



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Mindfulness. Una psicoterapia de tercera generación (cognitivo-conductual) para los padecimientos psicológicos actuales”

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Brenda Viridiana Nava Mejía

Director: Mtro. **Víctor Manuel Alvarado García**

Dictaminadores: Mtra. **Mayra Eréndira Nava Becerra**

Dr. **Ramón Chaverry Soto**

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México
por ser mi casa durante siete años
dándome la oportunidad de formarme académicamente, vivir grandes experiencias
y conocer a profesores y compañeros increíbles.

Al profesor Víctor Alvarado
por su tiempo, disposición y compromiso.
Sin usted no hubiera logrado escribir esta tesina.

A la profesora Mayra Nava por su forma de ser como profesora
pero sobre todo como ser humano. Le tengo gran estima y admiración.

A los profesores Ramón Chaverri, Verónica Luna y María de Lourdes Jiménez
por su apoyo, el cual también fue muy importante para llevar a cabo este proyecto.

A mi mamá, María de los Ángeles
por todo su amor, sacrificios y apoyo brindado tanto a mi como a mi hermana.
Te amo mami.

A mi abuelita Tules (Q.E.P.D.)
por su cariño, sabiduría y comprensión. Extraño con quien platicar tan a gusto.

A Karina Nava
quien me ha acompañado durante todos estos años,
escuchando mis penas y alegrías y compartiendo la experiencia
de tener una hermana (por celana).

*“Cada mañana nacemos de nuevo.
Lo que hagamos hoy es lo más importante”.*

Buda

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. PANORAMA DEL MUNDO CONTEMPORÁNEO.....	4
1.1. La sociedad de rendimiento y consumo en el siglo XXI.....	4
1.2. Influencia de la sociedad de consumo en la formación de la identidad del sujeto.....	5
1.3. Las relaciones interpersonales en la sociedad de consumo.....	7
1.4. Los padecimientos psicológicos en el mundo contemporáneo.....	15
1.5. Demanda de nuevas problemáticas de tipo psicológico en consulta.....	17
CAPÍTULO 2. MINDFULNESS. ASPECTOS TEORICOS Y TÉCNICOS.....	19
2.1. ¿De qué trata mindfulness? (definición, antecedentes y teoría)	20
2.2. Aspectos técnicos de mindfulness.....	25
2.3. Programas de intervención mindfulness aplicados a diversas problemáticas (depresión, estrés, trastornos de conducta alimentaria)	30
2.4. La tercera generación de Terapia Cognitivo Conductual.....	37
2.5. Mindfulness para el mundo contemporáneo.....	40
CAPÍTULO 3. LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA SOCIEDAD DE RENDIMIENTO. EL PAPEL DE MINDFULNESS	43
3.1. Dos problemas psicológicos de la sociedad de rendimiento. Depresión y Trastorno Limite de la Personalidad.....	44
3.1.1. Depresión.....	44
3.1.2. Terapia Cognitiva de Beck para el tratamiento de la depresión.....	47
3.2. Los Trastornos de la Personalidad.....	50
3.2.1. TDC para tratar los desórdenes de la personalidad limite.....	54
3.3. Los principios mindfulness y su relación con los problemas emergentes del mundo contemporáneo.....	56
CONCLUSIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	63

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual la sociedad occidental es una sociedad a la que Han (2012) denomina “sociedad de rendimiento”. Dicha sociedad está definida por el verbo modal “poder”. Al individuo que habita en ella se le ha recalcado la idea de alcanzar la felicidad y el éxito en todos los ámbitos de su vida como la única alternativa para *sentirse realizado*, cuando no es capaz de lograr esto, experimenta en la mayoría de las ocasiones una sensación de “ya no poder más”, se agrede a sí mismo y cuestiona su capacidad y valía como ser humano. Ante este panorama no es de sorprenderse la manifestación de padecimientos de tipo psicológico como la ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos afectivos como la depresión entre otros.

Se considera que los cambios sociales, por ejemplo, el consumismo como parte de la formación de identidad del sujeto, el individualismo, la predominancia de lo temporal, lo efímero y lo inestable han influido en cuanto a los motivos de consulta y demandas psicológicas por parte de quienes acuden a psicoterapia, investigaciones como la de Echeburúa, Corral y Salaberría (2010) mencionan que ahora se tiende a consultar al psicoterapeuta por problemas menores, los cuales reflejan el sufrimiento, la soledad e infelicidad experimentados en el mundo contemporáneo, por ejemplo, el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja, dificultades de convivencia y educación con los hijos, problemas de estrés laboral, etc.

Debido a esto, se considera importante indagar en las alternativas que ofrece el ámbito psicoterapéutico para el abordaje de este tipo de problemáticas, en los nuevos conocimientos que se integran a las diversas teorías en psicología, las cuales van encaminadas a un marco de acción. En el caso del enfoque cognitivo conductual (el cual se retoma en esta investigación), sus modelos psicoterapéuticos han evolucionado y actualmente conforman las “terapias psicológicas de tercera generación”, las cuales están influenciadas por los principios de mindfulness.

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali “*sati*”, que implica conciencia, atención y recuerdo (Siegel & Germer, 2009 en Vásquez-Dextre, 2016). La traducción al castellano de mindfulness no tiene un estándar, ha sido traducido indistintamente como atención plena o conciencia plena, muchos autores optan por eso por el vocablo inglés mindfulness, la práctica de mindfulness tiene sus orígenes en el budismo, del cual se extrae las técnicas del zen y de la meditación, omitiendo sus aspectos religiosos (Vásquez-Dextre, 2016). En los años setenta, en las Universidades de Massachusetts y Harvard, se comienza a vislumbrar la investigación sobre mindfulness y su implicación con temas de salud (Proulx, 2003 en Sánchez, 2011). Pasando los años, Mindfulness se fusiona con la tradición proveniente de la terapia cognitivo-conductual y hoy emerge como una alternativa importante ante las problemáticas psicológicas propias del mundo contemporáneo.

Considerando lo anterior, esta investigación tiene como objetivo describir en la dimensión teórica y metodológica, la importancia de contar con psicoterapias que se han desarrollado a partir de mindfulness para el abordaje tanto de determinados trastornos mentales como para padecimientos de tipo psicológico que han emergido en el mundo contemporáneo. Para esto, se llevó a cabo una revisión documental tomando en cuenta palabras clave como: mundo contemporáneo, enfermedades psicológicas, motivos de consulta psicológica, mindfulness, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, Terapia Dialéctica Conductual, depresión y Trastorno Límite de la Personalidad. La revisión se realizó con textos de revistas especializadas publicadas en internet, páginas web y libros en formato físico. Se procuró obtener la mayor información posible del año 2010 a la fecha (a excepción de estudios previos que se consideraron relevantes como antecedentes).

Este trabajo de investigación se compone de tres capítulos. El primer capítulo consiste en una descripción de la sociedad actual y del individuo que habita en ella. Se retoman algunos aspectos presentes en dicha sociedad, por ejemplo, el papel del consumismo, la fragilidad de los vínculos entre seres humanos, la aparición del internet y los cambios que este generó en la forma de relacionarnos con los demás, la importancia que se le da al dominio de las emociones y la influencia de las mujeres en la sociedad. También se menciona cómo a partir de este panorama han surgido determinadas problemáticas de tipo psicológico.

En el segundo capítulo se realiza una descripción detallada acerca de mindfulness: qué significa esta palabra, cuáles son sus orígenes, sus componentes y qué tipo de prácticas se pueden llevar a cabo basadas en lo que sustenta. Se menciona en qué consiste la tercera generación de terapia cognitivo conductual y se hace una descripción en términos generales del contenido de los programas de intervención psicoterapéutica: Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, Entrenamiento de la Conciencia de la Alimentación basada en Mindfulness (MB-EAT), Terapia Dialéctica Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso los cuales forman parte de las psicoterapias de dicha generación

Por último, en el tercer capítulo se retoman y describen con mayor profundidad dos programas de intervención basados en mindfulness: la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) para el tratamiento de la depresión y la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. Posteriormente se mencionan algunos ejemplos de cómo los componentes de mindfulness como: el entrenamiento de la atención, la aceptación ante el sufrimiento y la compasión pueden contribuir al abordaje de los problemas de tipo psicológico emergentes del mundo contemporáneo, de los cuales se ha demandado una intervención por parte de los pacientes en la psicoterapia.

1. PANORAMA DEL MUNDO CONTEMPORÁNEO.

1.1 La sociedad del rendimiento y consumo en el siglo XXI

De acuerdo con Han (2010) en el siglo pasado se vivía en una sociedad a la que se le podría denominar como “disciplinaria”. En ella, predominaban escenarios como hospitales psiquiátricos, cárceles, cuarteles y fábricas. La sociedad disciplinaria era una sociedad de la negatividad, esto quiere decir que estaba definida por la prohibición, predominando el verbo “deber”. Posteriormente se dio paso a la sociedad de rendimiento, en la que vivimos actualmente, la cual está llena de lugares como gimnasios, centros de oficinas y centros comerciales. En esta sociedad predomina la positividad y los individuos tienen una ilusoria sensación de libertad, predomina en su vocabulario el verbo modal “poder”.

En la sociedad de rendimiento, el consumo, y especialmente el consumo de mercancías innecesarias para la supervivencia, se ha convertido en una estrategia encaminada a satisfacer las necesidades de los hombres y las mujeres que se esfuerzan por construir, preservar y renovar su individualidad en la sociedad (Bauman, 2005). Los objetos son comprados por su significado no por su utilidad y muchos de ellos son producto de las necesidades creadas por la misma maquinaria de consumo. Para adquirir estos objetos, la sociedad de consumo propone uno de los lugares anteriormente mencionados: los centros comerciales, en los cuales se pueden encontrar artículos de primera necesidad y otros que no lo son tanto (Cruz, 2014).

De acuerdo con Bauman (2005) a estos objetos se les asigna una limitada esperanza de vida útil debido a que en esta sociedad hay una urgencia por eliminarlos y esto debe suceder cuando dejan de ser aptos; que sean aptos o no, no tiene tanto que ver con su utilidad ya que también influyen otras variantes como su aspecto o el mensaje que transmiten a los demás individuos el cual debe ser de “objeto actual”. Un factor importante para que se lleve a cabo el acto de consumir es, de acuerdo con Alonso (en Rodríguez, 2012) la producción para el

deseo, la cual es característica dominante en el capitalismo avanzado. Un ejemplo de esto es el mencionado por Braudillard.

Cuando alguien compra el último iPhone no está comprando un celular inteligente que sirve para llamar, contestar, revisar el correo y ver videos en YouTube, está comprando estatus, superioridad, innovación, respaldo de una marca y lo más importante: primicia (Braudillard, 2009 como se citó en Cruz, 2014).

Asimismo, la publicidad desempeña un papel importante en la adquisición de diversos objetos, teniendo como propósito que estos vendan estilos de vida y posibles experiencias (Rodríguez, 2012) generando en el individuo la necesidad imperiosa de adquirirlos (Cruz, 2014). La publicidad tiene repercusiones monetarias y sociales; monetarias debido a que es responsable del esparcimiento de las ventas y social informando y dando beneficios, pero también abusiva, dudosa e inoportuna (Novo, 2016).

El capitalismo, de acuerdo con Tiquun (2012) verdaderamente ha creado riquezas, pues las ha encontrado allí donde nadie las veía. Es así como también ha creado, por ejemplo, la belleza, la salud o la juventud en cuanto riquezas, es decir, en cuanto cualidades que se poseen.

La dinámica social de la sociedad de rendimiento, que mucho se basa en el consumo de mercancías en los términos en que se ha señalado, tiene impacto en diferentes aspectos de la vida social cotidiana. Por la temática que desarrolla este trabajo, nos centraremos en un primer momento, y de manera muy puntual, en la relevancia de dicha dinámica en la conformación de la identidad del sujeto y en el terreno de las relaciones interpersonales, lo que nos va a permitir esbozar algunos aspectos específicos para ilustrar cómo la participación en tal dinámica genera condiciones de posibilidad para la emergencia de experiencias problemáticas para los individuos que están derivando en necesidades de atención psicológica.

1.2 Influencia de la sociedad del consumo en la formación de la identidad del sujeto

El acto de consumir lleva consigo el deseo de convertirse en un determinado tipo de persona (Baudrillard, 1988; 2001 en Rodríguez, 2012). En opinión de Cruz (2014) esto se puede identificar tanto en sociedades muy avanzadas tecnológicamente como en otras que apenas empiezan a introducirse en el mundo mediatizado:

El consumo se inscribe en las luchas simbólicas de los que quieren ser/vivir/consumir como los situados inmediatamente por encima de la estructura social, y también de los que aspiran a distanciarse-distinguirse de los situados en la misma posición o inmediatamente inferior (Rodríguez, 2012, p. 34).

