplo al sentirnos atraídos o enamorados de una persona, ir a una fiesta, hacer un deporte de riesgo o ir a ver un partido de fútbol al estadio. La dopamina es esencial para nuestra supervivencia pero en exceso puede acarrear problemas ya que los circuitos de placer y bienestar en nuestro cerebro se pueden saturar y de esta forma hacer cada vez más difícil el experimentar placer con la misma cantidad de estímulo.

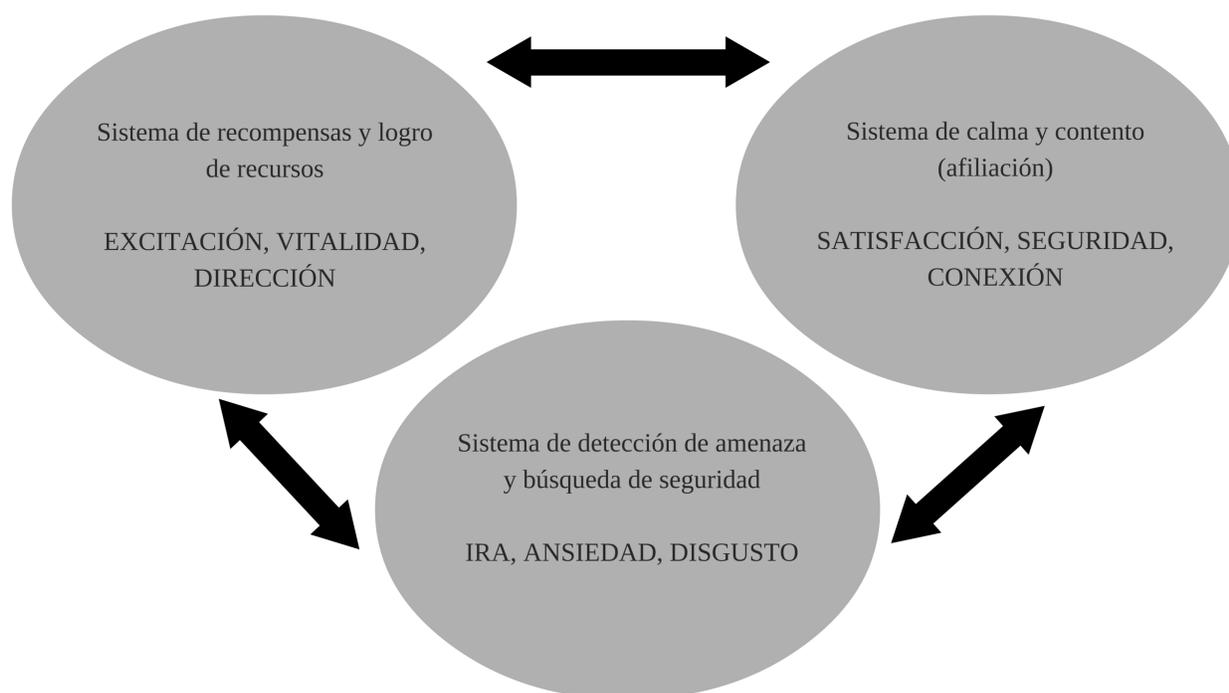


Figura 1. Sistemas de regulación afectiva. Adaptado de Gilbert (2011).

Sistema de calma y contento (afiliación):

El ser humano al nacer es uno de los seres más indefensos del planeta a diferencia de otras especies que a los pocos minutos ya pueden caminar y valerse por sí mismos. Nacemos totalmente dependientes de nuestra figura de cuidado para sobrevivir. Si reflexionamos sobre

esto nos damos cuenta de cuánta protección, cuidado y ayuda hemos recibido para poder desarrollar un sentido de calma y satisfacción y así poder avanzar en el mundo.

La hormona oxitocina es segregada tras el acto sexual y también en la experiencia de bienestar que surge al sentirnos seguros, conectados y amados por otros. En las mujeres, la oxitocina además se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia e igualmente el vínculo con la criatura. El sistema de calma ha evolucionado para cuidarnos los unos a los otros a través el amor, la amabilidad y los vínculos afectivos (apegos).

La compasión hacia nosotros mismos y hacia los demás se cultiva a través de las afiliaciones. Nuestra habilidad para regular nuestras emociones nace de nuestro sentido de seguridad, calma y de nuestra conciencia de afiliación y conexión con otros. Ciertos estados mentales nos permiten segregar neurotransmisores que nos llevan a experimentar calma y satisfacción. Estos estados se relacionan con un estado subjetivo de paz y claridad mental. Y ello no se debe sólo a una ausencia de ansiedad o miedo sino al cultivo de emociones positivas.

La propuesta de Gilbert se basa en equilibrar la activación de los 3 sistemas, y la activación del sistema de calma ayudaría a rebajar la activación de los otros dos.

Desde este marco evolutivo el cultivo de la compasión responde a una necesidad biológica, donde nuestro desarrollo madurativo en la infancia depende en gran medida de crecer en un entorno cálido. El sistema de calidez, calma y satisfacción, su activación y maduración es especialmente sensible a los actos de los cuidadores en los primeros años de vida. Mediante el cuidado, el tutor crearía memorias emocionales relacionadas con la seguridad funcionando como un agente de calma. Después estas memorias pueden ser recuperadas en momentos de estrés para

un afrontamiento efectivo. De hecho se cree que el abuso infantil o un estilo parental negligente puede dañar la maduración del cerebro lo que podría disponer a un sistema de detección de amenaza sobre-estimulado. El cultivo de la compasión y el afecto positivo se vuelven por tanto cuestiones fundamentales en el desarrollo temprano (Gilbert y Procter, 2006), y desde el estudio de la compasión se proponen 6 habilidades compasivas diferentes:

1. Atención compasiva: implica que la persona centre su atención en aquello que le ayude, por ejemplo en sus cualidades positivas o en un momento en que alguien haya sido amable.

2. Razonamiento compasivo: implica una reestructuración cognitiva que lleve a la persona a una relación más segura consigo misma, reduciendo la autocrítica

3. Conductas compasivas: se trata de acciones concretas que reducen el estrés y propician el crecimiento. También se cultiva una orientación hacia el proceso de las cosas más allá del resultado.

4. Imaginería compasiva: se trata de ejercicios que ayuden a la persona a desarrollar calidez emocional (describiremos este trabajo en el apartado de terapia basada en la compasión).

5. Sentimientos compasivos: ser capaz de experimentar compasión de otros, hacia otros y hacia uno mismo.

6. Sensaciones compasivas: se trata de la forma en que la persona explora sus sensaciones corporales asociadas a la compasión por otros, recibida de otros y hacia sí mismo.

Modelo de compasión derivado de la psicología Budista: La Autocompasión

La definición de autocompasión no es diferente de la de compasión en general (Neff, 2004); emerge de aplicar lo anterior a la relación de uno consigo mismo: desarrollar un interés genuino por nuestro bienestar, ser sensibles y tolerantes a nuestro malestar, desarrollar comprensión sobre sus causas (empatía), no enjuiciar o criticarnos y desarrollar calidez hacia nosotros (Gilbert y Procter, 2006).

Siguiendo enseñanzas de maestros budistas como Sharon Salzberg o Jack Kornfield, Kristine Neff define la autocompasión con 3 componentes (Neff 2004; 2012; Smeets, Neff, Alberts, & Peters, 2014):

Mindfulness: un estado mental receptivo y no evaluativo, donde los pensamientos y los sentimientos sean observados tal como son. No se puede ignorar el dolor y a la vez experimentar compasión por él, por lo que este componente de reconocimiento amable es un primer paso fundacional de la autocompasión. Este factor es el anteriormente descrito en este trabajo.

Amabilidad: La autocompasión implica ser amables y comprensivos hacia nosotros mismos en los momentos de sufrimiento en vez de agredirnos con autocrítica. Esta amabilidad parte del reconocimiento de que experimentar dificultades forma parte de la vida y de que las cosas no siempre siguen el curso deseado. En esos momentos en vez de culparnos o flagelarnos la amabilidad forma parte de la respuesta de autocompasión.

Humanidad compartida: como consecuencia de la severa autocrítica suele emerger un sentimiento de aislamiento, en una distorsión donde solamente uno es imperfecto o solamente uno sufre por el motivo presente. La tendencia a identificarnos como seres separados nos hace olvidar la similitud de nuestra experiencia humana. Esta idea entronca con los 3 tipos de

sufrimientos comunes a todos los seres, descritos en la filosofía budista mencionada previamente en este trabajo. Este reconocimiento de que las dificultades forman parte de la jornada vital humana reduce el sentimiento de aislamiento en momentos de sufrimiento.

Estos tres componentes interactúan entre sí de forma que la atención plena o mindfulness permite establecer una relación más amable con la experiencia percibida. La humanidad compartida reduce la sensación de fracaso personal entendiendo las dificultades como condición de nuestra existencia, permitiéndonos reconocer esta experiencia como algo que compartimos con otros seres sensibles. Y la amabilidad permite potenciar la atención mindful, que lejos de ser una atención fría o rígida está impregnada de una calidez hacia la experiencia que se encuentra.

Midiendo la compasión

Tratándose de un constructo relativamente reciente las medidas de compasión también son relativamente nuevas pese a haberse logrado gran consenso sobre su fiabilidad y validez. Los instrumentos disponibles para su medición son menores en número que los desarrollados para mindfulness.

Escala de autocompasión

La escala de autocompasión (Self-Compassion Scale - SCS) está desarrollada por Kristine Neff (2003) y evalúa los 3 constructos bipolares: mindfulness, humanidad compartida y amabilidad. Cada ítem evalúa uno de estos 3 constructos o sus opuestos: mindfulness-sobreidentificación (ejemplo ítem 22 "cuando me siento deprimido me relaciono con mis sentimientos con curiosidad y apertura"; humanidad compartida- aislamiento (ejemplo ítem 7 "Cuando estoy desanimado y triste, me recuerdo a mí mismo que hay mucha gente en el mundo que se siente como yo"); amabilidad-autocrítica (ejemplo ítem 5 "Intento ser amable conmigo mismo cuando tengo emociones dolorosas").

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 26 items. La SCS ha mostrado consistentemente gran poder predictivo asociando autocompasión con diversos indicadores de bienestar psicológico, motivación, funcionamiento racional y salud (Neff, 2012). La autocompasión se muestra negativamente asociada a enfermedad mental o a indicadores de malestar psicológico como el estrés (Kireger et al., 2014; Kyeong, 2013).

Especialmente relevante para este estudio es el metaanálisis de MacBeth y Gumley (2012) donde se encontró una relación inversa muy significativa entre la autocompasión y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva ($r=-.54$).

La mayoría de la investigación en compasión, desde el desarrollo de la escala, la ha utilizado aunque está sujeta a ser mejorada con la investigación (Barnard y Curry, 2011).

Escala de compasión

Es desarrollada por Pommier (2011) siguiendo una evaluación de la compasión similar a la escala de autocompasión pero esta vez referida a los demás. La escala contiene 6 subescalas:

Amabilidad (ejemplo ítem 6 "Si veo a alguien que está pasando por un momento difícil trato de ser amable con esa persona").

Indiferencia (ejemplo ítem 2 "A veces, cuando las personas hablan de sus problemas siento que no me importa").

Humanidad compartida (ejemplo ítem 11 "Todo el mundo se siente mal de vez en cuando, es parte de la vida").

Distanciamiento (ejemplo ítem 3 "No me siento emocionalmente conectado con las personas que están sufriendo").

Mindfulness (ejemplo ítem 13 "Suelo escuchar con paciencia cuando la gente me cuenta sus problemas").

Desvinculación (ejemplo ítem 1 "Cuando alguien llora frente a mí, normalmente no siento nada").

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 24 ítems, tiene una adecuada estructura factorial y un factor de orden superior, "Compasión", que explica las altas inter-correlaciones entre las subescalas.

Otras medidas de constructos cercanos a la compasión pueden ser evaluados pero pocos han sido adaptados al español. La fundación "Compassionate Mind", fundada y presidida por Paul Gilbert, pone en su web a disposición de los investigadores y clínicos un apartado donde se pueden encontrar las diferentes escalas en inglés. Dichas escalas se relacionan con miedo a la compasión, funciones de la autocrítica, afecto positivo y eventos tempranos en la vida. Todas ellas pueden ser encontradas y utilizadas en la página web The Compassionate Mind Foundation (2015). Igualmente las escalas arriba mencionadas sobre compasión y autocompasión pueden ser encontradas en inglés en la página web de Kristin Neff (2015) para uso de investigación.

Capítulo 3: Mecanismos de acción y asociación

Como señala ingeniosamente el investigador Cebolla, en el estudio de por qué funciona mindfulness, se ha empezado la casa por el tejado:

Lo que se puede observar al revisar las primeras publicaciones sobre mindfulness es que la mayor parte de las energías se dedicaron a estudiar su eficacia (sobre depresión, ansiedad, dolor, etc.), y sólo después de obtener interesantes resultados se ha iniciado la pregunta sobre cuáles son los mecanismos subyacentes de su funcionamiento. (2014, p.67)

En otras palabras, primero se ha observado su eficacia y después se ha investigado minuciosamente el por qué es eficaz.

En este trabajo trataremos de relizar la exposición de manera paralela, observando la asociación y mediación de mindfulness así como sus mecanismos de cambio, acompañado de la evidencia sobre la eficacia encontrada en diferentes problemas, especialmente en sintomatología ansiosa y depresiva, objeto de este estudio.

Asociación y mediación de mindfulness en sintomatología y bienestar

El estudio exhaustivo de los mecanismos de acción de mindfulness se han llevado a cabo desde el área clínica, con la intención de encontrar aquellos más relevantes para el tratamiento de las diversas sintomatologías y de esta forma poder potenciarlo en las futuras intervenciones. Una revisión de la literatura realizada por el autor de este trabajo recoge los siguientes mecanismos terapéuticos de mindfulness:

Exposición: La técnica de exposición ha sido uno de los elementos característicos de las terapias cognitivo-conductuales, resultando de gran efectividad para el tratamiento del trastorno

de pánico, fobias, ansiedad social o estrés postraumático (Eríquez, 2011). En el desarrollo de un protocolo unificado para diversos desórdenes emocionales (relacionados con ansiedad y depresión) Barlow et al. (2011) introduce el entrenamiento en mindfulness y la exposición en emociones para evocar las diferentes sensaciones asociadas con el malestar, de forma que los pacientes ganen control sobre éstas e incrementen su capacidad para tolerar el malestar.

Atención sostenida: La observación sin autocrítica podría desempeñar un papel fundamental en la tolerancia de pensamientos y emociones desagradables, un mecanismo que facilitará también la exposición de forma que las respuestas de miedo y evitación de estímulos internos (emociones, pensamientos, etc.) propios de los trastornos de ansiedad y depresión, se reducirían progresivamente. Se trataría de dar la bienvenida y permitir los pensamientos, de forma que los pacientes establecen una conciencia amistosa incluso con pensamientos desagradables (Segal, et al., 2006).

Cambio cognitivo: Se da un cambio en la actitud hacia el pensamiento, comprendiendo con la práctica que se trata solamente de pensamientos, donde las etiquetas y las percepciones no son siempre reflejos de la realidad. Este cambio cognitivo se puede practicar en los momentos de rumiación cognitiva permitiendo el uso de mindfulness en los momentos de malestar para cortar este tipo de tendencias (Segal et al., 2006). Desde la terapia de aceptación y compromiso este componente se entiende como descentramiento, donde un elemento terapéutico fundamental es la concepción del yo como contexto de las ideas y acciones que se desarrollan (Ferro, 2000) y de esta forma puedan ser observados como eventos pasajeros.

Este cambio permite a la persona dejar de luchar por cambiar los conceptos que aparecen y quedar atrapada en esa pugna y así pasar a relacionarse con los eventos mentales temidos como lo que son "pensamientos" que no tienen por qué ser reflejo de la realidad. Hoge et al. (2014)

realizan el primer estudio en el que se compara conjuntamente mindfulness y descentramiento como mecanismos de acción en el entrenamiento basado en mindfulness para la reducción del estrés (MBSR) en el diagnóstico de ansiedad generalizada (según entrevista clínica SCID). Se comparó un grupo de entrenamiento en Mindfulness y un grupo de educación sobre reducción del estrés (sin ninguna técnica psico-corporal). Los análisis revelaron que cambios en el descentramiento y en mindfulness mediaron significativamente el impacto del programa MBSR en la ansiedad. Se observó un efecto significativo del "*descentramiento*" sobre ansiedad, no así con mindfulness.

El programa MBSR reduce la preocupación mediante mindfulness, especialmente por los procesos de "*no reactividad*" a la experiencia interna e incremento en el "*actuar con atención*". Mindfulness y descentramiento son habilidades esenciales para reducir el trastorno de ansiedad generalizada, caracterizado por pensamientos intrusivos e incontrolables, así como preocupaciones constantes sobre el futuro. En el mismo estudio pacientes con trastorno depresivo mayor revelaron menores niveles de descentramiento.

Relajación: La relajación como una consecuencia de la técnica de mindfulness podría ser uno de los mecanismos terapéuticos subyacentes. Como bien explica Vallejo el efecto de la relajación en mindfulness ha de ser tomado con las siguientes consideraciones:

En el caso de la relajación, podría señalarse que cualquiera de los procedimientos utilizados podría ser adecuado, desde la perspectiva del mindfulness, siempre que se modifiquen los elementos necesarios. A saber que la persona no controla sino observa sus respuestas fisiológicas; que, por ejemplo, la persona acepta cualquier cambio, sensación o movimiento que se produzca; que hay una implicación activa en la tarea planteada buscando conocer y sentir todo lo que acontezca en ella; que dicho

interés activo no supone lucha o control sobre otras actividades competitivas (por ejemplo, si atendiendo a las sensaciones corporales el pensamiento se va a otros asuntos alejados de la tarea, una vez que la persona se da cuenta de la disgresión, no se enoja o contraría, sino que la acepta y simplemente vuelve a atender a las sensaciones y tareas en que está implicado). (...) Tampoco se busca la relajación como algo positivo en sí ni como estrategia de afrontamiento sino como forma de practicar y experimentar el mindfulness. (Vallejo, 2006, p.94)

Sin embargo desde mindfulness al no pretender conseguir la relajación, la persona, paradójicamente, podría lograrlo con más facilidad al no estar comparando constantemente su estado actual y cómo debería sentirse. Esto entronca con la diferenciación realizada por Segal et al. (2006) donde diferencian el "modo hacer" del "modo ser", siendo el segundo el relacionado con la experiencia mindfulness y el primero un estado donde se intenta cambiar/modificar lo que se ve. El entrenamiento en mindfulness no ha de perseguir la relajación como objetivo primario (Enríquez, 2011) aunque ésta se derive de la práctica meditativa.

Auto-observación con aceptación: Ésta es parte de las habilidades meta-cognitivas entrenadas en mindfulness. Es de la auto-observación de los eventos mentales y otros estímulos (sensaciones físicas, emociones, etcétera.) de donde se nutre el entrenamiento de mindfulness. Sin embargo el componente de auto-observación puede ser un arma de doble filo en pacientes con depresión, quienes tienen una tendencia a estar más centrados en sí mismos que la población no clínica. Y lo mismo puede ocurrir con sintomatología ansiosa, donde la persona puede vigilar en exceso sus sensaciones. Es comprensible por tanto la reticencia de algunos psicólogos a entrenar con dichas técnicas en estas problemáticas. Sin embargo las técnicas de distracción, que

podrían llevar al paciente a una supresión de pensamientos y a la evitación experiencial, también pueden llevar al mantenimiento de los estados negativos (Ferro, 2000).

La alternativa de auto-observación propuesta desde mindfulness conlleva los siguientes ingredientes para ser terapéutica (Cebolla, 2009): se centra en la experiencia presente; no compara el estado actual con el ideal ("modo ser" previamente mencionado) y no enjuicia lo que observa. En sujetos con trastorno de ansiedad generalizada Roemer et al. (2009) registraron niveles significativos de dificultad en regulación emocional y niveles reveladores bajos de mindfulness (sobre todo en conciencia y aceptación). Los investigadores indican que mindfulness puede mejorar los bajos niveles de regulación emocional, especialmente por la atención compasiva.

Responder (en vez de reaccionar): Como señala Kabat-Zinn el ejercicio de la atención plena ayuda a salir de las pautas automáticas de reacción y puede responder a la situación.

Si conseguimos permanecer centrados en ese momento estresante y reconocer la causa del estrés en esa situación y nuestros impulsos a reaccionar, como ya dijimos, habremos introducido ya una nueva dimensión en la situación y no tendremos que suprimir nuestras ideas y sentimientos relacionados con el aumento de la excitación para evitar perder el control. De hecho, podemos permitirnos sentirnos amenazados, temerosos, enfadados o heridos y experimentar esa tensión en nuestro cuerpo. Al tener conciencia del presente conseguimos reconocer con facilidad esas agitaciones como lo que son: ideas, sentimientos y sensaciones. (...) gracias a nuestra mayor conciencia de lo que sucede logramos responder. (Kabat-Zinn, 2013, p.323).

La destacable revisión teórica llevada a cabo por Hölzel y su equipo (2011) sobre los mecanismos de acción de mindfulness distingue: regulación de la atención, conciencia corporal,

regulación emocional (incluyendo revalorización de lo percibido, exposición y extinción) y cambios en la perspectiva del yo (la forma de concebirse a uno mismo). También en esta revisión se exploran mecanismos neurológicos asociados (serán revisados en un apartado posterior de este trabajo).

Mecanismos de acción de mindfulness

Centrándose en aquellos mecanismos que han recibido mayor validación empírica se plantean una serie de cambios originados por la práctica de Mindfulness (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Cambios producidos por el entrenamiento en mindfulness*

Cambios atencionales	Se mejora en <i>tareas cognitivas atencionales con menores tiempos de reacción en desempeño</i> . Reducción de <i>impulsividad</i> en trastornos graves. En diferentes trastornos (depresión, trastorno bipolar) se identifican dificultades atencionales y hay consenso científico sobre la importancia de la mejora de la atención en ellos. También hay evidencias de cómo las mejoras del funcionamiento cognitivo se asocian a mejoras del estado de ánimo.
Cambios cognitivos (mayor conciencia metacognitiva)	La base de la terapia cognitiva basada en mindfulness muestra la importancia del <i>descentramiento y auto-observación</i> de los propios procesos mentales. Estos cambios cognitivos son claros tras terapias basadas en mindfulness (TBM). Se reduce la <i>reactividad cognitiva</i> (grado en que estados disfóricos puntuales activan sesgos cognitivos asociados a depresión). Se reduce el nivel de <i>rumiación</i> asociado al malestar depresivo.
Cambios emocionales	Hay déficit de regulación emocional (procesos mediante los que se experimentan, gestionan y expresan las emociones) en variedad de trastornos mentales. Tres mecanismos se incrementan por mindfulness: - <i>Revaloración</i> de eventos estresantes como significativos o beneficiosos (relacionado con la curiosidad hacia la experiencia cultivada en mindfulness) - <i>Exposición</i> a la emoción (no reactividad) sin evitarla lo cual facilita su regulación - <i>Aceptación</i> la cual se asocia a menores niveles de evitación experiencial.
Conciencia corporal	El incremento de la conciencia corporal se relaciona con reducciones en los niveles de <i>rumiación</i> y en el aumento de la capacidad de <i>describir</i> eventos.

Elaborado a partir de Cebolla (2014); Kocovski, Segal y Battista (2011).

Para establecer un papel mediador es necesario cumplir el siguiente requisito temporal:

observar primero el cambio en la variable mediadora (en este caso mindfulness) y después el cambio en la variable dependiente (en este caso la sintomatología), como se ilustra en la Figura 2.

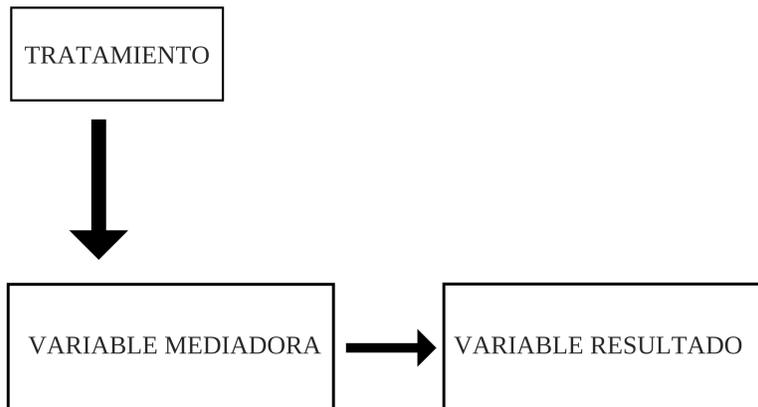


Figura 2 Ilustración de requisito temporal para poder establecer papel mediador de una variable sobre otra.

