

# Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Lic. en Psicología

## Trabajo Final Integrador

---

“Creencias de los psicoterapeutas acerca la influencia de mindfulness en el vínculo con el paciente”

---

**Alumno:** Teper, Nicolás

**Tutor:** Dr. Castro Solano, Alejandro.

Buenos Aires, 29 de Agosto de 2016

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. General.....	5
2.2. Específicos.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 <b>Mindfulness</b> .....	6
3.1.1. Los orígenes.....	6
3.1.2 ¿Qué es mindfulness? Definiciones conceptuales.....	7
3.1.3 Definiciones operacionales e instrumentos de medición.....	8
3.1.4. Mindfulness: un proceso psicológico.....	9
3.1.5. La práctica de mindfulness.....	10
3.1.6. Beneficios de la práctica de mindfulness.....	13
3.2. <b>Mindfulness en la salud occidental</b> .....	14
3.2.1. Mindfulness en psicoterapia: Las terapias contextuales.....	14
3.2.2. Terapia Dialéctico Conductual (DBT).....	16
3.3. <b>Mindfulness y la relación terapéutica</b> .....	17
3.3.1 La relación terapéutica.....	18
3.3.2. La relación terapéutica como predictor de eficacia en la psicoterapia.....	19
3.3.3. Las características del terapeuta y su relación con el vínculo con el paciente.....	21
3.3.4. La práctica de mindfulness del terapeuta y la relación con el paciente.....	22
4. METODOLOGIA.....	25
5. PARTICIPANTES.....	25
6. INSTRUMENTOS.....	25
7. PROCEDIMIENTO.....	26
8. RESULTADOS.....	26

8.1. <b>Objetivo 1</b> .....	26
8.2. <b>Objetivo 2</b> .....	27
8.3. <b>Objetivo 3</b> .....	30
8.4. <b>Objetivo 4</b> .....	31
8.5. <b>Objetivo 5</b> .....	31
9. DISCUSION.....	32
10. CONCLUSIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXO.....	47

## 1. INTRODUCCIÓN

Producto de la globalización, los medios de comunicación y el acceso ilimitado e inmediato a la información por un lado, y la llegada a territorio occidental de inmigrantes provenientes de Asia por otro, estamos siendo testigos del entrecruzamiento de dos culturas histórica y completamente distintas. Cada una plagada de costumbres, creencias y modos de entender y accionar frente a los diversas situaciones vitales (Arroyo Moliner, 2013; Delgado, 2012; Simón, 2007).

En relación al modo de afrontar el padecimiento, los occidentales hemos desarrollado un sinfín de técnicas y estrategias en pos de dominar y erradicar los síntomas, mientras que algunas concepciones orientales, particularmente el budismo, proponen aceptar y tolerar la adversidad en una actitud de serenidad. En este sentido la integración a la psicoterapia de procedimientos meditativos provenientes de dicha corriente, han comenzado a mostrar beneficios para las personas que buscan una mejor calidad de vida a partir de una combinación dialéctica entre la aceptación y el cambio a la hora de enfrentar dificultades (Orgiles, y Gascó, 2014; Segal, 2014).

El siguiente escrito es resultado de la observación de diversos espacios de trabajo dentro de una institución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dedicada a la asistencia, prevención, formación e investigación en salud mental, la cual puede ser considerada como una de las primeras y principales impulsoras de corrientes psicoterapéuticas con mindfulness integrado.

En el área asistencial toma en cuenta principalmente las escuelas cognitivas y conductuales como así también aportes de la Gestalt, la sistémica, la psicología positiva y el mindfulness. En su compromiso con la búsqueda de abordajes de mayor evidencia empírica, son pioneros en la implementación de programas de terapia de tercera generación, particularmente la terapia dialéctico comportamental (DBT).

En el transcurso de la asistencia a dicha institución se pudo participar de diversos espacios de supervisión y reuniones de equipo, tanto en el área de psicología clínica general, en el cual se abordan diferentes problemáticas desde diversos modelos o escuelas terapéuticas, como así también en el área DBT, donde se trabaja particularmente con pacientes con trastorno límite de personalidad, participando activamente en el grupo de entrenamiento en habilidades sociales que son parte de dicho tratamiento.

También se concurreó en calidad de alumno a la formación de Mindfulness en psicoterapia, en el cual desde un marco teórico-práctico y vivencial, se abordan los beneficios que esta herramienta brinda tanto para el profesional como para el paciente.

El interés en la temática en cuestión surge de la observación de cómo esta práctica derivada de las corrientes orientales de meditación ha ido emergiendo en el campo de la salud occidental en las últimas décadas y de la fuerte y heterogénea inclusión que tiene dentro de esta institución. Mindfulness puede ser allí un área en sí misma, el marco teórico-técnico de un tratamiento, una herramienta terapéutica y/o una habilidad a desarrollar en el marco de un tratamiento, una práctica para facilitar los procesos de trabajo en equipo, una forma de relacionarse con el paciente, una actitud.

Si bien ya en la década del sesenta comenzaron a asomar algunas publicaciones científicas a cerca del mindfulness, es en los noventa cuando su aparición en la salud occidental progresa de manera acelerada llegando a publicarse revistas dedicadas exclusivamente a su difusión. Con el nuevo milenio, se comprueba incluso un aumento de aproximadamente mil trescientos por ciento en el registro de trabajos científicos referentes a esta temática, comparando el período que va desde el año 2000 al 2012, respecto de las dos últimas décadas del siglo pasado.

Hasta el momento, la investigación correspondiente a mindfulness en el ámbito de la salud se ha centrado en el valor de esta práctica como herramienta para el cliente, intentando documentar la eficacia de intervenciones basadas en ella para la resolución de problemáticas diversas. Contrariamente, es mínima hasta aquí la indagación respecto del efecto que puede producir como adiestramiento para el profesional, sobre el vínculo entre este y sus clientes, e indirectamente, por medio de la relación, en la calidad de vida del consultante.

Observando los diversos modos en los que dicha institución promueve el mindfulness tanto en la población clínica como no clínica y especialmente en el profesional de la salud, el interés se posa en las características de la práctica de dicha disciplina en los profesionales de la institución, y en las creencias y precepciones que estos tienen a cerca de la influencia de dicha práctica en la relación con sus pacientes.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. *General*

Explorar las características de la práctica de mindfulness de los terapeutas de una institución de terapia cognitivo conductual y las creencias que estos tienen respecto de su aporte a la relación terapéutica.

### 2.2. *Específicos*

- 1- Explorar las creencias de los terapeutas de una institución de terapia cognitiva contractual acerca de los aportes de la práctica personal de mindfulness a la relación terapéutica.
- 2- Comparar diferencias individuales en la práctica de mindfulness entre los terapeutas DBT y los terapeutas de clínica general.
- 3- Establecer la relación entre tiempo de práctica y capacidad de mindfulness en los terapeutas de una institución de terapia cognitiva contractual.
- 4- Determinar si existen diferencias en la capacidad de mindfulness entre los terapeutas DBT y los de clínica general.
- 5- Explorar las diferencias en las creencias respecto del aporte de la práctica personal de mindfulness a la relación terapéutica según capacidad de mindfulness.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Mindfulness

##### 3.1.1- Sus orígenes

Hablar de *Mindfulness* es referirse a un constructo originario de ciertas prácticas orientales, las cuales se encuentran actualmente en un proceso emergente en el mundo occidental (Simón, 2013; Soler et al, 2012). Este sería, según Mirò (2006), la traducción al idioma inglés del término en Pali, *Sati*, que en el ámbito de la meditación vipassana significa atender a lo que estamos haciendo, pero también recordar deliberadamente el ser consciente de aquello que hacemos. En síntesis: atender y darse cuenta.

No resulta fácil traducirlo al castellano, y si bien los conceptos que más se utilizan son *conciencia plena* o *atención plena*, gran parte de los diversos autores prefieren seguir recurriendo a la expresión anglosajona (Simón, 2013).

Considerada la esencia fundamental del budismo, se atribuye su origen, aproximadamente hace 2500 años, al Buda Shakyamuni, Siddharta Gautama, quien fuera el iniciador de dicha tradición filosófica y religiosa. Sin embargo, este sólo perfeccionó un método que habría recibido de sus maestros, lo que supone la existencia de alguna forma de mindfulness en seres humanos muy primitivos (Simón, 2007).

Según Rodríguez de Medina Quevedo (2012), atender plenamente es una capacidad universal inherente al ser humano, por lo que no se trataría entonces de un principio absolutamente budista, ni de una creencia religiosa, o un concepto filosófico. Resulta, más bien de una descripción fenomenológica de la naturaleza de la mente, la emoción y la capacidad de superar el sufrimiento.

El valor de la conciencia plena no guardaría entonces para nosotros una necesaria relación con la práctica del budismo, sino que se asocia a la noción de estar presentes, en contacto, conscientes de nuestra existencia, y con la capacidad de apreciar cada momento y de cuestionar nuestra visión del mundo (Kabat-Zinn, 2015).

Según Kabat-Zinn (2015), mindfulness nos brinda la posibilidad de salir del automatismo y la inconciencia. Dicho concepto, afirma Germer (2004, 2011), puede ser

utilizado tanto para referirse a un constructo teórico, como así también para describir un proceso psicológico, o como denominación de una práctica que posibilita el acceso a estados de conciencia plena.

### *3.1.2- ¿Qué es Mindfulness? Definiciones conceptuales.*

No resulta sencillo arribar a una definición de gran consenso y con cierta exactitud acerca de lo que es Mindfulness. En principio, dado que para poder advertir su real valor y su significado no alcanza con un acercamiento de tipo conceptual sino que además requeriría de un proceso vivencial. Además, agrega Hick (2014), algunos autores se refieren a él como un proceso de tipo espiritual, al tiempo que existen otras aproximaciones con absoluto rigor científico. Otros incluyen ambas posiciones, intentando sustentar dicha tradición espiritual milenaria a partir de la evidencia obtenida mediante los procedimientos de la ciencia moderna.

Según Brown y Ryan (2004), este concepto haría referencia a una condición de la conciencia que se caracteriza, en contraposición con estadios de actividad automática, por alto grado de contacto y apreciación a la experiencia del momento presente.

Bishop et.al. (2004), lo definen como un modo de conciencia focalizado hacia el presente sin juicios ni elaboraciones, en el que los diversos estímulos que afloran en el espacio atencional, se reconocen y aceptan tal como son.

Baer (2003), lo considera como la observación sin evaluación de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen, diferenciándola así de ciertas prácticas meditativas fundamentadas en el mantenimiento de la atención hacia un mantra o imagen como estímulo único.

Si bien existen diversas definiciones, sostienen Soler et al. (2012), todas ellas confluyen en la capacidad de estar consciente en el momento presente, siendo utilizada con mayor frecuencia la descrita por Kabat-Zinn, (2003), según la cual este consistiría en estar atento, intencionalmente centrado en el presente y con una actitud desprovista de juicios.



### 3.1.3- Definición operacional e instrumentos de medición

En una revisión de los numerosos entrenamientos clínicos basados en atención plena, Baer (2003), advierte sobre la falta de consenso existente en torno a una clara definición operacional de mindfulness y procedimientos clásicos. Y si bien diversos conceptos relacionados a la práctica de mindfulness, como la sabiduría y la compasión, entre otros, gozan actualmente de gran aceptación y aprecio, no cuentan con comprobación empírica alguna, lo cual podría complicar la validación experimental de las intervenciones.

