

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Mindfulness como práctica clínica: alcances y limitaciones. Una evaluación de su eficacia.

Paladino, Carlos.

Cita:

Paladino, Carlos (2017). *Mindfulness como práctica clínica: alcances y limitaciones. Una evaluación de su eficacia. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/274>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/oma>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MINDFULNESS COMO PRÁCTICA CLÍNICA: ALCANCES Y LIMITACIONES. UNA EVALUACIÓN DE SU EFICACIA

Paladino, Carlos

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

La popularización y divulgación actual de la práctica de mindfulness afirma que es eficaz para una muy vasta gama de trastornos psicológicos y orgánicos. Este trabajo tuvo por objetivo poner a prueba esa afirmación mediante la revisión de guías de tratamientos eficaces. Se encontró un único tratamiento eficaz que tiene a mindfulness como componente principal (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para prevención de recaídas en depresión). En los demás tratamientos eficaces que se encontraron (Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Dialéctico Conductual) mindfulness se integra como uno de sus componentes, por lo que no se le puede atribuir la eficacia. Se concluye que aquella afirmación carece de apoyo empírico suficiente. Estos resultados deberían poner en advertencia a los psicólogos clínicos a la hora de recomendar tratamientos relacionados con mindfulness.

Palabras clave

Mindfulness Eficacia, Tratamientos con Apoyo Empírico (TAEs)

ABSTRACT

MINDFULNESS AS CLINICAL PRACTICE: SCOPES AND LIMITATIONS. AN EVALUATION OF ITS EFFICACY

The current dissemination and popularization of the mindfulness practice affirms its efficacy for a vast range of psychological and organic disorders. This dissertation has the objective of testing that affirmation through the revision of efficacious treatment guidelines. Only one efficacious treatment was found that has mindfulness as its main component (Mindfulness Based Cognitive Therapy for relapse prevention in depression). In the other efficacious treatments found (Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavioral Therapy) mindfulness is integrated as only one of their components, for which it cannot take all the credit for its efficacy. To conclude, that affirmation lacks sufficient empirical evidence. These results should lead clinical psychologists to take precaution when recommending mindfulness based treatments.

Key words

Mindfulness Efficacy, Empirically Supported Treatments (EST)

PLANTEO DEL PROBLEMA

La característica principal de mindfulness, como práctica, es la adopción de una actitud de curiosidad y aceptación, mediante la orientación de la atención, hacia aquello que se presenta en la experiencia de una persona (Bishop et al., 2004). De una forma similar fue descrito por Jon Kabat-Zinn (1994), quien introdujo la práctica en el ámbito de la psicología occidental, como “prestar

atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (p. 4). Una forma frecuente, aunque no la única, para alcanzar esa meta es mediante ejercicios de meditación, por ejemplo centrados en la respiración.

Desde que Kabat-Zinn creó el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) el interés por esta práctica no ha dejado de crecer, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Este gran interés, en la actualidad se ve reflejado en la vasta literatura clínica y científica sobre sus aplicaciones para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos y, en algunos casos, físico-orgánicos. Entre ellos, se afirma que la práctica de mindfulness provee resultados eficaces para problemas tales como el estrés, ansiedad, depresión, problemas alimenticios, insomnio, disfunciones sexuales, adicciones y diferentes condiciones médicas como dolor crónico, problemas digestivos, diabetes, hipertensión, cáncer, artritis, obesidad y psoriasis (Baer, 2003; Coronado-Montoya et al., 2016; Siegel, 2011; Stahl y Goldstein, 2011; Vallejo, 2008). Ante este panorama tan amplio y optimista se hace necesario tomar una actitud crítica y examinar más detenidamente tales afirmaciones. El interés por esta práctica se popularizó de tal forma que es imprescindible realizar una revisión de la literatura científica sobre la eficacia de su aplicación y, más específicamente, que permita discriminar para qué casos existe evidencia de su utilidad y para qué situaciones se trata de afirmaciones carentes de apoyo empírico.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general que persigue este trabajo es contribuir a la clarificación respecto a los tratamientos relacionados con mindfulness, mediante el análisis y evaluación de su eficacia como herramienta de aplicación en el ámbito clínico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los tratamientos relacionados con mindfulness que son eficaces.
- Conocer los tratamientos relacionados con mindfulness que no son eficaces o cuya eficacia aún no está determinada.
- Investigar para qué problemas o trastornos mindfulness es una herramienta eficaz.
- Investigar para qué problemas o trastornos mindfulness no es o aún no ha demostrado ser una herramienta eficaz.