Estas relaciones son especialmente difíciles de observar debido al rigor metodológico que precisan. Merece especial atención el estudio realizado por Bergen-Cico y Cheon (2013) en el que el uso de modelo de ecuaciones estructurales (SEM) reveló reducciones significativas en ansiedad rasgo mediada por un aumento previo de mindfulness. El contraste de los modelos SEM encontró que incrementos en mindfulness precipitaban incrementos en la autocompasión. Según sus resultados el cultivo de Mindfulness tiene el más robusto poder mediador en reducción de Ansiedad-Rasgo, con relación a la autocompasión.

Evidencia de efectividad Mindfulness

La evidencia sobre la efectividad del cultivo de mindfulness en diferentes sintomatologías se resume en la Tabla 6.

Tabla 6. *Efectividad del mindfulness en sintomatología ansiosa, depresiva y otras.*

Evidencia en ansiedad	Mecanismos de eficacia: - reducción de preocupación - facilitar la extinción a través de una mayor conciencia y atención a estímulos condicionados - descentramiento	- Mayor eficacia mostrada en reducción de síntomas en trastorno de ansiedad generalizada (Hoge et al., 2014) caracterizado por excesivas preocupaciones. - Reducción de ansiedad (Hempel et al. 2014).
Evidencia en depresión	Mecanismos de eficacia: - mejora la concentración - aumento de la capacidad de descentramiento - clarificación de metas vitales - reducción de rumiación - incremento de autocompasión - reducción de reactividad cognitiva	- Prevención de recaídas en depresión mediante la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy- MBCT) (Segal, et al., 2006). El reciente metaanálisis realizado por el servicio de veteranos de EEUU encuentra en su metaanálisis (Hempel et al., 2014) que la aplicación de mindfulness en depresión, resultando un abordaje más efectivo que el tratamiento habitual.
Evidencia en sintomatología mixta (ansiedad/depresión)		En su metaanálisis sobre diversas aplicaciones empíricas Chiesa y Serreti (2009) encuentran que la aplicación mindfulness MBSR reduce el pensamiento rumiativo y ello reduce la ansiedad significativamente.
Otras aplicaciones con evidencia		Adaptación de la MBCT en prevención de recaídas en trastorno bipolar, trastornos por somatización, prevención del suicidio, reducción de ansiedad y depresión asociada enfermedades como sida o cáncer, prevención de recaídas en el uso de sustancias (Cebolla, 2014).

Elaboración propia. Fuentes citadas en la tabla.

Finalmente puede resultar interesante destacar el papel predictor que los niveles de mindfulness pueden tener en el bienestar psicológico. Hay múltiples evidencias al respecto pero un estudio muy provechoso, por estar relacionado con el objeto de este trabajo (sintomatología ansiosa y depresiva), sería el llevado a cabo por Soysa y Willcomb (2013). En una muestra con más de 204 estudiantes universitarios observaron el poder predictivo de los factores de

mindfulness (Contenidos en el FFMQ) sobre depresión, ansiedad, estrés y bienestar, en una relación inversa con los tres primeros, y directa con el cuarto.

La exposición anterior nos indica la variedad de procesos psicológicos sobre los que puede incidir la práctica de mindfulness. Por ello la aplicación psicológica ha de estar adaptada y encaminada con el fin de llegar a aquellos procesos presentes en la sintomatología abordada para dar sentido a la aplicación de mindfulness dentro del contexto terapéutico. La formulación se hace indispensable a la hora de plantear las técnicas de mindfulness dentro de las intervenciones, además de ayudar a contextualizar y enseñar al paciente el sentido de las mismas con una base lógica (Kocovski et al., 2011).

Asociación y mediación del cultivo de la compasión en sintomatología y bienestar

Dentro de las aplicaciones y estudios actuales sobre los mecanismos de la compasión y autocompasión se ha integrado el trabajo con mindfulness de una u otra forma. Es posible que se encuentre un cierto solapamiento en algunas aplicaciones, pues mindfulness se integra como parte del reconocimiento de las emociones y sensaciones con las que se ha de relacionar, compasivamente, a la persona.

En el siguiente apartado el autor pretende hacer una revisión de diferentes estudios donde se observa el papel mediador y la relación de la compasión con mecanismos cognitivos asociados a sintomatología ansiosa y depresiva, como son la rumiación o la autocrítica.

La revisión sobre trabajo empírico de las correlaciones de la autocompasión realizada por Barnard y Curry (2011) muestra cómo la autocompasión se manifiesta consistentemente relacionada con el bienestar.

Si bien la mayor parte de la investigación en autocompasión se ha desarrollado en

población universitaria, no clínica, resultan muy destacables los resultados obtenidos en el metaanálisis realizado por MacBeth y Gumley (2012) sobre la asociación de autocompasión y psicopatología (ansiedad, estrés y depresión). Se trata de la primera revisión sistemática realizada al respecto y en ella se halla un gran tamaño del efecto entre la compasión y la psicopatología ($r=-.54$).

Depresión

En relación a la depresión Wong y Mak (2013) vieron que la variable cognitiva de autocrítica está asociada positivamente con los niveles de sintomatología depresiva. Por el contrario las 3 facetas de la autocompasión (humanidad compartida, mindfulness y amabilidad) se asociaron negativamente con depresión.

Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig y Grosse (2014) en su estudio comparando población clínica con depresión y población saludable (N=142 deprimidos/N=120 nunca habían sufrido depresión) encontraron que los pacientes deprimidos mostraban más bajos niveles de autocompasión que los que nunca habían experimentado depresión. En pacientes deprimidos la autocompasión correlacionaba negativamente de forma significativa con síntomas depresivos, rumiación sobre síntomas, evitación de pensamiento y conductas. Ello les llevó a animar a los psicoterapeutas a explorar cómo los pacientes se tratan a sí mismos como reflejo de sus niveles de autocompasión.

En tareas de escritura, Odou y Brinker (2014) encontraron que el rasgo de autocompasión precedía la mejora en el estado de ánimo tras la escritura, mejor que la simple expresión de emociones. Encontraron que mayor rumiación inhibía el grado en el que el estado de ánimo mejoraba tras la escritura. En el estudio previamente mencionado de Soysa y Willcomb (2013)

con una muestra de más de 204 estudiantes se confirma que la autocrítica y el aislamiento predicen depresión, mientras que el nivel de aislamiento predice estrés.

La asociación positiva entre autocrítica y síntomas depresivos, y negativa de la depresión con la autocompasión, se replica empíricamente años tras año. En una muestra con 1200 universitarios en Kyoto, Yamaguichi y Akutsu, (2014) observaron que las formas diferentes de autocrítica (culturalmente variables siendo en oriente más enfocadas a la percepción de uno mismo en el grupo y en occidente hacia la autonomía e independencia del yo) afectan negativamente a la autocompasión, mientras que la autocompasión disminuye los síntomas depresivos. Se sugiere por tanto que la autocompasión podría ser una efectiva estrategia de afrontamiento transculturalmente.

Ansiedad

Los niveles de ansiedad han sido estudiados en otros campos en relación a la autocompasión. Especialmente significativo es el estudio internacional realizado por Kemppainen y su equipo (2013) en una muestra con 1986 participantes de Canadá, China, Namibia y Estados Unidos portadores de VIH. Éste se comprende como un estresor crónico que incide en los niveles de ansiedad experimentados por la persona. Encontraron que los niveles de ansiedad se mantenían significativamente inversos a los niveles de autocompasión sin diferenciar el género. Como conclusión señalan que la autocompasión se trata de un constructo robusto con relevancia inter-cultural y que el entrenamiento en autocompasión podría ayudar a manejar los síntomas ansiosos.

En su estudio comparativo entre población clínica (cumpliendo criterios de ansiedad social) y población no clínica Werner et al. (2013) hallaron que las personas que sufrían ansiedad social mostraron menores niveles de autocompasión que los controles con personas sanas. Menos

autocompasión no se asociaba con mayor gravedad de la ansiedad social pero sí con mayor miedo a la evaluación positiva/negativa. La edad estaba positivamente correlacionada con la intensidad de la ansiedad social, indicando un posible empeoramiento del trato a sí mismos conforme se incrementa la edad.

En sintomatología mixta (ansiedad y depresión)

En el trabajo de Neff, Kirkpatrick y Rude (2007) se recoge cómo un entrenamiento en mindfulness (el programa Mindfulness Stress Reduction Program - MBSR) produce incrementos en los niveles de autocompasión. En el mismo estudio se observa cómo la ansiedad en una situación de evaluación social (situación crítica en problemas de ansiedad social) es amortiguada por los niveles de autocompasión. En un segundo estudio se advierte la correlación, significativamente positiva, entre autocompasión y conexión social, hallazgo replicado (Neff y McGehee, 2010); así como una correlación significativamente negativa con niveles de autocritica, rumiación, supresión de pensamiento, depresión y ansiedad: hallazgo argumentado (Neff y McGehee, 2010).

En su estudio sobre el papel mediador de la autocompasión en depresión y ansiedad Raes (2010) en una muestra no clínica con 271 alumnos universitarios, sugiere que la forma en que la autocompasión amortigua los efectos de depresión y ansiedad es mediante su efecto positivo, reductor, en pensamientos repetitivos e improductivos (rumiación y preocupación). La autocompasión se muestra consistentemente como un reductor de los niveles experimentados de depresión y positivamente con la resiliencia y el afrontamiento de dificultades con éxito (Terry, Leary y Metha, 2012).

En su investigación con población clínica (desórdenes de ansiedad y depresión) mediante entrevistas semiestructuradas de una hora, Pauley y McPherson (2010) exploraron el significado

que la autocompasión tenía para los pacientes. Desde su experiencia con los síntomas, los pacientes comprendieron que tener compasión por sí mismos podría ser una ayuda significativa para reducir su depresión/ansiedad. La percepción positiva de la autocompasión como útil por parte de los pacientes con ansiedad/depresión podría estar indicando su aplicabilidad clínica.

En lo referido a sintomatología mixta Van Dam, Sheppard, Forsyth y Earleywine (2011) observaron que la autocompasión parece ser un predictor robusto de la gravedad de síntomas (ansiedad, depresión, preocupación) y de la calidad de vida. En una muestra con 504 sujetos, resultaron de especial relevancia predictiva las escalas de autocritica y aislamiento (dentro de la Escala de Auto-compasión). En un estudio posterior se observó que la robustez predictiva de la autocompasión podría ser incluso mejorada (Woodruff et al., 2014); los niveles de evitación experiencial (inflexibilidad cognitiva) parecieron ser mejores predictores de sintomatología (ansiedad y depresión) que la autocompasión y mindfulness.

En el trabajo desarrollado por Gilbert y Procter (2006) se observó en población clínica cómo un entrenamiento de 12 semanas, 12 sesiones de dos horas de preparación en compasión, redujo significativamente los niveles de depresión, ansiedad, autocritica, vergüenza, inferioridad y comportamiento sumiso. No sólo hubo una reducción de síntomas sino que los pacientes incrementaron sus habilidades para calmarse a sí mismos y enfocarse en sentimientos de calidez y apoyo.

Estrés

La autocompasión ha mostrado ser un potente predictor de la intensidad de la respuesta fisiológica de estrés. Se atribuye en diversos estudios una unión entre la amenaza y la respuesta de inflamación. El rasgo de vergüenza también se ha relacionado con mayores niveles de la citocina proinflamatoria interleucina (IL-6) y a una menor inhibición de glucocorticoides.

Breines et al. (2013) registraron que los individuos con altos niveles de autocompasión muestran menor reactividad emocional en situaciones estresantes en comparación con individuos con baja autocompasión. La autocompasión fue un predictor significativamente negativo de la respuesta de IL-6 a la situación estresante mientras que no lo fueron el resto de predictores (autoestima, síntomas depresivos y masa corporal).

Kyeong (2013) encuentra en una muestra con 350 estudiantes coreanos que la relación inversa entre bienestar psicológico y burn-out era más fuerte para individuos con altos niveles de autocompasión; los niveles de burn-out académico asociados a síntomas depresivos eran especialmente pronunciados en estudiantes con bajos niveles de autocompasión. Se halló relación estadísticamente significativa entre la autocompasión y el bienestar psicológico y negativa con depresión.

En dos estudios Neff, Hsieh y Dejitterat (2005) observaron cómo la autocompasión se relaciona con menor miedo al fracaso y mayor competencia percibida de los individuos. La autocompasión a la hora de afrontar el estrés correlacionaba positivamente con estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción (reinterpretación y aceptación) mientras se asociaba negativamente con estrategias evitativas (negación de emoción, evitación conductual y cognitiva).

La autocompasión ha mostrado un efecto moderador entre la rumiación y los niveles de estrés (Samaie y Farahani, 2011). En esta investigación se registró que la rumiación correlacionaba positivamente con los niveles de estrés y que la autocompasión funcionaría como atenuante de la relación entre rumiación y estrés, incidiendo negativamente sobre la primera. En esta dirección, tras haber cometido un error/fracaso, el trato a uno mismo duramente, mediante autoculpa y crítica, careciendo de amabilidad y aceptación, contribuiría al estrés asociado a

procrastinar e influye en el bienestar y la salud. La autocompasión reduciría la relación entre la procrastinación y los niveles de estrés experimentados (Sirois, 2013).

Bienestar

En su estudio sobre la experiencia acumulada en meditación, Baer Peters y Lykins (2012) observaron que la autocompasión se asocia significativamente con el bienestar psicológico y que a mayor práctica meditativa acumulada mayores niveles de compasión se experimentaban. Al emplear puntuaciones totales de mindfulness y autocompasión, la segunda resultó ser mejor predictor de bienestar frente a la primera.

La autocompasión parece atenuar la reactividad emocional ante eventos negativos, a veces de una forma más conveniente que la autoestima (al no estar relacionada con la ejecución y ponerse en marcha en los momentos de sufrimiento a diferencia de la autoestima). Las implicaciones de tratarse amablemente fueron observadas en 5 estudios diferentes llevados a cabo por Leary et al. (2007) encontraron que la autocompasión predijo menor intensidad en reacciones emocionales ante los eventos negativos del día a día. La autocompasión produjo un efecto moderador de las emociones negativas tras recibir un feedback ambivalente (especialmente en sujetos con baja autoestima) y ante imaginación sobre situaciones sociales angustiosas.

En otro estudio se observó que las personas con baja autocompasión infravaloraban su ejecución en una tarea (grabada en vídeo) en comparación con otros observadores. En el último estudio publicado, tras una inducción en autocompasión se observó que ésta lleva a las personas a reconocer su rol negativo en una situación sin sentirse abrumados por emociones negativas. Lo cual se podría relacionar con una flexibilidad en la percepción del yo (ya mencionada

previamente en este trabajo sobre los mecanismos de mindfulness).

El bienestar relacional, como aquél que se deriva de nuestras relaciones sociales podría también estar influido por nuestros niveles de autocompasión. En una muestra con 504 estudiantes (Yarnell y Neff, 2013) se observó su modus operandi en la resolución de su último conflicto interpersonal. Se observó que los mayores niveles de autocompasión se asociaban positivamente con la resolución del conflicto mediante acuerdo mutuo y con una sensación de mayor autenticidad en la solución conseguida por parte de los sujetos. Inversamente a los niveles de autocompasión se encontraba el subordinamiento de las necesidades propias y el malestar experimentado ante el conflicto.

Personalidad

Pocos son los estudios que han explorado la relación entre autocompasión y rasgos de personalidad. Neff, Rude y Kirkpatrick (2007) encontraron que, si bien, la autocompasión parece asociarse negativamente con afecto adverso y neuroticismo, ésta haría algo más que mejorar la psicopatología, también predice fortalezas psicológicas pues se encuentra asociada positivamente con mayor felicidad, optimismo, afecto positivo, curiosidad, exploración, simpatía y meticulosidad.

Mecanismos de acción

Paul Gilbert señala al desarrollo de las siguientes cualidades como resultantes de un entrenamiento en compasión (Gilbert, 2015; Gilbert y Tirsch, 2011; Gilbert, 2010; Gilbert y Procter, 2006). Podemos encontrar cierto solapamiento en algunas de ellas con los mecanismos de mindfulness. Sin contar con una sólida evidencia acumulada al respecto, estas cualidades podrían ser los mecanismos mediadores que subyacen en el papel terapéutico de la compasión:

1. Valorar la compasión: La visión de la compasión como síntoma de debilidad va siendo poco a poco modificada con la práctica y con los resultados donde la persona va incrementando su fortaleza emocional (capacidad para gestionar emociones difíciles) y conductual (capacidad para tratarse más amablemente en el día a día). Este cambio de percepción sobre la importancia y el valor del cultivo de la compasión sería el abono para el resto de cualidades a ejercitar.

2. Empatía: El desarrollo de la empatía hacia los demás se relaciona con la empatía hacia uno mismo, hacia un entendimiento de nuestro malestar, ansiedad, enfado o tristeza. Esta empatía se relaciona con una sensibilidad que no censura la experiencia de malestar y se comprende la autocrítica como un resorte que se activa ante la percepción de amenaza. Ser empático por tanto, lleva a reconocer las amenazas que subyacen al resorte de la autocrítica y poder atenderlas más constructivamente.

3. Simpatía: Menos relacionada con sentir y más con querer ayudar y curar a quienes nos importan. Sentir simpatía por nosotros nos predispone a poder estar tristes sin caer en la depresión mediante la crítica de que "hay algo mal en nosotros".

4. Perdón: La apertura a nuestros errores y a aprender de ellos se posibilita cuando se reduce la autocrítica agresiva.

5. Aceptación / tolerancia: Aprender a cambiar es importante pero también lo es aprender a aceptar lo positivo y negativo que hay en nosotros. No se trata de resignación sino de una apertura desde el corazón a nuestra falibilidad y esfuerzos por mejorar.

6. Desarrollo de sentimientos de calidez: Mediante las prácticas de imaginación compasiva las personas aprenden a activar el sistema de calma y afiliación, esto tiene importantes implicaciones para reducir la activación del sistema de amenaza (amígdala, rama simpática etc.).

7. Crecimiento: Se da un enfoque de proceso y de aceptación de nuestra falibilidad

humana así como de nuestro potencial de cambio.

8. Tomar responsabilidad: Se toma responsabilidad sobre el modo de pensamiento autocrítico. Se reconoce mediante las técnicas de mindfulness y después, mediante pensamientos compasivos, se reestructura el pensamiento y se aporta, al mismo tiempo, calidez emocional.

9. Entrenamiento: Se entiende el proceso como un adiestramiento y para ello se tiene muy presente la neuroplasticidad y los surcos neuronales. El entrenamiento en generar alternativas a los pensamientos autocríticos atacantes lleva a la persona a establecer nuevas formas de afrontamiento. Se fortalecen los circuitos neuronales relacionados con la compasión.

Neurofisiología y plasticidad

El dogma imperante desde hace 15 años donde el cerebro contenía todas sus neuronas en el momento del nacimiento y éstas no se modificaban a lo largo de la vida ha quedado obsoleto. La práctica, el entrenamiento de diversos deportes y habilidades acumula evidencia en pro de una plasticidad neuronal que responde a la práctica desempeñada por el sujeto (Ricard, 2005)

Sin pretender realizar una revisión exhaustiva, en este apartado se revisará la investigación reciente sobre los efectos neurales y fisiológicos que conlleva el entrenamiento en mindfulness y compasión (ver revisión de Simón, 2006). Los investigadores están realizando hallazgos significativos sobre las ramas neurales implicadas en procesos como la empatía o la compasión, lo cual permite tener nuevas medidas sobre estos procesos, más allá de los autoinformes realizados por los sujetos.

Plasticidad en el cultivo de mindfulness

En su revisión sobre mindfulness y neurología Kocovski et al. (2011) señalan que meditadores de gran experiencia muestran gran asimetría alfa frontal y mayor coherencia electroencefalográfica que los no meditadores. La asimetría alfa frontal se asocia con la respuesta afectiva; y la coherencia electroencefalográfica indica coordinación cerebral y se vincula con la inteligencia. Mediante investigación con electroencefalograma se observa que a largo plazo la meditación lleva a moderar la intensidad de la respuesta emocional. Se ha observado también disminución en hipertensión, mayor agudeza sensorial, menor presión arterial sistólica y menor respuesta cerebral al dolor. Tras 8 semanas de entrenamientos en Mindfulness (programa MBSR), se observa mayor activación izquierda-anterior la cual se asocia con emociones positivas. Y también se ha notado un incremento de anticuerpos para afrontar una vacuna inoculada, gracias a la práctica de mindfulness. Tras 8 semanas en la aplicación de la MBCT, se encontró un patrón más equilibrado de activación prefrontal.

En el estudio de revisión sobre los mecanismos de funcionamiento de mindfulness de Hölzel et al. (2011), también revisado por Cebolla (2014) se pueden encontrar las siguientes áreas neurales relacionadas con cada mecanismo: regulación atencional (córtex cingulado anterior), regulación emocional mediante revalorización (córtex prefrontal dorsal), regulación emocional mediante exposición (amígdala e hipocampo), conciencia corporal (ínsula y junta temporo-parietal) y cambios en la perspectiva del yo (córtex cingulado posterior e ínsula).

A partir de los datos recogidos por Cifre y Soler (2014) el autor de este trabajo ha realizado dos tablas donde poder resumir los cambios observados funcionalmente (Tabla 7) y estructuralmente (Tabla 8) a raíz de la práctica de meditación y mindfulness. Esta diferenciación

función-estructura resulta importante al tratarse por una parte de observar los procesos y por otra las estructuras cerebrales que se modifican como resultado de la repetición de dichos procesos.

Tabla 7. *Cambios funcionales derivados de la práctica de mindfulness*

<i>Función</i>	<i>Área del cerebro activada</i>	<i>Práctica/Actividad relacionada</i>
Atención sostenida (mantenerse vigilante y alerta)	Activación en la corteza cingulada anterior (ACC)	Meditación y atención sostenida en la respiración. Mayor entrenamiento mayor activación. 5 días de entrenamiento producen cambios en la activación ACC.
Reducción del dolor y ansiedad anticipatoria	Ínsula derecha y ACC dorsal	Experiencia acumulada en meditación
Capacidad para mayor sensibilidad interoceptiva (interocepción) y mayor consciencia emocional	Ínsula	Meditación
"Yo experiencial" centrado en el presente y consciente de pensamientos y sentimientos momento a momento (versus "yo narrativo" que elabora mentalmente y no está en el presente)	Aumento del procesamiento lateral en ínsula y corteza somatosensorial secundaria	8 semanas de entrenamiento mindfulness
Regulación del dolor	Reducción de conectividad entre áreas de procesamiento del dolor: Ínsula, ACC, Corteza prefrontal (PFC)	Meditación
Regulación emocional	Reducción de conectividad entre la PFC y la amígdala	Meditadores realizando reconocimiento y etiquetado de emociones
Regulación de la ansiedad	Reducción de actividad en amígdala	Meditación
Extinción (aceptar los procesos corporales y sus respuestas afectivas que provienen del	Reducción de conectividad PFC e hipocampo	- no especificado -

miedo, de forma que al reducir la reactividad se extingan)

Elaborado a partir de Cifre y Soler (2014).

Tabla 8 *Cambios estructurales derivados de la práctica de mindfulness*

<i>Cambio estructural en área</i>	<i>Práctica/Actividad correlacionada</i>
Mayor grosor cortical en la ínsula, en corteza somatosensorial.	Meditadores con una experiencia media de entre 7 y 9 años meditando unos 40 minutos al día en comparación con sujetos no meditadores
Grosor en corteza en áreas frontales mantiene mismo grosor en sujetos de 40-50 años que sujetos control de 20-30 años	Meditación. Ésta podría preservar las zonas corticales relacionadas con la actividad meditativa
Mayor grosor de ACC y áreas somatosensoriales secundarias	Meditación
Cambios en tracto de materia blanca que conecta la ACC y otras áreas del cerebro	Sesiones de entrenamiento (11 horas en total).
Hipocampo izquierdo, corteza cingulada posterior, empalme temporo-parietal y cerebelo	Intervención mindfulness de 8 semanas, con 27 minutos de práctica diaria
Mayor grosor en la ínsula	Mayor eficacia en tarea interoceptiva
Mayor grosor de la ínsula	Mayor tiempo acumulado de meditación

Elaborado a partir de Cifre y Soler (2014).

Como observamos, intervenciones relativamente breves, como las de 8 semanas en mindfulness, pueden producir cambios funcionales y estructurales.

Plasticidad en el cultivo de compasión y empatía

Algo más sorprendente se advirtió en otro estudio donde sólo una semana de entrenamiento en compasión mostró cambios sobre la activación en la corteza orbitofrontal medial derecha (mOFC), el área tegmental derecha y la sustancia negra (VTA/SN), el putamen derecho y el globo pálido derecho (Klimeki, Leiberg, Lamm y Singer, 2012).