La modernidad desarraigó a los individuos de su contexto tradicional, de modo que hizo que se situarán en la sociedad ya no de acuerdo a su clase sino a una identidad personal que ellos mismos debían crear (Huber, 2002). En el pasado (la sociedad disciplinaria), el trabajo desempeñaba un papel central para la conformación de la identidad de los individuos, esto ha cambiado ya que actualmente la identidad es determinada por cuestiones como el ocio y el consumo (Rodríguez, 2012) siendo los principales canales para la comunicación en ella los bienes materiales y simbólicos (Warde, 1997 en Huber, 2002).

Pero el consumismo va más allá de ser apreciado solamente como la adquisición de mercancías, ya que también a las personas se les considera mercancía y, como tal, han de procurar contar con las cualidades que las mantengan en el mercado como producto deseable y vendible (Rangel, 2018) por lo cual, su cuerpo se convierte en la primer “víctima” de la sociedad de consumo. El ser humano enfrenta una lucha por tener un cuerpo en forma, una lucha que no tiene límites definidos, ya que nunca se sabe con exactitud en qué punto se alcanzó esta forma y ya no es necesario “hacer más”. Como bien lo menciona Bauman:

Luchar por la forma física significa no descansar nunca, o por lo menos, no tener mucha sensación de descansar en la conciencia limpia y sin aprensión. Luchar por la

forma física significa ir a una guerra sin batalla final a la vista y sin posibilidad de victoria definitiva (Bauman, 2005, p. 126).

Esta y otras actividades de naturaleza cosmética son el resultado de una sociedad que pone tanto cuidado en mantener limpia su fachada. Para el individuo de la sociedad de consumo:

...la tragedia metafísica de la finitud se reduce a una simple cuestión de orden técnico: ¿cuál es la crema antiarrugas más eficaz? La característica más conmovedora de la jovencita [o sea el individuo de la sociedad occidental] es, sin duda, ese esfuerzo maníaco por alcanzar, en la apariencia, una impermeabilidad definitiva tanto al tiempo como al espacio, tanto a su medio como a su historia, por estar impecable siempre y en cualquier lugar (Tiquun, 2012, p. 57).

La sociedad de consumo además de querer influir en nuestra apariencia física también ha modificado la forma de referirnos a nosotros mismos. Cuando nos preguntan acerca de nuestra identidad, la respuesta ya no puede solo ser nuestra profesión, debemos dar una descripción similar a la siguiente: “apasionado de las películas de terror, bebo tequila...aficionado a la música de los ochenta y a la decoración de los setenta, adicto a los Simpson, color favorito: gris oscuro...” (Bauman, 2005, p. 117).

Nuestros gustos en películas, aficiones, canciones, etc., son los que constituyen ahora nuestra nueva identidad. Estos detalles, de acuerdo con Bauman (2005), pueden adquirirse en las tiendas. Todo esto implica que la identidad se convierte en una tarea incesante, que demanda un gran esfuerzo de actualización y diversificación en diferentes escenarios. Cumplir con esta tarea inacabable, se ha convertido en una labor que acarrea enfrentar ocasionalmente miedos, incertidumbre, frustración, inquietud, entre otras diversas afectaciones.

1.2 Las relaciones interpersonales en la sociedad de consumo

En una sociedad inercialmente dedicada a la lógica del consumo como espacio para constituirse como sujeto legítimamente participante de ella, en la que incluso, como ya se

señaló, queda comprometido el cuerpo, es de suponer que las relaciones interpersonales en todos los espacios sociales, quizá en algunos más y en otros menos, queden influidas por esa inercia. Cada vez más, las relaciones interpersonales están definidas por el cumplimiento de las demandas de rendimiento que implican consumo: la mamá que se esfuerza porque sus hijos e hijas tengan las competencias necesarias para salir adelante, los estudiantes mayores de edad urgidos por tener más currículum para ser deseables en el mercado laboral, los padres esforzados en allegarse más capacidades y más actuales cada vez, muchos y muchas buscando ponerse en forma para el día a día, otros ingiriendo ayudas de tipo medicamentoso, sean fármacos o suplementos, para rendir en todos los aspectos de su vida cotidiana, son imágenes cada vez más expandidas en las sociedades de rendimiento.

Como en la constitución de la identidad, el terreno de las relaciones interpersonales demanda cada vez mayor esfuerzo, diversificación, y se nos presenta como una labor inacabable. Aquí también aparecen escenarios, momentos, espacios, que provocan afectaciones que pueden derivar, que ya están derivando, en demandas de atención psicológica. Todo esto, puede irse particularizando en aspectos específicos de los que ahora, a manera de ejemplificación, presentamos algunos

De acuerdo con Romero y Martínez (2017) las relaciones interpersonales de la sociedad actual, abarcan temas como: el cuestionamiento del individuo (el individualismo, la mercantilización, la fragilidad de los vínculos, la soledad y la desconfianza) la aparición de internet como un nuevo escenario de las relaciones y a la que se ligan la transformación de la intimidad, el exhibicionismo en la red y la confusión público-privado; la recuperación de la emoción en la vida humana, la cual considera aspectos como la emotivización de las relaciones y finalmente el espacio femenino y su influencia, que integra el crecimiento y la feminización de las relaciones y la pervivencia del imaginario romántico.

- El cuestionamiento del individuo

Uno de los principios del mercado es que “todo es o podría ser una mercancía y si todavía no lo es, debería ser tratado como tal”. Actualmente, el mercado también ha llegado a áreas que

aparentemente no tendrían ninguna fuente de la cual sacar provecho económico, sin embargo, lo han conseguido, Bauman (2005) menciona el siguiente ejemplo: una organización benéfica en materia de relaciones ofrece un curso de un día de duración que aborda lo que fue mal en la relación y, también cómo evitar cometer de nuevo los mismos errores.

En la sociedad de consumo, los términos predominantes son lo “temporal”, lo “efímero” y la “incertidumbre” (Moya 1999) siendo lo único certero en la vida del ser humano “lo inestable” en todas las áreas de su vida (empleos, amistades, autoestima, autoconfianza) (Bauman, 2005).

Una de las herencias más fuertes que hemos recibido de la modernidad es el carácter marcadamente individualista, particularmente en las grandes ciudades, en las cuales prevalece el desinterés por lo que le sucede al otro (Simel, 1986 en Portilla, Maldonado & Villar, 2014). Este desinterés es resultado de una sociedad que “pide” a todos sus miembros que sean “individuales”, esto quiere decir que todos deben ser distintos entre sí. La individualidad está relacionada con el “espíritu de la masa” y esta exigencia de ser distintos entre sí (o auténticos) está vigilada por el colectivo, sin embargo, ser un individuo significa ser como todos los demás del grupo (en realidad idéntico a todos los demás) (Bauman, 2005). En la sociedad individualista se percibe que hay una pérdida de la libertad y aparece el miedo a depender del otro (Romero & Martínez, 2017) volviendo los vínculos que se establecen con los demás frágiles.

Por todo esto, no es de sorprenderse que nos parezca fuera de lugar dedicar demasiado tiempo a trabajar por una relación. Esto puede ser apreciado, por ejemplo, en los matrimonios. En México hay una marcada tendencia de matrimonios que han decidido separarse. De acuerdo con datos del Censo de Población de 1990 y de la ENADID (2014), esta proporción pasó de 2.2 % a 5.4%, es decir, más que el doble mientras que el promedio de duración social de los matrimonios es de 13.5 años (cifra proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en Grupo MVS Comunicaciones, 2016).

Asimismo, nuestro umbral de paciencia está, de acuerdo con Bauman, “drásticamente rebajado”, lo cual también contribuye a mantener esos periodos de duración en las relaciones,

provocando en ocasiones la búsqueda de interrupciones rápidas y radicales de las “relaciones desagradables”. Sin olvidar que, como lo menciona Tiquun (2012): “Hoy en día todo se explica. ¡Hasta el hecho de enamorarse! Adiós al romanticismo, pues dicho “fenómeno” no sería más que una serie de reacciones químicas” (p. 48).

A pesar de la fragilidad de los vínculos entre los seres humanos estos continúan en la búsqueda de intimidad, entendiéndose por intimidad el calor, la confianza y la expresión abierta del sentimiento individual para lo cual dedican tiempo, esfuerzo y dinero a sus relaciones interpersonales, esperando recibir a cambio seguridad, cercanía, ayuda, compañía o consuelo (Bauman, 2000 en Romero & Martínez, 2017) lo cual se asemeja a las relaciones mercantiles de intercambio.

Cuando las relaciones interpersonales no brindan esta intimidad, aparece en la mayoría de las ocasiones la sensación de soledad, la cual están sintiendo gran cantidad de personas en la actualidad. Estupiñán (en Cortés 2018) menciona que la soledad como fenómeno humano es un planteamiento de la modernidad, ya que en la antigüedad esta no aparecía porque se vivía en comunidad. De acuerdo con Noriega (2018) la soledad tiene sus bases en los recientes cambios demográficos, por ejemplo, el decremento de las tasas de natalidad y el incremento de la esperanza de vida; en los sociales, como el surgimiento de nuevos modelos familiares, crisis en los sistemas de cuidados, la desprotección familiar y las dificultades para conciliar vida familiar y social.

- La aparición de Internet

Hoy en día no hay ninguna dimensión de la vida que quede excluida de la transformación generada por la innovación tecnológica y las posibilidades de manejar la información, un ejemplo de esto son las relaciones entre los seres humanos. Dicha innovación tecnológica trajo consigo el surgimiento las redes sociales (Cornejo & Tapia, 2011) las cuales, de acuerdo con Celaya, pueden definirse como: “lugares en Internet donde las personas publican y comparten todo tipo de información personal y profesional, con terceras personas, conocidos y absolutos desconocidos” (Celaya, 2008 como se citó en Hütt, 2012, p. 123).

Las redes sociales online, brindan la posibilidad de acumular una gran cantidad de amigos/contactos con los cuales la relación y comunicación es diferente a la que se establece en el mundo físico. En el mundo virtual se puede seleccionar con mayor facilidad con quién queremos hablar, ignorar aquellas conversaciones que nos incomodan o no nos interesan y realizar estas en el momento en que nos resulte más adecuado, comenzando y terminando cuando creemos oportuno (Díaz, 2011).

Otra de las posibilidades que brinda las redes sociales es la de ampliar los vínculos débiles con los que cuenta un individuo. En estos vínculos no existe una conexión emocional entre los miembros, aunque sí se intercambia información y se puede establecer un tipo de comunicación en la que no hace falta invertir una gran cantidad de tiempo o esfuerzo (Díaz, 2011). Sin embargo, a pesar de dichos beneficios, también se ha encontrado otros aspectos que no resultan tan positivos.

Una investigación realizada por Rodríguez Salazar y Rodríguez Morales (2016) tuvo como objetivo conocer cómo influyen las nuevas tecnologías de la comunicación (en particular Facebook y Whatsapp) en las relaciones de pareja de los jóvenes, encontrando que los principales conflictos que emergen en las parejas asociados a los usos de las tecnologías son por celos. La sobreinformación que se genera en las redes sociales en torno al otro sobre sus interacciones reales o virtuales desencadena emociones de desconfianza y celos. Esta misma investigación reportó que el hecho de que las interacciones digitales entre las personas se incrementen tanto, está creando una percepción distinta del espacio y el tiempo, una sensación de inmediatez de los acontecimientos y una aceleración en los procesos, continuando con el ejemplo de las relaciones de pareja en estas se ha potenciado la exigencia de estar alertas en cualquier momento y circunstancia ante un posible mensaje de la pareja (Rodríguez & Rodríguez, 2016).

Para concluir este tema, se retoma lo mencionado por Wolton, quien afirma que estamos en una era de soledades interactivas, en la cual:

la soledad en las sociedades actuales se manifiesta en la dificultad de los individuos en establecer contacto con los que están a su alrededor. La evidencia de las soledades interactivas es la obsesión por estar siempre localizables, así como la angustia por no recibir llamadas telefónicas o por ver que no llega ninguna alerta de mensaje o notificación (Wolton, 2000 como se citó en Calvillo & Jaso, 2018, p. 102).

- La emoción en la vida humana

Las emociones parece ser un tema cuyo estudio y relevancia ha cobrado importancia recientemente. La emocionalidad entró en escena para reemplazar la racionalidad (Han,2014), la cual pertenecía a las sociedades disciplinarias y se caracterizaba por una reducción significativa de los afectos, sentimientos y pasiones a favor de la razón (Aschmann s.f., en Han,2014). En las sociedades de rendimiento, parece que esa fórmula se está desactivando y la emocionalidad está adquiriendo nueva importancia. Pese a su relevancia, prevalece una total confusión de conceptos ya que, para referirse al mismo tema, se suelen utilizar de manera indistinta las palabras afecto o sentimientos.

