



RUTH A. BAER (Ed.)

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

BASADAS EN

MINDFULNESS

Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

RUTH A. BAER (Ed.)
Facultad de psicología
Universidad de Kentucky
Lexington, Kentucky, Estados Unidos

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO BASADAS EN MINDFULNESS

Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer**

Índice

Han contribuido.....	13
Prefacio a la segunda edición	17

PARTE I **Introducción**

1. Introducción a las principales prácticas y ejercicios.....	23
<i>Ruth A. Baer</i>	
Reducción del estrés basada en mindfulness	27
Terapia cognitiva basada en mindfulness	40
Otras competencias y prácticas importantes.....	47
Cómo ayudan todos esos ejercicios	52
Preguntas para futuras investigaciones	53
Conclusiones.....	56
Referencias	56

PARTE II

Aplicaciones actuales para trastornos psicológicos en adultos

2. Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión recurrente	65
<i>Willem Kuyken y Alison Evans</i>	
Fundamento de la TCBM.....	65
¿Funciona la TCBM? Aval empírico para su eficacia y mecanismo de acción.....	105

Cuestiones prácticas	106
Agradecimientos.....	111
Referencias	111
3. Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión resistente al tratamiento.....	115
<i>Walter E.B. Sipe y Stuart J. Eisengrath</i>	
El problema de la depresión resistente al tratamiento	116
Caso práctico	123
Estudios de TCBM en casos de depresión activa	130
Cuestiones prácticas de la implementación de la TCBM para la DRT.....	133
Referencias	137
4. Terapia cognitiva basada en mindfulness para el trastorno bipolar	143
<i>Thilo Deckersbach, Natasha Hansen y Britta Holzel</i>	
Limitaciones de la farmacoterapia para el trastorno bipolar	144
Tratamientos psicosociales para el trastorno bipolar	145
TCBM para trastorno bipolar: fundamento teórico y conceptual.....	148
Cómo hemos modificado la TCBM para el trastorno bipolar	152
Estudio de caso clínico	155
TCBM para trastorno bipolar: estudios empíricos	159
Consideraciones prácticas del uso de la TCBM para el trastorno bipolar	160
Conclusiones.....	163
Referencias	164
5. Incorporar mindfulness y estrategias basadas en la aceptación en el tratamiento conductual del trastorno de ansiedad generalizada.....	173
<i>Lizabeth Roemer, Cara Fuchs y Susan M. Orsillo</i>	
Breve descripción del TAG.....	174

Fundamento teórico y conceptual para un enfoque de mindfulness y basado en la aceptación para el tratamiento del TAG.....	175
Breve resumen del tratamiento.....	178
Caso práctico.....	185
Apoyo empírico hasta la fecha.....	196
Consideraciones prácticas.....	197
Indicaciones para futuros estudios.....	205
Agradecimientos.....	206
Referencias.....	206
6. Formación de alimentación consciente basada en mindfulness: tratamiento de la glotonería y la obesidad.....	213
<i>Jean L. Kristeller y Ruth Q. Wolever</i>	
Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad.....	217
Técnicas terapéuticas.....	220
Apoyo empírico para el programa MB-EAT.....	228
Caso práctico.....	234
Cuestiones conceptuales y prácticas.....	237
Conclusión.....	241
Referencias.....	242
7. Prevención de recaídas basada en mindfulness para conductas adictivas.....	249
<i>Sarah Bowen, Neha Chawla y Katie Witkiewitz</i>	
Fundamento del programa MBRP.....	251
Soporte empírico.....	264
Consideraciones prácticas.....	269
Conclusiones.....	274
Referencias.....	275

PARTE III

Aplicaciones a lo largo de la vida

8. Terapia cognitiva basada en mindfulness para niños.....	281
<i>Randy J. Semple y Jennifer Lee</i>	
Terapia cognitiva basada en mindfulness para niños.....	281
Teoría y conceptos.....	287