Dimidjian, y Linehan, (2003), proponen una operacionalización basada en tres actividades que caracterizan la práctica, asociada a tres cualidades. Tres *habilidades qué*, las cuales se refieren aquello que se hace: Observar, describir y participar y tres *habilidades cómo*, que describirían el modo de hacerlo: Con aceptación, en el momento presente y de manera eficaz. A partir de estos conjuntos de habilidades Linehan (2011), estructura el módulo de habilidades de conciencia plena en la Terapia Dialectico Conductual (ver apartado 3.2.2.).

Bishop et.al. (2004), exponen una definición operacional distinta, basada en dos componentes: *Autorregulación de la atención y aceptación*. El primero se refiere a la capacidad de sostener el foco atencional en la experiencia inmediata, ampliando así la posibilidad de reconocer los eventos del momento presente. El otro refiere a la orientación o actitud específica que se requiere asumir y que se caracteriza por un estado de apertura, curiosidad y aceptación.

Brown y Ryan (2004), critican este modelo manifestando que una actitud de apertura desprovista de juicios, ineludiblemente estará acompañada de un incremento de atención a la experiencia inmediata, del mismo modo en que el aumento en la capacidad de mantener el foco atencional en un evento particular, requiere de una actitud de aceptación no evaluativa del mismo.

En este sentido, sostienen Brown y Ryan, (2004), la presencia del factor aceptación se superpondría al factor conciencia tanto a nivel teórico como en el campo de la medición, ofreciendo una definición operacional basada en un componente único denominado conciencia y constituido por dos aspectos: *awariness* que según la traducción de Perez y Botella (2006) significaría percepción o darse cuenta; y *Attention*

entendido como el mecanismo de dirigir centrada e intencionalmente la percepción, suministrando así un aumento de la sensibilidad a un evento particular.

Así, Brown y Ryan (2004), desarrollan un autoinforme de quince ítems centrado en el modelo unifactorial: MAAS (Mindful Attention Awareness Scale). El mismo puntúa los valores individuales de cada sujeto para atender y ser consciente a su experiencia presente en diversos sucesos de la cotidianidad.

Delgado, Rodríguez, Sánchez y Gutiérrez (2012), hacen referencia a dicho instrumento como uno de los más tenidos en cuenta, citando también: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI, Buchheld et al., 2001), que comprende cuatro factores; Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, (KIMS, Baer et al., 2004) también de cuatro componentes; y el Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer et al., 2006).

Soler et. al. (2012), suman a la lista anterior, la Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised (CAMS-R), la Toronto Mindfulness Scale (TMS) y la Philadelphia Mindfulness Scale (PHMS). Sin embargo, no dudan en afirmar que el MAAS, cuya versión española demuestra aceptables resultados en términos de validez y confiabilidad, sería el instrumento de medición más utilizado en investigación cuando la variable mindfulness requiere ser mensurada.

#### *3.1.4- Mindfulness: un proceso psicológico*

Kabat-Zinn (2013) sostiene que la mente divaga viajando hacia el pasado o el futuro, proyectando, anticipando cómo es que las cosas deben ser o realizarse. Estas son resistencias instintivas o no deliberadas que se activan sin control consciente mayormente en momentos de malestar psicológico como un mecanismo de evitación.

Esta condición de operar de nuestra mente, que podríamos denominar modo *Hacer*, deriva, al desviarnos de la experiencia del aquí y ahora, en la desatención y por lo tanto el despilfarro de la potencialidad de aprendizaje que podrían aportar cada una de nuestras vivencias. De modo contrario, la presencia de un modo *Ser* o mindfulness, ajustado al presente, nos permite acceder de forma plena a nuestras experiencias, pudiendo así observar el devenir de nuestras diversas reacciones. (Kabat-Zinn, 2013).

Siegel, (2007), describe la presencia *mindful* como opuesto al estado *mindless* que refiere a los momentos en que no atendemos a aquello que pensamos, sentimos o hacemos permitiendo que nuestra mente divague hacia el pasado o al futuro y/o funcione en automático. A partir de la receptividad, la autoobservación y otros mecanismos inherentes a la conciencia plena, se diluyen los condicionantes del aprendizaje sobre la experiencia actual, desnaturalizando los procesos automatizados.

Mediante el redireccionamiento de la atención a la respiración es como se sorteaba la elaboración de objetos, funcionando de manera similar a la inhibición cognitiva en el nivel de selección de estímulos. Al retirar la atención del trabajo de elaboración, afirman Bishop et al. (2004), aumenta la capacidad de procesamiento de la información proveniente de la experiencia inmediata. De este modo es posible acceder a la información proveniente desde los sentidos de modo directo, libre de sesgos, sin atravesar el filtro de creencias, deseos y expectativas que habitan en la mente. Tal como si estuviese atendiendo a estos por primera vez. Un modo de observar la realidad que se ha descrito como *mente de principiante*.

La posibilidad de acceder a este tipo de conciencia es según Simon (2007) una capacidad humana básica esencial y según Pérez y Botella (2006) las personas difieren entre ellas respecto de ella, registrándose asimismo incrementos y bajas en un mismo individuo en diversas situaciones y por una multiplicidad de causas.

### 3.1.5- La práctica de *mindfulness*

Germer (2011), afirma que la práctica de atención plena aumenta las probabilidades de experimentar momentos *mindful*, o sea de estar presente de manera consciente en el aquí y ahora. Es decir que la capacidad individual de atención plena en una persona es susceptible de verse incrementada a través del entrenamiento.

Advierte Kabat-Zinn (2003, 2015), que si bien la práctica de la atención plena es algo simple, de ningún modo resulta fácil. Por el contrario, la tendencia errante de la mente, su disposición a la dispersión, insiste incansablemente y con tal tenacidad, que se requieren altos niveles de compromiso y disciplina. Dicho compromiso puede adoptar distintos niveles en un rango que va desde la práctica formal, durante cierto tiempo en

forma regular, hasta la informal a partir de la cual se podría lograr la evolución de la consciencia plena hacia las diversas actividades diarias.

La práctica informal refiere Kabat-Zinn (2013), sería al menos tan importante como la práctica formal, pero su implicancia se vería reducida si se realiza sola, sin el ejercicio regular de la meditación.

Al hablar de práctica formal de mindfulness nos estaríamos refiriendo, según Pérez y Botella (2007) a aquello que el Zen entiende bajo el termino *Zazen*, o sea, la meditación. Particularmente según Delgado et al. (2012) a lo que se conoce como *Awareness or Insight Meditation*: la Meditación Vipassana.

Requiere, según Kabat Zinn (2015), poner freno a cualquier tipo de tarea para dedicarse intencionalmente, durante un período de tiempo, a la inacción. No supone sentirnos de ningún modo en particular ni poner en blanco la mente. Tampoco su finalidad es la relajación. Es en sí ceder, soltar el control, permanecer como se está y aceptar el flujo cambiante de pensamientos, sensaciones y emociones sin intervenir en él.

En este caso sugieren Orgiles, y Gascó (2014), la práctica consiste en tomar algún objeto presente en el campo de la conciencia, sea este interno o externo, como de punto de referencia, centrar allí nuestra atención y redirigirla al mismo punto cuando la misma se desoriente. Este objeto funciona como un *ancla* que posibilita la ligadura al aquí y ahora. Esta metáfora es compartida también por Kabat Zinn (2005,2015), quien advierte sobre el beneficio de contar con puntal al cual poder llevar y devolver la atención cuando la misma se extravía, y recomienda la respiración como elemento ideal para el cumplimiento de esta función.

Una vez escogido nuestro objeto de anclaje, la práctica de mindfulness se basa esencialmente en atender, observar y discriminar los diversos contenidos que se presentan en la conciencia. “Observe todo aquello que surja en su mente, solo obsérvelo”, es según Simón (2013) lo que se conoce como la instrucción fundamental.

Se continúa, refieren Orgiles, y Gascó (2014), atendiendo a todo evento que irrumpe en el campo perceptual, sean estos pensamientos, sentimientos, sensaciones, concientizándonos de su presencia, observando con una actitud de *aceptación radical*, entendida esta como la total renuncia a cualquier intento de intervención, para luego redirigir amablemente nuestra atención al objeto de referencia.

Lo anterior coincide con lo propuesto por Brown y Ryan (2004) acerca de los dos componentes implicados en el factor conciencia: atender y darse cuenta. Bishop et al. (2004), hacen referencia a dos procesos implicados, el mantenimiento de la atención por un lado, y el *switching* por otro, que representa el acto dirigir la atención de una figura del campo a otra, permitiendo al entrenado desarrollar la capacidad de reorientarla al objeto ancla, luego de la percepción de los diversos eventos posibles.

Hanh y Cheung (2010) recomiendan ejercicios formales de consciencia plena entre los que podemos citar el scanneo corporal, el cual reside en una exploración de todas las sensaciones corporales presentes; el mindfulness de las emociones, en el cual se intenta identificar la raíz, la aparición y los resultados de la emoción que irrumpe; y el mindfulness del amor o de la bondad y la compasión, en la cual se recita una oración dirigida en principio en primera persona, para luego dirigirla hacia sujetos a los que se tiene un afecto positivo, luego hacia otro que despierta una estima neutra para finalizar enviando el deseo de amor y bondad hacia aquel que haya provocado alguna herida.

Brown y Ryan (2004), sugieren no basar el entrenamiento únicamente en la práctica formal autocontemplativa ya que el beneficio principal de la práctica de atención plena sería justamente expandir esta calidad de presencia al mundo social y cotidiano. Basta atender de un modo particular la actividad que estemos realizando en el presente, sea cual sea, para estar en una práctica informal de conciencia plena. Podemos utilizar habilidades mindfulness tales como la observación y la descripción al lavar los platos, al comer, o al caminar (Hick, 2014; Dimidjian y Linehan 2003; Parra Delgado et al. 2012).

Kabat Zinn (2015), hace referencia también a la práctica informal de la meditación de la respiración, en la cual nos percatamos de su presencia durante el día, sea de modo continuo o de a momentos, sin importar lo que estamos haciendo ni dónde nos encontremos. Asimismo, propone poner en práctica las habilidades de atención plena mientras caminamos, pudiéndonos centrar en la pisada, en las transferencias de peso, en los diversos movimientos que se suceden en el pie, etc.

Coincidentemente, Hahn (2010, 2014) recomienda el movimiento consciente que remite a la realización de actividad física con atención plena. Sugiere también el ejercicio de comer consciente que reside en prestar atención plena a cada paso implicado en la preparación, al momento de servir y al ingerir los alimentos. Otras posibilidades podrían ser ejercitar la atención plena al lavar la ropa, al asear la casa, preparando una taza de té o bañándose en cámara lenta.

### *3.1.6- Beneficios de la práctica de mindfulness*

La práctica de mindfulness brinda la posibilidad de ensanchar y clarificar nuestra conciencia con una mayor aceptación de la realidad tal como es. Nos permite además, ser conscientes de la influencia que tiene nuestra mente en nuestra percepción, nuestro pensamiento y nuestras relaciones. Cualquier persona podría entonces beneficiarse de ella al verse aumentado su nivel de concentración, aminorando sus distracciones, potenciando su autoconsciencia, aceptando la realidad tal cual es y logrando un máximo disfrute del momento presente (Kabat-Zinn, 2015).

A través de esta práctica es posible desarrollar determinadas habilidades o actitudes, afirman Lázaro, Diex, y de Silva, (2012) y citan entre otras a la empatía, la compasión, la paciencia, la aceptación. Estas y otras habilidades derivadas del ejercicio de la atención plena, posibilitan una mayor conciencia y comprensión de los contenidos y procesos de la mente. El vínculo con la realidad, se torna así menos reactivo, permitiendo la elaboración de un repertorio de respuestas más amplio y flexible promoviendo efectos directos en los estados de salud, bienestar y felicidad de las personas.