MARCO TEÓRICO

La práctica de Mindfulness en la actualidad se integra dentro de las intervenciones y terapias cognitivo conductuales. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) hace referencia a un conjunto de intervenciones clínicas provenientes de diferentes bases teóricas pero

que tienen como elemento común y unificador el soporte o marco metodológico. De manera general, la TCC está compuesta por intervenciones provenientes de la terapia de conducta y de la terapia cognitiva. La primera deriva de la investigación y teoría conductista del aprendizaje y la segunda es el resultado de los desarrollos cognitivos en psicoterapia. A pesar de que sus postulados teóricos no coinciden totalmente, en la práctica coexisten en conjunto porque comparten un marco metodológico: ambas definen como elemento central para considerar el uso de una intervención a la investigación como método de validación. Por lo tanto, desde la perspectiva metodológica la TCC se puede definir como la aplicación clínica de la ciencia psicológica, fundamentada en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001).

Mindfulness como intervención, sin embargo, es relativamente reciente en el campo clínico, siendo posterior al desarrollo de la TCC clásica. Para comprender su incorporación a este campo, hay que hacer mención a que la evolución de la TCC sigue un desarrollo histórico diferenciado en etapas que algunos autores denominan estadios, generaciones u olas. Lo que se denomina la *primera generación* coincide con la terapia de conducta, que se nutre de los aportes de la psicología del aprendizaje de principios del siglo XX, y cuyos desarrollos comienzan a extrapolarse de la investigación básica a la clínica. Esta primera generación, que se la puede delimitar temporalmente desde fines de la década del 30 hasta comienzos de la década del 70. La *segunda generación* se consolida en la década de 1970 (Lambert, 2013) a partir de algunas limitaciones mostradas por la generación anterior, y comienzan a apoyarse en aportes de otros campos de la psicología tales como la psicología social y la cognitiva. Es en este momento que surge la denominada Terapia Cognitiva. En este contexto comienza a perder relevancia la fundamentación y explicación de las intervenciones y se hace énfasis en sus validaciones empíricas, generando un terreno propicio para que los clínicos integren nuevas intervenciones, sin importar si provienen de diferentes fundamentaciones teóricas. Es así que la Terapia de Conducta y la Terapia Cognitiva llegan a conformar la TCC.

En la actualidad, desde finales del siglo XX, han comenzando a surgir nuevos enfoques psicoterapéuticos con el objetivo de conseguir resultados en aquellos problemas que la TCC estándar aún no lo lograba (Vallejo, 2008). A medida que van surgiendo estudios que muestran evidencia de cierta eficacia, están comenzando a ser integrados como una herramienta terapéutica más. Este es el surgimiento de la *tercera generación* en TCC. Una de sus características es el intento de volver a los orígenes de la terapia de conducta, en el sentido de darle mayor relevancia a los desarrollos de la psicología del aprendizaje y de la psicología experimental para luego extrapolarlos al ámbito clínico y evaluar su eficacia (Fernández, García y Crespo, 2012). Es en este grupo donde se inserta mindfulness como nueva herramienta terapéutica.

ESTADO DEL ARTE

No existe una traducción exacta de la palabra *mindfulness* al español, utilizándose en general los términos atención plena o conciencia plena. A su vez, el término inglés proviene de la palabra india *Sati*, que significa conciencia, atención y recuerdo (Fernández, García y Crespo, 2012). Mindfulness es originariamente una práctica

de meditación budista zen, de más de dos mil quinientos años de antigüedad (Siegel, 2011), que recién en las últimas décadas ha sido objeto de interés por parte de occidente como una práctica que puede mejorar el bienestar general de las personas o para tratar diferentes problemas de salud mental. Así, mindfulness puede ser considerado de diferentes formas (Vallejo, 2008). Por un lado, como una filosofía de vida, es decir, como un fin en sí mismo aplicable a todos los aspectos de la vida, siendo esta es la concepción budista y precientífica de la práctica (Hayes y Wilson, 2003). Por el otro lado, en el ámbito de la psicología clínica el término hacer referencia a una práctica clínica.

Kabat-Zinn, el principal exponente e introductor de la práctica en occidente, lo ha definido como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (1994, p. 4). En esta misma línea, Stahl y Goldstein (2011) lo describen como “ser plenamente consciente de lo que ocurre en el momento presente, sin filtros ni prejuicios de ningún tipo” (p. 43). Esta forma de conceptualizarlo pone de manifiesto que mindfulness no hace referencia a un estado mental ni a un contenido mental particular sino a cierta actitud que se toma hacia la experiencia, independientemente de sus contenidos (Siegel, 2011). De este modo, se ha llegado al acuerdo entre investigadores y clínicos de que mindfulness es una experiencia caracterizada por la conciencia o atención del momento presente, sin juicios y con aceptación (Fernández, García y Crespo, 2012; Siegel, 2011).