Soporte empírico para el mindfulness como intervención clínica.....	292
Otras aplicaciones clínicas del mindfulness	295
El programa de doce sesiones	296
Resultados afectivos y conductuales.....	312
Cuestiones prácticas para el trabajo con niños.....	314
Conclusión	319
Referencias	320
9. Reducción del estrés basada en mindfulness para adolescentes	325
<i>Gina M. Biegel, Kiki Chang, Amy Garrett y Michelle Edwards</i>	
Introducción	325
Resumen del MBSR-T	326
Presentar el mindfulness a los adolescentes	328
Competencias básicas del programa MBSR-T	329
El programa MBSR-T sesión por sesión.....	331
Otras prácticas y ejercicios.....	334
Aplicar competencias de mindfulness a preocupaciones específicas de los adolescentes	344
Soporte empírico para el programa MBSR-T	349
Cuestiones prácticas.....	356
Conclusiones.....	358
Agradecimientos.....	359
Referencias	359
10. Parto y crianza basados en mindfulness: cultivar recursos interiores para la transición hacia la paternidad/ maternidad y más allá	365
<i>Nancy Bardacke y Larissa G. Duncan</i>	
Introducción	365
Fundamento teórico y conceptual	366
Resumen del programa MBCP.....	375
Caso práctico	392
Soporte empírico.....	397
Cuestiones prácticas.....	399
Conclusión	401
Referencias	402

11. Estoy sujeto al envejecimiento: Cuidado de personas mayores basado en mindfulness	407
<i>Lucia McBee</i>	
Introducción	407
Cuidado de ancianos basado en mindfulness	416
Casos prácticos	417
Evidencia empírica.....	425
Cuestiones prácticas.....	432
Indicaciones para el futuro	444
Agradecimientos.....	447
Referencias	447

PARTE IV

Aplicaciones con poblaciones médicas

12. Reducción del estrés basada en mindfulness para el dolor crónico.....	457
<i>Jeffrey Greeson y Tory Eisenlohr-Moul</i>	
Introducción	457
Fundamento teórico y fundamento conceptual.....	462
Caso práctico	465
Revisión del soporte empírico	473
Cuestiones prácticas para profesionales clínicos.....	487
Conclusión	492
Agradecimientos.....	493
Referencias	493
13. La recuperación del cáncer basada en mindfulness: una adaptación del programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) para pacientes oncológicos.	499
<i>Michael Speca, Linda E. Carlson, Michael J. Mackenzie y Maureen Angen</i>	
Fundamento teórico y conceptual	499
Revisión del soporte empírico	511
Caso práctico	515
Cuestiones prácticas.....	529

Agradecimientos.....	532
Referencias	532

PARTE V

Aplicaciones para el estrés laboral

14. Mindfulness para profesionales sanitarios y terapeutas en formación.....	543
<i>Shauna Shapiro, Sonica Thakur y Sarah de Sousa</i>	
Introducción	543
Fundamento teórico: ¿Qué es el mindfulness?	543
¿Por qué deberían practicar mindfulness los profesionales sanitarios?.....	548
Caso práctico: Postgrado de mindfulness	566
Conclusión	580
Referencias	581
15. La práctica de mindfulness en profesiones de alto estrés: fortalecer la atención y la resiliencia	589
<i>Amishi P. Jha, Scott L. Rogers y Alexandra B. Morrison</i>	
Fundamento teórico y empírico.....	590
Práctica de mindfulness en la profesión jurídica	605
Caso práctico	612
Conclusiones.....	616
Referencias	617
Glosario	625
Índice onomástico	631

Han contribuido...

Maureen Angen Departamento de recursos psicosociales, Centro Oncológico Tom Baker, Junta Oncológica de Alberta, Calgary, Canadá

Ruth A. Baer Facultad de Psicología, Universidad de Kentucky, Lexington, EE.UU.

Nancy Bardacke Centro Osher de Medicina Integrativa, Universidad de California, San Francisco (UCSF), EE.UU.; Facultad de Enfermería, UCSF, San Francisco, EE.UU.; Fundación para el parto y la crianza conscientes, Oakland, EE.UU.

Gina M. Biegel Creadora del programa MBSR-T y fundadora del Programa de Adolescentes Estresados, San José, California, EE.UU.

Sarah Bowen Facultad de Psiquiatría y Ciencias comportamentales; Facultad de Psicología, Universidad de Washington, Seattle, EE.UU.