Por tal motivo, exponemos cómo definen los investigadores contemporáneos qué es una emoción: “el aspecto cargado de energía de la acción, en el que se entiende que implica al mismo tiempo cognición, afecto, evaluación, motivación y el cuerpo” (Nussbaum, 2001 como se citó en Illouz, 2007, p. 15); “alteraciones súbitas y rápidas que experimentamos desde nuestro estado de ánimo, la mayoría de las veces por ideas, recuerdos o circunstancias” (Cano & Zea, 2012, p. 59). Sin embargo, un aspecto importante a destacar es, como bien lo menciona Han, que apenas se cuestiona de dónde proviene el repentino interés por dicho tema, es posible identificar que está relacionado principalmente con el proceso económico.

El régimen neoliberal considera las emociones como recursos para incrementar la productividad y el rendimiento...El capitalismo introduce emociones para estimular la compra y generar necesidades...hoy no consumimos cosas, sino emociones. Las cosas no se pueden consumir infinitamente, las emociones en cambio sí (Han, 2014, p. 71-72).

Quizá esto pueda ilustrarse con una formulación que hoy opera en múltiples espacios para vivir las emociones. En la actualidad, el término “inteligencia emocional” ha adquirido gran importancia debido a que su postulado principal es que la inteligencia académica no es suficiente para alcanzar el éxito en la vida cotidiana y que no contribuye en el equilibrio emocional y la salud mental; mientras que la inteligencia emocional sí lo hace, ya que incluye emociones internas que son importantes para el crecimiento personal y el ajuste emocional (Ruiz & Carranza, 2018).

En el ámbito laboral, por ejemplo, se ha hecho énfasis en contar con trabajadores (particularmente los que desempeñan algún cargo de tipo directivo) que tengan los rasgos característicos de la inteligencia interpersonal (empatía, habilidades para persuadir, dirigir, negociar y resolver disputas). Estos trabajadores, se consideran importantes para la cooperación y el trabajo en equipo (Cano & Zea, 2012). Illouz (2007) menciona que los gerentes tuvieron que prestar atención a las emociones, controlar la ira y escuchar de buena fe a los demás, lo que implicó también una notable emotivización de las relaciones.

- El espacio femenino y su influencia

Desde finales del siglo XIX y sobre todo en el siglo XX, la filosofía y la psiquiatría intuyeron la importancia que la condición sexuada tiene en la comprensión de la persona. De acuerdo con Lozano (2016) no existe la persona neutra (o se es hombre o mujer) así como tampoco existe “la personalidad sin diferencia sexual”, sin embargo, la asignación de ciertas características de personalidad como dominantes o exclusivas a hombres o mujeres divide y desvirtúa la sana relación que puedan generar. Sin duda, esto se vincula, en su configuración específica, con espacios de relación particulares, como puede ilustrarse respecto del mercado laboral.

En las últimas décadas se ha registrado una mayor participación de la mujer en el mundo público, en particular tiene una mayor presencia en el mercado laboral, lo cual ha generado cambios en aspectos como: disminución de la tasa de fecundidad femenina (Avolio &

Dilaura, 2017) las condiciones de la relación de pareja, la dedicación a la familia (educación de los hijos y atención de dependientes), la intensificación del deseo de la mujer de desarrollar sus capacidades intelectuales y profesionales fuera del hogar (Gómez & Martí, 2004) entre otras cuestiones.

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la fuerza laboral femenina asciende a 1,300 millones de trabajadoras, alrededor del 39.9% de la fuerza laboral (3,300 millones). La OIT señala que la tasa de participación femenina en 2014 fue de 50.3%, (OIT, 2014 en Avolio & DiLaura, 2017). Esto ha contribuido a que las mujeres aumenten su grado de independencia personal, su autonomía económica y sus posibilidades de realización personal (Godoy & Mladinic, 2009 como se citó en Ayala, Cabezas & Filippis, 2011).

Si bien existe una masiva incorporación de la mujer en el mercado laboral compartida con los hombres, no ha ido acompañada por un cambio en la redistribución de tareas familiares, por lo tanto, la interacción entre lo laboral y lo familiar se ha modificado de manera significativa (OIT-PNUD, 2009 en Ayala, Cabezas & Filippis, 2011). La renuncia a ser madre ha dado en principio más disponibilidad a las mujeres para asegurar su posición dentro del mundo laboral, sin embargo, ahora las mujeres no están tan seguras de que este sea el mejor modo de permanecer en él.

En opinión de Lozano (2016):

No es válido, pues, hablar de un espacio social femenino, porque en todas las esferas —familiar, laboral y política— puede y debe estar la mujer... La verdadera ambición femenina de las mujeres del siglo XXI supone contar con las condiciones sociales y laborales para desarrollarse como mujeres en todos los aspectos potenciales de su feminidad (p. 93).

Todo esto se complica, si atendemos la diversidad que hoy sucede en el campo de la identidad y la sexualidad, y que genera una problemática más extendida

El panorama general que se ha trazado aquí respecto de algunas de las características principales que distinguen lo que Han (2014) llama la sociedad de rendimiento, que distingue lo que va del siglo XXI, permite advertir que están emergiendo problemáticas propias de este siglo y, con ellas, diversas afectaciones dentro de la dimensión psicológica en la vida de las personas, tanto en su configuración como tales en la condición particular de las personas como en el establecimiento de las relaciones interpersonales cotidianas.

1.4 Los padecimientos psicológicos en el mundo contemporáneo.

A principios del siglo XX, y con la obra de Sigmund Freud, empieza a reconocerse la importancia de los procesos psíquicos en la génesis de muchos padecimientos en función de procesos mentales involucrados (Gavidia & Talavera, 2012). Sin embargo, es hasta el inicio del siglo XXI cuando resurge el interés por los problemas de salud mental, su magnitud, sus consecuencias y las dificultades que su atención plantea (Martínez, 2014). En el Boletín de la OMS del año 2002 se señalaba que, pese a su elevada frecuencia, la mayor parte de los países no estaba concediendo a este problema la prioridad requerida (World Health Organization, 2002 en Martínez, 2014).

Resulta complejo definir el concepto de salud, ya que este se encuentra fuertemente relacionado con las distintas visiones que los autores especializados ofrecen del término, propios de la época en la cual ellos viven, siendo influenciados también por el contexto cultural de cada grupo social del cual participa, adquiriendo el significado más pertinente de acuerdo con factores socioculturales e históricos que no siempre son compartidos por todas las comunidades humanas (Valenzuela, 2016).

En su carta constitucional de 1946, la OMS incluye en su concepto de salud aspectos innovadores, añadiendo el área mental y social a la puramente biológica aceptada hasta el momento, definiendo la salud mental como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, s.f. en Gavidia & Talavera, 2012, p. 167). Esta definición considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. Para Cabanyes, neurólogo de la

Universidad de Sevilla, la salud mental es algo dinámico, en la que el propio individuo tiene un papel activo (en mantenerla, mejorarla o empeorarla, recuperarla o perderla). Considerando las diferentes definiciones, y partiendo de que la OMS es una voz autorizada mundialmente, hoy es posible advertir que hay un porcentaje significativo de personas que padecen alguna afectación ubicable dentro de la alteración de su salud mental (Cabanyes en Clínica Universidad de Navarra, 2012).

Se estima que entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante 2016. Si bien existen discrepancias en cuanto a los números precisos, la OMS calcula que más de 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. INCyTU, 2018). Se espera que la depresión sea la primera o segunda causa de enfermedad durante el año 2020 en el mundo desarrollado (Sirvent, 2013).

De acuerdo con información publicada en el periódico mexicano Milenio, en México más de uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha sufrido, al menos una vez, una enfermedad o un trastorno mental siendo el trastorno psicológico más frecuente la ansiedad, padecida por el 14.3%; le siguen el abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos, como la depresión (9.1%) y las fobias (7.1%). El 18% de la población urbana de entre 18 y 65 años padece un trastorno afectivo, principalmente depresión (datos proporcionados por el informe "La salud mental en México", elaborado por la Cámara de Diputados, así como información del Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en el periódico Grupo Milenio, 2017).

Datos reportados por el Diario La Vanguardia (en Sirvent 2013) mencionan que en el año 2009 el 30% de las consultas de atención primaria se debían a problemas de salud mental: un 10% por depresión, un 7% por ansiedad, un 6,6% por fobias, un 3.5% por crisis de pánico y un 3.2% por abusos de sustancias.

No obstante, estos datos, es posible reconocer que muchas más personas encuentran en su dinámica de vida condiciones con las que no les es fácil lidiar y que, aunque no constituyen un padecimiento “formal”, están generando requerimientos de apoyo profesional.

1.5 Demanda de nuevas problemáticas de tipo psicológico en consulta

En la actualidad, además de los trastornos mentales ya mencionados, las personas también están considerando como parte de su “salud mental” los servicios de un psicoterapeuta para resolver “problemas de la vida cotidiana”, los cuales reflejan una patología del sufrimiento o infelicidad, entre ellos se encuentran: el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja, los problemas de estrés laboral, el dolor crónico (Echeburúa, Corral & Salaberría, 2012). Por ejemplo, Castellero (2018) en un artículo en el que recopila los motivos de consulta psicológica más comunes expone que dentro de estos padecimientos se encuentran la existencia de dificultades en aspectos como la gestión de las emociones, la búsqueda de maneras de aumentar el nivel de autoestima (por ejemplo en personas que han padecido de forma continuada acoso escolar o laboral) o dificultades para establecer relaciones personales estables, profundas y consistentes, conflictos de pareja y familiares sin que por ello exista, aunque en algunos casos puede presentarse, un trastorno detrás.

Estos problemas son un reflejo de las dificultades de la vida cotidiana, así como de los efectos de la soledad y de la incomunicación que prevalecen en nuestra sociedad ... y el volumen de consultas de este tipo puede suponer casi el 20% de las demandas asistenciales en los centros de salud (Echeburúa, Corral & Salaberría, 2012, p. 87).

Sin lugar a duda, esta situación generalizada ha abierto, desde hace por lo menos tres décadas, un campo muy amplio que demanda la atención de la psicología. En virtud de que están presentándose problemas emergentes, que acaso requieren una reformulación de las aproximaciones teórico-metodológicas propios de la disciplina para su atención. Considerando el panorama de esta manera, también es posible identificar la emergencia de alternativas de atención terapéutica.

Una de esas alternativas, que puede considerarse como novedosa en alguna medida, es mindfulness. Los rasgos que lo constituyen tienen su origen en los principios del budismo

proveniente de la sociedad oriental, introduciéndose en la cultura occidental durante el curso del siglo XX. Su adaptación con fines terapéuticos ha encontrado un terreno fértil en la psicología de la salud y en la terapia cognitiva (Miró, 2006 en Moreno, 2012). Mindfulness parece contar con rasgos teóricos, metodológicos y técnicos, que resultan apropiados a las expresiones de afectación psicológica propios de la vida contemporánea y a las condiciones que las originan. En el capítulo que sigue, se presentan los rasgos históricos y teórico-metodológicos que caracterizan a esta alternativa.

2. MINDFULNESS. ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS.

En el capítulo anterior, se planteó cómo en la sociedad contemporánea se ha instaurado en los individuos determinadas características y necesidades, por ejemplo: el rendimiento, la efectividad, el consumismo y la preocupación por la imagen que se proyecta a los demás como una forma de volverse deseable tanto en las relaciones interpersonales como en el mercado laboral. También se estableció que ha creado nuevas enfermedades, síndromes y trastornos: por ejemplo, cuando el individuo experimenta dificultades para gestionar las emociones se le dice que debe trabajar en su inteligencia emocional para así aprender a regularlas, si la persona ha padecido acoso escolar o laboral entonces habrá que buscar cómo aumentar su autoestima. También se presentan de manera frecuente: ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos: antisocial, límite, esquizoide, paranoide, evitativo, obsesivo-compulsivo, etc. Estos padecimientos son el resultado de una sociedad que solicita individuos que respondan veloz y acertadamente a todas las actividades que llevan a cabo de acuerdo con lo que el mundo del rendimiento, la efectividad y el consumo demandan, así como también de las dificultades que esto supone para la gestión de la vida cotidiana, en la cual prevalecen la soledad y la incomunicación (si bien no de tipo virtual, si la comunicación en persona).

Para afrontar estas problemáticas, considerando la demanda constante de una mejor calidad de vida, la cual se asocia (entre otros factores) con mayor bienestar mental y espiritual, el mundo contemporáneo presenta a las personas diversas alternativas (coaching, yoga, medicina alternativa, psicoterapia, etc.). En ocasiones de todas estas opciones se considera la psicoterapia como una alternativa viable, la cual en el enfoque cognitivo conductual ha mostrado en las dos últimas décadas un interés creciente en lo que las prácticas y técnicas de origen budista pueden aportar al ámbito de la terapia psicológica (Didonna, 2011) en específico “mindfulness”, siendo Jon Kabat Zinn quien introduce la aplicación de este particular tipo de atención al ámbito psicoterapéutico (Moñivas, García-Diex & García de Silva, 2012). En tanto emerge como una alternativa para los padecimientos propios del mundo contemporáneo, a lo largo de este capítulo se presenta -con cierto detalle- en qué

consiste mindfulness, de dónde proviene, cuáles son sus principios y cómo se vinculan sus enseñanzas con los programas psicoterapéuticos del enfoque cognitivo conductual.