En un estudio realizado por Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, y Sheridan, (2003) (Citado en Kabat Zinn (2003); Simon (2007), se midió la actividad cerebral de los sujetos participantes de un entrenamiento de atención plena y sujetos no participantes del mismo, evidenciando una acción neuronal superior del primer grupo en el área cortical del hemisferio izquierdo, asociado a emociones positivas.

En otro estudio Lazar, Kerr, Wasserman, Gray, Greve, Treadway y Rauch (2005), al comparar estructuralmente los cerebros de los meditadores y del grupo control se observó un mayor grosor en la corteza cerebral de los primeros, particularmente en la ínsula del hemisferio derecho, y la corteza prefrontal derecha asociadas a la actividad interoceptiva y la conciencia de la respiración, y a la capacidad de sostener la atención respectivamente.

Los resultados de dicho estudio demuestran según Simon (2007) que la práctica de mindfulness no solo produce alteraciones en la actividad cerebral durante el ejercicio mismo, sino que un entrenamiento sostenido, puede derivar en modificaciones de tipo estructural. O sea, el mantenimiento de una práctica meditativa durante un tiempo lo suficientemente prolongado, deriva en transformaciones al nivel del rasgo.

### 3.2- Mindfulness en la salud occidental

Kabat Zinn (2003), advierte que los beneficios derivados de la práctica de atención plena deben ser un mero efecto del mismo pero no pueden ser tomados como metas de la práctica ya que esta no debe ser confundida con una implementación de técnicas y estrategias para llegar a un fin determinado, menos aún la resolución de problemas.

Sin embargo, es el mismo Jon Kabat-Zinn, según Vallejo Pareja (2006), el responsable de la integración de mindfulness al mundo de la salud en occidente. Este inaugura en 1979 el Centro Mindfulness, para el abordaje casos que no respondían a la medicina tradicional y crea luego en 1982, según Pérez y Botella (2006), su programa basado en mindfulness para la reducción del estrés (MBSR), precursor de una extensa lista de modelos de intervención terapéutica occidentales que incluyen la práctica de atención plena.

MBSR es el modelo basado en mindfulness más citado y utilizado por la medicina occidental. Kabat Zinn (2003) hace referencia a un estudio con pacientes con cáncer de próstata en los que se detectó un efecto positivo sobre la adherencia al tratamiento y una merma en la tasa de crecimiento de la metástasis. Pérez y Botella (2006) afirma la existencia de estudios que señalan evidencia de mejorías en el humor y los síntomas de estrés, las disfunciones en el sueño y la calidad de vida en general en personas que padecen dicha enfermedad a partir de su inclusión en dicho programa.

Asimismo, a través de la implementación de MBSR, los pacientes trasplantados han logrado modificaciones similares a los recién citados para los pacientes oncológicos y se han demostrado efectos beneficiosos en personas con soriasis, con diagnósticos cardiovasculares y en personas portadoras de HIV. (Pérez y Botella, 2006).

#### 3.2.1- *Mindfulness en psicoterapia: Las terapias contextuales.*

Si bien reconocen Orgiles, y Gascó (2014), la incursión del mindfulness como coadyuvante en distintos enfoques psicoterapéuticos tales como el psicoanálisis, la terapia humanista y la escuela sistémica, son las terapias de la conducta de tercera generación, conocidas también como terapias de tercera ola o contextuales, aquellas que integran mayormente la aplicación de entrenamientos de conciencia plena.

La primera generación de terapia conductual surge en la década del cincuenta como crítica al modelo entonces dominante, el psicoanálisis, como una terapia basada en evidencia científica, centrada en la investigación proveniente de la psicología del aprendizaje, específicamente en los modelos de condicionamiento clásico y operante (Pérez, 2006).

La segunda generación o terapia cognitiva de la conducta refiere Pérez (2006), nace del interés de los años setenta en comprender aquello que ocurría entre estímulo y respuesta, y de los avances de la ciencia psicológica sobre los llamados procesos de información. Este paradigma tiene como característica esencial, según Mañas (2007), la consideración de la cognición como antecedente de la conducta y por consecuencia en ella se hallaría la raíz de los problemas psicológicos.

En el caso de la terapia de la conducta, como su nombre lo indica, la intervención se dirige en pos del cambio comportamental, mientras que la TCC, apunta en primera instancia a la modificación en el pensamiento. En las terapias contextuales, destaca Vallejo Pareja (2006), la inclusión del mindfulness colabora con la aceptación de las sensaciones y eventos tal cual son como contrapartida a los intentos fallidos de control y evitación de la conducta, entendiendo según Lázaro et al. (2012), que no son los pensamientos y las emociones los causantes del padecimiento psicológico, sino el modo en el que la persona se vincula con ellos. No se trata entonces, como en los modelos previos, de eliminar radicalmente la sintomatología, sino de lograr un cambio en el modo en que el sujeto se relaciona con esta, a fin de que lentamente aminore su intensidad.

Dentro del conjunto de las denominadas terapias de tercera generación podemos distinguir, por un lado, aquellas señaladas como intervenciones basadas en mindfulness y que utilizan prácticas formales de consciencia plena, y aquellos modelos que incorporan entrenamiento informal de habilidades mindfulness, por otro. (Baer, 2003). Entre los primeros estarían la Reducción del Estrés Basada en Conciencia Plena (MBSR); la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) para el abordaje de la depresión y la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) dirigida al trabajo de personas con conductas adictivas. (Baer, 2003; Hick y Bien 2010; Pérez y Botella 2007). En el otro grupo Pérez y Botella (2007) citan la Terapia Breve Relacional (BRP), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT).



### 3.2.2- *Terapia Dialéctico Conductual o Comportamental (DBT)*

La terapia dialéctico conductual (TDC o DBT, según sus siglas en inglés) se trata, según Linehan (2003); Palacios (2006); Perez y Botella (2007); Suarez (2008), del primer tratamiento diseñado específicamente para personas con trastorno límite de personalidad (TLP) con correlatos de efectividad a partir del estudio de ensayos clínicos controlados.

Desde la teoría biopsicosocial, se considera que las personas que padecen dicho trastorno poseen un déficit en su capacidad para regular las emociones a causa de la interacción entre una vulnerabilidad biológica para dicha actividad y un ambiente invalidante que tiende a responder de manera errática e insensible a la expresión emocional del niño, favoreciendo así la desregulación y obstaculizando en él, el aprendizaje para etiquetar y modular su activación. De este modo el infante no logra desarrollar su capacidad de sobrellevar el malestar, como tampoco la confianza necesaria para considerar como válidas sus respuestas emocionales (Linehan, 2003).

A esta desregulación emocional, le siguen intentos efectivos pero desadaptativos de controlar la propia inestabilidad derivando en disfunciones conductuales, cognitivas, interpersonales y en la identidad, (Linehan, 2003; Palacios, 2006). Dentro del repertorio de estrategias de control/evitación emocional a las que recurre una persona TLP, Linehan (2003), enumera conductas impulsivas auto-lesivas, consumo de sustancias y actos parasuicidas entre otros.

En este sentido la TDC administra una amplia gama de estrategias cognitivo conductuales con el fin de dotar al sujeto de habilidades para la solución activa y equilibrada de problemas. Linehan (2003), considera, sin embargo, que la utilización de estrategias de cambio en pacientes con TLP resulta insuficiente y puede además reproducir la experiencia invalidante del paciente, por lo que se hace imprescindible la inclusión de técnicas de aceptación, que son consecuencia de la integración de prácticas espirituales de oriente, puntualmente el zen, en la psicología occidental.

Así, la TDC dispone como eje central de tratamiento un entrenamiento en habilidades psicosociales de una año de duración y que se divide en cuatro módulos: habilidades de conciencia plena, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de regulación emocional y habilidades de efectividad interpersonal (Linehan, 2003); (Palacio 2006).

Las habilidades mindfulness ocupan el módulo inicial del entrenamiento que se intercala entre los otros tres, siendo así las únicas que se entrenan indefectiblemente durante todo el transcurso del año. Estas, según Linehan (2003), corresponden a la suma de las tres habilidades qué, y las tres habilidades cómo correspondientes a la definición operacional de mindfulness propuesta por Dimidjian y Linehan (2003). Las mismas, sostiene Suárez (2008), permiten alcanzar una consciencia superior acerca del sí mismo y del contexto, facilitando la observación del estado emocional y de los pensamientos en el momento presente, para posibilitar el acceso a una respuesta eficaz y adaptativa.

En general, comentan Pérez y Botella (2007), los ejercicios que aprenden los pacientes a lo largo del entrenamiento en consciencia plena, refieren a distintas propuestas que el maestro zen Thich Nhat Hanh compila en su obra “El milagro del mindfulness”, entre las que se pueden citar: consciencia de la respiración, consciencia plena al ducharse, al comer, mientras se limpia la casa, consciencia del cuerpo en movimiento, etc.

### **3.3- Mindfulness y relación terapéutica**

Tanto las técnicas formales de meditación que se incluyen en los modelos basados en atención plena, como las instrucciones destinadas a la adquisición de habilidades mindfulness en la TDC y otros programas son, según Siegel (2010), procesos directos de ayuda que la integración de mindfulness ofrece a los objetivos de la psicoterapia.

Además, sostiene Siegel (2010, 2012), la llegada del mindfulness al ámbito de la salud mental, y particularmente a la terapia psicológica, brinda la posibilidad de colaborar con la disminución de los padecimientos del paciente a partir de procesos indirectos. Estos se relacionan con los estados de presencia mindfull dentro del contexto terapéutico que un profesional puede lograr a partir de su propia práctica de atención plena, aumentando la sintonía y la disponibilidad empática hacia todo aquello que surja, modificando así la calidad de la relación que se establece entre ellos.

La calidad de la presencia del terapeuta refiere Siegel (2012) sería el elemento que predice en mayor medida la respuesta del paciente, siendo varios los estudios que documentan la supremacía del vínculo terapeuta-paciente, por encima de otros factores, respecto de la incidencia en el resultado positivo del trabajo terapéutico.

### 3.3.1 - *La relación terapéutica.*

La psicoterapia es siempre una relación humana por lo que no es posible pensarla por fuera de las propiedades de una relación entre al menos dos personas. Ambos perciben un vínculo cuya calidad relacional y emocional se relaciona con los resultados favorables o no de trabajo terapéutico (Etchevers, González, Sacchetta, Iacoponi, Muzzio y Miceli, 2010; Corbella y Botella, 2003; Gómez, 2010 ).

Los sentimientos y actitudes que paciente y terapeuta tienen entre sí, y sus expresiones, son los elementos que definen esta relación. Se la califica como positiva cuando se suscitan afectos de agrado y modos de vincularse basados en el respeto y la confianza del cliente hacia el profesional y viceversa (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella García y García 2009; Reyes, Flores, Durán y Méndez, 2011).

Freud (1912), fue el primero en proclamar el valor curativo de la relación entre analista y analizado. En sus escritos sobre la dinámica de la transferencia, describe el desarrollo positivo de la misma como el motor del tratamiento, mientras que sus aspectos negativos constituirían un obstáculo. Para posibilitar el establecimiento de un vínculo positivo sugiere, es menester que el analista sostenga constantemente el interés y una postura comprensiva hacia el paciente.

Zetzel (1956 citado en Corbella y Botella, 2003), distingue la alianza terapéutica de la transferencia, describiéndola como el elemento no neurótico de la relación. Esta facilita y promueve la introspección y permite al paciente al paciente tolerar y explotar las interpretaciones del analista. A partir de esto sostienen Corbella y Botella (2003), el concepto de alianza será considerado como el factor principal en la consolidación, sostenimiento y calidad de la relación terapéutica siendo investigado y utilizado por casi la totalidad de los modelos existentes de psicoterapia.