Linda E. Carlson Facultad de Oncología, Universidad de Calgary, Departamento de recursos psicosociales, Centro Oncológico Tom Baker, Junta Oncológica de Alberta, Calgary, Canadá

Kiki Chang Facultad de Psiquiatría y Ciencias comportamentales, Programa de trastornos bipolares pediátricos, Facultad de

Medicina de la Universidad de Stanford y Hospital Infantil Lucille Packard, Palo Alto, California, EE.UU.

Neha Chawla Facultad de Psicología, Universidad de Washington, Seattle, EE.UU.

Sarah de Sousa Facultad de Psicología, Universidad de Santa Clara, California, EE.UU.

Thilo Deckersbach Clínica de Trastorno bipolar, Hospital General de Massachusetts, Departamento de Psiquiatría, Boston, EE.UU.

Larissa G. Duncan Centro Osher de Medicina Integrativa, Universidad de California, San Francisco (UCSF), EE.UU.; Departamento de medicina familiar y de la comunidad, UCSF, San Francisco, EE.UU.

Michelle Edwards Facultad de Psicología y Psicología educativa, Universidad estatal de Nuevo México, Las Cruces, EE.UU.

Stuart J. Eisendrath Centro para depresiones UCSF, Hospital y Clínica Psiquiátrica Langley Porter, Universidad de California San Francisco, San Francisco, EE.UU.

Tory Eisenlohr-Moul Departamento de Psiquiatría y Ciencias comportamentales, Centro Médico Universitario Duke, Medicina Integrativa Duke, Durham, EE.UU.

Alison Evans Centro de trastornos del estado de ánimo, Universidad de Exeter, Reino Unido.

Cara Fuchs Facultad de Medicina familiar, Facultad de Medicina Alpert de la Universidad de Brown, Providence, EE.UU.

Amy Garrett Facultad de Psiquiatría y Ciencias comportamentales y Centro de investigación interdisciplinar de ciencia neurológica, Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, Palo Alto, California, EE.UU.

Jeffrey Greeson Departamento de Psiquiatría y Ciencias comportamentales, Centro Médico Universitario Duke, Medicina Integrativa Duke, Durham, EE.UU.

Natasha Hansen Facultad de Psicología, Universidad de Colorado, Boulder, EE.UU.

Britta Holzel Instituto de Psicología Médica, Hospital Universitario Charite, Berlín, Alemania.

Amishi P. Jha Facultad de Psicología, Universidad de Miami, Florida, EE.UU.

Jean L. Kristeller Facultad de Psicología, Universidad Estatal de Indiana, Terre Haute, EE.UU.

Willem Kuyken Centro de trastornos del estado de ánimo, Universidad de Exeter, Reino Unido **Jennifer Lee** Centro Médico de la Universidad de Columbia, Nueva York, EE.UU.

Michael J. Mackenzie Facultad de Kinesiólogía y Salud Pública, Universidad de Illinois en Urbana-Champaign, EE.UU.

Lucia McBee Escuela Universitaria de Columbia de Trabajo Social y Hospital Monte Sinaí, Nueva York, EE.UU.

Alexandra B. Morrison Facultad de Psicología, Universidad de Miami, Florida, EE.UU.

Susan M. Orsillo Facultad de Psicología, Universidad de Suffolk, Boston, EE.UU.

Lizabeth Roemer Facultad de Psicología, Universidad de Massachusetts, Boston, EE.UU.

Scott L. Rogers Facultad de Psicología, Universidad de Miami, Florida, EE.UU.

Randy J. Semple Facultad de Psiquiatría y Ciencias comportamentales, Universidad de California del Sur, Facultad de Medicina Keck, Los Ángeles, EE.UU.

Shauna Shapiro Facultad de Psicología, Universidad de Santa Clara, California, EE.UU.

Walter E.B. Sipe Hospital Psiquiátrico y Clínica Langley Porter y Hospital infantil Benioff, Universidad de California San Francisco, EE.UU.

Michael Speca Facultad de Oncología, Universidad de Calgary, Departamento de Recursos Psicosociales, Centro Oncológico Tom Baker, Junta Oncológica de Alberta, Calgary, Canadá

Sonica Thakur Facultad de Psicología, Universidad de Santa Clara, California, EE.UU.