2.1 ¿De qué trata mindfulness? (definición, antecedentes y teoría)

Mindfulness es una traducción de la palabra *sati*, que proviene de la lengua pali, uno de los idiomas en los que fueron escritos los discursos de Buda hace unos 2500 años. *Sati* tiene una difícil traducción, ya que en el budismo es un concepto amplio (García & Demarzo, 2015) aunado a esto, la traducción al castellano de mindfulness no tiene un estándar; ha sido traducido indistintamente como atención plena o conciencia plena, por tal motivo muchos autores optan por el vocablo inglés mindfulness.

Mindfulness es la acepción inglesa del concepto castellano de “atención plena”, “estar atento”, “conciencia plena” o “presencia plena”, el cual implica que la persona se concentre en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado y sin sensación de apego o rechazo (Brown & Ryan, 2003 como se citó en Moreno, 2012). Si se define a la mente como el proceso que regula el flujo de energía y de información, la técnica de mindfulness consiste en estar atento a varios aspectos de la propia mente. Es una forma concreta de atender a las experiencias del aquí y el ahora, y a la propia naturaleza de la mente desarrollando una forma especial de atención (Siegel, 2010).

el prestar atención es una facultad que posee el hombre por su simple condición de ser humano. Por tanto, el Mf [mindfulness] se plantea como una herramienta accesible y disponible de forma natural para cualquier persona. Pero cabe destacar la necesidad de una actitud intencional. ...solo mediante el entrenamiento continuo y disciplinado se logra desarrollar el Mf. (Santachita & Vargas, 2015, p. 542).

Sin embargo, Vázquez-Dextre (2016) propone que mindfulness, además de abordarse como constructo (como las definiciones anteriormente mencionadas), también puede utilizarse para referirnos a una práctica y un proceso psicológico. Como práctica, el mindfulness permite a profesionales y pacientes admitir cada uno de sus pensamientos y emociones, sean cuales

sean, sin juzgarlos. Mindfulness, propone entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, tratando de sacarlas de la tiranía del lenguaje y, por lo tanto, del prejuicio y subyugación a las categorías y conceptos. Como proceso psicológico, mindfulness supone focalizar nuestra atención en lo que estamos haciendo o sintiendo, para ser conscientes del devenir de nuestro organismo y conductas. Para ello hay que pasar de la reactividad de la mente (respuestas automáticas e inconscientes) a la responsabilidad (respuestas controladas y conscientes), es decir sacar a la mente del piloto automático (Moñivas, García-Diex & García De Silva, 2012 en Vásquez-Dextre, 2016).

Es hacia aproximadamente el Siglo VI a.C. que se menciona en las culturas védicas la transmisión de principios de vida orientados al desarrollo de la espiritualidad y la disciplina religiosa. Surgen figuras ejemplares o prototípicas de lo que sería el camino por seguir, la senda correcta para alcanzar un ideal humano (García, 2011). Si nos remontamos a hace 4,000 años, encontramos imágenes de yoghis en la India antigua meditando sentados con las piernas cruzadas mirando hacia el interior con los ojos entornados. Entrenar la mente se entendía como el medio principal para lograr la salud física y mental, la ecuanimidad emocional y el perfeccionamiento de la condición humana (Siegel, Germer & Olendzki, 2011 en Didonna, 2011).

Una figura importante para el surgimiento de Mindfulness es la de Siddartha Gautama (buda), quien según la tradición nació príncipe hace unos 2,500 años y a los 29 renunció a una vida de comodidades y privilegios (Siegel, Germer & Olendzki, 2011 en Didonna, 2011) para iniciar la búsqueda de respuestas a sus preocupaciones espirituales uniéndose a un grupo de ascetas, sin embargo se dio cuenta que estas prácticas no le estaban dando las respuestas que él necesitaba de modo que dejó el ascetismo y se puso a meditar debajo de un árbol hasta que se iluminó, (siendo la iluminación el fin último de la práctica budista). Para el budismo iluminarse quiere decir que se ha conseguido la verdad última y que a partir de la comprensión de esta verdad el sufrimiento humano termina. Buda dejó enseñanzas de cómo los demás podrían conseguir esta iluminación (¿En qué creen los budistas? -Budismo-Buda,

2017). En las bases de la filosofía budista se encuentran las Cuatro Nobles Verdades, las cuales, de manera breve, se resumen de la siguiente manera:

1.- Toda existencia es sufrimiento. 2.- El origen del sufrimiento es el deseo, esto es, aquella sed surgida de la ignorancia de anhelar bienes materiales o de buscar el placer a toda costa, esta sed de deseos provoca karma negativo y hace girar la rueda de los renacimientos. 3.- Puede superarse el sufrimiento si se consigue extinguir la causa que lo provoca (Santos, 2015). 4.- La manera de obtener la liberación del sufrimiento es seguir el Noble Camino Óctuple el cual consiste en cuatro preceptos éticos: habla, esfuerzo, conducta y trabajo correctos y cuatro preceptos mentales: opiniones, esperanzas, atención y contemplación correctas (¿Es el budismo el camino a la iluminación?, s.f.). En el budismo la meditación se considera el medio para liberarse de la cadena de renacimientos y extinguir el deseo (¿Es el budismo el camino a la iluminación?, s.f.).

Pasando a una historia más reciente de mindfulness, García & Demarzo (2015) mencionan que la relación de la psicología y la medicina con mindfulness se inicia en el siglo XX. El psicoanálisis fue la primera escuela de psicoterapia que mantuvo cierta relación con el budismo, pero fue Erich Fromm quien lo introdujo en Occidente con su libro *Budismo zen y psicoanálisis*. La práctica habitual del budismo zen por parte de un cierto número de psicoterapeutas se inicia a finales de la década de 1970, coincidiendo con la aparición del movimiento hippie.

El hito más importante para el desarrollo de mindfulness fue la fundación, en 1979, del Center for Mindfulness, en la Universidad de Massachusetts (EE. UU), por parte de Jon Kabat-Zinn, donde desarrolló la técnica de “Reducción de Estrés basado en la Atención Plena” (García & Demarzo, 2015). Es importante resaltar que, aunque Mindfulness extrae las técnicas del zen y de la meditación provenientes del budismo, su enseñanza se encuentra despojada de connotaciones religiosas y culturales (Santachita & Vargas, 2015).

Algunos de los principios de mindfulness son: atención al momento presente, aceptación (Vásquez-Dextre, 2016) cultivo de la bondad amorosa y autocompasión (Simón, 2010). De

estos principios, se puede considerar a la atención al momento presente y al cultivo de la bondad amorosa y la autocompasión como los más importantes ya que, por ejemplo, a través de la práctica de la atención plena se promueve el *vivir en el presente* y desarrollar una *mente de principiante*. En cuanto al *cultivo de la bondad amorosa y autocompasión*, a través de sus diversas prácticas contribuye a dejar de juzgar tanto a las demás personas como a nosotros mismos. Una vez mencionado lo anterior, a continuación, se describe en qué consisten estos tres principios de mindfulness.

- Atención al momento presente

De acuerdo con lo mencionado por Moñivas, García-Diex & García de Silva (2012) mindfulness como método para sosegar la mente se apoya en distintas técnicas, las cuales están diseñadas para retrotraer la mente de sus teorías y preocupaciones. Algunas de estas técnicas son: respiración consciente, escaneo corporal y el hacer con “atención plena”, lo cual se puede aplicar a cualquier actividad de la vida diaria: comer, beber, estudiar, conducir, trabajar y hasta discutir. Estas técnicas serán abordadas más adelante, debido a que se comenzará por lo principal, entender qué es la atención plena, lo cual, basándonos en la literatura de mindfulness, se puede considerar el componente más importante de esta práctica.

La atención plena tiene como componente principal la concentración, la cual, en teoría, se emplea en prácticamente todo lo que se hace, sin embargo, llevando a cabo diversas tareas a menudo estamos distraídos o parcialmente presentes (Pollak, Pedula & Siegel, 2016) llegando a suceder que solo hay momentos breves de atención plena en determinadas acciones, por ejemplo, cuando cortamos un tomate y el cuchillo se acerca demasiado a nuestros dedos (Germer, Siegel & Fulton, 2015).

De acuerdo con Siegel (2011) se ha alcanzado un estado de atención plena cuando a) se experimenta lo que está ocurriendo en cada preciso momento, b) cuando se está atento a lo que estamos haciendo en vez de actuar como autómatas y c) cuando se aprecia el momento presente en vez de recordar situaciones pasadas o fantasear con el futuro.

- El cultivo de la compasión y el amor en bondad.

En la sociedad occidental se asocia la palabra compasión con el sentimiento de lástima o pena ante la desgracia ajena (Ibáñez, 2019) sin embargo, desde la perspectiva budista la compasión se entiende como la capacidad del ser humano de estar abierto al propio sufrimiento y al de los demás, sin juzgar ni rechazar la experiencia dolorosa (Brito, 2014 & Gilbert, 2015 en Aranda et al., 2018) con un anhelo de generar bienestar a quien tiene un sufrimiento (Germer & Siegel, 2012 en Araya & Moncada, 2016). En la compasión se toma consciencia del sufrimiento propio y de los demás, sin juicio, apego o rechazo (García & Demarzo, 2015).

La compasión es una cualidad multidimensional que incluye un factor cognitivo (comprensión del sufrimiento), un factor emocional (sentir el sufrimiento ajeno como propio) y un factor conductual (tener motivación e intención para aliviar el sufrimiento) (Brito, 2014 & Gilbert, 2015 en Aranda et al., 2018).

Otra diferencia que se encuentra cuando se aborda este tema es que, en la sociedad occidental se manejan dos conceptos para abordar la compasión: la compasión hacia los demás y la autocompasión, dicha distinción no se lleva a cabo en la tradición budista, así, la palabra para referirse a la compasión en tibetano es tsewa, que no distingue la compasión por uno mismo y por los demás (Neff, 2003 en Araya & Moncada, 2016) sin embargo, al abordarla de esta manera (compasión-autocompasión) es posible identificar tres elementos que nos pueden ayudar a comprender cómo se compone y como se puede cultivar la autocompasión: 1.- Mindfulness. 2.- Humanidad compartida. 3.- Bondad o amabilidad con uno mismo.

1.- Mindfulness. La compasión es una actitud que va íntimamente unida a mindfulness, uno de los principios de mindfulness es la aceptación, la cual, implica el permitirnos estar con cualquier tipo de sentimiento inclusive si se le considera negativo, en vez de suprimirlo o sobre-identificarnos con él. La sobre-identificación como proceso psicológico involucra una rumiación mental que gira en torno a las propias limitaciones (Barnard & Curry, 2011 en Araya & Mocado, 2016) lo cual a su vez genera una escasa capacidad de observar los hechos con serenidad.

2.- *Humanidad compartida*. En ocasiones ocurren acontecimientos que nos hacen sentir inadecuados y/o fracasados, ante estas situaciones es importante recordar que estos sentimientos son compartidos por la mayoría de las personas (Arredondo, sf.).

3.- *Bondad o amabilidad con uno mismo*. Implica tratarse a uno mismo con cuidado y comprensión, en lugar de hacerlo con un juicio crítico (Vega, 2019) especialmente cuando “las cosas van mal”, ser tolerante con nuestros propios fallos e imperfecciones y no juzgar puede contribuir a que nos podamos autoapoyar para volver a intentar en lo que se ha fallado (Arredondo, sf.)

El amor bondadoso o “meta” es un “sentimiento de amor desinteresado hacia los demás (sin apego, sin buscar el propio beneficio) y refleja el deseo de que todo el mundo, sin distinción alguna, sea dichoso y feliz” (Dalái Lama, s.f. en García & Demarzo, 2015, p. 32). La compasión se da cuando el amor bondadoso se encuentra con el sufrimiento. Tanto el amor y bondad como la compasión hacen que nuestra conciencia pase de la atención preocupada a la atención amorosa y abren nuestro campo de percepción, ayudándonos a ser más *mindful* (Germer, Siegel & Fulton, 2015). En la vida cotidiana, practicar amor y bondad implica:

1.- **Aplicar la compasión hacia uno mismo**. La compasión también debe ir dirigida hacia uno mismo. Busca lo bueno que hay en ti.

2.- **No criticar a otras personas**. Un componente de la bondad en amor es la empatía, antes de criticar a los demás puedes ser empático pensando “si tuviese las mismas circunstancias que esa persona, seguramente estaría haciendo lo mismo”.

3.- **Identificar que otras personas también son compasivas con nosotros**. Cuando nos cedan el paso para salir por la puerta, preguntan por nosotros o nuestra familia.