Sobre los procesos de empatía que facilitan el desarrollo de la compasión resulta destacable el metaanálisis realizado por Lamm Decety y Singer (2011) hallaron que se activaban indistintamente ya fuera el individuo quien experimentaba dolor ya fuera otra persona con la que empatizara.

Estas zonas de activación común sea uno quien experimenta dolor u otra persona son: ínsula anterior (IA), corteza cingulada anterior (MCC/ACC), la precuña (Prec) y el tálamo.

Las zonas activadas sólo cuando la experiencia de dolor es personal son: ínsula posterior (IP), corteza primaria somatosensorial (S1) y grandes zonas de la corteza cingulada anterior y media (MCC/ACC).

Resulta especialmente interesante un estudio realizado por un equipo de neurólogos, donde también participó el monje budista M. Ricard, quienes observaron las consecuencias del entrenamiento afectivo. En el grupo experimental se entrenaron primero a los sujetos en empatía, se expusieron después al dolor ajeno y después entrenaron a los mismos sujetos en compasión y volvieron a exponer al dolor ajeno (ver Figura 3). El grupo de control recibió entrenamiento en tareas de memoria. (Klimecki et al., 2013).

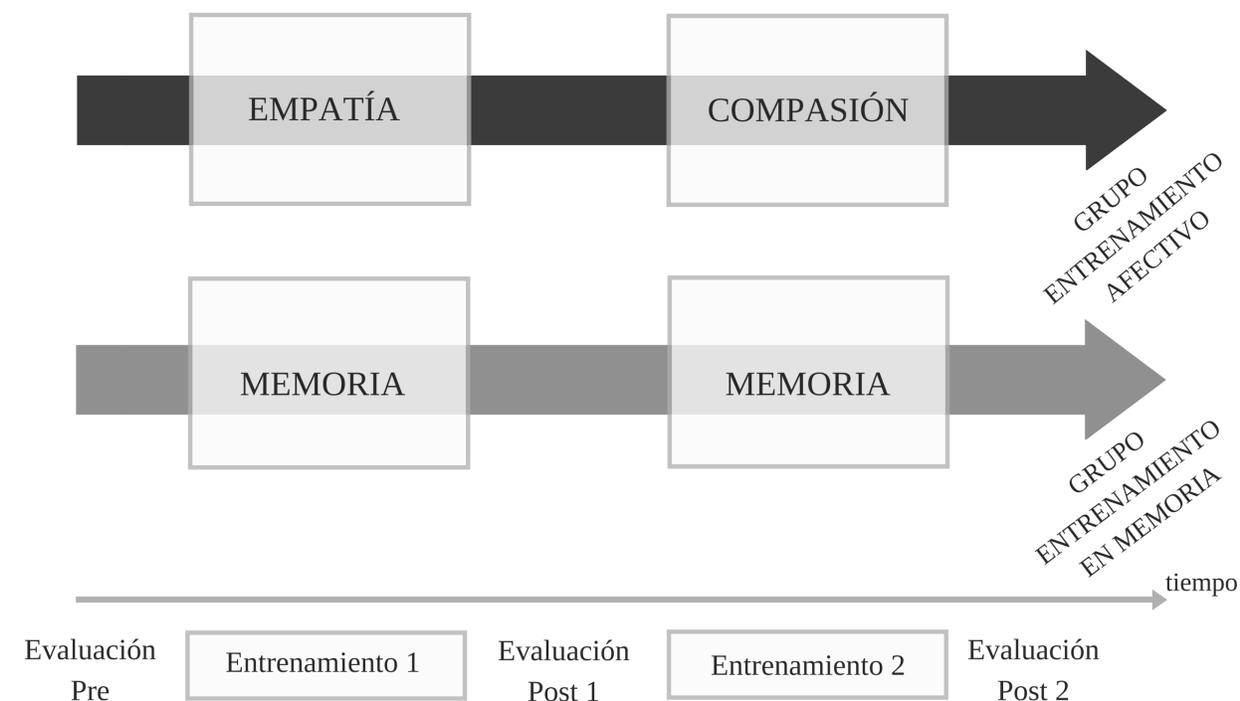


Figura 3 Estudio sobre entrenamiento longitudinal con dos grupos: el grupo de afecto y el grupo de memoria. Adaptado de Klimecki et al. (2013).

Estos fueron los resultados:

Tras el entrenamiento en empatía la respuesta empática ante el dolor (visionado de vídeo) se experimentaba como aversiva y afecto negativo, coactivación en: ínsula anterior (IA) y cortex medio cingulado (aMCC). El entrenamiento en compasión activa zonas neurales relacionadas con el amor, la recompensa y afiliación, éstas son la ínsula el estriado ventral y el córtex orbitofrontal medial (mOFC- relacionado con memorias afiliativas). La plasticidad neural se mostraba superior en el grupo experimental en empatía (grupo que recibía entrenamiento en empatía y compasión), pero no en afecto negativo ante las imágenes de dolor ajeno. El afecto positivo era más elevado en el grupo que había recibido entrenamiento en compasión incluso al ser expuestos al dolor ajeno. Este interesante estudio concluye que el entrenamiento en empatía aumenta el afecto negativo pero dicho entrenamiento acompañado de compasión revierte afecto negativo y aumenta el afecto positivo. La plasticidad de cada entrenamiento es:

Entrenamiento en empatía incrementa actividad en ínsula, giro temporal, tálamo, operculum, putamen posterior, pallidum y núcleo caudado.

Entrenamiento en compasión incrementa la actividad: mOFC, área perigenual de la corteza cingular anterior (Pacc) giro frontal inferior y estriado ventral.

Las implicaciones de estos hallazgos para el personal sanitario (expuesto al sufrimiento de forma constante) pueden resultar muy relevantes en su autocuidado, como ya se han recogido en diferentes publicaciones (Losa y Simón, 2013).

El prestigioso investigador sobre las bases neuronales de la compasión, R. Davidson, ha observado sistemáticamente cómo el entrenamiento en compasión activa la ínsula y la corteza interoceptiva. En los practicantes expertos, la activación de esta zona es mucho mayor que los sujetos a control al ser expuestos a sonidos de sufrimiento ajeno. La amígdala de los practicantes

expertos se activa intensamente durante la práctica de compasión en respuesta a dichos sonidos pero también se recupera con mayor rapidez (se calma más deprisa). Resulta especialmente interesante un estudio comparativo entre dos grupos: uno recibe entrenamiento en compasión y el otro formación basada en terapia cognitiva. Una vez realizado el entrenamiento el grupo de compasión, tan sólo después de dos semanas, se observa que regula la activación de la amígdala a la baja. Y también menos signos de activación de la amígdala predicen un comportamiento más altruista en una tarea de distribución de riqueza (Davidson, 2015).

Hallazgos en practicantes expertos

Realizaron un estudio comparativo con Electroencefalograma (EEG) en 8 meditadores expertos (acumulaban una media de 34.000 horas de práctica cada uno) y 10 novatos. Durante la práctica en los expertos se hallaron cambios drásticos en la actividad de ondas gamma (un patrón neural clave en la creación de conciencia) y en la sincronidad neural (la coordinación de ondas gamma en diferentes partes del cerebro, relacionadas con la calidad de la conciencia). Esta elevada amplitud de las ondas gamma se da en ambos grupos pero es 30 veces superior en los meditadores expertos cuyos patrones encefalográficos difieren de los controles, en particular en la región frontoparietal (Lutz et al. 2004). En el estudio también se apreciaron diferencias en el EEG en estado de reposo antes de la meditación, por lo que la práctica podría estar alterando el estado basal de los individuos.

Mediante mediciones de resonancia magnética funcional (RMN funcional) Davidson y su equipo encontraron que los cambios más grandes durante la práctica de la compasión se hallaron en 3 áreas relacionadas con 3 funciones: ínsula, área clave en las emociones sociales y la interacción cuerpo-mente, como ocurre con la percepción del dolor; amígdala, cuya activación está relacionada con la percepción de sufrimiento, proceso que precede a la compasión; y la

unión temporoparietal derecha, relacionada con el percibir sentimientos de seres queridos y extraños (Espert, 2012) y se activa cuando un adulto trata de imaginar cómo un niño percibe algo. De nuevo los cambios en la actividad de estas 3 áreas fueron superiores en los 15 practicantes expertos en comparación con el grupo de 15 novicios. Estos resultados sugieren que el cultivo del amor y la compasión tiene el potencial para incrementar nuestra respuesta empática hacia los demás, especialmente en lo referido a la toma de perspectiva y el compartir emociones (Davidson, 2012).

Aunque los diversos estudios y hallazgos resultan prometedores a la hora de comprender cómo y qué funciona a nivel cerebral con el cultivo de mindfulness y compasión "aún debemos trabajar mucho para entender a qué niveles afecta el entrenamiento del cerebro" (Cifre y Soler, 2014, p.102).

Capítulo 4: Intervenciones basadas en mindfulness y compasión

En el siguiente capítulo se revisarán las diferentes propuestas para el cultivo de mindfulness y compasión, tanto desde marcos clínicos como saludables. Se realizará una descripción sobre la estructura y la eficacia de las diferentes propuestas sistematizadas existentes en la actualidad tanto para el cultivo de mindfulness como de compasión.

La tercera ola

Algunos autores hablan de encontrarnos ante una "*tercera ola*" de intervenciones en el campo de la psicología clínica y de la salud, ¿pero cuál son las otras dos? Valga esta concepción de "olas" como mero aparataje clasificatorio, pues la división no es tan estanca como la presenta el lenguaje. La primera "ola" se enfoca en los estímulos y respuestas, lo que se ha estudiado como condicionamientos clásicos y operantes; el esfuerzo aquí se dirige hacia el contracondicionamiento, la extinción o en generar nuevos condicionamientos operantes.

La segunda "ola" llega con la terapia cognitivo-conductual donde la caja negra se abre y se trabaja para cambiar y "reestructurar" su contenido, los pensamientos, modificando así cómo nos sentimos. La famosa TREC o Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (Lega, Caballo y Ellis, 2009) o la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck son figuras icónicas de esta segunda generación de terapias.

La tercera "ola" llega fundamentada en la aceptación y en mindfulness (Siegel et al., 2011). Es clave el papel de investigadores como J. Kabat-zinn o Steven Hayes quienes buscan nuevas soluciones para problemas clínicos de difícil solución o con poca posibilidad de cambio desde los abordajes anteriores. En el planteamiento de esta tercera ola se enfoca el área de trabajo en relación con la experiencia personal (emociones, pensamientos etc.). Dejan de desafiarse directamente o "combatir" pensamientos o patrones desadaptativos de conducta,

emoción o pensamiento. Lo que se "reestructura" en este caso es la relación de rechazo o evitación hacia el problema o experiencia y se cultiva una actitud de curiosidad y aceptación (sin ser estas actitudes incompatibles con otras técnicas de la primera y segunda ola).

En EEUU el porcentaje de terapeutas que señalan hacer terapia mindfulness en algunas ocasiones es del 44,4%, siendo la terapia cognitivo-conductual la más popular (68,8%) en el país de la oportunidad. Según Siegel et al. (2011) los motivos hacia este florecimiento podrían ser 3: los jóvenes de la década de los 60 y 70 que practicaban mindfulness son ahora clínicos e investigadores y han compartido con sus pacientes algo de lo que se beneficiaron en su vida privada; se busca un abordaje transteórico más allá de las diferencias entre tipos de terapia y así encontrar una herramienta que nos ayude a que el paciente genere más aceptación y sea más consciente de su experiencia presente. Mindfulness es aplicado por terapeutas cognitivos, psicodinámicos o gestalt por nombrar algunos; y el argumento más sólido es el de la investigación científica (en parte revisada en este trabajo) la cual da cuentas de la efectividad de dicho abordaje.

La importancia de la precaución y la formulación

Lo transteórico de mindfulness no ha de ser confundido con panacea. La exposición anterior nos indica la variedad de procesos psicológicos sobre los que puede incidir la práctica de mindfulness. Por ello la aplicación psicológica ha de estar adaptada y encaminada a abordar aquellos procesos presentes en la sintomatología abordada para dar sentido a la aplicación de mindfulness dentro del contexto terapéutico. La formulación del problema se hace indispensable a la hora de plantear las técnicas de mindfulness dentro de las intervenciones, además de ayudar a contextualizar y enseñar al paciente el sentido de las mismas con una base lógica (Kocovski, et al., 2011).

Con el furor actual que se vive en la divulgación, práctica y aplicación del mindfulness hay 2 consideraciones, aparte de las mencionadas previamente, que requieren ser tenidas en cuenta:

1ª La práctica de mindfulness podría resultar inútil en algunos problemas. Hay evidencia contradictoria sobre su eficacia en trastornos psicóticos y la evidencia no está todavía bien establecida para muchos otros trastornos. El tiempo dedicado al entrenamiento en mindfulness, si el paciente no se va a beneficiar de ello, podría considerarse una consecuencia adversa.

2ª En lugar de optar por el abandono total de los abordajes anteriores, empíricamente validados para solamente aplicar acometidas basadas en mindfulness, lo más interesante podría ser trabajar en la integración. Un ejemplo magnífico de esto es la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena para depresión (TCAP), incluso adaptada a público general para reducir el malestar emocional (Teasdale, Williams y Segal, 2014).

Terapias basadas en mindfulness

Diversas terapias o programas terapéuticos han integrado mindfulness con mayor o menor intensidad en sus propuestas de intervención. Revisaremos a continuación cuales han sido estas terapias.

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction Program

En español se puede encontrar como REBAP - Reducción del Estrés Basado en Atención Plena. Desarrollado inicialmente para el tratamiento del dolor crónico en los años 80 por el biólogo Jon Kabat-Zinn (2013), es actualmente el programa de mindfulness que más evidencia empírica acumula. Creó la clínica de reducción del estrés basada en atención plena en Massachusetts (USA) la cual se ha convertido hoy en día en el Center for Mindfulness in Medicine Health Care Society [CFM].

Estructura del programa: entrenamiento en mindfulness en 8 sesiones semanales de 2 horas y media cada una más un retiro de fin de semana. Como tarea para casa se plantean 45 minutos de práctica diaria, 6 días a la semana. Utiliza 3 técnicas principalmente: barrido corporal (body scan) que implica un movimiento gradual de la atención a lo largo de todo el cuerpo, de forma no crítica y se usan sugerencias periódicas sobre la respiración; práctica sentada, enfocando la atención sobre la respiración o el movimiento del abdomen, a la vez se cultiva una observación no enjuiciadora de los pensamientos y distracciones que fluyen continuamente en la mente; prácticas de Hatha yoga como ejercicios de respiración, y sencillos estiramientos diseñados para fortalecer y relajar el sistema músculo-esquelético.

Eficacia: Ha mostrado eficacia sobre el dolor crónico y reducción de ansiedad mediante la reducción del pensamiento rumiativo. Sobre la reducción del estrés parece tener similares efectos a los que tiene un programa de relajación. También demuestra resultados satisfactorios en el incremento de la empatía, la autocompasión y la calidad del sueño, mejora de las relaciones interpersonales, la confianza y el autocontrol (Chiesa y Serretti, 2009). Sin duda es un programa que ha tenido gran influencia sobre el resto de propuestas que llegaron después (Cebolla y Demarzo, 2014) quedando el marco de 8 sesiones semanales establecido en casi todas ellas.

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy

En español se puede encontrar como TCAP (Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena) es desarrollada por Zindel Segal titular de la cátedra de Morgan Firestone en psicoterapia en la Universidad de Toronto, Jhon Teasdale, actualmente retirado, habiendo detentado un cargo científico especial en la unidad de neurociencias del Consejo de Investigación Médica de Cambridge (Inglaterra) y Mark Williams director del Instituto Universitario de investigación científica en Gales. Se trata de una adaptación del programa MBSR junto con elementos de la

terapia cognitiva para la prevención de recaídas en depresión (Segal, Williams, y Teasdale, 2006).

Estructura del programa: Se trata de 8 sesiones semanales donde se educa a los pacientes sobre su sintomatología y sobre el rol que mindfulness tiene en la reducción de ésta. Se les ayuda a reducir los procesos rumiativos y a establecer una relación diferente a la depresiva (con base en aceptación, el no juicio). Como tarea para casa prácticas de 40 minutos 6 días a la semana junto con otros autorregistros, más propios de la terapia cognitiva.

Eficacia: Es una de las intervenciones en mindfulness con mayor evidencia acumulada, siendo reconocida por el NICE (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica en Gran Bretaña) para la prevención de recaídas en depresión en personas con 3 o más recaídas siendo, al menos tan eficaz como la medicación (Boseley, 2015).

Desde este protocolo se han llevado a cabo adaptaciones para el tratamiento de la ansiedad, la prevención de suicidio y el tratamiento de depresión en curso (Cebolla y Miró, 2006; Cebolla, 2009).

MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention

Alan Marlatt había desarrollado un programa para la prevención de recaídas en adicciones, clasificando los factores que contribuyeran a la recaída en dos grupos: determinantes inmediatos como situaciones y efectos de violación de la abstinencia; y antecedentes ocultos, como el estilo de vida o el ansia de consumo. Reconociendo y preparando las situaciones de alto riesgo se ayudaba a los pacientes a prevenir la recaída.

Estructura del programa: 8 sesiones semanales donde Marlatt, a su programa tradicional, decide añadir el entrenamiento en mindfulness para ayudar a identificar los estados internos que disparan las recaídas, observando sus experiencias internas sin juzgar. Esto les permite ser más

conscientes de estados emocionales y fisiológicos de riesgo y prevenirlos, aumentando así su autocontrol (Infocop, 2013). Marlatt reconoce también cómo el entrenamiento en mindfulness ayuda a que los pacientes cultiven un trato más compasivo, sin duda clave, tratándose el afecto negativo de uno de los principales predictores de recaída (Hick y Bien, 2010). Se enfatiza así la aceptación en lugar de la culpa para trazar el propio camino vital.

Intervenciones terapéuticas afines a mindfulness

Muchas otras terapias incluyen mindfulness dentro de su abordaje como un componente fundamental de su intervención aunque no siempre se haga de una forma explícita o con este nombre (como por ejemplo la Terapia Dialéctica Comportamental [DBT] que veremos más adelante).

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

La terapia de Aceptación y Compromiso busca aumentar la flexibilidad psicológica del paciente (Varra, Drossel y Hayes, 2011) disminuyendo el impacto sobreamplificado del lenguaje debido a su literalidad a veces aterradora para el ser humano. Ha sido desarrollada por S. Hayes, profesor de la Fundación Nevada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Nevada. Es una intervención basada en terapia de conducta que utiliza estrategias de aceptación y mindfulness unidas a la exploración y compromiso del paciente con sus valores.

Papel de mindfulness en la ACT: Se propone que lo que subyace en los trastornos es la evitación experiencial, un patrón inflexible que busca controlar/evitar la aparición de pensamientos, emociones, recuerdos y otros eventos privados. Una de las causas de esta evitación es la creencia de que los eventos internos son el motivo incapacitante y que hay que controlarlos. En su lugar mediante la práctica de mindfulness se enseña que no son los eventos internos la causa incapacitante sino la relación que se establece con ellos (Ferro, 2000).

Mindfulness propicia el descentramiento o la defusión cognitiva, la capacidad para observar estos eventos privados como lo que son (pensamientos, palabras etc.) y su aceptación. Así la persona mantiene su compromiso comportamental con los propios objetivos recuperando su funcionalidad en su día a día.

Merece ser destacado que el mundo clínico de mindfulness se ha beneficiado enormemente del hábil uso del lenguaje a través de metáforas desarrollado desde la ACT para el incremento de la aceptación (para ello se recomienda ver Varra, Drossel, y Hayes, 2011).

DBT: Dialectical-Behavior Therapy

En español Terapia Dialéctico-Comportamental. Desarrollada por Linehan (2003) psicóloga Directora del centro de Investigación clínica "Behavioral Research and Therapy Clinics", profesora en la Universidad de Washington. Esta terapia se desarrolla inicialmente para la prevención de conductas suicidas en pacientes que sufren personalidad límite.

Papel de mindfulness en la DBT: Se enseña como habilidades de toma de conciencia y son las que primero se entrenan pues se conciben como un requisito para el resto. Se llaman aquí técnicas de "mente sabia". Reducen la impulsividad que lleva al paciente a producirse dolor físico para llegar al dolor emocional.

Se trata de que mediante el uso de mindfulness se valide el propio dolor/experiencia. La diferencia fundamental con MBSR y MBCT es que se utiliza en menos tiempo, aplicaciones de 2 minutos, y de manera informal (Linehan, 2003; García-Palcios, 2006). Desde el abordaje de Linehan, al igual que en el resto que emplean mindfulness, se recomienda encarecidamente que los terapeutas encarnen y empleen esa "mente sabia" /mindfulness.

UP: Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders

Los últimos tratamientos basados en la evidencia, desarrollados desde la investigación en evaluación, se encuentran unificados en intervenciones transdiagnósticas para trastornos que comparten características comunes y por tanto se benefician de procedimientos terapéuticos similares. Este protocolo ha sido desarrollado por David Barlow, profesor de psicología y psiquiatría y fundador y director emérito del Center for Anxiety and Related Disorders en la Universidad de Boston. Barlow y su equipo conscientes de la alta comorbilidad entre trastornos desarrollan un programa diseñado para tratar desórdenes emocionales de ansiedad y estado de ánimo: trastorno de pánico, ansiedad social, ansiedad generalizada, estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo y depresión. Según la investigación reciente los desórdenes mencionados comparten una excesiva o inadecuada respuesta emocional acompañada de una sensación de que las propias emociones están fuera de control (Barlow et al. 2011).

Papel del mindfulness en el UP: El protocolo consta de 8 módulos (no sesiones semanales) que se desarrollan según el criterio del clínico. En el módulo 3 se realiza un entrenamiento en el reconocimiento de la experiencia emocional "Emotion awareness training: Learning to observe experiences" ("Entrenamiento en conciencia de la emoción: Aprendiendo a observar las experiencias"). Se ayuda a la persona a enfocar la atención en el momento presente y se diferencia entre emociones primarias (funcionales) y reacciones secundarias (la forma negativa en que respondemos a nuestras emociones primarias y que llevan a la génesis trastorno). Las reacciones secundarias, enjuiciatorias "siento tristeza/ansiedad en esta situación por tanto soy un fracaso". El entrenamiento en mindfulness permite reducir la intensidad de las reacciones secundarias y mejorar la relación con la propia experiencia emocional primaria.

BRT: Terapia Breve Relacional

Se trata de un enfoque psicodinámico desarrollado por J.D. Safran profesor de psicología en la Nueva Escuela para la Investigación Social donde fue anteriormente Director de Psicología Clínica, y J.C. Muran profesor asociado de psiquiatría en la Escuela de Medicina Albert Einstein con formación en terapia cognitiva y en psicoanálisis. La BRT no trata de un enfoque multicomponente sino de una forma particular de abordar la terapia mediante un constructivismo dialéctico generado entre paciente y terapeuta (Pérez y Botella, 2006). Entienden la salud psicológica como la capacidad de prescindir de una auto-imagen rígida y simplemente ser sin luchar por ser algo en particular. La paradoja de la aceptación según los autores consiste en que la tarea terapéutica consiste en ayudar al paciente a dejar de luchar contra su deseo de ser diferente ya que el cambio aparece cuando abandonamos los intentos de ser quien no somos.

Papel de mindfulness en la BRT: El insight intelectual no es suficiente sino que se precisan nuevas experiencias que cuestionen los esquemas relacionales del paciente. La relación terapéutica puede cumplir esta función (Safran y Elvy, 2010). Pero el entrenamiento en mindfulness también resulta útil para que el paciente se deje de adherir a sus propios pensamientos y sentimientos en determinadas situaciones, lleve la atención al presente y desautomatice. Safran y Muran conciben el entrenamiento en atención plena, requisito previo al entrenamiento como terapeutas, pues gracias a éste, uno puede ser más consciente de sus propios esquemas relaciones, sus automatismos y ofrecer un modelo más tolerante de relación al paciente. El uso de la atención consciente guarda similitud con la propuesta de Linehan en la DBT.

Programa Koru

El programa Koru ha sido desarrollado en la Universidad de Duke en Carolina del Norte para ayudar a los estudiantes a mejorar su gestión del estrés y niveles de bienestar psicológico.

Estructura del programa: El programa se implementa en sesiones grupales, 4 sesiones semanales, con una duración de 75 minutos. Los participantes realizan fuera de las sesiones 10 minutos de práctica en casa. El programa entrena a los participantes en técnicas de respiración abdominal, imaginación guiada y meditación. También se hace uso de metáforas para desarrollar los conceptos y se trabaja en el cultivo de la gratitud y la autocompasión.

Eficacia: En su estudio con 90 estudiantes Greeson et al. (2014) hallaron mejoras significativas en el estrés percibido, problema de sueño, niveles de mindfulness y autocompasión. Los resultados fueron replicados en los grupos de lista de espera y esto indica que intervenciones breves, tan sólo 4 semanas, pueden resultar muy eficaces.