Katie Witkiewitz Facultad de Psicología, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, EE.UU.

Ruth Q. Wolever Facultad de Psiquiatría y Ciencias comportamentales, Medicina Integrativa Duke, Sistema Sanitario de la Universidad de Duke, Durham, EE.UU.

Prefacio a la segunda edición

Cuando se publicó la primera edición de este libro en 2006 incluía capítulos sobre cuatro intervenciones: reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR), terapia cognitiva basada en mindfulness (TCBM), terapia dialectico-conductual (TDC) y terapia de aceptación y compromiso (ACT). En aquel momento tenía sentido que fuera así porque se trataba de las principales técnicas basadas en evidencias y sus similitudes y sus diferencias todavía no se habían explorado en un único volumen. Hoy en cambio la literatura existente es tan extensa que resulta difícil cubrir las cuatro intervenciones en un solo libro y por eso el presente volumen se centra en la MBSR, la TCBM y en sus enfoques relacionados. Las semejanzas y las diferencias siguen siendo fascinantes y al mismo tiempo la gama de aplicaciones ha crecido muchísimo. Aplicaciones anteriores, como para el dolor crónico, la ansiedad generalizada, depresiva y recurrente, y el estrés asociado con el cáncer ahora se entienden mejor y las nuevas adaptaciones para otros trastornos y poblaciones resultan muy prometedoras. Este libro ofrece una guía práctica y muy completa para los profesionales interesados en aprender más sobre ellas.

Igual que en la edición anterior en esta todos los capítulos han sido escritos por investigadores clínicos con excelentes credenciales

científicas y con mucha experiencia en el tratamiento que describen. Además cada capítulo incluye un fundamento conceptual y teórico muy bien desarrollado, una descripción clara de las técnicas de tratamiento, una revisión de la base empírica y un caso práctico detallado que ilustra cómo se desarrolla la intervención. Por otra parte cada capítulo también explora las dificultades clínicas y prácticas que pueden surgir durante el tratamiento y cómo pueden gestionarse. El resultado es un examen detallado de cómo se implementan esos tratamientos, de las competencias que deben tener los terapeutas, de las respuestas que se pueden esperar de los participantes y de los problemas que los profesionales que desean utilizar estos tratamientos deben tomar en consideración.

El capítulo de introducción ofrece un resumen detallado de los ejercicios y las prácticas que se utilizan para enseñar habilidades de mindfulness y de aceptación en muchas de las intervenciones. El resto del libro se organiza por tipo de población en el que se utilizan los tratamientos. La primera sección describe aplicaciones para problemas psicológicos en adultos como depresión, trastorno bipolar, ansiedad generalizada, atracón y consumo de sustancias. La siguiente sección describe las aplicaciones en un contexto que se extiende a lo largo de toda la vida: para niños, adultos, futuros padres y tercera edad. Las siguientes secciones abordan aplicaciones para poblaciones médicas (dolor crónico y cáncer) y para el estrés laboral y escolar en poblaciones no clínicas.

Este libro va dirigido a médicos, investigadores, profesores y estudiantes de todos los niveles de formación. Los recién llegados a este campo encontrarán descripciones muy útiles de la naturaleza del mindfulness, sus fundamentos teórico y conceptual, cómo pensamos que funciona para reducir el sufrimiento y cómo se aplican las intervenciones.

Los lectores con un conocimiento más extenso de la materia podrán ampliar su comprensión de la amplia gama de enfoques basados en mindfulness y obtener información muy interesante sobre las formas creativas en las que se están aplicando. Todos los

lectores por igual encontrarán inspiración para explorar todavía más este área de crecimiento de enorme potencial para el tratamiento de numerosos problemas difíciles y para cultivar la sabiduría, la introspección, la compasión y el bienestar.