Sera el movimiento humanista, a comienzos de los años sesenta el que pondera en su máxima expresión el valor de la relación terapéutica como promotora de salud, centrándose en los aspectos visibles, distinguiéndolos de los elementos transferenciales del vínculo entre el cliente y el profesional a los que hace referencia la escuela psicoanalítica (Lambert y Simon 2014). Sugiere Rogers (1961), que logrando el terapeuta generar una relación determinada por vivencias de autenticidad, posibilitándosele así una clara experimentación de sus sentimientos, aceptando y

valorando al otro como tal y siendo capaz de comprender el mundo de ese otro, (su cliente), desde su propio marco de referencia, este se volverá capaz de experimentar y comprender partes de su ser que suele reprimir. Logrará acercarse más a aquel que desea ser, volviéndose poseedor de una mayor auto confianza para así poder afrontar dificultades con mayor facilidad y se tornara, más eficaz. La comprensión empática, la congruencia y la aceptación incondicional, asevera Rogers (1961, 1997) serán las tres características elementales necesarias y suficientes que todo terapeuta debe tener para lograr una relación efectiva con su cliente.

Si bien la terapia cognitiva en sus inicios, colocó un menor acento en la relación paciente-terapeuta centrando su interés y la expectativa de resultados positivos en el perfeccionamiento de la técnica, se verá con el tiempo y la evolución de la investigación obligada a observar con mayor interés el lugar central que ocupa el vínculo terapéutico como predictor de eficacia. (Gomez, 2010). En un estudio comparativo respecto del establecimiento de alianza terapéutica en sesiones de terapia psicodinámica y terapia cognitivo conductual, Raue, Gldfried y Barkham (1997) encontraron que esta última puntuaba de modo superior por sobre la primera.

Linehan (2003) remarca el valor que la relación terapéutica tiene en DBT ya que a veces es este elemento el único que sostiene con vida al individuo con tendencia suicida.

### *3.3.2- La relación terapéutica como predictor de eficacia en la psicoterapia*

A pesar de los diversos estudios realizados durante la década del setenta en los que se intentó determinar diferencias respecto de la efectividad de los diversos modelos psicoterapéuticos no se ha podido identificar superioridad significativa de un modelo sobre otro. (Castro Solano, 2002; Winkler , Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989)

A principios de la década siguiente, el interés ya no se posará en las divergencias entre las escuelas, sino más bien en los elementos comunes de la tarea que son independientes a la teoría: los referentes al paciente, aquellas que son propiedad del terapeuta y las respectivas a la relación que se establece entre ambos. Es en los factores inespecíficos de la terapia donde se observan las variables productoras de cambio y tanto las respectivas al paciente como las del terapeuta deben ser siempre estudiadas en el marco

de la interacción. Bajo estas premisas y considerando que toda psicoterapia se basa en una relación cooperativa de continua y mutua influencia, es evidente el valor esencial que la relación que entre estos se establece, posee como facilitador y promotor del cambio psicológico ( Winkler et al., 1989).

En este sentido afirma Siegel (2012), la existencia de una relación positiva entre el profesional y el consultante colabora en gran medida con los resultados positivos del procesos terapéutico convirtiéndose así en un verdadero predictor de los mismos. Norcorss (2011), asegura que la varianza en los resultados de una terapia pueden explicarse a partir de la técnica solo entre un 5 y un 10 por ciento, atribuyéndose todo los demás a variables externas al proceso y a elementos relativos al vínculo.

También, Lambert y Ogles (2004), y Hick y Bien (2014) , otorgan una mayor influencia de la relación terapéutica como predictor de resultados efectivos en el proceso de curación por sobre el modelo en que se base la práctica aplicada del profesional.

Existe incluso otros estudios que sostienen la importancia del establecimiento de una positiva relación terapeuta–paciente. La mayoría tiende a utilizar el constructo alianza terapéutica, el cual logra asociaciones positivas significativas con el resultado eficaz del proceso terapéutico. Según Germer (2004), una fuerte alianza puede ayudar a una persona a aumentar su seguridad y confianza para explorar su enfermedad y según Wexler (2006), es un factor primordial de la terapia, capaz de representar un tercio de la variación en las medidas de resultado del procesos curativo.

Estos resultados resultan aún más significativos cuando los valores se corresponden a datos obtenidos de la percepción del cliente (Lambert y Simon 2014). Un estudio realizado por Santibáñez Fernández, Mella y Vinet, (2009) en el que se evalúa la efectividad de la psicoterapia muestra una asociación significativa entre la alianza terapéutica percibida por el paciente y el resultado de la psicoterapia incluyendo puntuaciones que manifiestan disminución de sintomatología.

Los terapeutas que provocan impactos favorables en sus clientes, son los que estos últimos describen como comprensivos, empáticos y aceptadores, a la vez logran evitar actitudes de rechazo, descuido, tendencia a culpabilizar y adherirse la técnica a pesar de la resistencia del cliente ( Lambert y Ogles, 2004). Asimismo sugiere Wexler (2006) que las cualidades facilitadoras del terapeuta han sido empíricamente cotejadas como una variable de importante efecto en la formación de la alianza.

### 3.3.3- *Las características del terapeuta y su relación con el vínculo con el paciente.*

Según Corbella y Botella (2003) , fue a partir de los escritos de Carl Rogers acerca de las actitudes terapéuticas básicas que se originó la motivación hacia la investigación de los rasgos y los comportamientos del profesional que promuevan resultados favorables. En dicho sentido refiere Strupp (1978), la actitud del terapeuta debe ser tal que logre generar una atmosfera propicia para el cambio, lo cual requiere conductas básicas de respeto, aceptación y comprensión y requiere una disposición a evitar el juicio y la crítica y las reacciones emocionales negativas. Empatía, aceptación incondicional, calidez, autenticidad, congruencia entre otras, son según Reyes et al. (2011), características fuertemente vinculadas a la eficacia del terapeuta ya que colaboran en gran medida con la posibilidad de obtener una alianza positiva con el cliente.

Desde el enfoque cognitivo comenta también Gómez (2010), que la relación terapéutica debe constituirse de modo que posibilite la expresión, el entendimiento y la transformación de las creencias de tipo disfuncional y requiere de una proporción justa y armoniosa entre la funciones de apoyo y contención por un lado y estimulación hacia la evolución por otro. Para esto se necesita de una autentica calidez, empatía y sinceridad por parte el terapeuta quien debe estar atento a salirse del lugar de sabio. Es preciso transmitir seguridad, prescindiendo de una actitud de crítica y reprobación para así promover en el cliente la confianza que pueda en debilitar el desánimo y la impotencia.

Lambert y Simon (2014) mencionan diversos estudios que constatan el valor de ciertas características asociadas a las actitudes citadas por Rogers (1961). Entre estos citan los realizados por Lazarus (1971) y por Strupp, Foz y lessler (1969). En ambas, los pacientes atribuyen los beneficios obtenidos en su terapia, a los atributos personales del terapeuta y no a la técnica utilizada. En el primero, estos terapeutas fueron calificados como sensibles, amables y sinceros, mientras que en el otro, los términos utilizados fueron amable, comprensivo, respetuoso, interesado y atento.

Aparte de estos, Lambert y Simon (2014) citan otros trabajos cuyos resultados sostienen correlaciones relevantes entre las puntuaciones de empatía y la eficacia del tratamiento. Según Siegel (2012), los estudios revelan que no es posible la evolución terapéutica de un paciente en presencia de profesionales carentes de interés y comprensión empática.

Gómez (2010) sugiere que el terapeuta debe poder esencialmente percibir y distinguir el marco referencial de cada paciente, teniendo en cuenta así sus necesidades y aspiraciones vinculares. Su actitud entonces debe ser ante todo flexible y variable de acuerdo a las peculiaridades de cada cliente. La continua atención del terapeuta a las diversas reacciones del paciente es lo que permitiría que este pueda realizar un ajuste actitudinal adecuado para cada situación.

Es esencial entonces, que el terapeuta atienda profundamente a todo lo que sucede durante el transcurso del encuentro terapéutico. La cantidad y calidad información que este será capaz de percibir y procesar para llevar a cabo su trabajo en pos de mejorar la calidad de vida de su paciente obedecerá sostiene, Siegel (2012), a la disposición de su capacidad atencional.

#### *3.3.4- La práctica de mindfulness del terapeuta y la relación con el paciente.*

La tarea del psicoterapeuta es compleja. Involucra la percepción simultánea de la conducta verbal y no verbal de los pacientes, la autorregulación de las propias percepciones y el manejo de la contratransferencia entre otras cuestiones. Además, su quehacer profesional incluye un sin número de ocupaciones extras al encuentro con el paciente. En consecuencia, todo terapeuta, debe dirigir y aguzar su atención durante la sesión de la mejor manera posible, en un estado de apertura y receptividad hacia su cliente, evitando que otras cuestiones lo distraigan. (Hick y Bien, 2014; Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, Rother y Nickel, 2007).

Hick (2014), considera sumamente relevante el impacto que provoca la práctica de mindfulness en la relación entre aquel que lo practica y su paciente. Admite sin embargo la escases actual de investigación que pueda sustentar el valor de la conciencia plena como entrenamiento para terapeutas, en el desarrollo de mejores relaciones terapéuticas y de beneficios posteriores para la persona en tratamiento.

Germer (2004), sostiene que diversos estudios identifican la conciencia plena como un elemento clave en los protocolos de tratamiento, como un ingrediente esencial en la relación terapéutica y como herramienta para que los psicoterapeutas desarrollen sus habilidades personales y profesionales.

El primer estudio controlado dirigido a investigar sobre los beneficios que la práctica de atención plena del terapeuta aportaría a los fines de la terapia, realizado por Grepmaier et al. (2007), lleva a concluir que esta afecta positivamente en el curso y el resultado de los tratamientos. Se observó, a partir de un doble ciego entre terapeutas meditadores y no meditadores, que los pacientes atendidos por los profesionales pertenecientes al primer grupo mostraban significativas mejorías en diversas áreas respecto de los otros, manifestando una comprensión mayor de su dinámica psíquica y de sus dificultades, y una mayor reducción de la sintomatología. Además, lograron desarrollar nuevos comportamientos pudiendo implementarlos en su vida cotidiana seguida de una superior autoevaluación de su progreso.

Mindfulness en psicoterapia puede designar a un modo de escucha atenta, profunda y empática que posibilita al terapeuta sostener su presencia en la relación con el paciente. El terapeuta mindful logra de este modo centrar su tarea en el vínculo como palanca de cambio y consecuentemente en la actitud que se le requiere para que este resulte eficaz (Hick, 2014). Según Siegel (2012), en la medida que adoptamos este tipo de actitud tendemos a situarnos en un modo de presencia, que podría describirse como un estado de receptividad activa. A partir de los estados de presencia dirigidos hacia un otro, el paciente en este caso, se hace posible la sintonía. Un estado de absoluta conexión en el que se hace posible captar la esencia del otro e incorporarla a nuestro mundo interno.

Dichos procesos de sintonía son parte de la plataforma necesaria de las relaciones empáticas. Al implicarse mutuamente, focalizando la atención en la mente del otro la sintonía se vuelve recíproca provocando transformaciones en ambos al apreciar un cambio en el estado interno del otro. Es mediante este proceso que denominamos resonancia, partir del cual nos sentimos sentidos por el otro. (Siegel 2012)

La confianza, refiere podría describirse como un estado receptivo de amor sin temor, en el que el sujeto se encomienda en manos de otro de quien espera conexión, consuelo y protección. Este estado es dependiente de la secuencia Presencia-Sintonía-Resonancia y de la apreciación neuroceptiva de seguridad, suscitando una amplia receptividad que



resulta según Siegel (2012), propicia para el comienzo y el sostén de modificaciones neuroplásticas positivas.