Terapia basada en compasión

Existen diversas intervenciones para el cultivo de la compasión que serán revisadas más adelante pero sólo un abordaje ha sido desarrollado específicamente para el ámbito clínico. Se trata de la terapia basada en la compasión.

CFT: Compassion Focused Therapy

La terapia enfocada en la compasión ha sido explicada por Paul Gilbert, profesor de psicología Clínica de la Universidad de Derby, y está orientada al tratamiento de personas que sufren problemas crónicos y complejos de salud mental relacionados con la vergüenza y la autocrítica. Estos pacientes suelen llegar desde contextos difíciles, negligentes o abusivos (Gilbert, 2010). La terapia basada en la compasión es un abordaje nacido de la terapia cognitivo-conductual de la cual toma diversas estrategias, como por ejemplo la formulación de hipótesis

(Figura 4), o el análisis funcional. Especialmente relevante en la CFT es el análisis funcional de la autocrítica:

La gente teme volverse arrogante, perezosa o fuera de control. De manera que la gente puede ver la autocrítica con una serie de *funciones*, como una forma de asegurarse de prestar atención a los errores para evitar volver a cometerlos en el futuro; en una palabra, una forma de mantenerse alerta. (...) enseñamos cómo la compasión ofrece una vía diferente (basada en un sistema emocional distinto) para la autocorrección y la mejora.

(Gilbert, 2015, p.120)

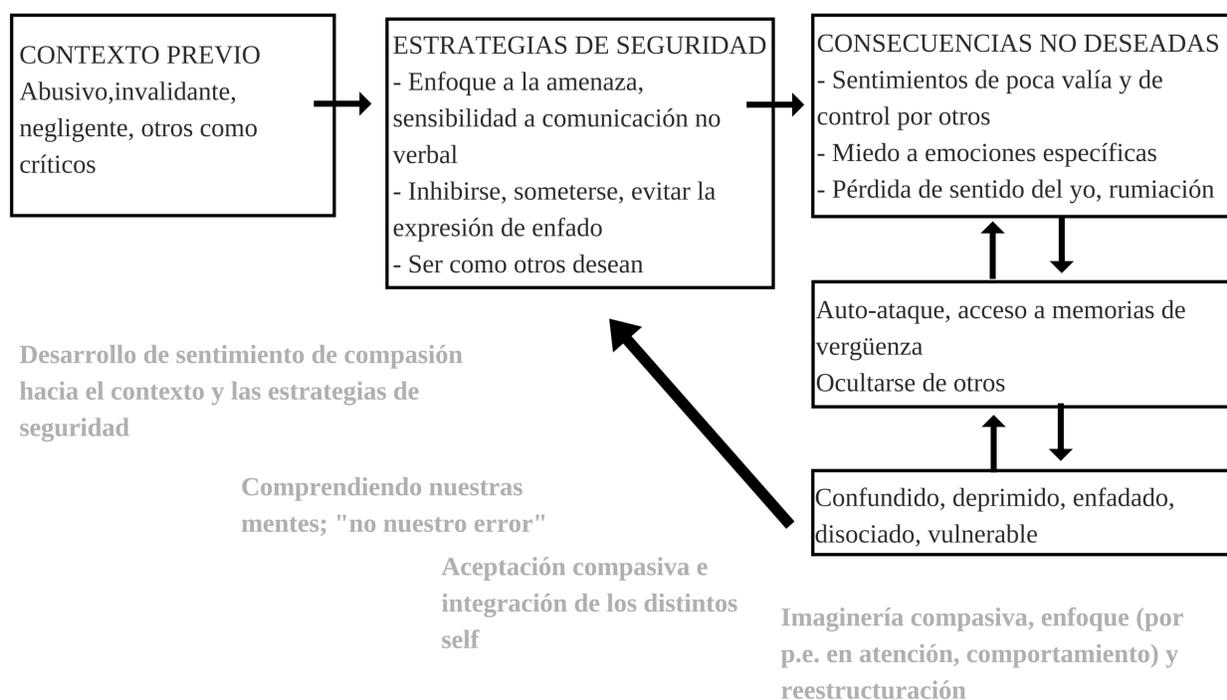


Figura 4 Formulación de problemas relacionados con autocrítica y vergüenza desde la terapia basada en la compasión. Adaptado de Gilbert y Procter (2006).

Siguiendo el modelo de regulación emocional de los 3 sistemas (amenaza, logros, calma y satisfacción, ya revisados previamente en este trabajo) la terapia persigue 3 objetivos principales: identificar las emociones que tienen su origen en el "Cerebro antiguo", relacionadas

con los sistemas de amenaza y logro (ansiedad, vergüenza, autocrítica y recuerdos traumáticos); fomentar la capacidad del paciente de experimentar emociones reconfortantes como el amor, sentimientos de afiliación, la compasión y la alegría; emplear diferentes técnicas como mindfulness y la imagería compasiva. Gilbert señala que la persona está constantemente estableciendo una relación consigo misma por lo que, en esta terapia, es clave el desarrollo de un self-compasivo. La relación terapéutica modela esta relación compasiva. El entrenamiento en compasión se hace mediante lo que Gilbert llama el "Compassion Mind Training" [CMT]; éste entrenamiento consta de los siguientes pasos (Gilbert y Procter, 2006; Mayhew y Gilbert, 2008):

1º Identificación de las estrategias de seguridad (cognitivas y conductuales). Análisis funcional de la autocrítica.

2º Desarrollo de imágenes compasivas y calidez emocional. La integración de estas estrategias según la formulación del problema se describe en la Figura 4.

Eficacia: El CMT como programa aislado o integrado en la CFT ha mostrado reducir significativamente sintomatología ansiosa y depresiva y parece ser un abordaje efectivo según la evidencia clínica inicial (Brito, 2014). Resulta interesante sobre todo en problemas relacionados con elevada autocrítica y vergüenza; un ejemplo es la ansiedad social. No obstante las muestras empleadas por Gilbert son pequeñas, presentando estudios de casos (Gilbert y Procter, 2006; Mayhew y Gilbert, 2008) de manera que hace falta acumular mayor evidencia al respecto.

Otras intervenciones en el cultivo de la compasión

Como abordaje clínico desde la compasión sólo se encuentra la CFT, otros abordajes han sido desarrollados para el cultivo de la compasión, y aunque en algunos casos han sido aplicados en población clínica, no fueron explícita ni exclusivamente diseñados para ésta.

MSC: Mindful Self-Compassion

El programa MSC ha sido desarrollado por K. Neff y C. Germer, ambos autores ya citados en este trabajo en lo referido a la definición de la compasión y autocompasión.

Estructura del programa: Consta de 8 sesiones semanales de 2 horas y media y pueden complementarse con un retiro de medio día (Germer y Neff, 2013). Entre semana se orienta hacia una práctica de 40 minutos diarios. La estructura del programa MSC se describe en la Tabla 9 donde podremos ver también el papel que juega mindfulness en el mismo.

Tabla 9. *Contenidos sesión a sesión del programa MSC*

Sesión	Contenidos
1. Descubriendo la autocompasión mindful	Presentación del programa. Definición de autocompasión. Práctica de la pausa de la autocompasión.
2. Practicando mindfulness	Teoría y práctica de mindfulness. Uso de "piedra del aquí y ahora" para llevar atención en su vida cotidiana Práctica de respiración.
3. Practicando la meditación del amor bondadoso	Práctica de la meditación de bondad amorosa con frases como " <i>Que yo esté seguro, que yo sea amable conmigo mismo</i> ".
4. Encontrando tu voz compasiva	El objetivo es expandir las frases de amor bondadoso con la parte interna compasiva hacia el crítico interno. El self-compasivo es motivado por la intención " <i>te amo y no quiero que sufras</i> ". Se desarrolla un diálogo interno que apoya a la persona " <i>Puedes hacerlo</i> ", " <i>Que pueda perdonarme a mí mismo</i> " o simplemente " <i>Te quiero</i> ".
Retiro de 4 horas (se realiza en mitad del programa)	Se hace la mayor parte en silencio y se aprovecha para trabajar nuevas prácticas: caminar conscientemente, saboreo de la comida y barrido corporal. Ejercicios similares al MBSR.

5. Viviendo en profundidad	Se realiza una exploración de los valores principales de la persona que dan sentido a su vida. Y se propone la autocompasión como una vía de recuperación cuando descubrimos que no estamos viviendo de acuerdo a nuestros valores principales.
6. Manejando las emociones difíciles	Se educa sobre los componentes cognitivos y físicos de las emociones. Se aprende a localizar y anclar la emoción, así como a etiquetarla. Práctica: Ablandar, permitir, tranquilizar, donde se trabaja con frases para aportar autocompasión a los 3 componentes de la emoción (físico, emocional, y mental). Este ejercicio también puede ser aplicado a las experiencias de vergüenza.
7. Transformando relaciones	En esta sesión se trabaja con el dolor emocional asociado a las relaciones. Se trabaja la empatía hacia el sufrimiento de otros y el dolor de la desconexión de otros. La autocompasión mindful valida nuestro dolor y después le ofrece amor bondadoso y esto puede ser un paso importante hacia liberar viejas heridas y cultivar el perdón (hacia uno mismo y los demás).
8. Abrazando tu vida	En esta sesión se aborda el sesgo atencional humano hacia lo negativo, como mecanismo de supervivencia pero que interfiere con el disfrute de la felicidad. Por ello se incide en la importancia de cultivar la experiencia mindful en el día a día, como el comer atentos o la caminata consciente.

Elaborado a partir de la obra de Germer y Neff (2013).

Los participantes en un programa MSC suelen experimentar ambivalencia hacia la autocompasión al sentir que les puede hacer vulnerables o abrirles viejas heridas. La autocompasión es una práctica para motivarnos a nosotros mismos desde el apoyo más que desde la autocrítica. Es por ello un diálogo interno de ayuda, un refugio de seguridad interno.

Eficacia: La eficacia del entrenamiento en autocompasión es relevante y ha sido revisada previamente en este trabajo. Destacable es la reducción significativa que realiza en niveles de malestar psicológico e incluso depresión mayor (Diedrich et al., 2014). No obstante, es necesario acumular mayor evidencia empírica al respecto.

CCT: Compassion Cultivation Training

La formación en el cultivo de la compasión ha sido desarrollada por Tupten Jinpa, traductor del Dalai Lama y erudito Budista quien también dirige la Biblioteca de Clásicos Tibetanos. Este programa se ha convertido en la pieza clave de investigación del Center for Compassion and Altruism Research and Education [CCARE] de la Universidad de Stanford (Goleman, 2015). Está basado en enseñanzas tibetanas de lojong encaminadas a cambiar al participante desde una visión egocéntrica a otra más altruista.

Estructura del programa: Se dan 6 pasos distribuidos en 8-9 semanas. Los encuentros semanales duran 2 horas y en cada sesión el instructor introduce una nueva práctica que se seguirá practicando en casa. Además de la práctica, cada sesión consta de educación en conceptos claves, ejercicios relacionales, una revisión del trabajo semanal del participante y tareas para casa formales (meditación sentada) e informales (llevar las ideas del curso a la cotidianidad).

Eficacia: Los investigadores de Stanford han hallado que su aplicación disminuye las preocupaciones y aumenta los niveles de felicidad. En pacientes con dolor crónico disminuye su sensibilidad tras las 9 semanas de entrenamiento y sus parejas los describieron como menos iracundos (beneficios relacionales). También se ha observado que los participantes del CCT reducen su estrategias de supresión emocional (Brito, 2014).

CBCT: Cognitive-Based Compassion Training

El entrenamiento en compasión de base cognitiva ha sido diseñado por el Geshe tibetano Lobsang Tenzin Negi, director de la colaboración establecida entre la Universidad de Emory y la Biblioteca de Obras y Archivos Tibetanos, enmarcada en la iniciativa científica Emory-Tibet en

la Universidad de Emory (Simón, 2014). El programa CBCT incluye prácticas de atención focal al inicio del programa y después desarrolla prácticas de compasión desde más fáciles hacia las más complejas.

Estructura del programa: Las enseñanzas de lojong se estructuran en 8 sesiones semanales:

1ª Desarrollo de atención y estabilidad de la mente.

2ª Cultivo de insight sobre la experiencia mental, cambiante.

3ª Cultivo de autocompasión, se explora qué estados mentales contribuyen a la satisfacción y cuáles nos privan de ella, para después decidir cultivar aquéllos que nos acercan a la felicidad.

4ª Desarrollo de ecuanimidad donde se cultiva el deseo de relacionarse con los demás desde una perspectiva más amplia, observando que todo el mundo quiere ser feliz y evitar el sufrimiento.

5ª Desarrollo de apreciación y gratitud hacia los demás mediante el reconocimiento de la interdependencia con los otros, incluso los extraños.

6ª Desarrollo de afecto y simpatía por medio de un sentido profundo de conexión con los demás.

7ª Realizar el deseo y la aspiración de la compasión: desde la empatía hacia los otros y con comprensión de su sufrimiento y sus causas, surge el deseo de que los otros se liberen del sufrimiento y sus orígenes.

8ª Realizar la compasión activa por los demás: se finaliza el programa con una práctica que va desde el deseo de la felicidad de los otros hacia un compromiso activo para ayudarles a ser felices.

Eficacia: Resultados iniciales sugieren que este entrenamiento pueda reducir la respuesta inmune inducida por estrés y generar un incremento en la activación de la amígdala derecha hacia imágenes negativas (incremento negativamente asociado a sintomatología depresiva). Estas conclusiones son muy tentativas y mayor evidencia ha de ser acumulada (Brito, 2014).

PARTE EMPÍRICA (estudio piloto)

Capítulo 5: Objetivos e hipótesis

El propósito general de este trabajo es comprobar la viabilidad y eficacia de un programa de entrenamiento grupal en mindfulness y compasión para la reducción de sintomatología ansiosa, depresiva, y de estrés percibido, dentro del sistema de salud público. Se realizará en una muestra española procedente de centros de salud mental de carácter público, usando como grupo de control activo a pacientes que reciban el tratamiento habitual (sesiones individuales con psicólogo en centro de salud mental).

Objetivos

En concreto, se identifican 4 objetivos del presente trabajo de investigación:

1. Reducir el malestar psicológico de los participantes: sintomatología ansiosa, depresiva y estrés percibido.
2. Mejorar las habilidades de: mindfulness, y dentro de éstas, especialmente, el descentramiento (capacidad de observar los pensamientos y emociones como eventos internos cambiantes, siendo el yo el contexto donde éstos suceden).
3. Incrementar el afecto positivo y la calidez emocional de los participantes, concretamente: la autocompasión y la compasión hacia los demás.
4. Observar la eficacia de un programa piloto de creación propia (Programa Unificado de Mindfulness y Compasión en Ansiedad y Depresión - PUMAD), en comparación con el apoyo estandar recibido por los pacientes en el sistema de salud pública.

Hipótesis

Para evaluar la consecución de los anteriores objetivos mediante un programa de entrenamiento de mindfulness y compasión, se han analizado experimentalmente una serie de hipótesis.

Las hipótesis están ordenadas de la siguiente forma: primero las referidas al efecto del programa (PUMAD) sobre sintomatología, después sobre el incremento de mindfulness y el factor cognitivo de descentramiento, y finalmente las hipótesis sobre el cultivo de compasión.

Sintomatología después de la intervención:

Hipótesis 1. El grupo de entrenamiento en mindfulness y compasión (PUMAD) mostrará reducción de ansiedad estado-rasgo similar a la mostrada por el grupo de control activo de tratamiento en centro de salud mental.

H.2. El grupo PUMAD mostrará reducción de sintomatología depresiva similar al grupo de control activo.

H.3. El grupo PUMAD mostrará reducción de estrés percibido similar al grupo de control activo.

Mindfulness y descentramiento después de la intervención:

H.4. El grupo PUMAD mostrará un incremento de los niveles de mindfulness superior al grupo de control activo.

H.5. El grupo PUMAD mostrará un incremento de los niveles de descentramiento superior al grupo de control activo.

Compasión y autocompasión después de la intervención:

H.6. El grupo PUMAD mostrará un incremento de los niveles de compasión superior al grupo de control activo.

H.7. El grupo PUMAD mostrará un incremento de los niveles de autocompasión superiores al grupo de control activo.

Capítulo7: Método

Sujetos

Los sujetos que formaron parte de este estudio son 9, de los cuales 4 formaban parte del programa unificado de mindfulness y compasión para ansiedad y depresión (PUMAD, formato grupal), y 5 recibieron el tratamiento usual (terapia individual). El tiempo de 1 mes y medio para realizar el reclutamiento, previo a la intervención (2 meses y medio más), dificultó obtener una muestra mayor.

Dado el contexto asistencial en que se desarrolló la investigación fue imposible asignar al azar a los sujetos al grupo experimental y al grupo de control activo, porque los sujetos fueron reclutados por medio de los profesionales sanitarios de 2 Distritos de Salud Mental de Valladolid: Distrito de salud mental II Centro de Salud Mental (CSM) Esperanto, y Distrito III CSM Campo Grande Casa del Barco. El criterio que habían de seguir para llevar a cabo la selección fue que se tratara de pacientes con ansiedad y/o depresión. Se excluyeron trastornos de personalidad, trastorno de conducta alimentaria, trastorno bipolar, y trastornos psicóticos.

Descripción de la muestra

La edad media de la muestra es de 35,1 años, contando con un mínimo de 22 años y un máximo de 43 años. El grupo de tratamiento usual tiene una media de edad de 32,2 años (ver Tabla 10), con una edad mínima de 22 años y máxima de 43. El grupo PUMAD tiene una media de edad algo superior, de 38 años, y cuenta con una edad mínima de 24 años y máxima de 52 años.

Tabla 10. *Tabla descriptiva de variable edad de la muestra*

	Tratamiento (n = 9)		
	Total	PUMAD	Control Activo
Edad Media (DT)	35,1 (10,085)	38 (12,13)	32,2 (8,04)

En cuanto a la variable sexo, tanto en el grupo experimental como en el de control activo hay una mayoría femenina de participantes (ver Tabla 11).

Tabla 11. *Tabla descriptiva de variable sexo de la muestra*

	Total		PUMAD		Control activo	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	2	22,22%	1	75%	1	20%
Mujer	7	77,78%	3	25%	4	80%

Es importante señalar que la adherencia en ambos grupos de intervención ha sido total, de forma que no ha habido mortandad de la muestra y se puede decir que se trata de sujetos altamente motivados en su proceso terapéutico.

Diseño

Partiendo de la pequeña muestra disponible se podría haber orientado como un estudio de casos; no obstante con la intención de servir de piloto para lo que se podría replicar en un futuro trabajo de investigación por el mismo autor, u otro diferente, se ha dado un formato cuasiexperimental de dos grupos independientes (PUMAD y control activo), con 2 medidas repetidas (pre y post). El *pilotaje* también permitirá hallar errores y áreas de mejora en su implementación futura (Shuttleworth, 2010). Es cuasi-experimental porque la intervención se ha aplicado en una situación natural, y no se pudo llevar a cabo la asignación al azar como se ha indicado. El grupo experimental recibió el programa PUMAD de 8 semanas de duración, llevado

a cabo por el autor de este estudio, mientras que el grupo de control activo recibió el tratamiento usual llevado a cabo por el personal sanitario (psicólogos clínicos, PIR, o psiquiatras) de los Centros de Salud Mental.

La implementación del PUMAD se llevó a cabo por medio del psicólogo sanitario autor de este trabajo acompañado de la psicóloga intera residente del CSM Esperanto. Por otra parte el tratamiento psicológico usual fue implementado por la psicóloga interna residente en el CSM Campo Grande.

Para las medidas tomadas se utilizaron escalas autoaplicadas , y otros datos como lista de temores o consecución de objetivos para el programa se obtuvieron mediante entrevistas individuales. Las medidas se tomaron en dos tiempos: semana previa a la sesión 1 y semana posterior a la sesión 8.

Análisis estadísticos

Dada la pequeña muestra y al no presentar ésta normalidad se han optado por las siguientes pruebas no paramétricas para el análisis de los datos y contrastación de hipótesis: prueba Wilcoxon de los rangos signos para muestras relacionadas (para la comparación de medidas pre-post intragrupo). Las comparaciones intragrupos sirven para ver la evolución de cada uno de los grupos de intervención; y la prueba U de Mann-Withney para muestras independientes (para la comparación de de cambio intergrupos). Las comparaciones intergrupos servirán para comparar los dos grupos y así averiguar la eficacia del PUMAD respecto a la intervención que recibe el grupo de control activo (tratamiento usual).

Los análisis se llevaron a cabo sobre 3 tipos de variables dependientes: variables de sintomatología (ansiedad, depresión y estrés), variables de mindfulness (mindfulness y

descentramiento), y variables de compasión (autocompasión y compasión). Para el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS, Versión 22. Para la elaboración de gráficos y tablas de datos se ha empleado dentro del paquete office el programa Excel para Mac versión 12.0.

Procedimiento

El tratamiento se implementó en los dos grupos durante dos meses y medio cada uno. El grupo de tratamiento usual recibió atención en los despachos a tal efecto en el Centro de Salud Mental de Campo Grande. El grupo PUMAD recibió el programa grupal en la sala de formación y docencia del Centro de Salud Mental Esperanto, usando colchonetas y sillas confortables en función de la práctica que se fuera a realizar, y las entrevistas individuales se llevaron a cabo en un despacho del mismo centro (ver Figura 5).

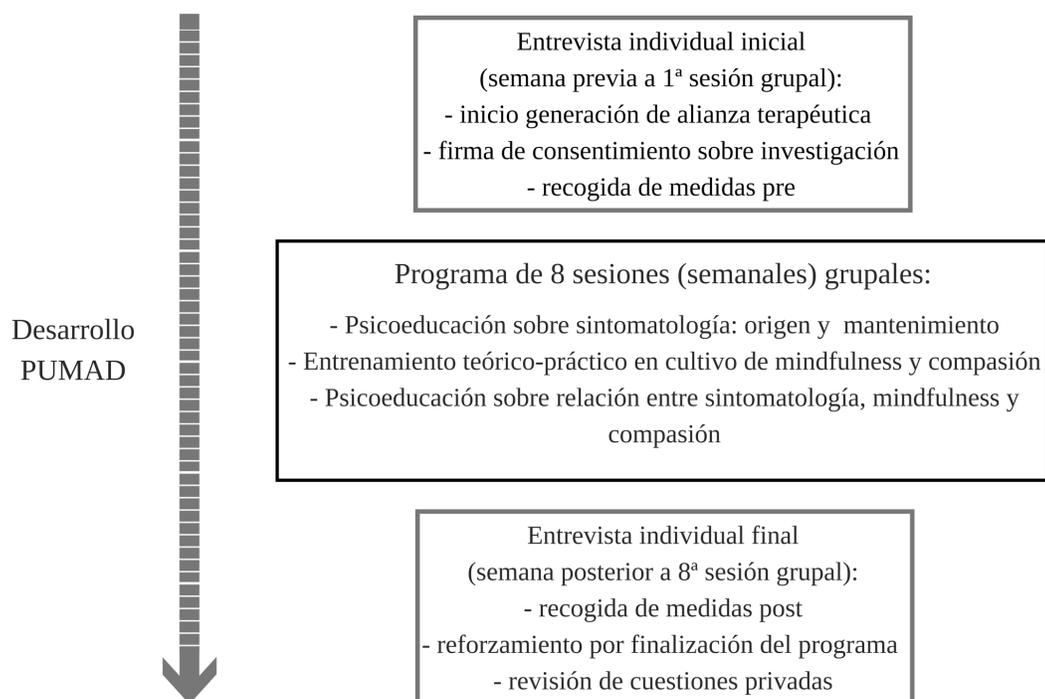


Figura 5 Desarrollo temporal PUMAD: entrevista, sesiones, entrevista.

El grupo PUMAD como materiales recibía cada semana material escrito en papel y se les entregaba en formato mp3. la práctica correspondiente a esa semana (vía email o en pen-drive según su preferencia). Estas prácticas en mp3. fueron diseñadas y grabadas por el autor del presente trabajo, y los contenidos de las mismas se detallan en el apartado del programa del presente trabajo. Además de escuchar la práctica en audio (práctica formal), las tareas para casa incluían una parte de autoregistro de práctica formal y práctica informal (Apéndice I), que también se entregaban al final de cada sesión, y se recogían en la sesión siguiente. Como resumen y ampliación de lo tratado en las sesiones los sujetos recibían lecturas al final de cada sesión, así como referencias a vídeos en youtube relativos a lo tratado en sesión.