Para concluir este punto, se puede decir que mindfulness responde a la pregunta: ¿Cuál es la experiencia aquí y ahora? y, por otro lado, la compasión responde a la pregunta: ¿Qué

necesitas para confortarte y contener tu sufrimiento? Esto activa el sistema de cuidado y conexión sobre el sufrimiento (Arredondo, sf.).

3.1. Aspectos técnicos de mindfulness

Mindfulness plantea tres prácticas centradas en la atención focalizada, las cuales son: 1.- Respiración consciente. 2.- Escaneo corporal. 3.- Hacer con atención plena.

- Respiración consciente

La práctica centrada en la respiración es una de las técnicas más conocidas y ejercidas de mindfulness. Se basa en las experiencias y sensaciones de “respirar sabiendo que se está respirando”, es decir, con la atención hacia la respiración, momento a momento (García & Demarzo, 2015). De acuerdo con Parra, Montañez Rodríguez, Montañez Sánchez & Bartolomé (2012) la respiración y la atención plena se relacionan entre sí. Cuando se realizan ejercicios de respiración de manera consciente, los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales pueden ser detectados tal como surgen en el flujo de la consciencia; cuando estos han sido reconocidos, la habilidad de cambiar la atención permite regresar de vuelta a la respiración, previniendo de este modo que se puedan realizar futuras elaboraciones y quedarse enganchados a ellas convirtiéndose en *rumiaciones*.

Algunas técnicas basadas en la respiración, de acuerdo con Siegel (2010), son:

Centrarnos en las sensaciones de la punta de la nariz. Podemos concentrarnos en las sensaciones más sutiles que se dan en la punta de la nariz mientras inspiramos y espiramos. Puede que notemos que la respiración es un poco fría al entrar por la nariz y un poco más caliente al salir de ella.

Utilizar la conversación silenciosa con uno mismo. Es una buena manera de ayudar a centrar una mente agitada. Cuando notamos las sensaciones respiratorias en la barriga, podemos recitar en silencio “sube” cada vez que la barriga sube y “baja” cada vez que baja. Se trata con esto de tener la conciencia dirigida al máximo a las verdaderas sensaciones del cuerpo y de usar la repetición de palabras para mantener la mente centrada en estas sensaciones.

Contar las respiraciones. Es un enfoque que se puede utilizar cuando la mente está más agitada, consiste en contar sólo las inspiraciones o las expiraciones. Se suele decir que contar las inspiraciones tiende a ser más energético, mientras que contar las expiraciones tiende a ser más sosegante. La respiración puede contarse en silencio hasta diez, en cuyo punto empezamos de nuevo la cuenta. También se puede contar las respiraciones hasta llegar a cien.

Jugar a “coger la pelota”. Si estamos listos y motivados por alcanzar objetivos entonces se puede intentar esta técnica: contar cada respiración tratando de llegar hasta cien, pero empezando la cuenta cada vez que notemos que nuestra mente se ha distraído. Esto podría parecerse a jugar a coger la pelota y ver cuanto aguantamos lanzándola y volviendo a coger sin que se caiga del suelo.

- **Escaneo corporal**

Con esta técnica se intenta entrar en contacto con la experiencia de nuestro cuerpo tal y como es, sin juzgar, sin rechazar las sensaciones desagradables ni apegarnos a las agradables. Este ejercicio también recibe el nombre de barrido corporal o body scan. Siegel (2010) considera que resulta de utilidad cuando la mente está teniendo especial dificultad para permanecer fija en un objeto de atención sutil. Sirve ante todo de práctica de concentración, puesto que nos dicta donde fijar la atención.

Cabe señalar que el escaneo corporal es un componente esencial del Programa de Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990 en Pollak, Pedula & Siegel, 2016) el cual es ampliamente utilizado para introducir el mindfulness en la práctica de la atención médica. Esta técnica, de manera breve, trata de lo siguiente:

Se comienza con unos minutos de meditación en la respiración, reparando en la sensación ascendente-descendente de la barriga en cada respiración. A continuación, se dirige la atención a la sensación del contacto con la silla y el suelo. La respiración pasa a un segundo plano para reparar en la sensación del cuerpo en el espacio, dirigiendo la atención hacia los dedos del pie. Se presta atención en todas las sensaciones que proceden de los dedos; se observa si nos parecen calientes o fríos, relajados o tensos intentando crear una actitud de

interés o curiosidad respecto de estas sensaciones, observando como cambian sutilmente con cada momento que pasa.

Si en determinado punto se nota que la mente se ha enfrascado en algún pensamiento concreto, se retrotrae suavemente a las sensaciones de los dedos de los pies. Se deja que la atención permanezca en los dedos durante varias respiraciones o hasta que los pies sientan que se les está prestando plena atención. La meditación va transcurriendo de esta manera. (Siegel, 2010).

- Hacer con atención plena

En general, la mayoría de las personas llevan un ritmo de vida acelerado el cual genera que, sin darse cuenta, se muevan, piensen y sientan con el “piloto automático encendido” (Parra y cols., 2012).

Mindfulness, como proceso psicológico, tiene como objetivo focalizar nuestra atención en lo que estamos haciendo o sintiendo, para ser conscientes del devenir de nuestro organismo y conductas (Moñivas et al., 2012). La atención plena permite a cada persona desarrollar una mejor comprensión del funcionamiento psicológico y responder hábilmente a las nuevas situaciones (Parra et al., 2012).

- La meditación.

Osho define la meditación como: “Un estado de observación acrítica de los contenidos cognoscitivos. Es un medio de descondicionamiento, por lo que los orientales le conocen como el camino hacia la liberación o a la iluminación” (Osho, 1996 en Aguilar & Muso, 2008, p. 243). A esta definición es importante agregar que cuando se practica algún tipo de meditación, no se busca explorar nada en particular ni llegar a ninguna conclusión, ya que no pensar es uno de los requisitos para meditar (Aguilar & Musso, 2008). La meditación, de acuerdo con Brach (2007 en Mondragón, 2016) despierta la conciencia más allá de los pensamientos condicionados y habituales. La meditación se constituye de tres pilares fundamentales: 1) Una postura corporal determinada, 2) El direccionamiento de la mente hacia un foco y 3) La práctica metódica (Santachita & Vargas, 2015). En Occidente la meditación mindfulness presenta las siguientes variantes: a) la atención centrada o enfocada (concentración), b) la atención abierta

(mindfulness propiamente) c) el amor bondadoso y la compasión (Salzberg, 2011 en Germer, Siegel & Fulton, 2015).

a) La atención centrada o meditación concentrativa.

La atención centrada o meditación concentrativa, requiere que enfoquemos nuestra atención hacia un objeto o situación concreta, como puede ser la respiración o un color (Torres & Torrell, 2013). La instrucción para este tipo de meditación es: cuando notes que tu atención se dispersa, llámala suavemente otra vez (hacia el objeto escogido). La meditación de concentración ayuda a tener la mente calmada, apaciguada. En psicoterapia, la atención centrada es una manera de anclar la mente cuando una persona se ve zarandeada por emociones fuertes (Germer & cols., 2015).

b) La atención abierta, meditación de foco abierto, “awareness”, “insight”. Meditación vipassana

En este tipo de meditación, la atención plena es el instrumento que se ha de ejercitar. La meditación vipassana es una ruta que conduce al autoconocimiento examinando lo más cercano a uno mismo: la actividad del cuerpo y la mente (Mondragón, 2016). Podemos utilizar la atención abierta para notar nuestras intenciones, sensaciones, emociones, pensamientos y/o conductas (Germer & cols., 2015).

La transición de la atención centrada a la atención abierta empieza cuando nos invitamos a nosotros mismos a “notar eso que distrajo nuestra atención”, cuando la mente se aleja del objeto de percatación elegido (por ejemplo, la respiración), en vez de volver simplemente a dicho objeto (Germer & cols., 2015). A lo largo de la práctica, quien medita ha de notar que la naturaleza de la mente es avanzar para percibir al objeto que aparezca en la conciencia, enfocar por un momento y dejarlo ir (Mondragón, 2016) notar puede implicar un momento de reconocimiento: “estoy pensando, juzgando o preocupándome” (Germer & cols. 2015 p. 131).

c) La meditación en Mettā o amor bondadoso

Las prácticas de meditación abordadas anteriormente tienen como propósito el cultivo de la conciencia de la experiencia presente con aceptación. De acuerdo con Dhammasami (2013) Mettā implica benevolencia (empatía y buena voluntad hacia los demás). A través de la meditación en Mettā se desea el bienestar a uno mismo, posteriormente este bienestar se desea también a aquellos seres cercanos, por ejemplo, a miembros de la familia.

“Mettā conlleva virtudes tales como la amabilidad y la honestidad. Alguien que ha desarrollado mettā suficientemente es excepcionalmente atento, cuidadoso y amable” (Dhammasami, 2013.p. 38).

2.3 Programas de intervención mindfulness aplicados a diversas problemáticas (depresión, estrés, trastornos de conducta alimentaria).

En las últimas décadas, el interés por las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBMs) ha incrementado. Según el motor de búsqueda de artículos de investigación médica PubMed, para enero de 2019 se encontraban 5,668 trabajos de investigación con la palabra “mindfulness” en su título o abstract (Fernández et al. 2019). En cuanto a los resultados reportados por las investigaciones en las que se aplicó algún tipo de programa mindfulness, se retoma los siguientes datos:

- **Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness. MBSR.**

Fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1982, fundamentado en la meditación vipassana y se considera de las primeras intervenciones terapéuticas que se desarrolló basada en la conciencia plena. A través de un entrenamiento intensivo en prácticas de meditación mindfulness, enseña estrategias de autocuidado y autorregulación para un mejor entrenamiento de los estresores del diario vivir (Kabat-Zinn, 1990 en Medeiros & Pulido, 2011). En este programa la persona aprende a situarse ante su experiencia de un modo más descentrado o desapegado, y este giro, en sí mismo, ayuda a regular la tensión, el estrés y la interacción interpersonal (Miró, s.f. en Santed & Segovia, 2018). Se considera un complemento para el tratamiento de patologías susceptibles de provocar estrés como

psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post- infarto, etc., (Irrarazabal, 2010 en Vázquez-Dextre, 2016).

Resultados que reporta MBSR

En un estudio llevado a cabo con pacientes mujeres que padecían fibromialgia, Vago y Nakamura (2011) hallaron que las mujeres con fibromialgia que habrían participado en un grupo combinado de MBSR/ TCBM (en comparación con los grupos control) mostraban menos evitación de los estímulos vinculados con el dolor en niveles tempranos de procesamiento y una desvinculación más eficiente de esos mismos estímulos en fases posteriores de procesamiento (Vago & Nakamura, 2011 en Baer, 2017).

En cuanto a las emociones relacionadas con el dolor físico, se considera a éstas un componente fundamental de la experiencia del mismo. Se ha encontrado que los meditadores con experiencia manifiestan patrones de habilidad cerebral coherentes con menos anticipación del dolor (mayor atención al momento presente) y menos evaluación negativa del dolor; diferencias que a su vez se asociaron con unos valores inferiores de intensidad del dolor (Brown et al., 2010 en Baer, 2017).

Este programa se ha usado exitosamente en el tratamiento del estrés general, constatándose su efectividad específicamente en el estrés de los profesores de educación secundaria. Franco, Mañas, Cangas, Moreno & Gallego (2010) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue examinar la eficacia de un programa de entrenamiento mindfulness para reducir la angustia psicológica en un grupo de maestros. La muestra estuvo constituida por 68 profesores de Educación Secundaria, de varios centros públicos; la mitad de ellos formaron el grupo control y la otra mitad el grupo experimental. Los niveles de malestar psicológico fueron evaluados, en ambos grupos, mostrando una reducción significativa en las tres medidas generales de malestar psicológico (índice de severidad global, índice de distrés de síntomas positivos y total de síntomas positivos), así como en sus dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Asimismo, cabe señalar que estos

resultados se mantuvieron transcurridos cuatro meses tras la finalización de la intervención (Franco et al., 2010).

- **MBCT o TCBM. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.**

Fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale en el 2002 para prevenir recaídas en la depresión crónica (Perez & Botella, 2006 en Vásquez-Dextre, 2016). “A diferencia de las terapias cognitivas clásicas que se centran en cambiar el contenido del pensamiento de los pacientes, la MBCT entrenan a los pacientes para cambiar el modo de relacionarse con sus pensamientos” (Irrarrazabal, 2010 en Vásquez-Dextre, 2016, p. 46).

De acuerdo con Miró (en Santed & Segovia, 2018) con la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness es posible aprender a reconocer los procesos disfuncionales como la rumiación y redirigir la atención al flujo de la experiencia en el momento presente. El programa tiene una duración de ocho sesiones en las que se lleva a cabo la meditación mindfulness (García-Allen, 2019) junto con componentes de la terapia cognitiva (detección, manejo y registro de pensamientos automáticos, psico-educación acerca de los mecanismos cognitivos que subyacen a la depresión, etc.) (Miró, s.f. en Santed & Segovia, 2018).