Mindfulness es una habilidad que permite ser menos reactivo frente a lo que sucede brindando la posibilidad de ver las cosas tal como son. En la medida que el terapeuta sea capaz de sostener su presencia atenta y logre discernir y franquear los diversos mecanismos condicionantes de su pensamiento y percepción, estará apto para tomar una postura de total aceptación. Esta actitud implica además de la suspensión del juicio, cierta medida de bondad, y posibilita en el paciente el desarrollo de una totalidad libertad emocional (Germer, 2004).

Un terapeuta con atención plena puede tornarse más receptivo y sensible ante las más ligeras expresiones conductuales de su cliente y por lo tanto se vuelve posible intervenir con el paciente en relación a estas. Además, refieren Willson y Sandoz (2014), este profesional practicante de mindfulness a partir de su presencia mindfull en presencia del paciente deviene en un agente modelador de una actitud y conducta similar en él.

A través de la conciencia plena desarrollamos una actitud COAL, (curiosity, openness, acceptance and love), tanto al sintonizar con nuestro más profundo yo como así también al sintonizar y aproximarse al otro. (Siegel, 2007). Al promover el crecimiento y el fortalecimiento de los circuitos de resonancia, sugiere Siegel, (2007), es de suponer que aumentara la sintonía intra e interpersonal y por lo tanto se desarrollaran estados de preocupación compasiva y de empatía. Estos afectos, afirma Germer (2004) son aspectos relacionales fundamentales para la terapia exitosa que están sumamente relacionados con la actitud de aceptación.

Así, al practicar mindfulness dice Simón (2010), el terapeuta se predispone para la actividad clínica y amplía sus posibilidades de ejercitar allí la atención plena, ya que en los estados de conciencia producidos por la práctica, se activan los mismos circuitos de neuronas que trabajan en la evolución de los estados de sintonía y resonancia.

Las características y actitudes terapéuticas que un terapeuta requiere desarrollar y ejercer para lograr un tipo de relación con su paciente que pueda ser evaluada como positiva en tanto favorece los objetivos del proceso terapéutico, resultan concordantes en gran medida con la actitud que sugiere Kabat Zinn (2005) como la correcta para la práctica de atención plena: No juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar, practicar el desapego, confianza y constancia. Siegel (2010), la

condensa en cuatro componentes: curiosidad, apertura, aceptación y amor y propone así, la práctica de conciencia plena como el entrenamiento básico para la mente del terapeuta.

#### **4- METODOLOGÍA**

Tipo de estudio: Descriptivo / correlacional

Diseño: Cuantitativo

#### **5- PARTICIPANTES**

La muestra consta de 35 (treinta y cinco) terapeutas, todos pertenecientes a la misma institución, de los cuales 20 (veinte) son parte del equipo DBT y 15 (quince) trabajan en el equipo de psicología clínica general. La gran mayoría de ellos son mujeres. Solo han participado 4 (cuatro) hombres del grupo DBT y 4 (cuatro) hombres de clínica general. El rango etario de los participantes va de los 30 a los 40 años y son todos residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del primer cordón del Gran Buenos Aires.

#### **6- INSTRUMENTOS**

Para recabar los datos referentes tanto a las características de la práctica de mindfulness como de la valoración de dicha práctica respecto de su aporte a la relación terapéutica se utilizarán cuestionarios ad hoc.

En lo referente a las características de la práctica, se recabará la información a través de un cuadro de doble entrada en el cual cada participante incluirá los minutos/semana dedicados a los diversos tipos de práctica.

Respecto de la valoración, se consultará al participante si considera que la práctica personal de mindfulness por parte del terapeuta realiza aportes al establecimiento de la relación terapéutica, y en caso afirmativo, se le solicitará que enumere cuáles serían dichos aportes.

Capacidad de mindfulness será mensurado mediante la versión española de Soler et. al. (2012) de la escala Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), una escala sencilla de 15 ítems autoadministrable que evalúa de forma global mediante una escala Likert de respuesta, la capacidad disposiciones de un individuo de estar atento y consiente a la experiencia presente en la vida cotidiana.

La versión original de la escala MAAS fue realizada por Brown y Ryan (2003), quienes proponen una operacionalización unidimensional de mindfulness a partir de un único factor conciencia que comprende dos aspectos. Por un lado Awareness (darse cuenta) relacionado con la percepción y Attention (atención) entendido como el proceso de focalizar de manera intencional la percepción.

## **7- PROCEDIMIENTO**

Para cumplir con los objetivos del presente plan se distribuyó el cuestionario ad hoc y el MAAS entre los participantes. Se les explicó brevemente los objetivos de la investigación, aclarando que la información sería solamente utilizada a fines de cumplir con dichos objetivos, y respetando la confidencialidad.

Una vez reunidos los instrumentos completos se elaboró una base de datos en Excel para facilitar el análisis de la información. Para realizar cálculos estadísticos necesarios se utilizó el software Infostat.

## **8- RESULTADOS**

*8.1- Objetivo1- Explorar las creencias de los terapeutas de una institución de terapia cognitiva conductual acerca de los aportes de la práctica personal de mindfulness a la relación terapéutica.*

Para conocer las creencias de los terapeutas acerca de los aportes de la práctica personal de mindfulness a la relación terapéutica se utilizó un cuestionario ad hoc, el cual incluyó una pregunta cerrada: ¿Considera que la práctica personal de mindfulness por parte del terapeuta aporta beneficios para el establecimiento de la relación terapéutica?, y a

continuación, para los casos de respuesta afirmativa, una pregunta abierta, acerca de cuáles serían dichos beneficios.

En una lectura preliminar se identificaron seis casos de respuesta negativa ante la primera pregunta, quedando así, una muestra de veintinueve participantes para el trabajo de categorización de las respuestas a la pregunta abierta. Luego se agruparon las respuestas en tres clases, según afinidad de sentido, quedando solo dos respuestas aisladas que no pudieron asociarse a otras.

Las categorías encontradas fueron denominadas presencia/atención, aceptación y comprensión empática, y se corresponden respectivamente con oraciones de tipo “Ayuda a estar más presente en cada sesión con los sentidos al servicio de la relación terapéutica y atenta a lo que expresa y manifiesta el paciente.”; “Aumenta la capacidad de observar atentamente sin juzgar (ser descriptivo). Permite estar más conectado y ser más comprensivo.”; y “Aporta una mayor empatía, escucha y conexión.”. Las respuestas que no pudieron asociarse a otras no fueron asignadas a ninguna categoría por lo que el tamaño de la muestra se redujo a 33 sujetos, incluidos aquellos que respondieron negativamente a la primer pregunta. A continuación la tabla 1 presenta los porcentajes de respuestas incluidas en cada categoría.

**Tabla 1.**

Beneficios de la práctica de mindfulness para la relación terapéutica. Porcentajes.

Categoría	Porcentajes
Presencia/atención	48,48
Aceptación	21,21
Comprensión empática	12,12
No aporta beneficios	18,18
Total	100

La tabla 1 permite ver que casi el 82% de los terapeutas consideran que existe un aporte positivo a la relación terapéutica a partir de la práctica de atención plena. Más del 48% sostiene que uno de los beneficios posibles se relaciona con la capacidad de estar más presente y con mayor atención en las consultas. Las respuestas que han sido incluidas en dicha categoría fueron considerablemente más frecuentes que las contenidas en otras clasificaciones. Solo un 21, 21% de los participantes ofrecieron respuestas que entran dentro de la categoría de aceptación sin juzgar, la cual se ubica en el segundo lugar

según cantidad de respuestas asociadas. La distancia con la otra categoría no resulta tan marcada. Los individuos que entregaron respuestas que sugieren como beneficio la posibilidad de desarrollar una mayor empatía, representan a poco más de un 12%.

*8.2- Objetivo 2- Comparar diferencias individuales en la práctica de mindfulness entre los terapeutas DBT y los terapeutas de clínica general.*

Para cumplir con este objetivo se utilizó un cuestionario ad hoc que incluía las distintas modalidades de práctica (formal/informal, individual/grupal/con el paciente) y el tiempo destinado a la práctica de cada una de ellas, divididas en intervalos de treinta minutos. Posteriormente, para facilitar el análisis, se agruparon las respuestas en tres categorías que expresan tres niveles de práctica: No practica, baja práctica (hasta 90 minutos/semana) y alta práctica (más de 90 minutos/semana).

La práctica formal de mindfulness hace referencia según Pérez y Botella (2007) a la meditación vipassana, la cual es detalladamente descripta por Kabat Zinn (2105) y Orgiles y Gascó (2014). La mención a la práctica informal, en cambio supone la inclusión de habilidades de atención plena en diversas situaciones de la vida cotidiana (Hick, 2014; Dimidjian y Linehan 2003; Parra Delgado et al. 2012). La tabla 2 muestra los porcentajes respectivos a la totalidad de la muestra previo a la división por grupo.

Tabla 2.

Tiempo dedicado a la práctica según modalidad (Formal, Informal). Porcentajes.

Nivel de práctica	Tipo de práctica	
	Formal	Informal
No práctica	20,0%	5,7%
Baja	51,4%	51,4%
Alta	28,6%	42,9%

Del total de 35 participantes, el 20% no practica formalmente mientras que el porcentaje representado por los que no realizan práctica informal es del 6%. En ambas modalidades, la mayoría de los casos presentan una baja práctica (51% en ambos casos). La diferencia porcentual entre las categorías alta y baja es mayor para la modalidad

formal. Esto se explica ya que es más alto el porcentaje de terapeutas que no practican formalmente de los que no incluyen práctica de tipo informal.

Para continuar, se dividió la muestra en dos grupos: terapeutas DBT y terapeutas de Clínica General para luego compararlos según sus respectivos niveles de práctica.

**Tabla 3.**

Nivel de práctica formal por grupo. Porcentajes.

Práctica formal	Grupo	
	Clínica general	DBT
Alta práctica	0	50
Baja práctica	73,33	35
No practica	26,67	15
Total	100	100

4. Nivel de práctica formal por grupo. Porcentajes.

Práctica informal	Grupo	
	Clínica general	DBT
Alta práctica	13,33	65
Baja práctica	80	30
No practica	6,67	5
Total	100	100

Como puede observarse en las tabla 3 y 4, de un total de veinte terapeutas DBT el 85% realiza una práctica formal y el 95% utiliza ejercicios informales de mindfulness. Los números son similares en relación al uso de conciencia plena en la vida cotidiana para los participantes del grupo de clínica, solo el 6,67% no practica de modo informal. Sí se manifiesta una diferencia significativa en los procesos formales de meditación, registrándose ausencia de los mismos en el 26,67 % de los casos.

Si se atiende a la tabla 3, se pueden observar diversas diferencias por grupo respecto de los tiempos dedicados a la práctica meditativa. Del total de los terapeutas de clínica, el 73,3% destina algún momento de su vida a la meditación de la conciencia plena. Ninguno de ellos reserva más de noventa minutos por semana a dicha práctica. O sea, todo aquel terapeuta de clínica que medita formalmente tiene una baja práctica. En el caso de los profesionales que utilizan DBT, la situación resulta profundamente distinta. El 50% de ellos dedica a la meditación tiempos superiores a 90 minutos semanales.