La actitud del terapeuta es clave en la gestión de un grupo de mindfulness y compasión, pues éste ha de encarnar las actitudes que pretende enseñar. Por lo anterior el terapeuta ha de mantener una actitud de apertura y no juicio hacia lo que presentan los participantes del grupo; también ha de dirigir su atención hacia la experiencia presente tanto de eventos internos como externos y mostrar una relación con estos amable y compasiva. Cuando es necesario el terapeuta ha de redirigir el discurso desviado hacia narrativas personales (a no ser que ilustren la práctica de mindfulness o sirvan para incrementar la empatía y alianza con los sujetos, especialmente en la primera entrevista y primera sesión grupal). El motivo por el que no se trabajan narrativas personales ni contenidos cognitivos específicos es porque lo que se considera problemático no son estos contenidos por si mismos, sino la relación que se establece con ellos. Al tratarse de una intervención muy limitada en el tiempo las sesiones están muy estructuradas. Es importante al principio del tratamiento que el terapeuta indique que no se trata de una terapia de grupo y por tanto las intervenciones de los participantes han de ser referidas a la experiencia formal e informal con las prácticas de mindfulness y compasión abordadas en sesión.

Diseño del PUMAD

El programa PUMAD no representa una propuesta totalmente innovadora sino que nace de la integración de diferentes abordajes desde el marco de la psicología clínica, el estudio aplicado de mindfulness y compasión, y de la adaptación de estas en sintomatología ansiosa y depresiva. El presente programa se elabora como resultado de la integración que el autor realiza tomando como referencia 4 ejes (ver Figura 6).

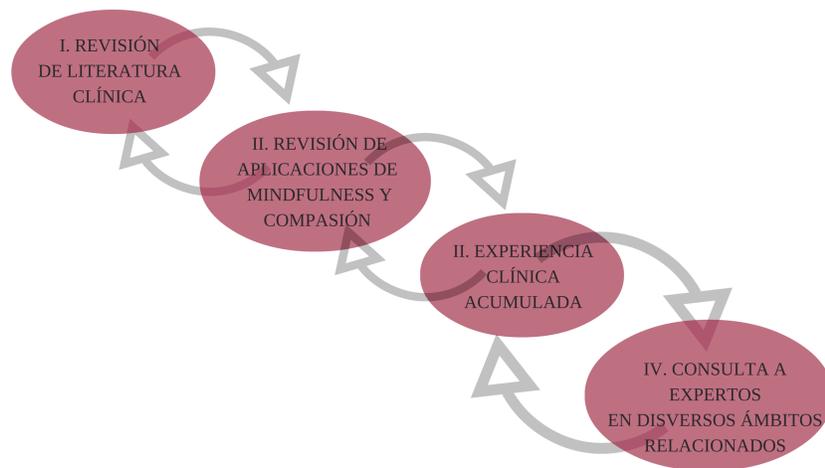


Figura 6. Proceso de integración de información en el diseño del PUMAD.

I. La literatura clínica revisada en torno al abordaje de tercera ola basado en mindfulness y aceptación sobre sintomatología ansiosa y depresiva (ACT, UP, DBT).

II. La revisión de las aplicaciones de mindfulness y compasión tanto clínicas (MBSR, MBCT o CFT) como no clínicas (MSC, CCT) sobre sintomatología ansiosa y depresiva.

III. La propia experiencia clínica desarrollada como psicólogo sanitario en ámbito clínico en la Unidad Clínica de la Universidad Complutense de Madrid, en la Fundación VECA por el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud y en su práctica privada.

IV. El inestimable y valioso diálogo establecido con diferentes expertos que asesoraron al presente investigador sobre: el diseño de sesiones, medidas a emplear, estrategias de psicoeducación, diseño de preguntas abiertas y elección de cuestionarios, o materiales a emplear. Estos expertos y su contribución, en mayor o menor medida, desde diferentes campos se ilustran en la Figura 7.



Figura 7. Expertos consultados en el diseño del PUMAD siendo 1. Nombre del experto 2. Campo de especialidad y 3. Consulta realizada sobre diseño del PUMAD.

Objetivos clínicos

Los objetivos clínicos del programa para los participantes se dividen en 3 áreas:

A. Reducir el malestar psicológico: sintomatología ansiosa, depresiva y estrés percibido.

B. Incremento de habilidades de: mindfulness, y dentro de éstas especialmente el descentramiento (capacidad de observar los pensamientos y emociones como eventos internos cambiantes, siendo el yo el contexto donde éstos suceden).

C. Incremento del afecto positivo y la calidez emocional: autocompasión y compasión hacia los demás.

Estrategias de intervención

Para el logro de los anteriores objetivos se plantean 4 estrategias teórico-prácticas:

1. Psicoeducación mediante explicaciones, juegos, uso de metáforas, visionado de vídeos y lecturas sobre sintomatología y mecanismos de mantenimiento de la misma. Psicoeducación sobre el papel terapéutico y la función que desempeñan el cultivo de mindfulness y compasión.

2. Ejercicios reflexivos sobre conceptos e implicaciones en el día a día sobre lo aprendido.

3. Entrenamiento formal en técnicas de mindfulness y compasión dentro y fuera de las sesiones.

4. Entrenamiento informal (actividades diariamente) fuera de las sesiones.

Como se ilustra en la Figura 8 las estrategias presentadas han sido pensadas como un entramado que se retroalimenta, de forma que se establece un aprendizaje tanto a un nivel teórico como experiencial, tanto dentro de las sesiones como fuera, y tanto desde la facilitación del terapeuta como a través de la reflexión y experiencias propias.



Figura 8 Entramado de estrategias del PUMAD.

Al igual que en otras propuestas terapéuticas como la desarrollada por Gilbert (2015) o Barlow (2011) el PUMAD trata de un entrenamiento multimodal e integra diferentes estrategias cognitivo-conductuales: la relación terapéutica, descubrimiento guiado, psicoeducación, análisis funcional, incremento del autocuidado, exposición, tareas graduadas, aprendizaje de tolerancia emocional, imaginación, escritura expresiva, la auto-observación, distinción entre autocrítica y corrección compasiva, todo ello englobado en un marco de cultivo de mindfulness y compasión.

Descripción de las 10 semanas del programa

La estructura del programa se desarrolla como sigue: Entrevista individual de evaluación con cada uno de los pacientes (30 minutos), 8 sesiones semanales de 1 hora y 45 minutos y entrevista individual como finalización del programa. Los objetivos específicos y contenidos de cada sesión se detallan a continuación.

Entrevista individual inicial - Objetivos

Se lleva a cabo la semana previa a la Sesión 1

- Establecimiento de relación terapéutica y reforzamiento al participante por su asistencia.
- Recogida ética de datos previa a la intervención según estándares de deontología clínica.

- Informar a los participantes sobre el programa.

Técnicas empleadas:

- Presentación de psicólogo facilitador del programa.
- Firma del consentimiento informado para investigación.
- Completar ficha demográfica (Apéndice II), identificar temores actuales en su día a día e intensidad de los mismos e identificar objetivos personales para el programa.
- Cumplimentación de cuestionarios (medidas pre-test): BDI (depresión), STAI (ansiedad estado-rasgo), PSS14 (estrés percibido), EQ-D (descentramiento), Escala Autocompasión (autocompasión), EC (compasión), FFMQ (mindfulness).
- Información sobre el programa de 8 sesiones.

Sesión 1. Objetivos

- Establecimiento de bases para el funcionamiento grupal.
- Inicio en técnica de respiración.
- Revisión y fortalecimiento de motivación para incrementar adherencia al programa.
- Incremento de conocimiento sobre sintomatología, fisiología, cogniciones etc. asociadas al problema del participante.

Técnicas empleadas:

- Bienvenida, presentación grupal (expectativas para el programa) y compromiso de confidencialidad sobre lo tratado en el grupo.
- Entrenamiento en relajación mediante el uso de respiración diafragmática tumbados y con uso de globo en abdomen.
- Cumplimentar el balance decisional sobre ventajas e inconvenientes de cambiar (involucrarse en el programa) y no cambiar (no comprometerse y poder abandonarlo).
- Psicoeducación sobre ansiedad (sistemas simpático/parasimpático, funcionalidad de la ansiedad y el estrés, sistema "lucha-huida", capacidad de la actividad mental para generar representación de amenazas).
- Ejercicio de respiración diafragmática tumbados con uso de globo en abdomen.

Tareas para casa:

- + Lectura de psicoeducación sobre ansiedad.
- + Ejercicio de respiración diafragmática tumbados (diario).
- + Ficha de registro de práctica.

Sesión 2. Objetivos

- Aprendizaje sobre teoría de mindfulness.
- Inicio de práctica formal de mindfulness.
- Establecimiento de práctica regular de mindfulness en respiración.

Técnicas empleadas:

- Ejercicio de respiración diafragmática tumbados (con o sin globo).
- Revisión de: práctica en casa y lectura.
- Ejercicio respiración diafragmática sentados.
- Ejercicio Mindfulness “de uva pasa”.
- Psicoeducación sobre definición de mindfulness / Atención plena.
- Ejercicio de barrido corporal: atención mindfulness a sensaciones físicas.

Tareas para casa:

- + Lectura sobre definición de Mindfulness, componentes y beneficios.
 - + Práctica de Mindfulness: barrido corporal (diaria).
- + Ficha de registro de práctica.

Sesión 3. Objetivos

- Educación sobre conceptos específicos de mindfulness: descentramiento.
- Educación sobre estrategias disfuncionales empleadas en los afrontamientos ansioso y depresivo.
- Desarrollar habilidad mindfulness de descentramiento sobre los pensamientos.

Técnicas empleadas:

- Práctica de Mindfulness: barrido corporal.
 - Revisión de: práctica en casa y lectura sobre Mindfulness.
 - Visionado de fragmento documental "Redes: La ciencia de la compasión" para ilustrar el concepto de observación sobre los contenidos mentales.
 - Introducción al concepto de evitación experiencial como abordaje disfuncional para gestionar el malestar.
 - Psicoeducación sobre estrategias disfuncionales de afrontamiento ante malestar psicológico (estrés, ansiedad, depresión): rumiación sobre el pasado, autocrítica, anticipación sobre futuro, pensamientos catastrofistas, etiquetaje negativo, intentos de supresión de pensamientos, etc.
 - Metáfora del pozo y la pala (ilustrar estrategias disfuncionales).
 - Ejercicio para ilustrar estrategia disfuncional de supresión de pensamientos e introducción de la idea de observación del pensamiento (defusión).
 - Práctica de Mindfulness: observación del pensamiento (defusión).
 - Fragmento del documental con psicoeducación sobre el cultivo de la atención plena y el cultivo de la observación del pensamiento.
- Tareas para casa:
- + Lectura sobre estrategias disfuncionales de afrontamiento del malestar psicológico (estrés, ansiedad, depresión) y encontrar ejemplos propios en 3 de ellas.
 - + Visionado de vídeo en youtube "Basta con 10 minutos de Conciencia por Andi Puddicombe" sobre concepto de atención plena y realizar reflexión escrita.
 - + Práctica de Mindfulness: de barrido corporal con observación de pensamientos (diaria).
 - + Ficha de registro de práctica.

Sesión 4. Objetivos

- Identificación personalizada de estrategias disfuncionales (cuáles y cómo las utiliza cada participante).

- Educación sobre mindfulness como alternativa a estrategias disfuncionales.

- Práctica en imaginación de afrontamiento mindfulness en situación evitada.

- Identificación de obstáculos para la gestión emocional.

Técnicas empleadas:

- Práctica de Mindfulness: de barrido corporal con observación de pensamientos.

- Revisión de: práctica semanal, lectura, y visionado del vídeo sobre conciencia plena.

- Ejercicio de escenificación con dos personajes: atención plena y contenidos mentales.

- Identificación de situaciones evitadas (externas/contextuales e internas/cognitivas-emocionales).

- Identificación de estrategias disfuncionales en el afrontamiento de situaciones evitadas.

- Identificación de conducta alternativa .

- Exposición de la metáfora de los tigres para exponer evitación experiencial.

- Psicoeducación sobre naturaleza cambiante de los contenidos mentales: emociones y pensamientos.

- Psicoeducación sobre ciclo de gestión emocional.

- Práctica de Mindfulness: ciclo de gestión emocional con exposición (en imaginación) a situación evitada que ellos elijan (diariamente).

Tareas para casa:

+ Lectura sobre ciclo de gestión emocional.

+ Práctica de Mindfulness: Ciclo de gestión emocional con situación evitada (4 veces

hasta el próximo encuentro).

+ Identificar conducta alternativa/funcional en situación evitada y redactar compromiso con dicha conducta.

+ Ficha de registro de práctica.

Sesión 5. Objetivos

- Educación sobre sistemas de regulación afectiva

- Inicio de cultivo de técnicas generativas y establecimiento de práctica regular

Técnicas empleadas:

- Práctica de Mindfulness: atención en la respiración.

- Revisar práctica semanal de Mindfulness, y conducta alternativa/funcional en situación evitada.

- Psicoeducación sobre disfuncionalidad de intento de supresión de pensamientos con consecuencias paradójicas en el incremento de aparición del contenido indeseado.

- Psicoeducación sobre 3 sistemas de regulación afectiva: amenaza, logros y calma/seguridad.

- Práctica de Mindfulness: bondad amorosa.

Tareas para casa:

+ Lectura sobre sistemas de regulación afectiva.

+ Completar un autorregistro sobre situaciones/contenidos mentales que activan cada sistema de regulación afectiva.

+ Práctica de Mindfulness: bondad amorosa (diaria).

+ Ficha de registro de práctica.

Sesión 6. Objetivos

- Educación sobre eventos internos amenazantes y estrategia alternativa de gestión.
- Educación sobre autocompasión y su relación con la gestión emocional.
- Inicio de práctica de autocompasión y establecimiento de práctica regular.

Técnicas empleadas:

- Práctica de Mindfulness: atención en la respiración.
- Revisión de: práctica en casa y lectura.
- Revisión de autorregistro sobre situaciones/contenidos mentales personales que activan cada sistema de regulación afectiva.
- Psicoeducación sobre autocompasión.
- Práctica de autocompasión.
- Psicoeducación: relación entre prácticas de autocompasión y nuestra regulación afectiva.

Tareas para casa:

- + Lectura en casa de reflexión del libro Presencia Plena. Capítulo "Mirar el mundo con ojos silenciosos" (Segú, Brito y Araya, 2014).
- + Realizar reflexión escrita sobre lecturas.
- + Práctica de autocompasión (diaria).
- + Práctica de Mindfulness: enfoque en la respiración (diaria).

Sesión 7. Objetivos

- Desarrollar las conductas de autocuidado a través de la práctica informal de la autocompasión.

- Extender práctica de compasión y calidez emocional a seres queridos.

Técnicas empleadas:

- Práctica de Mindfulness: atención en respiración.

- Proyección de vídeo "Breathe" de psicoeducación sobre uso de la respiración para el cultivo de la calma mental.

- Revisión de prácticas en casa y lectura.

- Identificar formas concretas de cultivar el autocuidado y ser autocompasivos en el día a día: física, mental, relacional, espiritual y emocional.

- Práctica de "Tonglen" / recibir y gestionar el malestar que presenciamos en un ser querido.

Tareas para casa:

+ Lectura de texto compilador sobre lo tratado en el programa.

+ Práctica de Tonglen (días alternos).

+ Práctica de autocompasión (días alternos).

+ Práctica de Mindfulness: enfoque en la respiración (diaria).

Sesión 8. Objetivos

- Educación sobre interdependencia de nuestra existencia ligada a otros.

- Cultivo de la gratitud consecuencia del reconocimiento de la interdependencia con los demás.

- Resumen y revisión de lo aprendido en el programa.

- Responsabilizar sobre el uso de técnicas y su elección.

Técnicas empleadas:

- Práctica de Mindfulness: atención en respiración.
- Revisión de: prácticas en casa y lectura.
- Práctica de gratitud y reconocimiento de interdependencia de nuestro bienestar y el de nuestro entorno relacional.

- Escritura de carta de gratitud a un ser querido.
- Programar entrevistas individuales después de una semana.

Tareas para casa:

- + Si se desea, entregar/leer carta de gratitud a ser querido.
- + Escoger práctica semanal y realizarla hasta el encuentro en entrevista individual.

Entrevista individual final - Objetivos

Se realiza la semana posterior a la Sesión 8.

- Atención a dificultades o cuestiones privadas no comentadas en grupo
- Reforzamiento del participante por su asistencia y compromiso con el programa (si procede)
- Recoger feedback sobre el programa para identificar áreas de mejora
- Recogida de datos posterior a la intervención

Técnicas empleadas:

- Revisión de práctica semanal escogida
- Revisión de: ficha demográfica, intensidad de temores referidos al inicio del programa y nivel de consecución de objetivos personales propuestos para el programa
- Cumplimentación de cuestionarios (medidas post-test)
- Cumplimentación de ficha de evaluación del programa

- Entrega de Diploma de realización de programa y pautas para continuar con la práctica de mindfulness y compasión en relación a la sintomatología abordada y el incremento del bienestar.

Medidas psicométricas para la evaluación del cambio

Instrumentos sobre sintomatología

Este programa se concibe como un abordaje coadyuvante en problemas de ansiedad, estrés y depresión. La esperada mejora se realiza a través de la psicoeducación en estas problemáticas, así como a través del entrenamiento en técnicas de mindfulness y cultivo de la compasión utilizadas como estrategias de regulación emocional y promoción del bienestar. Sobre estas premisas se lleva a cabo la evaluación de las distintas variables haciendo uso de las siguientes herramientas de medida.

Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): El uso del inventario BDI en la evaluación de la depresión tanto en investigación como en clínica es el más extendido. La adaptación española se considera una herramienta efectiva para la detección y cuantificación de síntomas depresivos (Sanz et al., 2005), pero no se trata de una herramienta diagnóstica sino de valoración de la intensidad de los síntomas. El cuestionario cuenta con 21 ítems, y se refiere a un marco temporal de las dos últimas semanas. Su consistencia interna en población clínica arroja un coeficiente alfa de 0,89 y alta validez convergente y discriminante en relación a otras medidas de ansiedad y depresión. Muestra validez de criterio cuando las puntuaciones del test son comparadas con la valoración de un clínico (Sanz et al. 2005).

La corrección de las puntuaciones sobre la intensidad de la depresión es:

Mínima 0-13

Leve 14-19

Moderada 20-28

Grave 29-63

El instrumento parece mejor que su predecesor, el BDI-IA, ya que presenta una estructura factorial que refleja mejor la dimensión general de depresión, a la vez que distingue de forma especial dos factores interrelacionados: cognición depresiva y factor somático-motivacional.

Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) : Se trata de un inventario autoaplicado y ampliamente extendido para evaluar dos conceptos independientes: la ansiedad como estado, condición emocional transitoria y la ansiedad como rasgo, tendencia ansiosa relativamente estable (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1986). El marco de referencia temporal en la ansiedad estado es "ahora mismo, en este momento" y en la ansiedad rasgo se trata de una observación que el individuo hace sobre su frecuencia "en general, la mayoría de las ocasiones". Cada tipo de ansiedad es evaluado mediante 20 ítems y la puntuación total entre cada uno de los conceptos oscila entre 0-60. No existen puntos de corte propuestos sino que las puntuaciones directas obtenidas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Según el análisis psicométrico realizado por Fonseca-Pedrero et al. (2012) el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total es 0,93. Estos resultados son similares a los encontrados en la literatura previa e indican que el STAI es un autoinforme sencillo y útil para la valoración de la sintomatología ansiosa.

Escala de Estrés Percibido (PSS): Esta escala es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos. La PSS ha sido diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida se valoran como estresantes. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. El estudio desarrollado

por Remor (2006) demuestra la fiabilidad y la validez de la versión española de la escala. La versión española de la PSS ha demostrado una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = .81$, y test-retest, $r = .73$), validez (concurrente) y sensibilidad al cambio.

Instrumentos sobre mindfulness y descentramiento

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): El FFMQ pretende unificar los cuestionarios previos de evaluación de mindfulness en un único cuestionario, evaluando los distintos factores de mindfulness elaborado por Baer et al. en 2006 (citado en Soler, 2014). Es un cuestionario autoadministrado de 39 ítems que evalúa 5 facetas de mindfulness disposicional/rasgo: observación (notar experiencias internas y externas como sensaciones, emociones o pensamientos); descripción (etiquetado de emociones con palabras); actuar con conciencia (estando focalizado en el momento a momento durante una actividad); ausencia de juicio (tomar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente de modo que éstas sean aceptadas y permitidas en la conciencia, sin intentar evitarlas, cambiarlas o escaparse de ellas); y no reactividad a la experiencia interna (permitiendo el flujo libre de pensamientos y emociones sin verse atrapado por ellos ni rechazándolos). En la adaptación española llevada a cabo por Cebolla et al. (2012) la fiabilidad interna de las escalas varió de aceptable a muy buena. El análisis de validez concurrente ha mostrado altas correlaciones. La estructura factorial de 5 factores ha sido similar a la propuesta por los autores creadores de la escala Baer et al. (Citados en Cebolla et al., 2012). El FFMQ se trata por tanto de un instrumento adecuado para evaluar mindfulness tanto en población clínica como general.

Experiences Questionnaire Descentering Scale (EQ-D): Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa descentramiento. La adaptación española de la Escala de

Descentramiento contiene 11 ítems y ha sido realizada por Soler et al. (2014). Las propiedades psicométricas son satisfactorias con una fiabilidad de Cronbach .893; validez convergente .46 y divergente -.35. La escala es sensible a la intervención en mindfulness. La versión española es un instrumento fiable para evaluar descentramiento tanto en la población clínica como no clínica.

Instrumentos sobre compasión

Self-Compassion Scales (SCS): La escala de autocompasión evalúa las 3 facetas de la autocompasión (mindfulness, amabilidad y humanidad compartida). Ya descrita en este trabajo en el apartado "Midiendo la compasión". La versión española de 26 ítems y la breve de 12, se han validado recientemente en español mostrando adecuadas propiedades psicométricas tanto para la investigación como para la aplicación clínica (García-Campayo et al., 2014).

Compassion Scale: La escala de compasión contiene 6 subescalas: Amabilidad, Indiferencia, Humanidad, Distanciamiento, Mindfulness y Desvinculación. Ya especificada en este trabajo en el apartado "Midiendo la compasión". La escala se ha adaptado al español siguiendo un procedimiento de comité (Brito, 2014).

Otras medidas: Miedos, objetivos y evaluación del programa

En el campo clínico es esperable encontrar que pacientes informen sobre temores relacionados con su sintomatología (p.e. miedo a empeorar o miedo a sufrir ciertos síntomas), situación vital actual o futura. También es interesante al principio de la intervención establecer objetivos para el proceso. Y una vez llevado a cabo el proceso, evaluar la satisfacción con el mismo por parte del usuario. Con la intención de medir estas 3 cuestiones el autor elaboró 3 evaluaciones para que los pacientes pudieran informar sobre las mismas (estas medidas solamente fueron aplicadas al grupo PUMAD):

Evaluación de miedos (Apéndice III): Los pacientes reflejan los miedos que identifican en su vida, relacionados o no con sintomatología, al inicio del programa, y les asignan una intensidad en una escala de 0-10 (0 nada y 10 muy intenso). Al final del programa se les vuelve a cuestionar sobre la intensidad de los miedos referidos al inicio del mismo.

Evaluación de consecución de objetivos (Apéndice IV): Al principio del programa los pacientes reflejan hasta 5 objetivos que desean conseguir mediante su participación en el PUMAD. Al final del programa se les cuestiona sobre el nivel de consecución de los mismos en una escala del 0-10 (0 no conseguido y 10 totalmente conseguido).

Evaluación del programa (Apéndice V): Al finalizar el programa los participantes evalúan el mismo mediante una escala de 0-10, 2 preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas sobre lo que más les gustó, lo que menos y sobre cómo mejorar el programa.

Asegurando un marco de ética investigadora, es importante remarcar que toda la información recabada se hace bajo estricta confidencialidad, y previa firma del consentimiento informado por parte de cada sujeto (Apéndice VI), el cual se obtiene en la primera entrevista.

Capítulo 8: Resultados

En el presente capítulo se presenta un análisis estadístico de los resultados hallados tanto en sintomatología como en las variables de mindfulness y compasión. Dada la pequeña muestra con la que se ha realizado la investigación no se podrá hablar de diferencias significativas, salvo en dos ocasiones, por lo que se dedicará la mayor parte del capítulo a realizar un análisis descriptivo sobre las tendencias que se han encontrado.

Medias de cambio intergrupos

Como podemos observar en la Tabla 12 al comparar las medias de cambio en las variables de sintomatología se aprecia una tendencia de reducción en ambos grupos en todos los niveles de sintomatología, siendo esta reducción más elevada en todos los parámetros en el grupo PUMAD. Sin embargo las diferencias mencionadas no resultan ser estadísticamente significativas con respecto al grupo de control activo.