I

Introducción

1

Introducción a las principales prácticas y ejercicios

Ruth A. Baer

*Facultad de Psicología de la Universidad de Kentucky,
Lexington, Kentucky, Estados Unidos*

Desde la perspectiva de la psicología occidental el Mindfulness suele definirse como el hecho de prestar atención sin juzgar y sin reaccionar ante las experiencias que ocurren en el momento presente: sensaciones físicas, pensamientos, emociones e impulsos, además de estímulos externos como imágenes, sonidos y olores (Kabat-Zinn, 2004; Linehan, 1993a). La mayor parte de los debates occidentales en torno al Mindfulness reconocen sus raíces en la tradición de meditación budista, que durante muchos siglos ha mantenido que la práctica de Mindfulness facilita la introspección hacia la naturaleza del sufrimiento humano y desarrolla características adaptativas como la sabiduría, la ecuanimidad, la compasión y el bienestar. La formación en Mindfulness se ha vuelto muy disponible en la sociedad occidental y los centros de meditación en Norteamérica y en Europa ofrecen retiros en la tradición budista con orientación e instrucciones para la práctica del Mindfulness. También existen numerosos libros sobre Mindfulness y meditación para el público general (p. ej. Goldstein, 2003, 2015; Gunaratana, 2012; Salzberg, 2015). Lo más importante del libro que tiene en sus manos es el rápido crecimiento de la gran cantidad de tratamientos de salud mental y programas para la reducción del estrés que se basan en adaptaciones seculares de

la práctica del Mindfulness, varias de las cuales ahora cuentan con un gran apoyo empírico por su eficacia en una amplia gama de poblaciones.

El Mindfulness se ha conceptualizado como un estado, como un rasgo o una cualidad de carácter, y como un conjunto de aptitudes. Bishop *et al.* (2004) aportaron una definición de Mindfulness como estado formada por dos componentes. El primero es la autorregulación intencionada de la atención para que permanezca centrada en las experiencias del momento presente (i.e., pensamientos y sensaciones) a medida que van surgiendo. El segundo componente es una actitud de apertura, aceptación y curiosidad hacia lo que surja. En general una persona en estado de conciencia es consciente, con intención y flexibilidad, permanece atenta al flujo constante de estímulos internos y externos que se producen en todo momento, y los observa con una postura de apertura de corazón, interés, cordialidad y compasión independientemente de si son agradables, desagradables o neutros. La disposición al Mindfulness es la tendencia general para adoptar un estado de conciencia constante en el tiempo y en distintas situaciones: observando las experiencias internas y externas, acogiéndolas con aceptación y apertura, y permaneciendo conscientes de la conducta del momento en lugar de actuar mecánica o automáticamente mientras se está preocupado por otros asuntos (Brown y Ryan, 2003). El enfoque de formación en determinadas competencias del Mindfulness que caracteriza a los tratamientos que se describen en este libro sugiere que con la práctica regular de varios ejercicios las personas pueden aprender a ser más observadoras, a aceptar y a no juzgar sus experiencias cotidianas y a participar con conciencia en sus actividades habituales. Es decir, que aprenden a adoptar un estado consciente más a menudo y de forma más consistente en distintas situaciones y con el tiempo. La evidencia sugiere que la práctica del Mindfulness aumenta la tendencia general de permanecer consciente en la vida cotidiana y mejora la salud mental.

Las intervenciones basadas en Mindfulness que cuentan con aval empírico incluyen varios métodos para enseñar la conciencia plena. Algunas son prácticas de meditación formal en las que los participantes se sientan en silencio durante periodos de hasta 45 minutos dirigiendo su atención de determinada manera. Otras son ejercicios más breves o menos formales que hacen hincapié en el Mindfulness en la vida cotidiana, y en los que los participantes prestan atención consciente a actividades rutinarias como pasear, tomar un baño, comer o conducir. Hay varias instrucciones generales comunes a muchas prácticas formales e informales de Mindfulness; a menudo se les pide que centren la atención directamente en una actividad, como la de respirar, andar o comer, y que la observen detenidamente. Se les invita a observar que su atención puede distraerse hacia pensamientos, recuerdos o fantasías y cuando eso ocurre, se les pide que observen brevemente que la mente se ha distraído y que devuelvan lentamente la atención al momento presente. Si surgen sensaciones físicas o estados emocionales, los participantes deberán observarlos con detenimiento, observar cómo se sienten, en qué parte del cuerpo los sienten y si cambian con el paso del tiempo. Las ansias o los deseos de llevar a cabo alguna conducta, como modificar la posición corporal o rascarse, también se observan con atención pero no siempre se actúa al respecto. Además a menudo se potencia el etiquetado breve y encubierto de la experiencia observada con palabras o frases cortas como “dolor”, “tristeza”, “pienso” o “me quiero mover”. Algunos ejercicios de Mindfulness instan a observar los estímulos exteriores, como sonidos, imágenes u olores y se anima a los participantes a adoptar una actitud de curiosidad amable, interés y aceptación ante todos los fenómenos que se observan, evitando la evaluación y la auto crítica (y observándolo, sin juzgar, cuando se producen), y a no intentar eliminar ni cambiar lo que observan. Por ejemplo no se intenta evaluar los pensamientos como racionales o distorsionados, ni modificar los pensamientos considerados irracionales, ni deshacerse de los pensamientos no deseados, ni reducir las emociones o las sensa-