Los datos arrojados por la tabla 4 muestran las diferencias por grupo en relación a la práctica de habilidades mindfulness en la vida cotidiana, y si bien el grupo DBT registra valores superiores al de clínica, el contraste entre ambos grupos en este caso se manifiesta disminuido en comparación con la meditación formal.

En este caso el 65% del total de terapeutas DBT denuncia una alta práctica, mientras que el 30% le dedican 90 minutos o menos por semana. Los participantes del grupo de clínica muestran una fuerte tendencia, al igual que en las estadísticas de práctica formal, a los tiempos menores de ejercitación, pero en este caso, el de la práctica informal, no solo aumenta el registro de practicantes sino que además se revela la existencia de un 13,33% de casos que manifiestan incluirla en tiempos considerados como de alta práctica.

Se confirma así un mayor compromiso con la práctica de conciencia plena en ambas modalidades para el grupo de DBT.

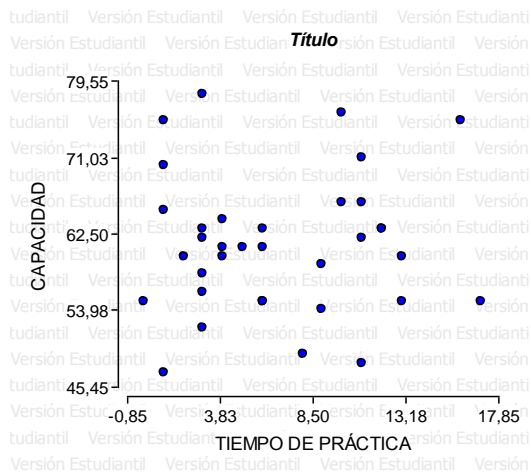
### *8.3- Objetivo 3- Establecer la relación entre tiempo de práctica y capacidad de mindfulness en los terapeutas de una institución de terapia cognitiva conductual.*

Como primera aproximación al análisis de los resultados de este objetivo se correlacionaron las variables capacidad de mindfulness (medurada mediante la escala MAAS) y tiempo de práctica que refiere a la cantidad de tiempo semanal que un sujeto destina al ejercicio de atención plena. La asociación lineal analizada con el coeficiente de correlación indica la inexistencia de correlación entre las variables ( $r = .02$ ).

En la figura 1 se puede observar valores extremadamente diversos en la capacidad de mindfulness para tiempos similares de práctica. Así, se evidencia la ausencia de alguna relación con la cantidad de tiempo que se le dedica al ejercicio de la atención plena.

#### **Figura 1.**

Capacidad de mindfulness en función del tiempo de práctica.



Además, para complementar el análisis anterior, se categorizó a los sujetos en función del tiempo de práctica sin distinguir entre práctica formal e informal. Quedaron así constituidos dos grupos, identificados como de baja práctica y alta práctica, de manera similar a lo que se llevó a cabo para el objetivo anterior. Fuera de los grupos quedó un único caso que no practica mindfulness bajo ninguna modalidad.

La prueba de diferencia de medias para muestras independientes (t de Student) realizada con los valores de capacidad de mindfulness para ambos grupos no arrojó diferencias estadísticamente significativas ( $t(33) = .86$ ,  $p = .63 > .05$ ).

#### *8.4- Objetivo 4- Determinar si existen diferencias en la capacidad de mindfulness entre los terapeutas DBT y los de clínica general.*

Para cumplir con este objetivo se realizó una prueba de diferencia de medias para muestras independientes (t de Student), comparando los puntajes obtenidos con el MAAS por ambos grupos de profesionales. El resultado no muestra diferencias estadísticamente significativas ( $t(32) = .49$ ,  $p = .39 > .05$ ).

#### *8.5- Objetivo 5- Explorar las diferencias en las creencias respecto del aporte de la práctica personal de mindfulness a la relación terapéutica según capacidad de mindfulness.*



Para llevar a cabo este objetivo, se procedió ante todo a establecer la media de las puntuaciones de capacidad de mindfulness medida con el MAAS, para el conformado por los 33 sujetos que fueron considerados para realizar las categorías del objetivo 1. A partir de esto quedaron conformados dos grupos: uno con valores de capacidad de mindfulness por debajo de la media, al cual se denominó Baja capacidad, constituido por 18 sujetos, y otro de 15 sujetos, cuyos valores de capacidad de mindfulness están por encima de la media, designado como Alta capacidad.

El paso siguiente consistió en clasificar las respuestas de los individuos de cada grupo en las categorías correspondientes y calcular los porcentajes de respuestas asociadas a cada una de dichas categorías según el total de individuos del grupo correspondiente. Estos datos se encuentran asentados a continuación en la tabla 5.

**Tabla 5.**

Beneficios de la práctica de mindfulness para la relación terapéutica según capacidad de mindfulness. Porcentajes.

Categorías	Capacidad de mindfulness	
	Alta capacidad	Baja capacidad
Presencia/atención	53.33	44.44
Aceptación	20	22.22
Comprensión empática	6.66	16.66
No aporta beneficios	20	16.66
Total	100	100

Se puede observar en la tabla 5 la existencia de variados resultados. El porcentaje de personas que consideran la inexistencia de beneficios para la relación terapéutica es levemente mayor en el grupo de alta capacidad. Lo mismo sucede, aunque con una diferencia superior, con aquellos que consideran que la práctica promueve una mayor presencia y atención en las consultas. El grupo de baja capacidad presenta valores superiores en las categorías de aceptación y comprensión empática. En el caso de los que refieren a la empatía como beneficio, la diferencia de porcentajes asciende al 10%.

## 9- DISCUSIÓN

El dato principal que se extrae de los resultados obtenidos para el objetivo 1 corresponde al porcentaje respectivo a la categoría denominada presencia/atención, ya que casi la extensa mayoría de los sujetos que consideran beneficiosa la práctica de mindfulness para la relación terapéutica han brindado respuestas que se vinculan a ello. Entre las respuestas que se incluyeron en dicha clasificación podemos destacar también algunas tales como “Un terapeuta más centrado en el presente con atención plena puede hacer más abierta la relación con el paciente.”; “Muy importante, porque permite estar más presentes, conectados con el presente y atentos, permite tomar decisiones más adecuadas”.

Otros conceptos que se pueden encontrar entre las respuestas de dicha clasificación son: estar más presente, más atento, escucha más activa o más centrado en el presente entre otros. Las respuestas son claramente coincidentes con las diversas definiciones de conciencia plena. Tanto Bishop (2004), como Brown y Ryan (2004) y Kabat-Zinn (2003) hacen referencia a la presencia, la atención o la conexión con el presente. También entran en conformidad con lo propuesto por Siegel (2012), quien define la receptividad activa como el estado de presencia particular que un terapeuta debe asumir y que según Hick (2014), refiere a una actitud basada en la escucha activa y profunda, y que puede fomentarse con la práctica de mindfulness.

Las características del terapeuta a los que los pacientes atribuyen, según Strupp, Fox y Lessler (1969), el éxito en sus procesos terapéuticos son, entre otras, interesado y atento. Estas estarían vinculados con respuestas de los participantes de este estudio, como por ejemplo, “Mayor atención al padecimiento del paciente”; “Ayuda a estar más atento, menos disperso en sesión”, y sin duda estas respuestas y las citadas anteriormente concuerdan con las recomendaciones de Grepmaier et al. (2007) en relación al trabajo que el terapeuta debe realizar con su atención para minimizar la dispersión y acrecentar los cuidados hacia el paciente.

La siguiente categoría, de acuerdo al porcentaje de individuos que ofrecieron respuestas asociadas, es aceptación y en ella se han incluido respuestas de tipo “Aumenta la capacidad de observar atentamente sin juzgar (ser descriptivo)”; y “Ayuda a no dejarse llevar por supuestos o ideas previas”. Estas respuestas también guardan una íntima relación con las definiciones de mindfulness ofrecidas por Baer (2003), Bishop (2004) y Kabat-Zinn (2003).

Entre las respuestas incluidas en dicha categoría aparecen además conceptos tales como aceptación no juiciosa, aceptación radical y validación. Estas y otras se asocian a aquella actitud básica y necesaria que sugiere Rogers (1961) para lograr una relación efectiva con el cliente y que consta de aceptarlo y valorarlo tal cual es, la cual forma también parte de la actitud COAL que presenta Siegel (2007) y que Germer (2004) vincula de modo íntimo al éxito terapéutico. Coinciden también con Strupp (1978) y Lambert y Ogles (2004) quienes sostienen que la aceptación, la evitación de actitudes de rechazo y culpabilidad son algunas de las características de los terapeutas que tienen efectos positivos en las personas que acuden a su ayuda.

La empatía es un concepto vinculado al éxito en las relaciones de ayuda por una interminable cantidad y diversidad de autores. Respuestas que incluyeron dicho término y conceptos relacionados fueron incluidos en la categoría comprensión empática. Para Rogers (1961), ésta constituye una de las actitudes fundamentales para todo terapeuta, según Lamber y Ogles (2004), es una característica del terapeuta valorada por los pacientes y Siegel (2012) afirma la imposibilidad de progreso terapéutico con profesionales carentes de empatía. Sin embargo, a pesar de que Lazaro, Diex y Silva (2012) aseguran que la empatía es una habilidad que puede desarrollarse mediante la práctica de atención plena, solo fue un porcentaje levemente menor a 12% de los encuestados aquel que hizo referencia a la empatía o a términos relacionados como un beneficio probable de la práctica de mindfulness al vínculo terapéutico.

De todos modos, estas categorías son en cierto modo inseparables entre sí y resultan interdependientes. Resulta improbable también que un terapeuta que no tenga la capacidad de aceptar sin juzgar a aquel que tiene enfrente pueda ser empático con él. Ahora bien, las relaciones basadas en la empatía y la confianza promueven según Siegel (2012), cambios positivos a nivel neuroplástico, sustentadas en los procesos de resonancia y sintonía para los cuales es preciso previamente determinado estado de presencia.

Del mismo modo Gómez (2010) sostiene que la posibilidad que un terapeuta tiene de colaborar con la calidad de vida de un paciente depende de que logre una clara comprensión de su marco de referencia y que tenga habilidad de notar las diversas reacciones del paciente para hacer las intervenciones adecuadas en el momento indicado. Para esto es preciso que pueda atender plenamente con la mayor apertura

posible a todo aquello que ocurre en la sesión ya que su precisión reside en la cantidad y calidad de información que éste pueda recabar y elaborar.

Resulta entendible en este sentido la supremacía de respuestas basadas en términos de escucha activa, estar presentes, disponibilidad y otras que conforman la categoría de presencia/atención hayan sido las ofrecidas con mayor frecuencia por los terapeutas que perciben beneficiosa la práctica de mindfulness para el vínculo con sus pacientes. Dichos resultados guardan absoluta concordancia con la propuesta de Siegel (2012), quien afirma que la calidad de la presencia del terapeuta es el elemento que predice en mayor medida los resultados del proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos referentes al objetivo 2 son consonantes con Kabat Zinn (2013), quien otorga a la ejercitación informal al menos el mismo valor que a la práctica meditativa. También resulta coincidente con las recomendaciones de Brown y Ryan (2004) acerca de la inclusión de las habilidades de atención plena en el quehacer diario del individuo. De hecho, la diferencia que se manifiesta en las diferentes tablas como predilección a la práctica informal, es esperable si se considera que la meditación supone, como explica Kabat Zinn (2015), detenerse y abandonar toda actividad para dedicarse pura y exclusivamente a ella, mientras que cualquier actividad realizada con atención plena alcanza, según Brown y Ryan (2004), para estar ejercitando mindfulness informal. Diversos autores (ver página 11) sugieren una extensa lista de posibilidades de práctica cotidiana que permiten mantener una presencia mindfull sin abandonar las tareas habituales.