Por otro lado, Bishop et al. (2004) han llegado a desarrollar una definición operacional de mindfulness donde sus componentes pueden ser medidos o evaluados a partir de diferentes pruebas. Desde este modelo, lo conceptualizan a partir de dos componentes principales: la autorregulación de la atención, por un lado, y la orientación hacia la experiencia inmediata, por el otro, caracterizada esta atención por la curiosidad, la apertura y la aceptación.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Las aplicaciones de mindfulness como práctica pueden clasificarse de la siguiente forma: como práctica precientífica (Hayes y Wilson, 2003), es decir, la práctica original de meditación budista zen y, por otro lado, como práctica clínica que engloba a los tratamientos relacionados con mindfulness: los tratamientos basados en la práctica formal y los que integran mindfulness como uno de sus componentes (Fernández, García y Crespo, 2012).

Las intervenciones basadas en la práctica formal de mindfulness tienen como componente central el entrenamiento en habilidades de mindfulness tales como la meditación sentada o caminando, la autoexploración corporal, la atención a la vida cotidiana y ejercicios de Hatha Yoga. De este modo, es aquí donde mindfulness se aplica de forma completa y con predominio por sobre otros elementos. Fernández, García y Crespo (2012) enumeran las siguientes intervenciones: (1) Programa de Reducción de estrés basado en Mindfulness (MBSR) de Kabat-Zinn (1990); (2) Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) de Segal, Williams y Teasdale (2002) y; (3) Programa Basado en Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP) de Marlatt (1994).

En las intervenciones que integran mindfulness como componente este no es el componente principal sino que forma parte de un con-

junto mayor. Fernández, García y Crespo (2012) citan los siguientes: (1) Terapia Dialéctica Conductual (DBT) de Linehan (1993a y 1993b) y; (2) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes, Strosahl y Wilson (1999).

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos arriba planteados, este trabajo consistió en una revisión bibliográfica descriptiva, es decir, se hizo una búsqueda de información sobre el tema de interés en la literatura científica. En particular, se procedió a hacer una revisión de guías de tratamientos eficaces.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se buscaron y describieron los criterios para definir la eficacia de un tratamiento utilizados por la Asociación Psicológica Americana (APA) de Estados Unidos y el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido, por ser las instituciones más relevantes en la evaluación de tratamientos psicológicos (Moriana y Martínez, 2011). En segundo lugar, se procedió a realizar una búsqueda de guías de tratamientos eficaces. La selección de las guías surgió a partir de su mención en artículos o libros sobre eficacia y Tratamientos con Apoyo Empírico (TAEs). Una vez identificadas las guías, se relevaron los diferentes trastornos que allí aparecen y los TAEs relacionados a ellos. De aparecer como TAEs intervenciones relacionadas con mindfulness, se diferenció si se trataba de intervenciones basadas en la práctica formal o tratamientos que lo incluyen como componente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para un entendimiento y una discusión más clara, los resultados obtenidos en el presente trabajo se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resumen de información

TRASTORNO	TRATAMIENTO	GRADO DE EFICACIA
Ansiedad Mixta	ACT	Modesto (APA)
Trastornos Obsesivo Compulsivo	ACT	Modesto (APA)
Dolor crónico Generalizado	ACT	Fuerte (APA)
Esquizofrenia	ACT para psicosis	Modesto (APA)
Depresión	ACT	Modesto (APA)
	MBCT	II (NICE)
Tr. Límite de la Personalidad	DBT	Fuerte (APA) / II (NICE)
Tr. por Atracón	DBT	II (NICE)
Tr. por Consumo de Alcohol	Meditación Mindfulness	Limitado-Bajo
Fobia Social	MBSR y MBCT	No Recomendados (NICE)

Se observa que en siete trastornos aparecen como tratamientos eficaces intervenciones donde mindfulness es uno de sus componentes: ACT para cinco trastornos y DBT para dos de ellos. Como tratamientos eficaces donde mindfulness es el componente princi-

pal sólo aparece MBCT para prevención de recaídas en depresión. De los problemas psicológicos que se mencionan en la introducción, se puede observar que no aparecen resultados para trastornos relacionados con el estrés, problemas alimenticios, insomnio, adicciones y que sólo aparecen resultados para algunos problemas de ansiedad e incluso no se recomienda para la fobia social. Todo esto contrasta con el hecho de que, en la divulgación actual de mindfulness como aplicación clínica, se afirme que es eficaz para una gran cantidad de trastornos y problemas (Baer, 2003; Coronado-Montoya et al., 2016; Siegel, 2011; Stahl y Goldstein, 2011; Vallejo, 2008).