Resultados que reporta TCBM

De acuerdo con Hervas, Cebolla & Soler (2016) para la prevención de recaídas en la depresión, el nivel de eficacia más consolidado es el de la MBCT en participantes con más de dos o tres episodios previos de depresión mayor (Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014 en Hervas, Cebolla & Soler, 2016). Se ha encontrado que este tipo de terapia reduce significativamente las tasas de recaída depresiva en comparación con el tratamiento habitual o placebo, con una reducción del riesgo relativo del 34% (Piet y Hougard, 2011 en Baer, 2017). Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, y Malong (2007 en Baer, 2017) estudiaron la aplicación de MBCT en 17 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente (tres o más episodios) y dos pacientes con trastorno bipolar de tipo 2 (según DSM-

IV, APA 1995). Se observó una disminución significativa en la sintomatología depresiva de dichos pacientes.

En México, Veytia, Guadarrama & Márquez (2016) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue identificar la asociación entre los niveles de mindfulness con los síntomas de depresión en estudiantes adolescentes que cursan la educación preparatoria, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre depresión y mindfulness; a mayores puntajes de depresión menor porcentaje de mindfulness y viceversa. También se cuenta con evidencias de que cuando se desarrollan competencias de mindfulness mejora la salud mental y la resiliencia (Keng, Smoski & Robins, 2011 en Baer, 2017).

- **MB-EAT. Entrenamiento de la conciencia de la alimentación basada en mindfulness**

También influenciado por el programa MBSR, se trata del primer enfoque basado en mindfulness (Kristeller & Hallet, 1999 en Didonna, 2011). Kristeller elaboró este programa para tratar el trastorno por atracones y situaciones similares al que más tarde denominó “MB-EAT”; dicho programa busca que el paciente cultive, a través de sesiones individuales y grupales, el mindfulness, la conciencia de comer, el balance emocional y la autoaceptación (Kristeller & Wolever, 2012 en Vásquez-Dextre, 2016).

En los programas basados en el entrenamiento de mindfulness para comer de manera consciente se enseña el componente “mindful eating”, el cual consiste en aplicar la técnica de mindfulness en todo lo que tiene que ver con el proceso de la alimentación, por ejemplo, la elección de alimentos de modo consciente, identificar la diferencia entre hambre física y hambre psicológica, identificar señales de saciedad y comer saludablemente en función de estas (Grimm & Steinle, 2011 en Ruiz, 2015).

Resultados que reporta MB-EAT

Utilizando un diseño de base ampliada con un único grupo antes y después, Kristeller y Hallett (1999) demostraron reducciones en los síntomas de atracón, en la gravedad de los

mismos y en la ansiedad depresión de mujeres obesas con trastorno por atracón sometidas a seis semanas de tratamiento. También es importante destacar que los análisis de correlación indicaron que las mejoras en cuanto a los atracones, control de la alimentación y de conciencia de las señales de saciedad, estaban asociadas con mindfulness (Kristeller & Hallet, 1999 en Didonna, 2011).

- **Terapia Dialéctico Conductual**

La Terapia Dialéctico Conductual, ha sido creada por la doctora Marsha Linehan para el tratamiento de pacientes con intentos suicidas recurrentes y diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (Elices & Cordero, 2011). Como su nombre lo indica, este tipo de psicoterapia tiene un componente dialéctico, respecto al cual Elices y Cordero mencionan lo siguiente:

El pilar sobre el que se construye la filosofía dialéctica postula que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión. Es así que cada tesis contiene su anti-tesis. El cambio dialéctico ocurre cuando una tesis y su anti-tesis pueden encontrar una síntesis, que no es otra cosa que una nueva dialéctica. La dialéctica más importante para la DBT (siglas en inglés de la TDC) es lo que ocurre entre cambio y aceptación (Elices & Cordero, 2011, p. 136-137).

Resultados que reporta TDC

En 1991, Linehan publica el primer ensayo clínico en el que 44 pacientes con diagnóstico de TLP y conductas parasuicidas recientes, fueron aleatorizadas a un año de tomar TDC o tratamiento habitual (TH). Las pacientes en el grupo de TDC, mostraron una mayor disminución en frecuencia y severidad de las conductas parasuicidas y en la frecuencia y duración de los días de ingreso, así como una mejor tasa de retención respecto al TH (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991 en Soler, Elices & Carmona, 2016).

Soler et. al (2012) exploraron los efectos del módulo de mindfulness de la TDC, participaron 60 personas diagnosticadas con TLP, 40 de ellos recibieron el módulo de mindfulness agregado al manejo psiquiátrico habitual, los 20 restantes sólo recibieron el manejo

psiquiátrico. En los pacientes que recibieron el módulo mindfulness, se reportó progreso en tareas de atención e impulsividad, así como en sintomatología.

De esta terapia se llevó a cabo una adaptación realizada por Rathus y Miller para poblaciones de adolescentes con conductas suicidas y rasgos de personalidad límite, la cual se denominó “TDC-A”, en dicha terapia la familia tiene un rol más activo en el tratamiento y por tanto también participa en las sesiones de terapia familiar. Estudios cuasi experimentales muestran que, en comparación con tratamiento habitual, la TDC- A se asocia a menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el tratamiento, menos abandonos de terapia y a una reducción mayor en relación a la ideación suicida, síntomas psiquiátricos generales y síntomas de TLP (Fleischhaker et al. 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002 en Soler, Elices & Carmona, 2016).

Actualmente la TDC también se está aplicando a un amplio rango de patologías con resultados preliminares, pero prometedores. Dado que la TDC se dirige específicamente a la disregulación emocional y sus consecuencias conductuales, fundamentalmente de tipo impulsivo o autodestructivo, no es extraño que pueda adaptarse para patologías que presenten, en alguna medida, este tipo de síntomas (Robins & Chapman, 2004 en De la Vega & Sánchez, 2013) por ejemplo, en los anteriormente mencionados trastornos de la conducta alimentaria, específicamente para la bulimia nerviosa, cuyos resultados preliminares son alentadores (Hill, Craighead & Safer, 2011 en De la Vega & Sánchez, 2013).

- **Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)**

De acuerdo con Vargas & Ramírez (2012), la TAC es una terapia basada filosóficamente en el contextualismo funcional y teóricamente en la teoría del marco relacional (Gaudio 2009; Hayes et al. 2001; Hofmann 2008; Rey 2004; Ruiz y Luciano 2009; Vilardaga, Hayes y Schelin 2007; Wilson y Luciano, 2002). El contextualismo funcional tiene como premisa básica la predicción y la influencia de eventos con un amplio nivel de precisión, alcance y profundidad (Vargas, 2012). Desde esta perspectiva, tanto los pensamientos como los sentimientos son interpretados como conductas (Wilson & Luciano, 2002 en Vargas & Ramírez, 2012). En cuanto a la teoría del marco relacional, este modelo pretende explicar

cómo la manera en que significamos nuestro mundo (tanto objetivo como subjetivo) puede organizar, dirigir o influenciar nuestro comportamiento (Hayes, et al., 2006 en Jurado, 2017).

En la TAC el término compromiso, se refiere a una promesa o intención verbal de llevar a cabo una determinada conducta o un conjunto de comportamientos en el futuro (Blackledge, 2018). Esta terapia se diseñó específicamente para el abordaje del trastorno de evitación experiencial (TEE), el cual se considera un tipo de regulación de comportamiento destructivo, la persona presenta la necesidad de actuar para no entrar en contacto con el malestar o para escaparse de este, resultando que tal malestar se extiende, e incluso se puede intensificar, y lo más importante, conduce a una limitación en hacer la vida que uno quiere (Luciano et al. 2010). Quienes presentan dicho trastorno no están dispuestos a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intentan alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl 1996, en Ferro 2000), en particular si son percibidos como eventos internos negativos o dañinos (Torrenova, 2016).

La evitación experiencial se presenta en diversos desórdenes de ansiedad, como los obsesivo-compulsivos, la agorafobia con ataques de pánico, el estrés post-traumático, el abuso de sustancias o incluso los desórdenes de personalidad límite (Friman, Hayes y Wilson 1998; Hayes, Wilson, et al., 1996 en Ferro, 2000).

La TAC emplea determinados principios para que los pacientes desarrollen la flexibilidad mental necesaria para mejorar su bienestar emocional, uno de ellos es la defusión cognitiva, en la cual, de acuerdo con García-Allen: “se trata de observar nuestros pensamientos tal como son, trozos de lenguaje, palabras, imágenes, etc. Simplemente observar y dejar ir sin juzgarlos...” (García-Allen, 2017).

Para tratar dicha defusión cognitiva, los ejercicios de meditación mindfulness pueden ser de gran ayuda (Hayes, et al. 2002 en Vásquez-Dextre, 2016).

Resultados que reporta TAC

Diferentes estudios han demostrado la efectividad de la TAC en un amplio rango de problemas, como el dolor crónico, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros (Ruiz, 2010 en Ribero & Agudelo, 2016). De acuerdo con investigaciones citadas por Vargas & Ramírez (2012) la TAC ha mostrado resultados favorables en los problemas de consumo de sustancias adictivas entre los que resalta el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial (Luciano, Páez & Valdivia, 2010) el tratamiento de problemas psicológicos diversos como la fobia social (Ossman et. al., 2006) el trastorno obsesivo compulsivo (Twohig et. al., 2010) el trastorno de pánico (Carrascoso & Valdivia, 2009).

2.4 La tercera generación de terapia cognitivo conductual

Como ya se ha mencionado, la práctica de mindfulness fue retomada por la Psicología (en específico por la psicoterapia psicoanalítica). Sin embargo, es en la actualidad el enfoque cognitivo conductual quien incorpora mindfulness a sus diferentes propuestas psicoterapéuticas. En la historia contemporánea de dicho enfoque, de acuerdo con Pérez (2006 en Moreno, 2012) la primera generación de la terapia conductual se sitúa en la década de 1950 manifestándose, por un lado, como una rebelión frente a la psicología clínica establecida, dominada principalmente por el psicoanálisis y, por otro, supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos. Sus fundamentos estuvieron dados por la teoría del aprendizaje, enfocándose en el abordaje de los trastornos mentales, posteriormente, la segunda generación de la terapia de conducta surge a partir de la aparición de la terapia cognitiva, cuyo principal eje se ubica en el rol de la cognición, la atención y la memoria (Korman & Garay, 2012). La terapia postula que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, entre otras), son las causas de los problemas emocionales y conductuales y, aún más, que cada trastorno tiene su condición por no decir déficit o disfunción cognitiva específica (Hayes, 2004 en Moreno, 2012).

Actualmente la terapia cognitivo conductual está en su tercera generación, fundamentándose en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje. Algunas de sus características son las siguientes:

1.- Particularmente sensible al contexto, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto, además de otras más directas y didácticas (Hayes, 2004 en Moreno, 2012).

2.- Estos tratamientos buscan la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para la persona (Hayes, 2004 en Moreno, 2012).

3.- Ya no se discute el contenido del proceso cognitivo, sino que lo que se busca es trabajar sobre el proceso general (Korman, 2012). No se trata tanto de que el sujeto no tenga síntomas, sino de que cambie el curso de su experiencia subjetiva y la conciencia que tenga de ella (Moñivas, García-Diex & García de Silva, 2012).

Las principales terapias de tercera generación son: Terapia de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR o REBAP), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), la Terapia de Pareja Conductual Integrativa (IBCT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Zych, Buena-Casal, Sierra & Gómez-Rodríguez, 2012).

Estas terapias cuentan con programas psicoterapéuticos enfocados a tratar problemas, como: trastornos relacionados con sustancias, psicóticos, depresivos (TCBM), bipolares, de ansiedad (MBSR), alimentarios (MB-EAT), de la personalidad, relacionados con la ira, agresión y control de impulsos, malestar general y debido a problemas médico-clínicos, dolor crónico, fatiga crónica, etc. (Hofmann et al., 2012 en Garay & Korman, 2012).

- Rasgos unificadores de las intervenciones TCBM, REBAP, TDC y TAC

Una de las características que comparten dichas intervenciones es que se trabaja en la forma en que los pacientes prestan atención a lo que ocurre en su vida cotidiana, el tipo de atención que se pretende alcanzar se denomina “atención plena” o “conciencia plena”. Otro rasgo que tienen en común es que uno de sus propósitos es cambiar la manera en que el paciente se relaciona con sus pensamientos y emociones desagradables (Jurado 2017; Irrarazabal 2010, en Vásquez-Dextre, 2016). Este tipo de intervenciones no tienen como objetivo la eliminación del sufrimiento y/o dolor que suelen presentar los pacientes sino más bien proporcionar estrategias y habilidades prácticas para aceptarlo (Parra, Latorre & Montañés, 2012).