Este análisis guarda una lógica al saber que el equipo de clínica general tiene una composición ecléctica en relación a los modelos terapéuticos de abordaje, mientras que el equipo DBT como su nombre lo indica, es absolutamente homogéneo, trabajando exclusivamente con este modelo perteneciente a las psicoterapias contextuales que, según refieren Baer (2003) y Vallejo Pareja (2006), incluyen mindfulness como uno de sus esenciales componentes.

Si bien refieren Orgiles y Gascó (2014), son numerosos los paradigmas de la psicoterapia que se han nutrido de los aportes de la conciencia plena, solo en las terapias de tercera generación el mindfulness es un elemento inseparable de la técnica. Además es explicable la supremacía de la práctica informal por sobre la meditación por el hecho

de que DBT no es, como sostienen Baer (2003), Hick y Bien (2010) y Pérez y Botella (2007), uno de los modelos de tercera generación de la conducta que se definen como basados en mindfulness. Este es, más bien, parte de los que contienen un entrenamiento informal de habilidades de conciencia plena, el cual Linehan (2003), define como eje central del programa de tratamiento.

Baer (2003), asegura además que son numerosas las investigaciones que sugieren que una enseñanza efectiva de las habilidades mindfulness por parte de profesionales de la salud mental requiere que ellos mismos sostengan una práctica regular, algo que no se espera de los terapeutas que recurren a cualquiera de las tradicionales técnicas de terapia cognitivo conductual (TCC). Esto es compatible con los dichos de Hick (2014), quien afirma que es necesario el contacto personal y práctico con la conciencia plena para lograr dimensionar su valor y significado.

En cuanto al tercer objetivo, si bien los resultados resultan contradictorios con la afirmaciones de Germer (2011), acerca de la práctica de conciencia plena como ejercicio que permite el incremento de los estados y la capacidad de mindfulness, no se debe desconocer la existencia de las diferencias individuales y situacionales como condiciones previas. Tanto Simón (2007), como Rodríguez Medina de Quevedo (2012), aseguran que existe una capacidad innata en el individuo, la cual según Pérez y Botella (2006), difiere de uno a otro con diferencias inter e intrapersonal dependiendo inclusive de cuestiones contextuales y un sinnúmero de motivos.

Es decir, la capacidad de mindfulness registrada por el MAAS para cada uno de los participantes refiere a un momento de la vida de la persona (el presente) y al ser autoadministrable, cada individuo decide qué intervalo de tiempo define como tal para su autoevaluación. Además, el nivel de mindfulness que denuncia cada individuo no describe su capacidad inherente, ni tiene en cuenta la influencia contextual por lo que es imposible referir cuánto se vio incrementada a partir de la práctica. Menos aún, confirmar o contradecir las palabras de Simon (2007), acerca de la posibilidad de transferir las habilidades y actitudes mindfulness de estado a rasgo.

Los resultados del objetivo 4 resultan contradictorios respecto de probables presuposiciones, si se tiene en cuenta la discrepancia en la relación que un terapeuta DBT y otro de clínica general tienen con la práctica de mindfulness. Para el primero, según Baer (2003), ésta es de carácter obligatorio por representar un elemento fundamental del modelo a implementar, y por el contrario, para los otros, es en principio

solo una herramienta más pasible de ser utilizada, la cual no es inherente ni a su formación ni a su intervención técnica (ver además apartados 3.2.1; 3.2.2.).

Los resultados del objetivo 5 muestran porcentajes similares en ambos grupos para las diversas categorías de respuesta. Si bien, en dos de ellas la diferencia ronda el 10%, dicha discrepancia refiere a una mínima frecuencia de casos, debido al tamaño reducido de la muestra.

Además, es posible analizar los resultados de este objetivo a la luz de los resultados de objetivos previos. A saber, no se han registrado diferencias significativas en la capacidad de mindfulness según el tipo de terapia ejercida por los terapeutas. Tampoco se manifestaron discrepancias en relación al tiempo dedicado a la práctica de atención plena. Así, para la muestra analizada, queda asentado que la capacidad de mindfulness resulta independiente de cada una de las variables con las que se buscó relacionar.

Debe tenerse en cuenta que no se han realizado las pruebas necesarias para corroborar correlaciones entre las variables, tiempo de práctica y tipo de terapia con las creencias acerca del beneficio de mindfulness a la relación terapéutica. Tampoco se han revelado investigaciones anteriores que estudien acerca de la relación entre la capacidad de mindfulness de un grupo de terapeutas y sus creencias a cerca de los beneficios de dicha práctica. A pesar de ello, sería razonable presuponer que aquellos que trabajan con modelos basados en mindfulness y que dedican mayor cantidad de tiempo a la práctica de conciencia plena, tengan mayores conocimientos y una confianza mayor en torno a los beneficios que esta puede aportar al vínculo con el paciente.

Diversos autores como Germer (2004) y Hick (2014), sugieren la existencia de una influencia significativa de la práctica de mindfulness en la evolución positiva de la relación de un terapeuta con su paciente y Grempair et al. (2007) confirman dicha relación en un estudio controlado. Para que dichos contrastes tengan lugar, es preciso entonces que haya alguna diferencia puntual obtenible de la práctica de mindfulness del terapeuta y que refiere según Hick (2014) y Siegel (2012) a un estilo de presencia, a un modo receptivo de escucha, a la capacidad de atender y ser consciente de la experiencia presente, la cual Brown y Ryan (2004) definen como capacidad de mindfulness.

Así, los resultados obtenidos para el último objetivo del presente trabajo, estarían en contradicción con lo que puede extraerse del estado de arte previo en la materia de estudio.

## 10- CONCLUSIONES

La práctica de mindfulness como herramienta al servicio de la salud y más específicamente relacionada al abordaje de los padecimientos psicológicos ha encontrado su inclusión en la terapias psicológicas conductuales de tercera generación, las cuales se encuentran en franca expansión en el mundo occidental. La Argentina, y en particular la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no revisten una excepción al respecto.

En este sentido, se han verificado mediante la observación clínica y algunos estudios realizados en el extranjero, los beneficios directos de la práctica de la conciencia plena a la disminución de sintomatología en los procesos psicoterapéuticos. No es tanto, en cambio, lo que se ha investigado en relación a lo que Siegel (2012) sugiere como proceso indirecto de colaboración con el padecimiento del paciente y que se relaciona con los beneficios obtenidos a partir de la práctica de mindfulness que realizan los terapeutas.

A este último tipo de proceso se aboca este trabajo, buscando determinar cuáles son las creencias que un grupo de terapeutas de una institución puntual tienen al respecto. Se ha buscado verificar si efectivamente las diferencias en el tiempo de práctica y la modalidad de la misma difieren según el tipo de terapia ejercida. También se pretendió establecer si las diferencias en el paradigma terapéutico elegido o el tiempo y modalidad de práctica correlacionan de modo alguno con discrepancias en la capacidad de estar atento y ser consciente de la experiencia presente, y si las divergencias en dicha capacidad guardan cierta relación con diferencias en las creencias en torno al aporte de la práctica a la relación terapéutica.

Se han podido llevar a cabo los objetivos a priori planificados, arribando así a las siguientes conclusiones:

- La gran mayoría de los terapeutas de la muestra creen que el ejercicio de la práctica personal de mindfulness resulta beneficioso en torno al vínculo con sus pacientes y estos refieren a una mayor pericia a la hora de estar presente y atento a aquello que sucede durante la consulta, a una mejoría en la capacidad de aceptar al otro tal cual es, sin juzgarlo y en un fortalecimiento de los procesos de empatía.

- Estas respuestas están fuertemente vinculadas a las actitudes básicas del terapeuta requeridas para una relación positiva, la cual sería el mayor predictor de un proceso de psicoterapia efectivo.
- Se encuentran marcadas diferencias en el tiempo dedicado a la práctica de mindfulness en favor del grupo de terapeutas DBT respecto del de clínica general, lo cual guarda una lógica esperable dado el vínculo intrínseco entre la terapia dialéctico conductual y el ejercicio de la conciencia plena, no siendo así en el caso de los modelos de terapia que suelen utilizarse en el otro grupo.
- En la totalidad de la muestra se registra una mayor dedicación a la práctica informal en relación a la modalidad formal. Esto resulta razonable si se considera que la práctica formal requiere la suspensión de toda actividad para asumir exclusivamente la ejercitación meditativa, mientras que la modalidad informal se lleva a cabo en conjunto y a través de las tareas de la vida cotidiana.
- La preferencia hacia la práctica informal es concordante también con la ejercitación propuesta por el programa de DBT, en el cual se incluye dicha disciplina por medio de la práctica informal de habilidades mindfulness.
- Si bien Germer (2011) sostiene que la práctica de conciencia plena incrementa la capacidad de mindfulness, no se han encontrado entre los terapeutas evaluados diferencias en la capacidad de mindfulness de acuerdo a variaciones temporales de ejercitación. Debe considerarse que el instrumento utilizado recoge datos respectivos a la capacidad actual y no remite información referente a valores previos por lo que no es posible determinar si se han sucedido diferencias en la capacidad individual a partir de la práctica ejecutada.
- Tampoco se registran diferencias en la capacidad de mindfulness entre los terapeutas de DBT y del grupo de clínica general. Este dato no puede analizarse independiente del resultado y el análisis del objetivo anterior. Los terapeutas DBT por motivos intrínsecos al modelo técnico-clínico, tienen un inevitable vínculo con la ejercitación de atención plena. Esto no es necesariamente así en los profesionales del grupo de clínica general. Si bien se registran diferencias respecto de la práctica entre ambos grupos, esta no guarda correspondencia con diferencias en la capacidad de atender a la experiencia inmediata mensurada a través del MAAS.



- Si bien para que la práctica de mindfulness del terapeuta pueda, según Siegel (2012), de modo indirecto, generar modificaciones en los pacientes, ésta depende de la capacidad de mindfulness desarrollada y puesta en ejercicio por parte del profesional durante la consulta. La misma se manifiesta entre otros, por los mecanismos previamente citados como aportes del mindfulness al vínculo terapéutico por los sujetos encuestados. En este sentido, resulta esperable encontrar diferencias entre las creencias según la capacidad.
- Sin embargo, no se han encontrado diferencias en las creencias que los terapeutas tienen acerca del aporte de la práctica de conciencia plena a la relación con el paciente de acuerdo a la capacidad de mindfulness. Las diversas creencias se distribuyen de modo similar en los dos grupos conformados de acuerdo a su capacidad y en los casos en los que se presentan mayores contrastes, refieren a un número insignificante de casos.
- Además, si se supone que las creencias tendrían relación con el compromiso ante el ejercicio, se ha podido observar previamente que las discrepancias en dicho compromiso no se corresponden en este caso con variaciones en la capacidad de mindfulness. Conjuntamente, ya ha sido mencionado el hecho de que el modo en el que se ha medido en dicho estudio la capacidad de mindfulness, no permite inferir si ésta ha sido o no modificada, y de qué modo a partir del vínculo con dicha disciplina.

Los resultados obtenidos y previamente descriptos, refieren probablemente a determinadas limitaciones con las que dicho trabajo ha contado y que incluso algunas ya han sido mencionadas en los párrafos anteriores.