CONCLUSIONES

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) mostraron eficacia como tratamientos donde mindfulness es uno de sus componentes; la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) mostró eficacia como tratamiento basado en la práctica formal.

MBCT Y el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) no son tratamientos eficaces (están explícitamente no recomendados) para la fobia social. MBSR no aparece como tratamiento eficaz para ninguno de los trastornos evaluados por la Asociación Psicológica Americana (APA) y el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) (sí aparece MBSR en la guía del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia de Estados Unidos como tratamiento para depresión). El Programa Basado en Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP) no aparece como tratamiento eficaz para trastornos por consumo de sustancias o alcohol en las guías de la APA, el NICE y el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), siendo que es un tratamiento específicamente diseñado para esos problemas.

De los tratamientos donde mindfulness es uno de sus componentes, ACT demostró ser eficaz para tratar la ansiedad mixta (eficacia modesta), trastorno obsesivo compulsivo (modesta), dolor crónico generalizado (fuerte), esquizofrenia (modesta) y depresión (modesta); DBT demostró ser eficaz para tratar el trastorno límite de la personalidad (fuerte) y el trastorno por atracón (modesta). De los tratamientos basados en la práctica formal de mindfulness, MBCT demostró ser eficaz para tratar la prevención de recaídas en la depresión (modesta) y Meditación Mindfulness presentó resultados aún limitados para el trastorno por consumo de alcohol, por lo que todavía no se lo puede considerar un tratamiento con apoyo empírico para ese trastorno.

Teniendo en cuenta que en ACT y DBT mindfulness es sólo uno de sus componentes y, por tanto, son tratamientos mucho más amplios, no se puede concluir que su eficacia se debe exclusivamente a mindfulness, lo que no implica negar que ese componente tenga su importancia en el proceso terapéutico. En todo caso, esto es algo a determinar y se necesita profundizar en investigaciones de componentes para tener información más clara.

Con todo, se puede concluir que las afirmaciones actuales sobre mindfulness como herramienta terapéutica para una gran cantidad de trastornos, tal como se afirma en gran parte de la literatura actual, carece de apoyo empírico suficiente. En las guías de eficacia sólo aparece un tratamiento con suficiente apoyo empírico, MBCT para prevención de recaídas en depresión, donde mindfulness es el

componente principal, es decir, donde la eficacia puede ser atribuida a mindfulness. Estos resultados deberían ser tenidos en cuenta por los psicólogos clínicos a la hora de recomendar tratamientos basados en la práctica formal de mindfulness para el tratamiento de problemas psicopatológicos, ya que la eficacia de un tratamiento debiera ser siempre la guía que determine su aplicación más allá de los gustos personales o adherencia por una determinada teoría o práctica particular (Rivadeneira, Minici y Dahab, 2006).

Finalmente, es justo remarcar que la “ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia”, es decir, que en la actualidad los resultados de mindfulness como herramienta terapéutica sean limitados y que no haya resultados sobre su eficacia en algunos trastornos no implica que no sea eficaz sino que en todo caso se necesita más investigación (y de mejor calidad) para determinar estos puntos.

BIBLIOGRAFÍA

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Coronado-Montoya, S., Levis, A. W., Kwakkenbos, L., Steele, R. J., Turner, E. H. y Thombs, B. D. (2016). Reporting of positive results in randomized controlled trials of mindfulness-based mental health interventions. *PloS one*, 11(4), e0153220.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D. y Crespo, A. V. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161–165.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Pladkus.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Lambert, M. J. (2013). Introducción y reseña histórica. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.
- Plaud, J.J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.
- Rivadeneira C., Minici A. y Dahab J. (2006). ¿Psicoterapia global o tratamiento psicológico específico? *Revista de Terapia Cognitivo-Conductual*. (11). Recuperado el 4 de marzo de <http://cetecic.com.ar/revista/psicoterapia-global-o-tratamiento-psicologico-especifico/>
- Segal, V. Z., Williams, M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. NY: Guilford Press.
- Siegel, R. D. (2011). *La solución Mindfulness: Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Stahl, B. y Goldstein, E. (2011). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Vallejo, M. A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 225-241). Madrid: Pirámide.