- Rasgos que distinguen a las intervenciones TCBM, REBAP, TDC y TAC

Los programas de intervención Reducción del Estrés Basada en Atención Plena (REBAP) y Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), basan la mayor parte de su contenido en los principios proporcionados por mindfulness, mientras que la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la TAC (Terapia de Aceptación y Compromiso) retoman algunas enseñanzas de mindfulness, más no es este el eje en que se sustentan.

En el caso de REBAP y TCBM, se considera que estas intervenciones están enfocadas a tratar una única problemática en particular (estrés y depresión respectivamente). En cuanto a la TDC, aunque fue diseñada principalmente para abordar casos de conductas suicidas y trastorno límite de personalidad, también puede ser empleada para abordar otro tipo de trastornos ya que, de acuerdo con lo mencionado por Soler, Elices & Carmona (2016) “dado que la TDC se dirige específicamente a la disregulación emocional y sus consecuencias conductuales, fundamentalmente de tipo impulsivo o autodestructivo, no es extraño que pueda adaptarse para patologías que presenten, en alguna medida, este tipo de síntomas” (p. 53).

En los trastornos de la conducta alimentaria, las estrategias de la TDC pueden ayudar a reducir la frecuencia y gravedad de las purgas y atracones (Safer, Telch y Agras 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001 en Soler, Elices & Carmona, 2012) las cuales se abordan en el programa MB-EAT.

Un rasgo que hace distinta a esta terapia de las demás, es la forma de actuar del terapeuta durante la intervención terapéutica, teniendo como características que:

1.- Utiliza estrategias dialécticas como una forma de promover una visión compartida con la persona consultante, por ejemplo, el balance entre la aceptación y el cambio, entre el cuidado y el reto, así como entre la flexibilidad y la estabilidad (Feigenbaum, 2007 en Ramírez & Vargas, 2012).

2.- Comunicación empática e irreverente: la TDC combina una actitud realista, irreverente y paradójica frente a las conductas disfuncionales, lo cual demuestra una vez más que el terapeuta mantiene el equilibrio entre dos estilos terapéuticos aparentemente opuestos (De la Vega & Sánchez, 2013).

En cuanto a la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), se considera a los valores del paciente como parte importante de la terapia. Los valores son el vehículo para el cambio conductual (Vargas & Ramírez, 2012) debido a que definen el rumbo o camino que los pueda llevar hacia eso que consideran importante y valioso (Jurado, 2017). Los valores deben ser clarificados para que la persona pueda dirigirse, en forma consciente y comprometida, hacia un camino en que se puedan hacer modificaciones a la experiencia vivida hasta el momento (Páez et al. 2006; Robb 2007; Strosahl y Robinson 2008; Wilson & Luciano, 2002).

2.5 Mindfulness para el mundo contemporáneo.

Como se mencionó anteriormente, mindfulness plantea cultivar dos tipos de atención a través de distintos ejercicios. En el caso de la atención denominada “plena”, permite que las personas experimenten lo que está ocurriendo en el momento presente en vez de recordar

situaciones pasadas, con este tipo de atención la mente se vuelve menos frágil y susceptible a los extremos, haciéndose capaz de admitir la variedad de experiencias e impresiones que aparecen en nuestra vida sin sentirse abrumada o agobiada (Feldman, 1998 en Pollak, Pedula & Siegel, 2016). En cuanto a la atención abierta, presenta una oportunidad para notar qué es lo que se está sintiendo, por ejemplo: estoy pensando en la discusión que tuve con mi compañera de trabajo hace unas semanas, estoy preocupándome porque no he recibido respuesta de una solicitud de empleo, etc. La mente funciona con mayor claridad, por lo cual actuamos de manera más sabia y hábil (Siegel, 2011). Esto puede ser de gran ayuda en una sociedad que exige a las personas su máximo rendimiento, lo cual les genera cansancio y diversos sentimientos negativos, como la desesperanza y la tristeza.

Otro de los principios mindfulness es la aceptación, la cual consiste en experimentar plenamente los eventos, sensaciones, pensamientos, etc., sin intentar modificarlos o evitarlos. La aceptación también puede ser de utilidad para responder ante las demandas de consumo que propone la sociedad, debido a que contribuiría a que el individuo pueda tomar decisiones basadas en sus verdaderas necesidades de consumo, en lugar de las necesidades que le ha implantado la sociedad, por ejemplo, tener que contar con lo último en tecnología, reemplazar constantemente los artículos que adquiere y en términos generales de comprar en exceso. Como la aceptación también es para sí mismo, las preocupaciones en cuanto a su apariencia también pierden importancia.

En el caso de los sentimientos de compasión y amor en bondad, pueden contribuir a que las personas actúen de manera más comprensiva tanto con los demás como con ellos mismos. Esta forma de actuar resulta contraria al tipo de individuo que predomina en la sociedad de hoy, al cual se le ha denominado “individualista”.

Estos son los beneficios que puede traer mindfulness a la vida cotidiana, sin embargo, como se mencionó en este capítulo, mindfulness también ha diseñado intervenciones para tratar problemáticas específicas (depresión, ansiedad, determinados trastornos, etc.) y aunque en este capítulo se abordó de manera breve en qué consisten, surgen algunas preguntas, por ejemplo *¿cómo logró mindfulness posicionarse en la psicoterapia cognitivo conductual de*

*tercera generación para el tratamiento de ciertos trastornos como la depresión y el TLP?
¿cómo puede ser de utilidad mindfulness para tratar los padecimientos que no son
considerados como trastornos, pero que la gente acude a consulta psicológica para
tratarlos?*

Se espera dar respuestas a estas interrogantes, en el siguiente capítulo.

3. LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA SOCIEDAD DE RENDIMIENTO. EL PAPEL DE MINDFULNESS

De acuerdo con Han (2010) estamos viviendo en una “sociedad de rendimiento”. Esta sociedad pone énfasis en el consumo, predomina lo temporal, lo efímero y la incertidumbre (Moya, 1999) siendo lo único certero en la vida del ser humano “lo inestable” en todas las áreas de su vida (empleos, amistades, autoestima, autoconfianza) (Bauman, 2005).

El acto de consumir lleva consigo el deseo de convertirse en un determinado tipo de persona (Baudrillard, 1988 en Rodríguez, 2012). En la actualidad este consumismo va más allá de la adquisición de mercancías debido a que también las personas son vistas de esta manera y, como tal, han de procurar contar con las cualidades que las mantengan en el mercado como producto deseable y vendible (Rangel, 2018). Predomina también un carácter marcadamente individualista, particularmente en las grandes ciudades, en las cuales prevalece el desinterés por lo que le sucede al otro (Simel s f. en Portilla, Maldonado & Villar, 2014).

En cuanto a los individuos que habitan en la sociedad de rendimiento (sociedad en la que nos encontramos actualmente), son más rápidos y productivos que los de la sociedad de obediencia y, a pesar de que estos ya no vivieron en la sociedad de obediencia, mantienen dicha característica, lo cual los convierte en sujetos que producen mucho más que los de la sociedad pasada. Viviendo en una sociedad como esta, los individuos reaccionan justo con mecanismos como la hiperactividad, la histeria del trabajo y la producción.

A su vez, como ya se mencionaba en el primer capítulo, están surgiendo nuevos síndromes, nuevas adicciones (Kristeva, 1993 en Jáuregui, 2009) -y nuevas demandas en la consulta psicoterapéutica- que no son necesariamente trastornos o enfermedades, por ejemplo, el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja, los problemas de estrés laboral, el dolor crónico, etc., para las cuales las personas pretenden dar solución a través de la consulta psicoterapéutica; ante estas demandas, el terapeuta necesita encontrar alternativas psicoterapéuticas para abordarlas. En el capítulo dos se mostró que mindfulness puede aplicarse en el tratamiento de diversos trastornos de tipo psicológico, ya que se han reportado resultados efectivos. Con base en esto, en el presente capítulo se retoman dos trastornos que cuentan con una intervención psicológica basada en mindfulness para su tratamiento: depresión y TLP, para profundizar en las características de su relevancia. Finalmente se

menciona cómo mindfulness también puede emplearse para el abordaje de los padecimientos contemporáneos, que no son considerados como trastornos o enfermedades pero que aun así se demanda su atención en la psicoterapia.

3.1. Dos problemas psicológicos de la sociedad de rendimiento. Depresión y Trastorno Límite de la Personalidad

3.1.1. Depresión.

De acuerdo con la OMS, la depresión es: “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS s/a). Otra definición encontrada en la literatura es la de los investigadores Mirowsky y Ross, para los cuales la depresión es “Un estado subjetivo de malestar físico y emocional, entendido como el resultado de las presiones socioestructurales sobre el individuo” (Mirowsky y Ross, 1989 en Álvaro 2010, p. 334).

La depresión se encuentra entre las diez discapacidades más importantes pertenecientes al campo de la salud mental (Salcedo, 2005 en Olivier, 2012). A escala mundial se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4.4% de la población mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2017). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señala que 29.9% de los habitantes mayores de doce años sufren algún nivel de depresión ocasional, mientras que 12.4% los experimenta de manera frecuente (INEGI en Velázquez & Lino, 2018).

En la depresión tienen un peso importante factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, los cuales interactúan con las características individuales del individuo (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora 2013). Por lo tanto, pueden sufrir depresión:

1.- Quienes se encuentran desempleados, excluidos del mercado laboral o expuestos a una mayor informalidad laboral (Talam, Rigart & Carbonell, 2011). El trabajo es importante para la identidad y el proceso de desarrollo y socialización del ser humano (Rodríguez & Martín, 2001 en Arévalo, 2012). Ofrece beneficios como ingreso económico, estructuración del tiempo, contacto social, metas comunes y actividad (Jahoda, 1982 en Arévalo, 2012). Cuando

se está desempleado, se pierden en su mayoría estos beneficios y pueden aparecer problemas de salud mental, tales como la ansiedad, el insomnio, la depresión y las conductas disociales y autolesivas.

2.- Quienes viven en medios urbanos marginales y están expuestos a condiciones sociales y medioambientales deterioradas (Talarn, Rigart & Carbonell, 2011). Factores como los estresores, las estrategias de adaptación, el apoyo social, la alienación y la autoestima son considerados, de acuerdo con Álvaro, Garrido y Schweiger (2010) como determinantes de la variabilidad observada en los niveles de depresión. En el caso del estrés, considerada una variable presente en distintas problemáticas de tipo psicológico, Lazarus y Folkman mencionan que:

El estrés puede entenderse como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia...este no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus & Folkman, 1984 en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, p. 37).

3.- Quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares (Morales 2017). Existe una relación entre las enfermedades físicas y la depresión. Las personas con enfermedades físicas como la diabetes, asma, obesidad y dolores crónicos corren un mayor riesgo de padecer depresión (Medina-Mora, Rojas, Borges, Vázquez-Pérez, 2008 en Berenzon, et al., 2012). Asimismo, también es frecuente que quien presenta depresión experimente trastornos de ansiedad o consuma sustancias adictivas (Caraveo en Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009).

En el caso de la población mexicana, se encontró una relación entre las siguientes variables y la depresión: a) ser mujer (más aún si es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar sumando en ocasiones la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas

legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, h) la migración (Aguilar-Gaxiola, et al. 2008; Fleiz, et al. 2008; Raful, et al. 2012; Medina-Mora, et al. 2008; & Breslau, et al., 2009 en Berenzon, et. al., 2013).

A su vez, los adultos que padecen depresión también pueden pasar por crisis de pareja, intolerancia a la frustración y deterioro de las relaciones con los hijos, a los cuales no pueden garantizar, como antes sucedía, una vida mejor que la suya (Talarn, Rigart & Carbonell, 2011).

Por lo tanto, se puede afirmar que la depresión debe ser abordada como un problema psicológico y social. Se trata de un problema psicológico porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido (Álvaro, et. al., 2010). En la sociedad actual se promueve y sobrevalora los estereotipos triunfalistas, esto en conjunto con la presión por alcanzar el éxito, la cual está presente en los diferentes planos de la vida de las personas (social, económico, afectivo, laboral, escolar, entre otros) y forma parte del escenario en el que surgen las enfermedades mentales, entre ellas la depresión, como una barrera al éxito y a la integración social (Morales, 2017).

El individuo deprimido se culpa, se castiga por su falta de responsabilidad ante la construcción de sí mismo... percibe que su capacidad de gestión individual ha sido insuficiente para llegar a las metas referentes a alcanzar. El individuo entra en conflicto consigo mismo, se plantea porqué no es capaz de llegar a lo que se ha propuesto en un entorno que aparentemente otorga toda libertad para la inversión en sí mismo...el rendimiento al que se somete de forma personal y voluntaria fomenta la creación de un individuo cansado por la vida...Un cansancio vital que deviene en estrés, ansiedad y todo tipo de patologías psicológicas (Hidalgo, Dueñas & Molina, 2017, p. 22-23).