Tabla 12. *Media de cambio intergrupos en sintomatología (Prueba U de Mann-Whitney)*

Cambios en sintomatología	Media de cambio (DE)	Sig.
Ansiedad Estado		
Pumad	-19,25 (12,45)	,111
Control activo	-6,80 (10,08)	
Ansiedad Rasgo		
Pumad	-10 (4,24)	,413
Control activo	-7,20 (7,36)	
Depresión		
Pumad	-10,25 (5,85)	,730
Control activo	-8,00 (7,65)	
Estrés		
PUMAD	-7,25 (4,03)	,190
Control activo	-1,20 (6,30)	

Cuando se analizan las medias de cambio sobre las variables de mindfulness y compasión, se aprecia que, en ambos grupos, se han visto incrementadas, siendo este incremento superior en

todos los parámetros en el grupo PUMAD. Pero estadísticamente las diferencias mencionadas no resultan significativas respecto al grupo de control activo (ver Tabla 13).

Tabla 13 Media de cambio intergrupos en mindfulness y compasión (Prueba U de Mann-Whitney)

Cambios en Mindfulness y compasión	Media de cambio (DE)	Sig.
Mindfulness		
Pumad	5,50 (19,16)	1
Control activo	3,40 (2,07)	
Descentramiento		
Pumad	7,25 (5,50)	,111
Control activo	1 (3,39)	
Autocompasión		
Pumad	0,55 (0,84)	1
Control activo	0,31 (0,29)	
Compasión		
Pumad	0,30 (0,38)	,286
Control activo	0,14 (0,27)	

Medias de cambio intragrupos

Encontramos el análisis de cambio sobre sintomatología pre-post intragrupo representado en la Tabla 14. En comparación con su sintomatología previa la reducción que se da en ambos grupos solamente resulta significativa en la Ansiedad Rasgo en el grupo de control activo.

Tabla 14. Comparación de cambio pre-post intragrupos en sintomatología (Prueba de Wilcoxon)

Cambios en sintomatología	Media pre (DE)	Media pos (DE)	Sig.
Ansiedad Estado			
Pumad	36,75 (17,04)	17,50 (9,47)	,068
Control activo	25,80 (16,13)	19,00 (7,78)	,176
Ansiedad Rasgo			
Pumad	41,50 (9,33)	31,50 (11,10)	,068
Control activo	31,00 (14,92)	23,80 (10,83)	,042*
Depresión			
Pumad	23,75 (12,04)	13,50 (11,96)	,068
Control activo	16,40 (12,16)	8,40 (7,30)	,080
Estrés			
Pumad	34,25 (5,90)	27,00 (5,10)	,068
Control activo	25,60 (13,01)	24,40 (11,78)	,581

En el análisis de cambio pre-post sobre las variables relacionadas con mindfulness y compasión encontramos que el incremento que se da en ambos grupos solamente resulta significativo para la variable mindfulness en el grupo de control activo (ver Tabla 15).

Tabla 15. *Comparación de cambio pre-post intragrupos en mindfulness y compasión (Prueba de Wilcoxon)*

Cambios en Mindfulness y compasión	Media pre (DE)	Media pos (DE)	Sig.
Mindfulness			
Pumad	109,25 (20,34)	114,75 (7,36)	,854
Control activo	111,80 (28,06)	115,20 (26,88)	,043*
Descentramiento			
Pumad	26,50 (5,06)	33,75 (7,50)	,109
Control activo	36,80 (12,93)	37,80 (9,96)	,465
Autocompasión			
Pumad	2,32 (0,80)	2,86 (1,08)	,285
Control activo	2,87 (1,01)	3,18 (1,20)	,080
Compasión			
Pumad	3,62 (0,70)	3,93 (0,68)	,102
Control activo	4,02 (0,46)	4,16 (0,29)	,345

El último análisis intragrupo ha sido realizado respecto a la medida subjetiva sobre la intensidad de los miedos referidos (escala de 0-10). Esta medida solamente fue tomada en el grupo experimental y en la Tabla 16. se muestra la evolución de la intensidad de los miedos entre los momentos pre-post a la intervención. Como ilustra la Tabla 16, la prueba de Wilcoxon no muestra diferencias significativas entre el momento pre y el momento post intervención.

Tabla 16. *Evolución de intensidad de miedos y prueba de Wilcoxon*

Grupo	Media de cambio (DE)	Pre (DE)	Post (DE)	Sig.
Pumad	-3,76 (2,26)	9,16 (0,66)	5,4 (2,5)	0,68

Descripción de tendencias en sintomatología

A continuación se ilustrará mediante gráficas de barras las tendencias encontradas en sintomatología haciendo siempre referencia a la significatividad hallada mediante la prueba de Wilcoxon.

Ansiedad Estado: La prueba de Wilcoxon muestra una fuerte tendencia a la reducción de la sintomatología pre-post en el grupo PUMAD (Sig. 0,68) casi significativa y mayor que la tendencia mostrada por el grupo de control activo (Sig. 0,176). Ver Figura 9. Se puede apreciar que el grupo PUMAD inicia la intervención con una puntuación media superior en ansiedad estado respecto al grupo de control, y finaliza con una puntuación inferior al grupo de control.

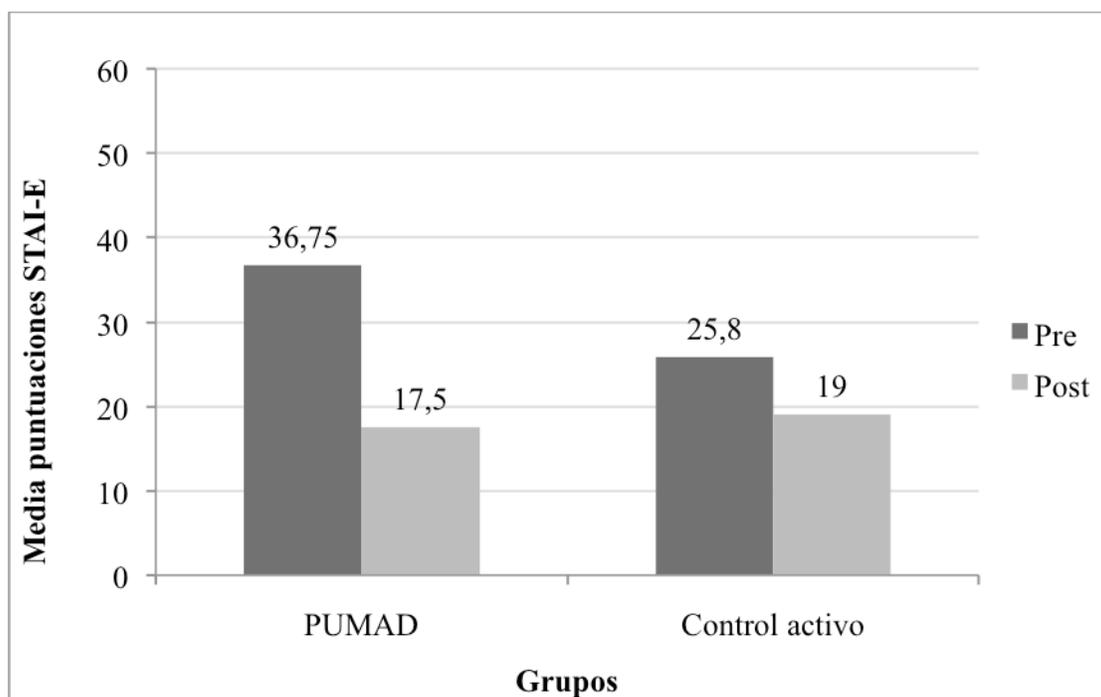


Figura 9. Comparación pre-post intragrupos en Ansiedad Estado.

Ansiedad Rasgo: En el cambio intragrupo pre-post el grupo de control muestra una reducción significativa (Sig. 0,042) mientras el grupo PUMAD muestra una fuerte tendencia de reducción (Sig. 0,068). Ver Figura 10.

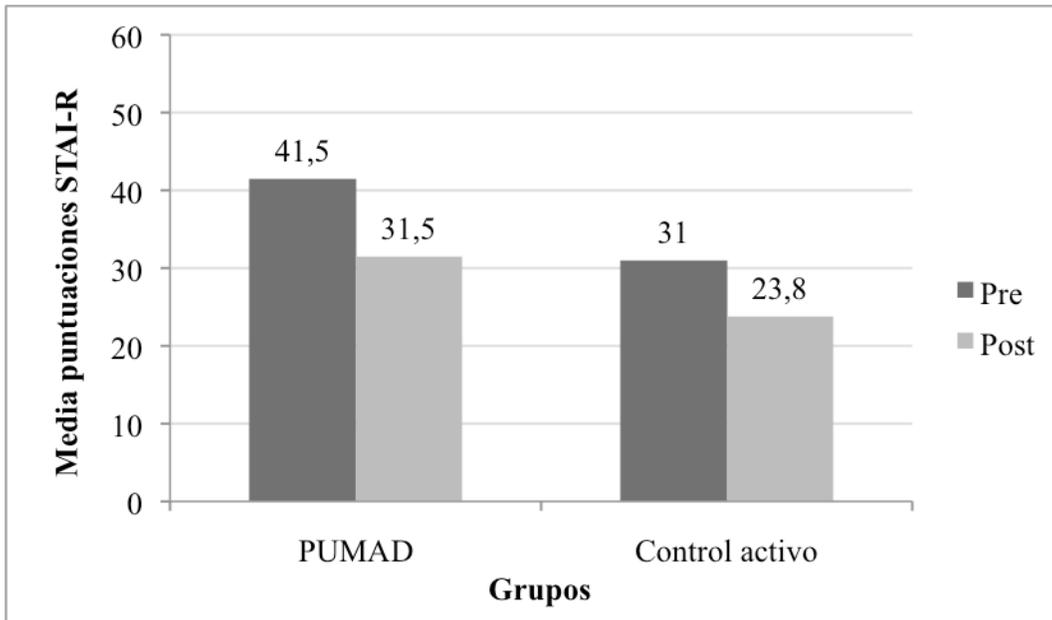


Figura 10. Comparación pre-post intragrupos en Ansiedad Rasgo.

Depresión: Ambos grupos muestran fuertes tendencias en la reducción de la depresión sin embargo el grupo PUMAD muestra mayor intensidad (0,068) que el grupo control (Sig. 0,080).

Ver Figura 11.

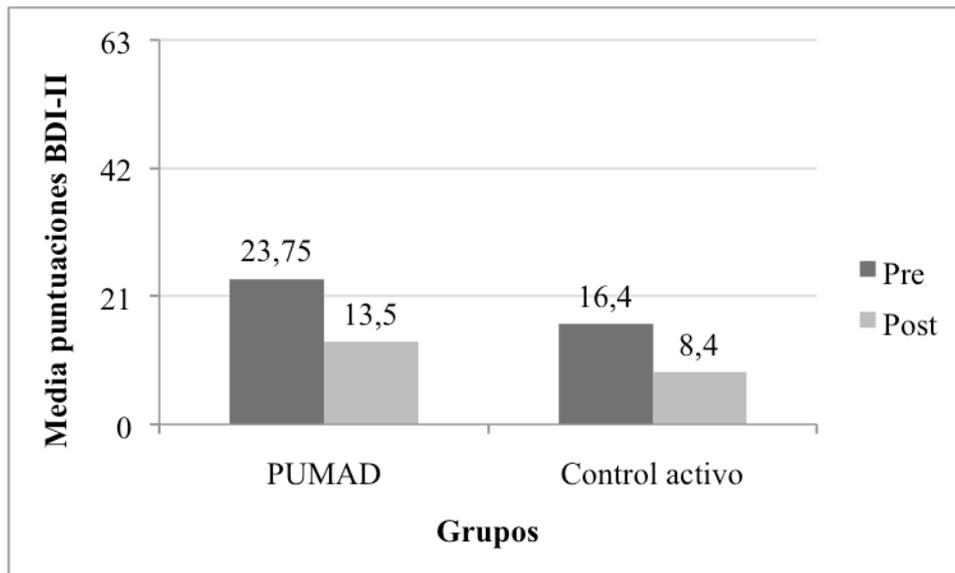


Figura 11 Comparación pre-post intragrupos en Depresión.

Estrés percibido: El grupo PUMAD muestra una fuerte tendencia en la reducción del estrés (Sig.0,068), no siendo así en el grupo de control activo (Sig.0,581). Ver Figura 12.

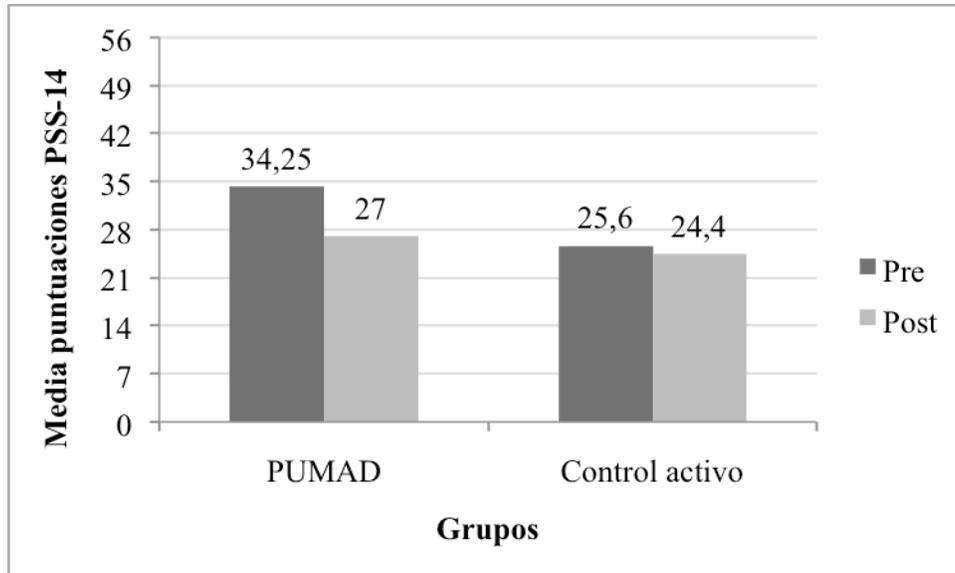


Figura 12. Comparación pre-post intragrupos en Estrés.

Miedos: Esta medida intragrupo solamente tomada en el grupo PUMAD ha sido reducida pero es detrimento no es estadísticamente significativa (Sig. 0,68), aunque sí se muestra una fuerte tendencia donde la media de reducción de la intensidad de miedos se produce en más de 3 puntos sobre 10. El la Figura 13 se ilustra este cambio en los 4 sujetos. Para ilustrar con más claridad este apartado se transcriben algunos de los miedos referidos por los sujetos: "ponerme peor" o "no conseguir superar la situación" (sujeto 1), "miedo a la ansiedad" (sujeto 2), "miedo a perder a las personas que están a mi lado debido a mi mal humor, a mi ira, enfados..." (sujeto 3), "no salir de donde estoy (referido a sintomatología y baja laboral)" (sujeto 4).

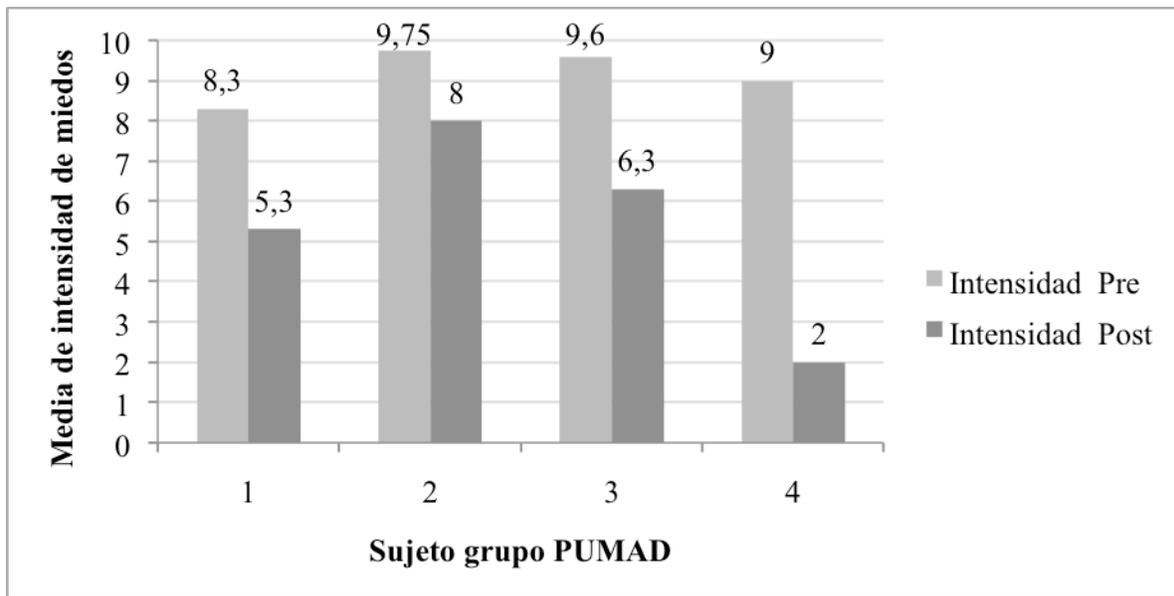


Figura 13. Comparación pre-post intragrupos en Miedos subjetivos.

Descripción de tendencias en variables mindfulness y compasión

Mindfulness: Resulta especialmente llamativo el incremento en los niveles de mindfulness que se da en ambos grupos desde el momento pre al momento post (ver Figura 14) pero este cambio sólo resulte estadísticamente significativo en el grupo de control activo (Sig. 0,043) que no ha recibido entrenamiento formal en mindfulness, y no así en el grupo PUMAD (Sig. 0,854) que sí lo ha recibido.

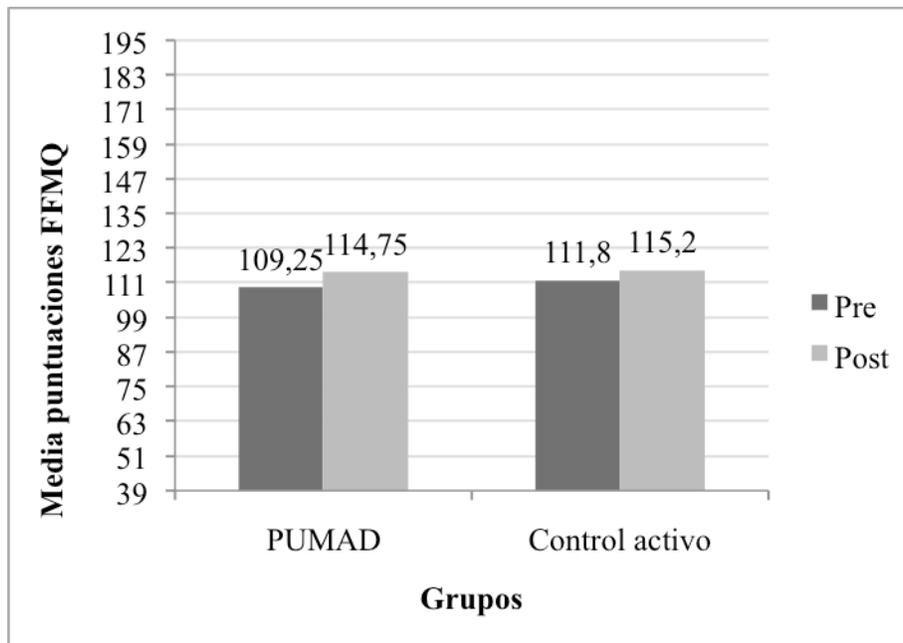


Figura 14. Comparación pre-post intragrupos en Mindfulness.

Sin embargo este dato resulta contradictorio en contraste con el siguiente dato sobre descentramiento, una habilidad que si fue trabajada intensamente durante el programa.

Descentramiento: En ambos grupos se da un incremento en los niveles de descentramiento pero esta tendencia solamente se presenta como moderada en el grupo PUMAD (Sig. 0,109) y no así en el grupo de control activo (Sig. 0,465). Ver Figura 15.

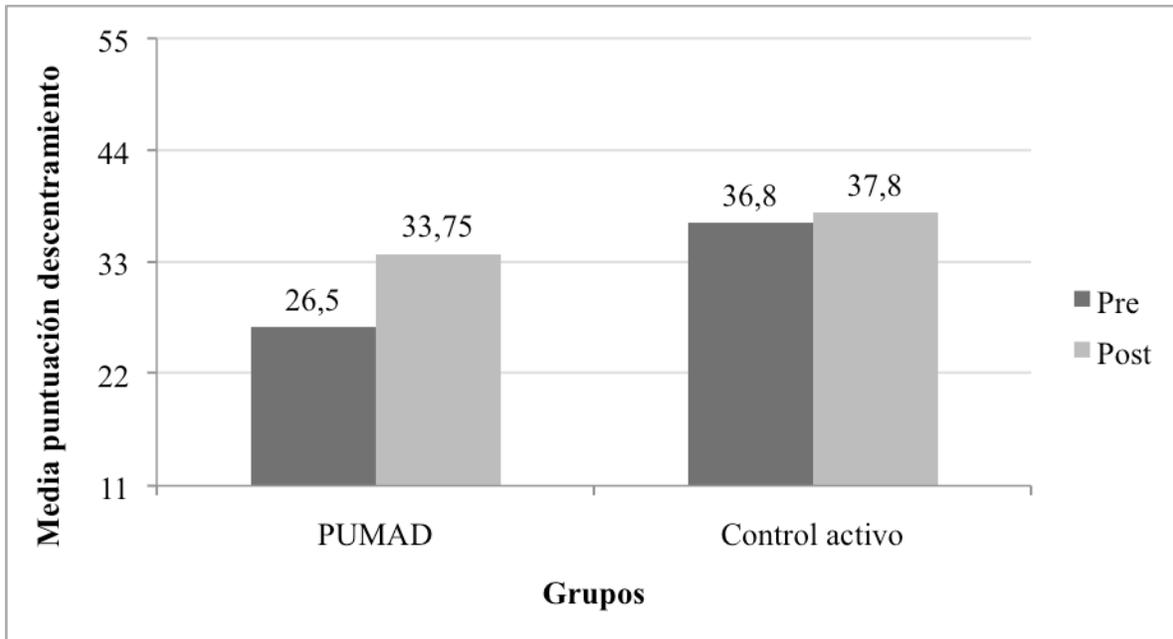


Figura 15. Comparación pre-post intragrupos en Descentramiento.

Compasión: Los niveles de compasión se ven incrementados en ambos grupos, sin embargo la tendencia se muestra con mayor fuerza en el grupo PUMAD (Sig. 0,102) que en el grupo de control (Sig. 0,345). Ver Figura 16.

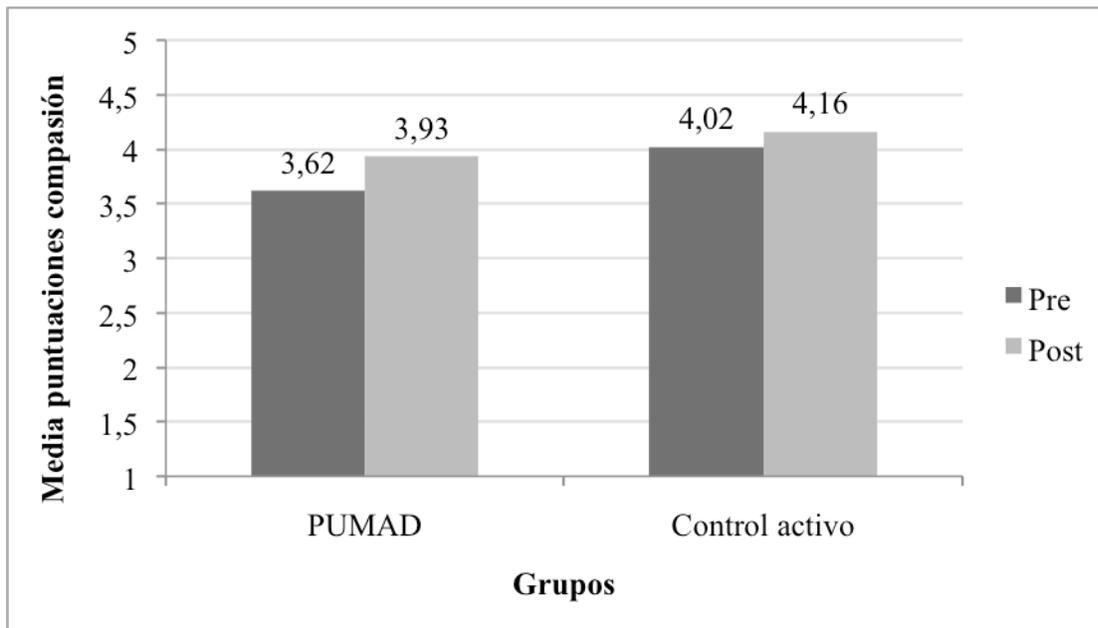


Figura 16. Comparación pre-post intragrupo en Compasión.