ciones desagradables. En lugar de eso simplemente se observa la ida y venida de pensamientos, sensaciones y emociones.

Las intervenciones basadas en Mindfulness que cuentan con el mejor aval empírico son la reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 2004), la terapia cognitiva basada en Mindfulness (TCBM; Segal, Williams y Teasdale, 2006), la terapia dialéctico conductual (TDC; Linehan, 1993, 2003) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2014). La edición anterior de este libro incluía capítulos dedicados a esos cuatro tratamientos. En la actualidad la literatura es tan extensa que ya no es posible cubrir las cuatro intervenciones en un solo volumen y recientemente se han publicado libros que describen numerosas aplicaciones de TDC y ACT (Dimeff y Koerner, 2007; Hayes y Strosahl, 2014; Hayes *et al.*, 2012; Koerner, 2011). El presente libro se centra en MBSR, TCBM y en las intervenciones estrechamente relacionadas que se han desarrollado para poblaciones concretas. Destacan la terapia conductual basada en la aceptación (ABBT por sus siglas en inglés) para ansiedad (Roemer y Orsillo, 2009), el programa para el parto y la maternidad/paternidad basado en mindfulness (MBCP por sus siglas en inglés; Bardacke, 2012), la formación de alimentación con conciencia basada en mindfulness (MB-EAT; Kristeller, Wolever y Sheets, 2013), el cuidado de personas mayores basado en mindfulness (MBEC; McBee, 2008) y la prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP) para conductas adictivas (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013). También se cubren las aplicaciones para poblaciones no clínicas que buscan reducir el estrés y mejorar el bienestar.

El resto de este capítulo de introducción ofrece un resumen general de los programas MBSR y TCBM en sus formatos estándar, poniendo en primer término sus principales habilidades, prácticas y ejercicios. Con esto se evita repetir en los capítulos posteriores las descripciones básicas de las prácticas primarias, y los autores podrán centrarse en las adaptaciones o en los nuevos ejercicios desarrollados para sus poblaciones específicas, en

narraciones detalladas de cómo sus participantes responden al tratamiento, en avalar empíricamente la eficacia de su tratamiento, y en las cuestiones prácticas que surgen en la aplicación.

Reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR)

El programa MBSR (Kabat-Zinn, 1982, 1990, 2013) se basa en una formación intensiva de meditación mindfulness y fue desarrollado en un entorno de medicina conductual para pacientes con dolor crónico y trastornos relacionados con el estrés. En su formato convencional transcurre como un curso de ocho semanas de duración en el que cada sesión semanal dura entre dos horas y media y tres horas. Además durante la sexta semana suele organizarse una sesión intensiva de mindfulness de un día de duración. También se invita a los participantes a que practiquen ejercicios de mindfulness en casa. Las clases pueden acoger a un máximo de 30 participantes con una amplia serie de trastornos y enfermedades y en lugar de agrupar a los participantes por diagnóstico o por trastorno, el programa MBSR siempre ha incluido a personas con una amplia gama de problemas en cada uno de los grupos, destacando además que todos los participantes, independientemente del trastorno que sufran, experimentan un flujo continuo de estados internos en constante evolución, y que tienen la capacidad de cultivar la conciencia del momento presente practicando las habilidades de mindfulness. No obstante, en algunas situaciones el MBSR se aplica a poblaciones más específicas, como a pacientes oncológicos (Campbell, Labelle, Bacon, Faris y Carlson, 2012), a profesionales sanitarios (Irving, Dobkin y Park, 2009) o a cuidadores de familiares que sufren de demencia (Whitebird *et al.*, 2013).