Comenzado por el instrumento utilizado para recabar información respecto de la capacidad de mindfulness, el MAAS, deben tenerse en cuenta diversas cuestiones. En principio, el mismo es un test autoadministrable, sin tiempo límite establecido para su respuesta y que no cuenta con escalas internas de validez, por lo tanto el sesgo y la especulación en la respuesta es indiscifrable. Asimismo, puntúa la capacidad de estar atento y consciente de la experiencia presente en actividades de la vida cotidiana que suelen realizarse en modo automático, siendo que el ejercicio de la psicoterapia y por lo tanto la atención y la conciencia dispuesta por el profesional que la lleva a cabo, tienen un curso intencional en el cual los procesos top down están sujetos a continuo control.

En relación a las diferencias encontradas en la práctica entre ambos grupos de terapeutas, si bien se registran tiempos mayores de prácticas en el grupo de DBT lo que concuerda con las expectativas lógicas respectivas a cada grupo, las diferencias se suponen deberían ser mayores si se tomase en cuenta una muestra mayor y sobre todo más diversa. Es de considerar que ambos grupos pertenecen a la misma institución, la cual brinda formaciones en mindfulness y fomenta su práctica entre todos sus profesionales. Se cree que el porcentaje de psicoterapeutas de la Ciudad de Buenos Aires que no llevan a cabo modelos de tercera ola y que no realizan práctica alguna de conciencia plena sería considerablemente mayor al aquí manifestado y entonces las diferencias entre los grupos resultarían aún mayores.

También es necesario hacer referencia a limitaciones de tipo metodológico en cuanto a las mediciones de capacidad de mindfulness. Ya se han expuesto algunas, referentes al instrumento utilizado para mensurar dicha variable. Conjuntamente, por restricciones temporales y de acceso a la muestra, se ha administrado dicho test en una sola oportunidad pudiendo así obtener valores que informan acerca de lo que la persona describe de sí misma en un determinado y único momento y que por lo tanto no permite deducir fluctuaciones posibles como producto de la ejercitación.

Los resultados relativos a las diferencias en dicha capacidad según el grupo de pertenencia y según el tiempo de práctica también se encuentran posiblemente sesgados por el escaso tamaño de la muestra encuestada. Al igual que en las diferencias respecto del tiempo de práctica, es probable que al ampliar y diversificar la población de terapeutas a evaluar, las diferencias tomen valores significativos. Siempre debe tenerse en cuenta aquello que se ha referido previamente acerca de que este modo de evaluar la capacidad de mindfulness no predice la capacidad previa al ejercicio de la práctica de atención plena por lo que no es posible inferir si las diferencias se deben a ella o a otras cuestiones inherentes a cada individuo.

Las mismas limitaciones que se circunscriben a la dimensión y heterogeneidad de la muestra se deben tener en cuenta en el análisis de los resultados del objetivo que establece las diferencias en las creencias según la capacidad de mindfulness. Se podrían esperar mayores diferencias respecto de las creencias y en la relación de estas con la capacidad de mindfulness con una mayor y más diversa población de terapeutas.

Otras dificultades con las que se ha topado este trabajo datan de la inexistencia de trabajos previos relativos a los objetivos del mismo a nivel local. Se han podido

encontrar trabajos realizados en el extranjero sobre la importancia del mindfulness en la psicoterapia y particularmente con la relación terapéutica, pero no así acerca de las creencias que los terapeutas tienen en relación a ello. Tampoco se han cotejado investigaciones comparativas de las creencias, la práctica y la capacidad de mindfulness entre grupos de profesionales dedicados a terapias contextuales y otros modelos.

Entonces, el estado del arte previo permite un acercamiento profundo a las variables aquí tenidas en cuenta pero nada dice acerca de su relación entre sí, por lo tanto es preciso orientar esfuerzos en pos de una mayor y más efectiva aproximación a los objetivos aquí propuestos.

Considerando los beneficios que la práctica de mindfulness aportaría al vínculo con el paciente y a los resultados de la terapia, según refieren las investigaciones previas citadas en el presente estudio, sería altamente recomendable que todo profesional de la psicoterapia, sin importar su modelo teórico-técnico, se disponga al ejercicio regular de prácticas de conciencia plena. Sin embargo, a pesar de la creciente evolución de las corrientes filosóficas orientales en Argentina, el aumento de las prácticas meditativas en la población general y de los avances en la inclusión de mindfulness puntualmente en la psicología clínica, se requiere de investigación local que reconozca y confirme de modo concreto la relación entre esta y la disminución en la sintomatología y el padecimiento de sus clientes. En este sentido, se espera que el presente trabajo logre ejercer de disparador de futuras investigaciones en dicha dirección.

En principio sería imprescindible conocer la relación actual existente entre los profesionales de la salud mental y la práctica de mindfulness, y el conocimiento que aquellos puedan tener acerca de su beneficio a su rol profesional. Para ello se requeriría tomar muestras poblacionales lo suficientemente extensas que permitan inferir los resultados a la población total. Dicha muestra debiera ser compuesta por mecanismos azarosos, de modo que resulte lo más heterogénea posible en cuanto a género, edad, pertenencia o no a instituciones, modelos psicoterapéuticos ejercidos en la práctica, especialidades clínicas, etc.

Además sería recomendable realizar un estudio experimental de diseño pre test-post test, en el cual se evalúe la capacidad de mindfulness a un grupo de terapeutas antes y después del ejercicio continuado de conciencia plena durante un determinado tiempo en comparación con un grupo control. Así sería posible verificar las diferencias en dicha capacidad en función de la práctica.

Por último y de máxima importancia, se sugiere se realicen los esfuerzos necesarios para llevar a cabo estudios a nivel local que puedan verificar la existencia o no de diferencias en la efectividad de tratamientos psicológicos ofrecidos por terapeutas que practican mindfulness en comparación con lo que no practican. Para ello, el procedimiento adecuado consistiría en administrar instrumentos de screening sintomático en los pacientes previo al comienzo del tratamiento y al cabo de determinados meses. Sería útil además poder evaluar la percepción que los pacientes tienen respecto de las características personales de los respectivos profesionales y el impacto que ellas tienen según su opinión en los resultados del proceso terapéutico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroyo Moliner, L. (2013). Espiritualidad, razón y discordias: el budismo ahora y aquí. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/119736> el 20 de noviembre de 2015.
- 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., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., & García, F. (2009). estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166-171.
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iacoponi, C., Muzzio, G., & Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. In *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (Vol. 3, pp. 49-52).
- Germer, C. (2004). What is mindfulness. *Insight Journal*, 22, 24-29.
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness*. Madrid: Editorial Paidós de Espasa Libros.

- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1.
- Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W. & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in Psychoterapist in training influences the treatment results of their patients: A randomized double-blind controlled study. *Psychoterapy and psychosomatics*, 76, 332-338.
- Hanh, T. N. (2014). *El milagro de mindfulness*. Madrid: Grupo Planeta.
- Hanh, T & Cheung L. (2010) *Saborear*. Madrid: Paidós
- Hick S.F. (2014). El papel del mindfulness. En: Hick S.F & Bien T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairos
- Hick S.F. & Bien T, (2014). Prefacio. En: Hick S.F & Bien T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairos
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la ansiedad*. Barcelona: Editorial Kairos.
- Kabat-Zinn, J. (2015). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quieras que vayas, ahí estas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. London: Piatkus
- Lambert, M. J. & Ogles (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. In Lambert (Ed.). Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- Lambert M.J. & Simon W. (2008). La relación terapéutica. En: Hick S.F & Bien T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairos
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... & Rauch, S. L. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893.
- Lázaro, A. M., Diex, G. G., & de Silva, R. G. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (12), 83-89.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.

- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Orgiles, M. L. M., & Gascó, J. S. (2014). ¿ Por qué no soy un Terapeuta Mindfulness? *Informació psicológica*, (106), 54-69.
- Delgado, M. P., Rodríguez, J. M., Sánchez, M. M., & Gutiérrez, R. B. (2012). Conociendo mindfulness. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (27), 29-46.
- Palacios, A. G. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de psicoterapia*, 17(66), 121-132.
- Pérez, M. A. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582.
- Reyes, E. J. I., Flores, J. D. J. V., Durán, P. L., Méndez, J. O., & PE301209, P. P. D. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 384.
- Rodríguez de Medina Quevedo, I. (2012). El Mindfulness como método para la mejora de las relaciones interpersonales. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*. 1(132-137)
- Rogers, C.R. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós
- Rogers, C. R. (2011). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Schmidt, C., & Vinet, E. V. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 33(2), 93-102
- Segal, Z.V. (2014). Prólogo. En: Hick S.F & Bien T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairos
- Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y mindfulness: La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Siegel, D. J. (2012). *Mindfulness y psicoterapia. Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66(67), 5-30.

- Simón, V. (2013). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació psicològica*, (100), 162-170.
- Soler, J., Tejedor, R, Felui-Soler, A, Pascual, J.C., Cebolla, A, Soriano, J, Alvarez, E, Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp Psiquiatr*,40(1), 18-25.
- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2, 3-22.
- Suárez, J. S. (2008). Terapia conductualdialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37, 149-163.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006) . Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Wexler, J. (2006). The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Winkler, M. I., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psitoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40.
- Willson, K.G. & Sandoz E. (2014). Mindfulness, valores y relacion terapeutica en la terppia de aceptación y compromiso. En: Hick S.F & Bien T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairos.

## **ANEXO**

En este apartado, se integra la batería de instrumentos administrados a los terapeutas que han compuesto la muestra del presente estudio. La misma está compuesta, tal cual se ha citado en el apartado 6, por el cuestionario ad hoc para medir las características de la práctica y de su valoración en torno a su aporte a la relación terapéutica por un lado, y por la versión española adaptada por Soler et al. (2012) de la escala de capacidad de mindfulness M.A.A.S. de Brown y Ryan (2003).



Indique por favor con un circulo en que equipo de psicoterapia trabaja: DBT / Clínica general.

- A) Por favor, indique en la cuadrilla que observara a continuación el promedio de horas semanales que dedica ud. a la práctica de mindfulness, teniendo en cuenta los diversos tipos de práctica y todos los contextos posibles (prácticas formales, informales, individuales, grupales, con o sin el paciente).

	1 a 30 min	31 a 60 min	61 a 90 min	91 a 120 min	121 a 150 min	151 a 180 min	181 a 210 min	211 a 240 min	241 o más min
Practica formal individual									
Practica formal Grupal									
Practica formal con el paciente									
Practica informal individual									
Practica informal grupal									
Practica informal con el paciente									

- B) A continuación se le realizaran dos preguntas en relación a ideas personales respecto de la relación entre el mindfulness y la relación terapéutica. Se solicita que pueda responder con total honestidad respecto de sus propios pensamientos acerca de la temática en cuestión.

- 1- ¿Considera que la práctica personal de mindfulness por parte del terapeuta aporta beneficios para el establecimiento de la relación terapéutica? En caso de respuesta negativa, saltee la siguiente pregunta y diríjase directamente al punto C)

- 2- Por favor, ¿Podría comentar brevemente cuales serían según su criterio los beneficios que la práctica personal de mindfulness por parte del terapeuta aporta al establecimiento de la relación terapéutica?

---



---



---



---



---



---

**c) Experiencia día a día:** A continuación encontrará una lista de afirmaciones acerca de su experiencia de todos los días. Usando la siguiente escala del 1 al 6 , indique con qué experimenta usted dichas situaciones. Por favor, considere cada ítem por separado del resto.

1. Siempre 2. Muy frecuentemente 3. frecuentemente 4. Infrecuentemente  
5. Muy infrecuentemente 6. Nunca

	1	2	3	4	5	6
Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.						
Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.						
Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.						
Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.						
Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.						
Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.						
Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.						
Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.						
Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.						
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.						
Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.						

Conduzco "en piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.						
Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.						
Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.						
Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.						