Autocompasión: Ambos grupos muestran una tendencia hacia el incremento de la autocompasión pero esta resulta más fuerte en el grupo de control activo (Sig. 0,080) que el grupo PUMAD (Sig. 0,285). Ver Figura 17.

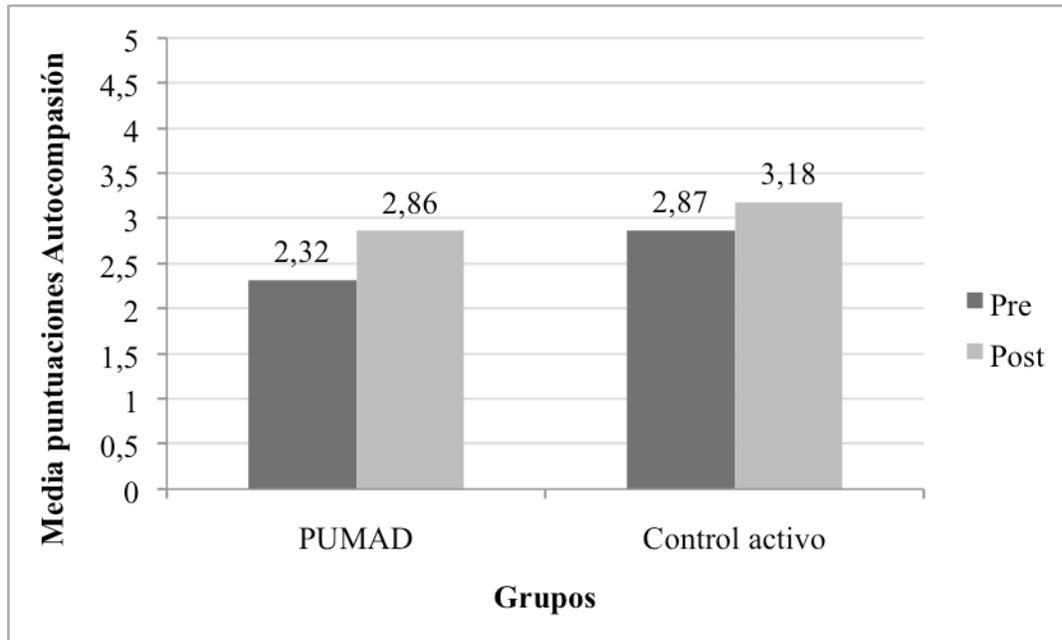


Figura 17. Comparación pre-post intragrupo en Autocompasión.

Descripción de consecución de objetivos

En la Figura 18 se ilustran los niveles de consecución reportados por los sujetos sobre los objetivos que se habían propuesto para el programa. Para exponer con más detalle este apartado se transcriben algunos de los objetivos escogidos por los sujetos: "aprender a controlarme", "no vocear o chillar" o "disfrutar más de las cosas cuando las hago" (sujeto 1); "Ser más tranquila", "saber controlar mis emociones y estrés", "controlar la ansiedad" o "aprender a afrontar los problemas de otra forma" (sujeto 2); "Ser más optimista" o "que cada cosa negativa o simplemente estresante no me haga perder el control ni tener ansiedad" (sujeto 3); "Dar importancia a lo que se merece", "aprender a relajarme", "no alterarme por chorradas" o "controlarme" (sujeto 4).

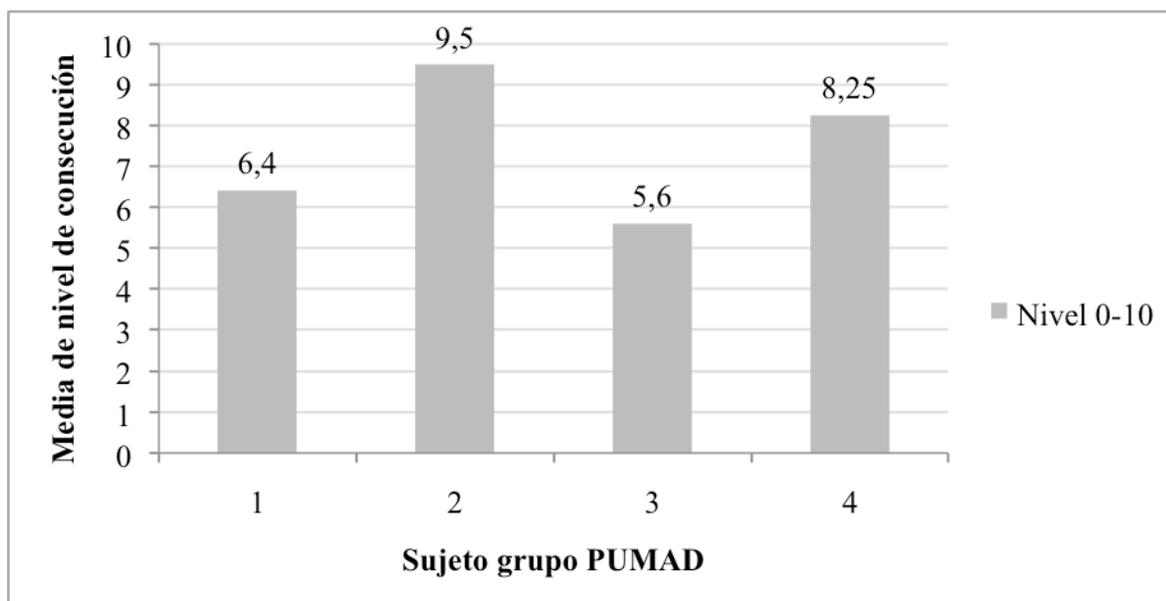


Figura 18. Nivel de consecución percibido por los sujetos PUMAD sobre sus objetivos para el programa.

Descripción de evaluación del programa

Una parte de la evaluación del PUMAD se realiza numéricamente. Se puntúan 4 aspectos: disfrute del programa, efectividad percibida, importancia del programa y cumplimiento de expectativas. El total obtenido ha sido de 9,72 puntos sobre 10.

Otras 2 preguntas cerradas evalúan: si sienten haber adquirido algo importante como resultado de su participación (el 100% respondieron "Sí"); y si recomendaría el programa a otra persona (el 100% respondieron "Sí").

Mediante 3 preguntas abiertas se pidió a los participantes que informaran sobre los siguientes aspectos del programa (se transcriben las respuestas literales en cada apartado):

A) *Qué les había gustado más del programa:* "Todo, pero lo que más es quererme y que lo que tengo me hace sentir bien" (Sujeto 1).

"Aprender a controlar los sentimientos, emociones, ansiedad..." y "Porque me ha ayudado a relajarme, he aprendido a mirar las cosas de otra forma diferente, y aumentado mi autoestima" (Sujeto 2).

"Los contenidos, porque me han servido mucho para entender lo que me ocurre y cómo poner solución", "La metodología: porque al ser muy práctica he podido aprender a llevar a la práctica todo lo teórico y así conseguir encontrarme mejor: miedos ansiedad, ira, tristeza..." y "El guía, porque ha sido muy amable y comprensivo en todo momento y muy buen profesional" (Sujeto 3)

"Entre otras cosas relajarme porque jamás me había planteado dedicar unos minutos al día a mi" (Sujeto 4)

B) Qué es lo que menos les había gustado del programa: Respuesta en blanco (sujeto 1).

Respuesta en blanco (Sujeto 2).

"Que dure tan poco tiempo porque me preocupa pensar que ahora sin venir al programa me vaya desligando poco a poco del mindfulness y la compasión y empeore mi bienestar" (Sujeto3).

"El ir en los conceptos demasiado deprisa" (Sujeto 4).

C) Si pudieran qué cambiarían: "Tiempo, más tiempo, más semanas" (sujeto 1)

Respuesta en blanco (Sujeto 2).

"Que algún día lo hubiéramos podido realizar al aire libre" (sujeto 3).

"Recalcar más cada ejercicio" (Sujeto 4).

Capítulo 9: Discusión y conclusiones

En el presente capítulo se pretende discutir las hipótesis planteadas, limitaciones del presente estudio, las posibles conclusiones derivadas del presente trabajo y señalar finalmente futuras líneas de investigación en lo referido al estudio de mindfulness y compasión en sintomatología ansiosa y depresiva (o mixta).

Es fundamental comenzar la discusión de estos resultados atendiendo a la diferencia de abordaje con respecto a sintomatología ansiosa y depresiva que se hace desde la terapia cognitivo-conductual (TCC). Desde la TCC se abordan los contenidos ansiosos y depresivos de distinta forma, siendo de carácter anticipatorio los primeros y de carácter rumiativo sobre el pasado los segundos. Sin embargo en el abordaje planteado desde el PUMAD el tratamiento fundamental se da en la aceptación de la experiencia tal como se presenta (en vez de rechazarla, suprimirla o negarla), la auto-observación no enjuiciadora (en vez de añadir mayor enjuiciamiento de la experiencia emocional primaria) ,y la generación de estados compasivos hacia la experiencia de malestar (en oposición a una autocrítica destructiva o un *auto-ataque*). Por tanto estos principios son igualmente aplicables a cualquier sujeto pues son aspectos comunes en ambas sintomatologías (como se ha visto en la revisión de los mecanismos de acción y asociación en el presente trabajo).

En el estudio los resultados muestran que tanto la sintomatología depresiva como ansiosa (estado-rasgo) fue reducida en el grupo PUMAD. En la presente muestra el PUMAD es más eficaz que el tratamiento usual en la reducción de sintomatología: ansiosa (estado y rasgo), depresiva y de estrés. Muestra mayores niveles de reducción de estas variables tras la intervención (ver Tabla 12).

Resulta muy curioso que los niveles de mindfulness se incrementan de la misma forma en ambos grupos, pero cuando se observa el incremento en descentramiento este es muy superior en el grupo PUMAD. Esto se podría explicar de varias formas: puede ser que tanto el grupo PUMAD como el de control activo incrementen sus niveles de mindfulness, pero debido al entrenamiento el PUMAD incremente mucho más el factor de descentramiento; otra posibilidad es que el instrumento de medida de mindfulness no sea sensible al cambio producido así como el de descentramiento si parece haberlo sido; y otra posibilidad es que los cuestionarios fueran respondidos según lo que los sujetos creían que se consideraba deseable en la presente investigación.

Hipótesis de sintomatología: A la luz de los análisis estadísticos sobre significatividad del cambio, se valida la primera hipótesis sobre que el grupo PUMAD muestra una reducción de ansiedad (estado-rasgo) similar al grupo de tratamiento usual. Se valida la segunda hipótesis pues el PUMAD muestra una reducción de sintomatología depresiva similar al grupo de control activo. Y finalmente se valida la tercera hipótesis relacionada con sintomatología al presentar el PUMAD un nivel de cambio no estadísticamente significativo en comparación con el grupo de tratamiento usual. Estos resultados corroboran estudios anteriores en los que el tratamiento de mindfulness (MBSR o TCAP) y compasión (CCT o CMT) reducen las sintomatologías ansiosa, depresiva y de estrés.

Hipótesis de mindfulness y descentramiento: El incremento en los niveles de mindfulness es ligeramente superior en el grupo PUMAD, no obstante la significatividad respecto al grupo de control es nula, por lo que se ha de rechazar la cuarta hipótesis donde se esperaba que el incremento de los niveles de mindfulness del grupo PUMAD fuera superior al control activo.

La quinta hipótesis sobre que el grupo PUMAD mostraría unos niveles superiores de cambio sobre el descentramiento respecto al grupo de control ha de ser rechazada debido a no resultar significativa. No obstante la intensidad de la tendencia de cambio es notoriamente superior en el grupo PUMAD en relación al grupo control. Esto se puede deber a que el PUMAD trabaja la metacognición, y según estos resultados, especialmente el descentramiento, mecanismo terapéutico fundamental de mindfulness según Teasdale (citado en Cebolla, 2009) "La metacognición, y sobre todo el componente de descentramiento permiten acceder a pensamientos más funcionales, mediante el bloqueo de la rumiación, que pueden evitar la generación de estados disfóricos" (p. 284).

Hipótesis de compasión: Se rechaza la sexta hipótesis donde se esperaba que el grupo PUMAD mostrara un incremento superior en compasión al grupo de control activo. Este incremento sí ha sido superior pero no estadísticamente significativo. La séptima hipótesis establecía que el grupo PUMAD mostraría un incremento superior sobre los niveles de autocompasión y así ha sido, no obstante la significatividad es nula (ver Tabla 13) y por tanto esta hipótesis ha de ser rechazada. Se corrobora lo esperado sobre que el PUMAD incrementa los niveles de compasión; sin embargo no es más eficaz en ello que el grupo control. Esto puede ser debido al tamaño de la muestra, o a que simplemente la reducción de síntomas conlleva un aumento de la compasión (y de la misma forma podría ocurrir en los niveles de mindfulness y descentramiento). Es algo que se puede plantear en futuras investigaciones.

Uno de los problemas principales que se plantean en esta investigación psicológica es el reduccionismo al que se lleva la complejidad de la experiencia humana, extractada en medias, puntuaciones o resultados estadísticos. Antes del estudio se anticipó esta complejidad y una de

las formas que se planteó para aproximarse a ella fue utilizar las medidas sobre miedos, objetivos y evaluación del programa.

Sobre los miedos el PUMAD ha mostrado ser útil en la reducción de miedos sobre todo en aquellos relacionados con la sintomatología. Las técnicas de mindfulness y compasión sirven como estrategias de regulación emocional y permiten aprender a establecer una relación más amable con los eventos internos (pensamientos, emociones y sensaciones corporales). Este cambio podría estar relacionado con la reducción de los miedos y, a la vez, con una mayor percepción de control sobre lo que les ocurre. Sobre la evaluación del programa resulta llamativa la gran aceptación que ha tenido el PUMAD por parte de los participantes (ver Figura 19), y todos mostraron una alta adherencia al programa con una asistencia del 100% a las sesiones (excepto el sujeto 3 que no pudo asistir a la sesión 5 por problemas médicos).

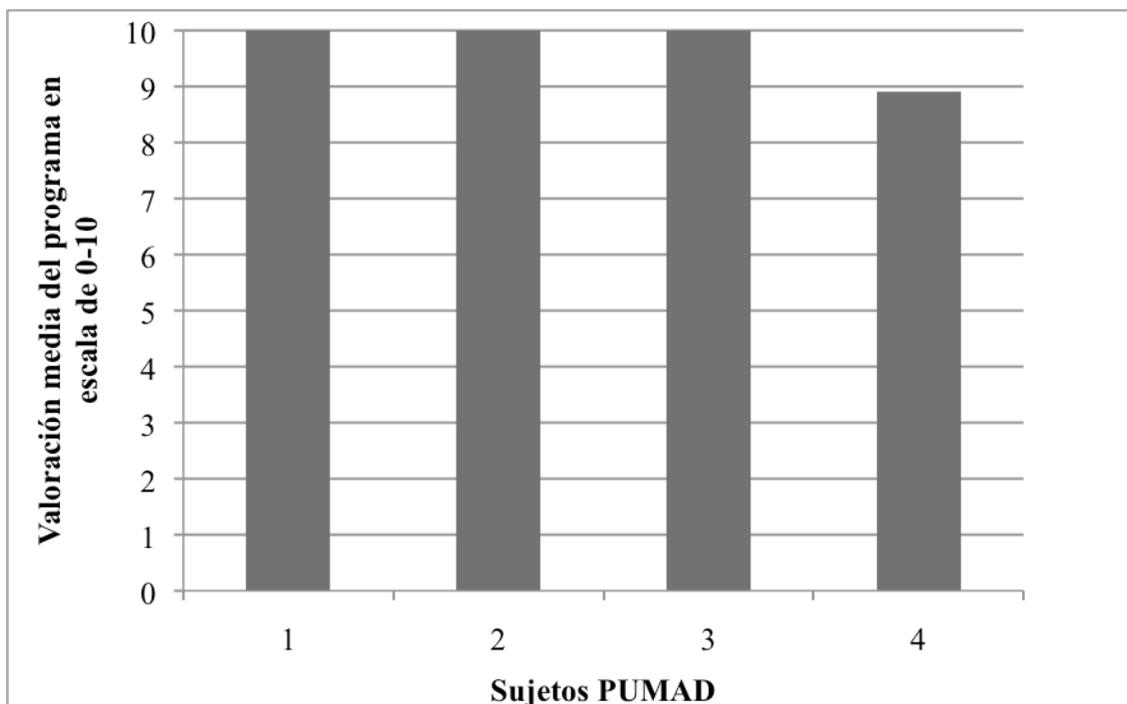


Figura 19 Valoración media del programa.

La buena evaluación del programa y adherencia al mismo podrían estar mediadas por el vínculo terapéutico establecido, el cual fue excelente y cálido según el psicólogo que impartió el programa (autor de este trabajo).

Limitaciones de la investigación y líneas futuras

El motivo principal por el que se ha abordado la sintomatología ansiosa y depresiva desde un programa común, más allá de los síntomas comunes y mecanismos de mantenimiento compartidos, parte de la realidad clínica saturada que se vive en los centros de salud mental. Salvo en casos muy graves, es difícil encontrar pacientes que no refieran sintomatología mixta en lo relativo a ansiedad y depresión. Y en el caso de este trabajo el personal sanitario derivaba al grupo PUMAD no en función de un diagnóstico concreto sino de la presencia o no de esta sintomatología. En futuras investigaciones se podría mejorar este aspecto contando con un diagnóstico específico para la formación de grupos que compartan categoría común y así poder analizar los cambios con mayor precisión.

El reclutamiento de los pacientes no ha permitido aleatorización de la muestra. En futuras investigaciones este aspecto se podría mejorar mediante la creación de un listado total de los pacientes interesados en realizar el programa, tipo de diagnóstico referido, y la formación de grupos aleatorizados según diagnóstico compartido, procedimiento que requeriría de una media de 4 meses para su implementación y ampliar la presente muestra, la cual también supone una limitación fuerte en el presente estudio. De la misma forma, el marco temporal tampoco ha permitido tomar las medidas de seguimiento para comprobar si los beneficios de las intervenciones realizadas muestran estabilidad en el tiempo, siendo necesario tomar medidas a los 6 y 12 meses desde el momento post-intervención.

Al tratarse de un programa multinivel se plantea el interrogante de qué componente puede haber resultado más decisivo, o cuál es el que más explica el efecto terapéutico del PUMAD: el vínculo terapéutico establecido, el apoyo y validación grupal semana tras semana, el componente psicoeducativo sobre sintomatología o mindfulness o compasión, que el terapeuta sea practicante de la técnica y la transmita en su forma de relacionarse con el grupo, realizar las tareas en casa, dedicar diariamente tiempo para practicar mindfulness y compasión. En futuras investigaciones se podría plantear la posibilidad de investigar controladamente cada uno de estos componentes (anticipando lo titánico del esfuerzo).

Sobre la medición del cambio parece existir una dificultad en la elección del instrumento, dado que la medida de mindfulness podría haber sido poco sensible, en comparación con la medida de descentramiento. En este sentido la variable extraña de nivel educativo podría influir en la comprensión de algunos items del cuestionario FFMQ o de la comprensión del constructo mindfulness. En el diseño del programa se ha hecho un esfuerzo especial por presentar los contenidos de una forma completamente accesible a los distintos niveles educativos que se pudieran presentar en la muestra (mediante el uso de vídeos, metáforas, y ejemplos); no obstante la comprensión mostrada por los participantes no necesariamente ha de estar relacionada con sus niveles referidos de mindfulness, o estos no necesariamente habrían de ser captados por el cuestionario (aunque esta última opción no resulta muy plausible dada la calidad psicométrica del FFMQ). A propósito de la medición, todas las medidas se tratan de carácter autoinformado y por tanto mediadas por la percepción subjetiva del participante. En futuros estudios sería interesante contar con medidas fisiológicas, en las que no medie la intencionalidad del sujeto, y de esta forma poder obtener medidas de contraste sobre lo informado por el sujeto.

Conclusiones

Dada la limitada muestra del presente estudio ($n=9$), y la baja significatividad presentada por las pruebas estadísticas, podría resultar altivo formular conclusiones de carácter decidido. Tómese por tanto el desarrollo de las siguientes conclusiones como un ejercicio tentativo de lo que fuera un buen hacer científico.

El presente trabajo ilustra la influencia que puede ejercer el entrenamiento en mindfulness y compasión sobre sintomatología ansiosa, depresiva y estrés percibido. En sintonía con la investigación revisada sobre intervenciones mindfulness (MBSR, MBCT) y basadas en la compasión (CCT, MSC) estos abordajes parecen incidir visiblemente en los niveles de malestar psicológico. Podría resultar interesante en comparación con los grupos de relajación, más extendidos en los centros de salud mental, implementar programas de mindfulness y compasión del estilo PUMAD, MBSR o CCT, pues por el mismo número de sesiones (8) se abordaría un mayor número de cuestiones y se trabajaría no solamente con la habilidad de desactivación fisiológica propia de la relajación, sino a nivel de regulación emocional, gestión de pensamientos, exposición al malestar, generación de calidez emocional y afecto positivo, incremento de autocompasión y compasión hacia el entorno.

Una vez que se realizan breves explicaciones sobre mindfulness y compasión los participantes parece asimilarlo con realitva facilidad. Mindfulness, o la cualidad de prestar atención amable en nuestro día a día, así como la relación compasiva, son cualidades presentes en el ser humano, y este tipo de entrenamientos solamente las señalan y ayudan a su cultivo.

Sorprende la facilidad con la que los sujetos integran la práctica mediante ejercicios simples, y cómo al exponer otra forma de relación posible tanto con la experiencia interna como externa, esta cobra sentido como propuesta más saludable. Más allá de la explicación teórica, es

la experiencia reportada por los sujetos sesión a sesión, y tras cada ejercicio, lo que podría avalar el potencial de las técnicas de mindfulness y compasión para adquirir habilidades no narrativas, preverbales como el amor de una madre, y que nos acercan a una relación más amable con nosotros mismos y con los demás.

Esta investigación ha sido una primera aproximación para explorar este tipo de grupo de cultivo de mindfulness y compasión como una opción válida en el sistema público de salud mental, bien en centro de salud mental o incluso en atención primaria por las siguientes razones (Cebolla, 2009): presentan buena adherencia al tratamiento; se trabajan aspectos que en sesiones individuales resultaría más complicado transmitir como el hecho de validar la experiencia de sufrimiento a través de observar que es común y compartida en otras personas; se aportan herramientas de regulación emocional que podrían reducir sintomatología y evitar la necesidad de una terapia individual; y en el caso de necesitarse terapia individual la demanda en esta podría verse más refinada tras un proceso de este tipo. Si bien el componente de compasión no se encuentra tan estudiado, la investigación de la aplicación de mindfulness en el sistema público de salud parece esperanzadora. En Reino Unido las terapias basadas en mindfulness (TBM) están apoyadas en las guías clínicas del gobierno (Demarzo y García-Campayo, 2014). El presente programa como otras intervenciones basadas en mindfulness y compasión se trata de intervenciones altamente estructuradas y adaptadas a multitud de trastornos. Podría dificultar su implementación en sanidad el coste de materiales necesarios (material escrito, mp3., sala disponible para impartición de grupo...), aunque esta inversión pasaría por entenderla como una inversión en la psicoeducación de pacientes frente a una exclusiva medicalización. Además lo gastado, por una parte, se podría recuperar debido a lo breve del tratamiento y como señala Cebolla "reducción del consumo de fármacos y sobre todo por el hecho de que es grupal (hasta

20 personas a la vez pueden acudir a las sesiones)" (2009, pg. 303). No obstante hay preguntas no resueltas aún al respecto de implementar TBM en el sistema público (Demarzo y García-Campayo): si se puede aplicar TBM de forma aislada o siempre como tratamiento complementario; si mindfulness es eficiente (que no eficaz) en comparación con otras terapias existentes como los fármacos o la TCC; y si es aceptado por pacientes y profesionales.

Es de destacar que el cultivo de la compasión no sólo ha mostrado ser beneficioso para los pacientes clínicos, sino también como vía de prevención y regulación del *burnout* en profesionales sanitarios (Losa y Simón, 2013). El cultivo de la compasión desde el entendimiento del sufrimiento como una experiencia compartida por el ser humano, así como el anhelo común en el deseo de disfrutar del bienestar, puede resultar un eje de trabajo común en diferentes patologías, mejorando la relación del paciente consigo mismo, y la relación con el entorno tanto del paciente como del profesional sanitario (quien no está exento de estrés, depresión o episodios de hostilidad entre profesionales).