Muchos programas MBSR empiezan con una sesión de orientación y evaluación individual o en grupos pequeños en la que el responsable del grupo explica el fundamento y los métodos del curso y anima a los posibles participantes a plantear preguntas y a hablar de sus razones para participar. También se aborda el

problema que presentan los amplios requisitos del programa a la hora de practicar en casa los ejercicios de meditación y se invita a los participantes a comprometerse verbalmente a asistir a todas las sesiones de grupo y a realizar las tareas diarias en casa (un mínimo de 45 minutos diarios seis días a la semana). Las ocho sesiones en grupo son de carácter eminentemente práctico y se dedica gran parte del tiempo a realizar ejercicios de mindfulness y a hablar de las experiencias que tienen los miembros del grupo. Se enseñan varios ejercicios de mindfulness y se incorpora información didáctica sobre el estrés, con temas como la fisiología del estrés, la respuesta al estrés y los efectos de las evaluaciones en las percepciones del estrés.

Ejercicios de mindfulness en el programa MBSR

El ejercicio de la uva pasa

Este ejercicio es la primera actividad de meditación mindfulness del grupo y tiene lugar durante la primera sesión, después de que cada participante se haya presentado. El responsable del grupo le da a cada uno varias uvas pasas y les pide que simplemente las miren, con interés y curiosidad, como si no hubieran visto nunca algo así. A continuación se les guía por el lento proceso de observar todos los aspectos de las uvas y el proceso de comerlas. Primero examinan visualmente un grano, prestando mucha atención a todas las cuestiones de su aspecto. Ahí es cuando observan su textura, el olor y la sensación de tenerla entre los dedos. A continuación la introducen lentamente en la boca, observando los movimientos del cuerpo al hacerlo, tras lo que sienten la uva en la boca, la mastican, sienten el sabor y la textura, y observan las sensaciones y los movimientos de la boca y de la garganta al masticar y tragar la pasa. Cuando surgen pensamientos o emociones durante el ejercicio, se pide a los participantes que los observen sin juzgar y que devuelvan la atención a la pasa.

Este ejercicio brinda la oportunidad de participar conscientemente en una actividad que a menudo se lleva a cabo con el “piloto automático” o sin conciencia. Muchos participantes indican que la experiencia de comer con conciencia es muy distinta a su experiencia típica con la comida, en la que la atención se centra en cualquier otra cosa y la comida realmente no se degusta. Esos comentarios ilustran la idea general de que prestar atención a actividades que normalmente se realizan con el piloto automático puede cambiar de forma significativa la naturaleza de la experiencia. Una mayor conciencia de la experiencia puede dar lugar a mayor libertad para tomar decisiones sobre qué hacer en distintas situaciones. De hecho, se invita a los participantes a que hagan una de sus comidas conscientemente durante la semana posterior a la primera sesión del programa.

Observación del cuerpo

En este ejercicio se invita a los participantes a tumbarse boca arriba o a sentarse cómodamente en una silla con los ojos cerrados. En los 40 minutos que dura aproximadamente se les va guiando para que centren su atención en varias partes del cuerpo de forma secuencial, a menudo empezando por los dedos de los pies y siguiendo por el torso, los brazos, el cuello y la cabeza. En cada parte del cuerpo se indica a los participantes que observen las sensaciones presentes con apertura y curiosidad pero sin intentar cambiarlas. Y si no observan sensaciones, que simplemente observen la ausencia de las mismas. Este ejercicio es distinto de los ejercicios de relajación tradicionales porque no se pide a los participantes que intenten relajar sus músculos. Si alguna parte del cuerpo está tensa, simplemente observan, juzgando lo menos posible, que está tensa. Si sienten un picor o un dolor, se les pide que observen sus cualidades con el máximo cuidado del que sean capaces. Y cuando sus mentes se distraen, algo que se describe como inevitable, se les pide que lo observen lo mejor que puedan y que suavemente devuelvan la atención a la observación del cuerpo, sin autocrítica ni culpabilidad. La observación del