El cultivo de mindfulness y compasión presenta una propuesta prometedora, no solamente de técnicas clínicas, sino de una forma de estar en el mundo en la que poder relacionarse con la experiencia de una forma más directa, fresca y amable, donde se flexibilizan los imperativos, los "tengo que" y los "debes de", para ofrecer una compañía amable e incondicional tanto a nuestra persona, como profesionales de la salud, como a aquellas personas que acompañamos en el proceso terapéutico. Quizás sea este acompañamiento y validación de la experiencia del paciente el principal aporte que podemos ofrecerle, para que con el paso del tiempo y el proceso terapéutico, él o ella acaben convirtiéndose en su mejor apoyo. A la luz de la historia de la psicología clínica, en contraste con la reciente investigación aplicada en el cultivo de mindfulness y compasión, lo segundo puede representar el cultivo intencional,

transdiagnóstico, y formal de aquello que supuso una auténtica revolución filosófica en el campo de la psicoterapia: la "aceptación incondicional" y la "atención positiva incondicional" acuñadas por Rogers (Citado en Lega et.al, 2009, pg.88). Escudriñando la historia, el presente avance de la psicología clínica en el área de mindfulness y compasión no representa una escisión o cambio radical con ésta, sino una continuación honesta, rigurosa y enriquecida de la filosofía ya iniciada por aquellos pioneros que, con su amor y dedicación, pusieron su labor profesional al servicio del cultivo de las auténticas causas del bienestar humano. Nace y termina en este amor este limitado trabajo.

Referencias bibliográficas

- Ado Parakranabahu. (2014). *El sutra de benarés* [Dhammacakkappavattana Suta] (Ado Parakranabahu Trad.). Barcelona: Kairós.
- Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (2009). Ordenación de las enseñanzas universitarias. Master universitario en investigación aplicada a la educación. Versión 2, 17/06/2009. 1393/2007.
- Alvear, D. (2014). Mindfulness y psicología positiva. Un enlace para potenciar el bienestar. *Mindfulness y ciencia. de la tradición a la modernidad.* (pp. 173). Madrid: Alianza.
- American Psychological Association. (2010). Trastornos de la ansiedad: El papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Baer, R. A., Lykins, E. M., y Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological well-being in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Baer, R., Walsh, E., & Lykins, E. L. B. (2011). Evaluación del mindfulness. En F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 283-310). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barajas, S. (2013). *Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión.* Universidad de Castilla-La Mancha, Castilla-La Mancha.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Failholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., . . . Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide.* New York: Oxford Univeristy Press.
- Barnard, L. K., y Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi:10.1037/a0025754
- Bergen-Cico, D., y Cheon, S. (2013). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Srpinger science+Business Media.* doi:10.1007/s12671-013-0205-y
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., y Hutton, J. (2013). Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: The experience of practicing loving-kindness meditation. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(4), 267-277. doi:10.1037/a0033092

Boseley, S. (2015). Mindfulness as effective as pills for treating recurrent depression - study. *The Guardian*.

Brach, T. (2012). Mindful presence: A foundation for compassion and wisdom. In C. Germer, y R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in Psychotherapy* (1ª ed., pp. 35). New York: The Guilford Press.

Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., y Rohleder, N. (2013). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behaviour and Immunity*.

Brickman, P., Coates, D., y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.

Brito, G. (2014). *Cultivating healthy minds and open hearts: A mixed method controlled study on the psychological and relational effects of compassion cultivation training in Chile*. Universidad de Palo Alto, California.

Cebolla, A. J. (2009). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. Universidad de Valencia.

Cebolla, A. J. (2014). ¿Por qué y para qué sirve practicar mindfulness? Mecanismos de acción y eficacia. En A. J. Cebolla, J. García-Campayo y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia*. (pp. 65-84) Alianza editorial.

Cebolla, A. J., García-Campayo, J., y Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia: De la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.

Cebolla, A. J., y Demarzo, M. (2014). ¿Qué es mindfulness? En A. Cebolla, J. García-Campayo & M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia: De la tradición a la modernidad*. (pp. 20-40). Madrid: Alianza Editorial.

Cebolla, A. J., y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista De Psicoterapia, Mindfulness y Psicoterapia*, XVII(66/67), 133-155.

Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of Spanish validation of the five facets of mindfulness questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.

Chiesa, A., y Serreti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600. doi:10.1089/acm.2008.0495

Chrödrön, P. (2012). *Cuando todo se derrumba*. Gaia.

Cifre, I., y Soler, J. (2014). Mindfulness y neuroimagen. El Cerebro de las personas que practican. En A. Cebolla, J. García-Campayo y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia*. (pp. 85-102) Alianza editorial.

Condon, P., y Feldman, L. (2013). Conceptualizing and experiencing compassion. *Emotion*, 13(5), 817-821.

Dalai Lama, y Ekman, P. (2008). *Una conversación entre S.S. el Dalai Lama y Paul Ekman. Sabiduría emocional*. (D. González Trad.). Barcelona: Kairós.

Dalai Lama. (1998). *El mundo del budismo tibetano*. Barcelona: Círculo de lectores.

Dalai Lama. (2000). *Pacificar la mente. Meditación sobre las cuatro nobles verdades de Buda*. (N. Martí Trad.). Barcelona: Oniro.

Davidson, R. (2012). The neurobiology of compassion. En R. D. Siegel, y C. Germer (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy* (pp. 111-118). New York: Guilford Press.

Davidson, R. (2015). Las bases neurales de la compasión. En T. Singer, & M. Ricard (Eds.), *Economía solidaria* (pp. 66-78) Kairós.

Delgado, C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. Universidad de Granada, Granada.

Demarzo, M., y Cebolla, A. J. (2014). ¿Qué es mindfulness? En A. Cebolla, J. García-Campayo & M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia: De la tradición a la modernidad*. (pp. 20-40). Madrid: Alianza Editorial.

Demarzo, M., y García-Campayo, J. (2014). ¿Se puede utilizar mindfulness en el sistema sanitario? In A. Cebolla, J. García-Campayo y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. (pp. 103-128). Madrid: Alianza Editorial.

Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. [Clinical handbook of mindfulness.] (M. Castell Trad.). Bilbao: Desclée de brouwer.

Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., y Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51. doi:10.1016/j.brat.2014.05.006

Dzogchen Ponlop. (2010). *Rebel Buddha*. United States of America: Shambhala Publications.

Enríquez, A. (2011). *Inteligencia emocional plena: Hacia un programa de regulación emocional basado en la conciencia plena*. Universidad de Málaga, Málaga.

Espert, R. (2012). *Juicios morales y cerebro: TMS unión temporoparietal derecha*. Recuperado de http://www.dailymotion.com/video/xvvk6r_juicios-morales-y-cerebro-tms-union-temporoparietal-derecha-saxe-pascual-leone_school

Fernández, A., Haro, J.M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, y M., Autonell, J. (2006) Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.

Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445-450.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology*, 3, 547-561.

Fredrickson, B. (2012). Building lives of compassion and wisdom. En C. K. Germer, y R. D. Siegel (Eds.). *Wisdom and compassion in psychotherapy* (pp. 48-58). The Guilford Press.

García-Campayo, J., Navarro-Gil-M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. (2014). Validation of the spanish version of the long (26 items) and short (12) forms fo the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4). doi:10.1186/1477-7525-12-4.

García-Palacios, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista De Psicoterapia, Mindfulness y Psicoterapia.*, 17(2), 121-132.

Germer, C. K., y Neff, K. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Jornnal of Clinical Psychology in Session*, 69(8).

Germer, C. K., y Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy*. The gilford press.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy. Distinctive features*. Great Britain: Routledge.

Gilbert, P. (2012). Depression. Suffering in the flow of life. En C. K. Germer, y R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy*. (pp. 249-264) Guildford Press.

Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión. Características distintivas*. (R. Álvarez Trad.). Bilbao: Declée de brouwer.

Gilbert, P., y Procter, S. (2006). Compassionate mindf training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/ccp.507

- Gilbert, P., y Tirch, D. (2011). Memoria emocional, mindfulness y compasión. En F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness*. (pp. 201). Desclée de brouwer.
- Gili, M., García Campayo, J., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1). doi:10.1016
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. doi:10.1093/eurpub/cks035
- Goleman, D. (2015). *La fuerza de la compasión*. [A force for good]. Barcelona: Kairós.
- Greeson, J. M., Juberg, M. K., Maytan, M., James, K., y Rogers, H. (2014). A randomized controlled trial of koru: A mindfulness program for college students and other emerging adults. *Journal of American College Health*. doi:10.1080/07448481.2014.887571
- Grupo de trabajo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: plan nacional para el SNS del MSC.: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Hempel, S., Taylor, S. L., Marshall, N. J., Miake-Lye, I. M., Beroes, J. M., Shanman, y R., Shekelle, P. G. (2014). *Evidence map of mindfulness*. (Evidence Map N°. 05-226). Los Angeles VA Medical Center: Veteran Affairs Health Care.
- Hick, S. F., y Bien, T. (2010). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Hoge, E., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D., Ojserkis, R., Fresco, D., y Simon, N. (2014). Change in decentering mediates improvement in anxiety in mindfulness-based stress reduction for generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. doi:10.1007/s10608-014-9646-4
- Infocop. (2014). El tratamiento psicológico, primera elección en personas con trastornos de ansiedad - estándar de calidad del NICE. *Infocop Online*.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Prefacio. En F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 33-46). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la ansiedad*. Kairós.
- Kemppainen, J., Johnson, M. O., Phillips, J. C., Sullivan, K. M., Corless, I. B., Reid, P., . . . Beamon, E. R. (2013). A multinational study of self-compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *International Nursing Review*, 60(4), 477-486. doi:10.1111/inr.12056

- Klimeki, O., Leiber, C., Lamm, C., y Singer, T. (2012). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral cortex*. doi:10.1093/cercor/bhs142
- Klimeki, O., Leiber, S., Ricard, M., y Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*.
- Kocovski, N. L., Segal, Z. V., y Battista, S. R. (2011). Mindfulness y psicopatología: formulación de problemas. In F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 180-200). Bilbao: Desclée de Bouwer.
- Kornfield, J. (1995). *El sedero óctuplo* (G. Barreiros Trad.). Argentina: Dharma Net.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., y Grosse, M. (2014). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behaviour Therapy*, 44, 501-513.
- Kyeong, L. W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54, 899-902.
- Lamm, C., Decety, J., y Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54(3), 2492-2502.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Allen, A. B., Adams, C. E., y Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 887-904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Linehan, M. (2003). Habilidades básicas de conciencia. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. [Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder] (R. Santandreu Trad.). (pp. 143-158). Barcelona: Paidós.
- Losa, A. M., y Simón, V. (2013). Afrontar el sufrimiento a través de mindfulness y compasión. *Mesa 3: Herramientas Para El Autocuidado Del Profesional En El Abordaje Del Sufrimiento*. II Jornada de Humanización y Ética en Atención primaria. (1) 63.
- Lutz, A., Greishar, L., Rawlings, N., Ricard, M., y Davidson, R. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Pnas*, 1(46), 1639-1373.

MacBeth, A., y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003

Makransky, J. (2012). Compassion in buddhist psychology. En C. K. Germer, y R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy* (pp. 61-74). Guilford Press.

Martín-Asuero, A. (2012). *Efectividad de un programa educativo en conciencia plena (mindfulness), para reducir el burnout y mejorar la empatía en profesionales de atención primaria*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Maslow, A. (2008). Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa. En R. Walsh, y F. Vaughan (Eds.). *Más allá del ego*. (10ª ed., pp. 182-198). Barcelona: Kairós.

Mayhew, S., y Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical psychology and psychotherapy*, 15, 113-138. doi:10.1002/cpp.566

Mind and Life Institute. (2015). Mission. Recuperado de <http://www.mindandlife.org/mission/>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*.

Miró, M. T., y Simón, V. (2013). *Mindfulness en la práctica clínica*. (2ª ed.) Desclée de Brouwer.

Neff, K. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 4(2), 27-37.

Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo: El arte de la compasión hacia uno mismo*. (Diéguez Trad.). (1ª ed.). Barcelona: Oniro.

Neff, K. (2012). The science of self-compassion. En C. Germer, y R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy*(pp. 79-91). The Guilford Press.

Neff, K. (2015). *Scales for researchers*. Recuperado de <http://self-compassion.org/self-compassion-scales-for-researchers/>

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

Neff, K., Hsieh, Y., y Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.

Neff, K., Kirkpatrick, K. L., y Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

Neff, K., Rude, S. S., y Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.

Neff, K., y McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240. doi:10.1080/15298860902979307

Ñānamoli, T. (2012). Chapter IX. The divine abidings. *The path of purification*. [Visuddhimagga.] (4ª ed., pp. 291). Sri Lanka: Buddhist Publication Society.

Odou, N., y Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, 13(4), 449-459. doi:10.1080/15298868.2013.840332

Organización de Consumidores y Usuarios. (2012). *Menos fármacos, más psicoterapia*.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*.

Parra Delgado, M. (2011). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness) en pacientes con fibromialgia*. Universidad de Castilla-La Mancha, Castilla-La Mancha.

Pauley, G., y McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 83(2), 129-143. doi:10.1348/147608309X471000

Pérez-Álvarez, M. (2012). La psicología positiva: Magia simpática. *Papeles Del Psicólogo*, 33(3), 183-201.

Pérez-Álvarez, M., y García, J. M. (2014). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (7ª ed., pp. 161-195). Madrid: Pirámide.

Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones. *Revista de psicoterapia, Mindfulness y psicoterapia.*, 2, 77-120.

Pickert, K. (2014, Enero 23). The mindful revolution. *Times*.

Pommier, E. A. (2011). The compassion scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 72, 1174.

- Quezada Berumen, L. d. C., González Ramírez, M. T., Cebolla Martí, A. J., Soler Ribaudi, J., y García-Campayo, J. (2014). Conciencia corporal y mindfulness: Validación de la versión española de la escala de conexión corporal (SBC). *Actas Españolas De Psiquiatría*, 42(2), 57-67.
- Quingles, J. (1986). En Olañeta J. (Ed.), *Cuentos populares tibetanos*. Barcelona.
- Radio Televisión Española. (2014). España es el segundo país de la OCDE que más ansiolíticos consume. Recuperado de <http://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/psiquiatras-psicologos-alertan-sobre-abuso-ansioliticos-ante-problemas-normales-vida/2864062/>
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Ricard, M. (2005). La felicidad en el laboratorio. *En defensa de la felicidad* (pp. 272-286) Urano.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., y Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40, 142-154.
- Safran, J. D., y Elvy, M. M. (2010). Tratamiento psicoanalítico relacional breve enactment y reparación de las rupturas. *Clínica e investigación relacional*, 4(2), 381-398. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N2_2010/07_Safran-Elvy_Tratamiento-Psicoanalitico-Relacional-Breve_CeIR_V4N2.pdf
- Salzberg, S. (1999). *El corazón del mundo*. Oniro.
- Samaie, G., y Farahani, H. A. (2011). Self-compassion as a moderator of the relationship between rumination, self-reflection and stress. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 30, 978-982.
- Santiago, A. (2011, Julio 6). La crisis dispara la demanda de consultas de psiquiatría y el consumo de antidepresivos. *El Norte De Castilla*.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez. (2005). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.

Segal, Z. V., Williams, J. M., y Teasdale, J. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Desclée de Brouwer.

Segú, C., Brito, G., y Araya, C. (2014). Mirar el mundo con ojos silenciosos. *Presencia plena* (pp. 35-38). Santiago de Chile: JC Sáez Editor SpA.

Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being* (1ª ed.). New York: Free Press.

Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria*.

Shahar, B., Szsepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, y Levit-Binnun N. (2014). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1893

Siegel, D. J. (2012). *Cerebro y mindfulness* (M. Asensio Trad.). (2ª ed.). Barcelona: Paidós.

Siegel, R. D., Germer, C. K., y Olendzki, A. (2011). Mindfulness ¿qué es? ¿dónde surgió? En F. Didonna (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* [Clinical handbook of mindfulness] (M. Castell Trad.) (pp. 73). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Siegel, R. D., y Germer, C. K. (2012). Wisdom and compassion two wings of a bird. *Wisdom and compassion in psychotherapy* (1ª ed., pp. 7). New York: Guildford Press.

Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista De Psicoterapia, Mindfulness y Psicoterapia.*, 2, 5-30.

Simón, V., y Alonso, M. (2013). *Meditaciones de mindfulness y autocompasión*.

Singer, T. (2015). La empatía y la corteza interoceptiva. En T. Singer, & M. Ricard (Eds.), *Economía solidaria*. (pp. 43-65). Barcelona: Kairós.

Sirois, F. (2013). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*. doi:10.1080/15298868.2013.763404

Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807. doi:10.1002/jclp.22076

Soler, J. (2014). Evaluación del mindfulness. En A.J. Cebolla, J. Garcia-Campayo y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. (pp. 41-63). Madrid: Alianza editorial.

Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A. C., A., García-Campayo, J., Tejedor, R., Demarzo, M., . . . Portella, M. (2014). Assessing decentering: validation, psychometric properties, and clinical usefulness of the experiences questionnaire in a spanish sample. *Behaviour therapy*, *45*, 863-871.

Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1986). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (2ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.

Tchöky Sengue. (2006). *Pequeño léxico de budismo tibetano*. Graus: Ediciones Chabsöl.

Teasdale, J., Williams, M., y Segal, Z. (2014). *The mindful way workbook*. New York: The Guilford Press.

Terry, M. L., Leary, M. R., y Metha, S. (2012). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, (1), 1-13.

The Compassionate Mind Foundation. (2015). *Scales*. Recuperado de <http://www.compassionatemind.co.uk/resources/scales.htm>

Thich Nath Hanh. (2007). Vivir el presente. *Camino viejo nubes blancas, tras las huellas del Buda*. [Old path white clouds, walking in the footsteps of the Buddha.] (M. Pérez-Albert Trad.). (pp. 256) Ediciones Dharma.

Thubten Yeshe. (2005). *Sé tu propio terapeuta. Una introducción al pensamiento budista*. [Becoming your own therapist] (M. Pérez-Albert Trad.) (2ª ed.). Ediciones Dharma.

Tirch, D. (2012). *The compassionate mind approach to overcoming anxiety using compassion focused therapy*. London: Robinson.

Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, *27*(2), 92-99.

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(1), 123-130. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.011

Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles Del Psicólogo*, *34*(2), 91-115.

Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles Del Psicólogo*, *27*(1), 3-8.

Wallace, B. A. (2000). En Houshmand Z., Livingston R. B. and Wallace B. A. *Mente y conciencia*. Edaf.

Welwood, J. (2013). *Psicología del despertar. Budismo, psicoterapia y transformación personal*. [Toward a psychology of awakening] (D. González Trad.). (2ª ed.). Barcelona: Kairós.

Werner, K., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R., y Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxietu, Stress & Coping*, 25(5), 543-558.

Whiteneck, G. C., Carter, R. E., Charlifue, S. W., Hall, K. M., Menter, R. R., Wilkerson, M. A., y Wilmot, C. B. (1985). *A collaborative study of high quadriplegia*. Washington D.C.: NIHR.

Wong, C. C. Y., y Mak, W. W. S. (2013). Differentiating the role of three self-compassion components in buffering cognitive-personality vulnerability to depression among chinese in hong kong. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 162-169. doi:10.1037/a0030451

Yamaguichi, A., Kim, M., y Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 68, 65-70.

Yarnell, L. M., & Neff, K. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146-159.

APÉNDICES

APÉNDICE I.

Ficha registro de práctica en casa		
Nombre: _____		
Registra en este formato de registro de la tarea para casa cada vez que practiques. Te acompañará en tu práctica. Si quieres, haz una breve nota sobre cualquier cosa que surja durante la tarea para casa, de modo que juntos podamos hablar sobre ello en el próximo encuentro.		
Día/Fecha	Práctica (Si/No)	Comentarios al finalizar la práctica <i>(Importante: evitar comentarios en términos de bueno/malo - si indicar sobre lo que se ha encontrado en la práctica = experiencia)</i>
Lunes Fecha:	Nombre de la práctica:	
Martes Fecha:	Nombre de la práctica:	
Miércoles Fecha:	Nombre de la práctica:	
Jueves Fecha:	Nombre de la práctica:	
Viernes Fecha:	Nombre de la práctica:	
Sábado Fecha:	Nombre de la práctica:	
Domingo Fecha:	Nombre de la práctica:	
Para esta semana elige una actividad cotidiana para hacerla con atención plena (Mindfulness). La actividad ha de durar entre 1 y 5 minutos (o al menos este será el tiempo de atención plena que le vas a dedicar para el ejercicio). Actividad escogida _____.		
¿Qué contraste al hacerla con atención plena?		
Día	Lo que experimenté al realizar la tarea con atención plena	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

APÉNDICE II.

Cuestionario demográfico (nº ____)

1. Nombre:
2. Dirección:
3. e-mail:
4. Teléfono:
Casa:
Móvil:
5. Ocupación (y desde cuando la ocupa):
6. Edad y fecha de nacimiento:
7. Sexo: F / M
8. Estado civil:
9. Señala tu calidad de sueño:
Excelente / Buena / Regular / Mala / Pésima
10. Peso_____ Altura_____
11. Formación y nivel de estudios:
12. Medicación:
13. ¿Consume algún tipo de estimulante? Si / No
En caso afirmativo señale lo que proceda
- cannabis
- alcohol
- tabaco
- cocaína
- marihuana
- otros:_____.
14. ¿Ha consumido en el pasado o abusado de sustancias? Si / No
15. Fármacos actuales (Nombre y dosis):
16. Hospitalizaciones previas (año, motivo):
17. ¿Ha participado anteriormente en algún programa de mindfulness o similar? Si / No (Si la respuesta es afirmativa indique fecha y lugar_____)
19. ¿Tienes experiencia previa con técnicas de meditación? Si / No

(Si la respuesta es afirmativa nombre los tipos de prácticas que hace/hizo, hace cuánto las conoce, y si las practica en la actualidad indique la frecuencia)
21. Por favor, reflexione unos minutos y luego responda a las siguientes preguntas en relación a su motivación y objetivos para realizar este programa psicológico.
22. ¿Cuál es su principal motivo para participar en este programa?

23. Por favor indique los síntomas

Físicos (p.ejemplo: mareos, tensión, sudoración..) :

Emocionales (p.ejemplo: ansiedad, tristeza, apatía, culpabilidad...) :

Cognitivos (p.ejemplo: preocupaciones constantes sobre el futuro, rumiación sobre el pasado, pensamientos repetitivos incontrolables...):

24. Por favor indique cómo estos síntomas inciden en su día a día, y el nivel de interferencia que tiene con sus actividades cotidianas:

25. Indique situaciones que evite (5 máximo) :

I.

II.

III.

IV.

V.

APÉNDICE III.

Indique en un listado los temores (5 máximo) que pueda estar sufriendo en estos momentos:

I.	Intensidad Pre(0-10)	Intensidad Post(0-10)
II.		
III.		
IV.		
V.		

APÉNDICE IV.

Escriba sus objetivos personales (5 como máximo) que le gustaría lograr con este programa (sea tan específico como pueda):

I.	Nivel Consec.
II.	Nivel Consec.
III.	Nivel Consec.
IV.	Nivel Consec.
V.	Nivel Consec.

APÉNDICE V.

Evaluación del programa.

Responda en una escala del 0-10 cómo evaluaría este programa. (0= Nada, 10=Mucho).

1. ¿Cuánto disfrutó de este programa? ____
2. ¿Cuán efectivo fue este programa para usted? ____
3. ¿Qué tan importante fue el programa para usted? ____
4. ¿Hasta qué punto el programa cumplió sus expectativas? ____

5. ¿Recomendaría este programa a otra persona? Si ____ No ____
6. ¿Siente que adquirió algo importante o de valor como resultado de su participación en este taller? Si ____ No ____
7. ¿Qué es lo que más le gustó de este programa? ¿Por qué?

8. ¿Qué es lo que menos le gustó del programa? ¿Por qué?

9. Si pudiera cambiar algo de este programa, ¿Qué cambiaría y por qué?

APÉNDICE VI.**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INVESTIGACIÓN**

Por favor rellena este formulario con toda sinceridad y confianza. Para nosotros es muy importante conocer tu estado general de salud para orientar el programa a tus necesidades. Por supuesto esta información es muy personal, por lo que ten la seguridad de que será guardada y manejada con estricta confidencialidad conforme a la ley de protección de datos (Ley Orgánica 15/99 de protección de datos de carácter personal). Así mismo, esta evaluación será útil para que tanto tú como nosotros podamos verificar los beneficios y progresos obtenidos al final del programa psicológico. Además, tus respuestas nos ayudarán a mejorar el programa para futuros alumnos, y también para investigar sus resultados y beneficios.

En caso de que esta información la usáramos en una investigación, puedes estar tranquilo/a de que no serás identificado/a bajo ninguna circunstancia, ni en ninguno de los análisis ni en publicaciones resultantes. Por favor indícanos si estás de acuerdo marcando un círculo sobre "X":

Sí, acepto que mi información sea utilizada bajo estas condiciones

No acepto que mi información sea utilizada

_____ En _____ a _____ de _____ de 20_____
Nombre, Apellidos y Firma

Firma
Psicólogo e investigador
Lucas Burgueño Martínez