Este panorama es el resultado de una sociedad que lleva una guerra contra sí misma. En comparación con la sociedad disciplinaria, la cual estaba regida por el “no” y generaba locos y criminales, ahora la sociedad de rendimiento “produce depresivos y fracasados” (Han, 2010, p.27). Esto ha propiciado que actualmente se considere a la depresión como uno de

los trastornos psicológicos más frecuentes en el mundo y, por consiguiente, también es uno de los principales motivos de consulta psicológica.

Cabe señalar que la depresión y su estudio no es exclusiva de esta época. Hipócrates (s. VI a.C.), describió con síntomas clínicos lo que él denomina melancolía. En el siglo XVIII, aparece por primera vez la palabra depresión en la lengua inglesa (Calderón, Durán, Martínez, Ramírez & Garavito, 2012) sin embargo, es hasta el siglo XX cuando, desde el enfoque psicoanalítico, Freud y Abraham elaboran un modelo psicológico para intentar comprender y explicar este fenómeno (Korman & Sarudiansky, 2011). Posteriormente, desde el enfoque cognitivo-conductual, surge la terapia cognitiva (TC) de Aaron Beck, la cual se considera la antecesora a la TCBM para el tratamiento de la depresión. Para comprender cómo es que esta última se posicionó como el tratamiento que se lleva a cabo en la actualidad (desde el enfoque cognitivo-conductual), se comenzará exponiendo de manera breve en qué consiste la primera (TC).

3.1.2. Terapia Cognitiva de Beck y TCBM para el tratamiento de la depresión

Con el objetivo de desarrollar una forma breve de terapia para tratar la depresión, Beck comenzó a estudiar las descripciones que los pacientes hacían de sí mismos y de sus experiencias (Gálvez, 2009) encontrando que adoptaban una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, a esto se le denomina triada cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery 1983, en Korman & Garay, 2012) y constituye uno de los elementos de la vulnerabilidad cognitiva, en ésta se presentan formas distorsionadas de interpretar la realidad, activándose esquemas cognitivos negativos. Los esquemas en términos generales se van formando, en gran medida, por numerosas experiencias particulares de aprendizaje (en general, tempranas) (Hornstein, 2006 en Caballero, 2010) y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo (García-Allen, 2016). En el caso de las personas vulnerables a la depresión, presentan esquemas cognitivos negativos latentes (que existen sin manifestarse o exteriorizarse), los cuales se activan ante estresores de naturaleza interpersonal (por ejemplo, fallecimientos de seres queridos o rupturas amorosas) o ante estresores relacionados con el propio desempeño (por ejemplo, desempleo o fracaso académico) (Coyne y Whiffen 1995 en Garay, Korman & Keegan, 2015). Basándose en esto, Beck elabora un modelo de terapia en el que, a través

de distintas técnicas, se tiene como objetivo principal enseñar a los pacientes a contrarrestar los pensamientos automáticos negativos para sustituirlos por otros más realistas (Beck, 2000 en Caballero, 2010). Se ha probado la eficacia de la terapia cognitiva de Beck en numerosos estudios, por ejemplo, en casos de depresión, prevención de la depresión, depresión en personas infectadas con VIH, depresión en niños y adolescentes, así como en otros padecimientos (trastornos de pánico, ansiedad, psicosis de inicio reciente, etc.) (Gálvez, 2009). Sin embargo, a pesar de la eficacia probada de esta terapia, surgieron líneas de investigación que cuestionaron algunos aspectos de esta, por ejemplo:

1.- Existe un consenso acerca de que un número importante de pacientes que trataron su depresión con Terapia Conductual (TC), o con tratamiento farmacológico, recaían (Segal y cols., 2002 en Korman & Garay, 2012).

2.- La primacía de los factores cognitivos sobre las emociones. Uno de los principales planteamientos de la TC, es que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado de ánimo (y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta) (Korman & Garay, 2012) sin embargo, la respuesta de muchos pacientes ante las intervenciones socráticas de este modelo eran algo similar a lo siguiente: “lo entiendo intelectualmente pero no puedo dejar de sentir la emoción” (Garay, Korman & Keegan, 2015, p. 51).

3.- Además del contenido de las cogniciones, es importante prestar atención al modo en que las personas con vulnerabilidad a la depresión enfrentan el ánimo depresivo. Algunas personas enfrentan la tristeza llevando el foco sobre ellos mismos, mientras que otros lo retiran fuera de sí mismos. Se llamó estilo de respuesta rumiativo a la tendencia a focalizar la atención sobre sí ante el estado de ánimo negativo (Nolen-Hocksema 2000 en Korman & Garay, 2012). Se ha encontrado que el proceso de rumiación es un factor de riesgo y mantenimiento para la depresión (Dickson, Ciesla & Reilly, 2012 en González, Ibañez & Barrera, 2016).

La rumiación se refiere a formas de pensamiento repetitivo, a las cuales se les puede considerar una estrategia de afrontamiento a estados de ánimo negativo (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993 en De Rosa, 2013) sin embargo, dicha estrategia resulta ser

disfuncional para el individuo, ya que se ha demostrado que la rumiación exagera negativamente tanto el ánimo como la memoria autobiográfica y dificulta la resolución de problemas (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995 en De Rosa, 2013).

Dejar de “tener” este estilo de pensamiento repetitivo no resulta fácil debido a que, como lo menciona Triglia (2017)

La rumiación hace que nuestro pensamiento adopte un patrón automatizado y repetitivo basado en un mecanismo simple: todos los pensamientos que se nos ocurran serán hilados entre sí para que estén relacionados con nuestro malestar. De este modo, perdemos capacidad de concentración y nos es más difícil manipular ideas de manera voluntaria, ya que todos los elementos terminarán desplazando nuestra atención hacia una experiencia concreta o un pensamiento que nos produce sensaciones negativas (Triglia, 2017, párr. 6).

Considerando estos factores, en el año 2002, Segal, Williams y Teasdale desarrollan la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para prevenir recaídas en la depresión crónica (Vásquez-Dextre, 2016). Teasdale, Segal y Williams optan por la atención plena (mindfulness) como un recurso para reducir la vulnerabilidad de los pacientes en remisión a la depresión, es decir, para evitar que las personas reaccionen al malestar a través de procesos cognitivos disfuncionales como la rumiación (Garay, Korman & Keegan, 2015).

En comparación con las terapias cognitivas clásicas, que se centran en cambiar el contenido del pensamiento de los pacientes, en la MBCT, la práctica de la atención plena cumple la función de desenganchar la atención de fuentes de estrés (Triglia, 2017) entrenando a los pacientes para cambiar el modo de relacionarse con sus pensamientos (Irrarazabal, 2010 en Vásquez-Dextre, 2016). La TCBM (o MBCT), plantea que puede resultar más funcional apartar la atención de sí mismo que intentar operar algún tipo de corrección sobre el proceso mental. En este tratamiento, los pacientes aprenden a tomar sus pensamientos como hipótesis, no como la realidad, lo que resulta ser de gran utilidad para las personas que presentan recurrencia en la depresión, las cuales deben aprender a responder de manera distinta ante

los pensamientos y las emociones, evitando reaccionar con largas cadenas de pensamiento (Korman & Garay, 2012).

3.2 Los trastornos de la personalidad

Se considera a los rasgos de personalidad elemento clave para comprender las psicopatologías más complejas, a las cuales se les confiere un papel importante como factores precursores de problemas mentales mayores (Millon & Davis, 1999 en Cortés & Aza, 2015) patologías como TCA (trastorno de conducta alimentaria) depresión o trastornos de ansiedad.

De acuerdo con Ruiz (2019) la personalidad es un constructo hipotético, inferido de la observación de la conducta de la persona, la cual también incluye su forma de pensar, ser o sentir. Una definición que puede complementar a la anterior es la proporcionada por Murcia (2006 en Cortés & Aza, 2015) quien define la personalidad como un patrón de comportamiento resultante de la interacción temprana de contingencias biológicas y sociofamiliares.

En cuanto a que se le puede considerar un trastorno de personalidad (TP), Esbec & Echeburúa mencionan que: “un trastorno de personalidad puede considerarse como un patrón generalizado de conductas, cogniciones y afectos que es inflexible, comienza en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, es estable en el tiempo y genera estrés o daño psicológico” (Esbec & Echeburúa 2015, p. 177).

Los TP (trastornos de personalidad), siempre están en interacción con factores psicosociales y contextuales. De acuerdo con el DSM V, los TP afectan al menos dos de estas tres áreas: cognición, afectividad, relación interpersonal o control de los impulsos. Un TP supone un fracaso en la adaptación en el plano de la identidad propia y en el de las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2013 en Esbec & Echeburúa, 2015).

Los TP (trastornos de personalidad), se agrupan en tres grupos, los cuales son:

Grupo A (raros o excéntricos). En este grupo se encuentran los trastornos esquizoide, paranoide y esquizotípico. Estos trastornos tienen en común un patrón claramente anormal

en la relación con los demás (Masó, 2017). De acuerdo con Cortés & Aza: “cualquier trastorno del grupo A parece coherente ante las circunstancias posmodernas, donde el aislamiento actuaría como protección frente a la saturación social y la multifrenia” (Cortés & Aza, 2015, p. 483).

Grupo B (dramáticos, emotivos o inestables). Abarca los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Se caracterizan por un patrón de violación de las normas sociales, comportamientos impulsivos, emotividad excesiva y grandiosidad (Masó, 2017). En opinión de Cortés & Aza:

Los trastornos narcisista, histriónico y límite siguen una vía donde los demás son un elemento fundamental para construir el Yo, hasta tal punto que el sujeto necesita de refuerzo y contención externa para sostener su personalidad. El narcisista, a pesar de recubrirse con grandiosidad, también posee una estructura frágil (Cortés & Aza 2015, p. 483).

Grupo C (ansiosos o temerosos). En este grupo se encuentran los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo. Todos estos tienen en común la presencia de temores anormales (Masó 2017). Por ejemplo: “en el caso del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) este también responde a patrones posmodernos, ya que se presenta ante altos niveles de demanda social y escaso apoyo interpersonal” (Pérez et al., 2001 en Cortés & Aza 2015, p. 486).

De acuerdo con Martín (2006) toda una corriente de teóricos y profesionales han estado desarrollando con acierto las relaciones entre el contexto sociocultural y personalidad. Así, por ejemplo, encontramos que la pérdida de referentes para el sujeto, como la falta de historicidad y pérdida de confianza en la política, podría consolidarse en un repliegue hacia el sí mismo, generando una personalidad narcisista que tendría como características el vacío interior, la hostilidad, el exceso autorreferencial, el temor al fracaso y a la vejez, relaciones efímeras y deteriorantes, temor a la dependencia de los demás, insatisfacción generalizada, el odio a uno mismo y la idolatrización de famosos que solo tienen en su haber una buena imagen (Lasch, 1999 en Martín, 2006).

Por otra parte, el comportamiento consumista, resultado de la socialización del Estado de Bienestar, tendría a su vez un efecto en la conformación del Yo. En cuanto a esto, Martín menciona que: “ya no se venden objetos, sino propiedades psicológicas (por ejemplo, jeans que son libertad, coches que son “elegancia” ...) Dichos objetos con propiedades subjetivas conforman un yo, volátil y efímero” (Martín, 2006, p. 107).

Otros rasgos culturales, que también son relevantes en el desarrollo de trastornos de la personalidad, son: a) aumento de la velocidad y velocidad en todos los ámbitos. b) avance tecnológico, c) cambio permanente en la vida personal que difumina roles e identidades, d) libertad individual, e) desaparición de los principios altruistas, f) peso de la imagen y la apariencia, g) reducción vital a ejes economicistas de productividad (Pérez et al., 2001 en Cortés & Aza, 2015).

- Trastorno Límite de la Personalidad

El TLP es una alteración caracterizada por una variabilidad inusual en los estados de ánimo, así como marcada intensidad en las respuestas emocionales y conductuales (American Psychiatric Association (APA) 2002 en Jiménez, 2014). La palabra “límite”, hace referencia a un nivel avanzado y potencialmente grave de funcionamiento desadaptativo de la personalidad (Milton & Davis, 1998 en Mosquera, 2011).

Las personas que padecen TLP, son más propensas a presentar alguna de estas conductas: autolesiones (las más frecuentes, cortes superficiales en los antebrazos u otras partes del cuerpo) (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011 en Cuevas & López-Pérez, 2012) consumo de drogas, atracones de comida (y por lo tanto bulimia nerviosa) o relaciones sexuales de riesgo. Estas conductas tienen la intención de reducir el malestar, apartando la tensión temporal de las emociones negativas (Torres, 2015).

Como se mencionaba anteriormente, las personas con TLP necesitan de refuerzo y contención externa para sostener su personalidad, por lo tanto, presentan una intensa necesidad de tener una relación íntima con otra persona (la cual puede ser de tipo romántica o no), esta relación hace que la persona con dicho trastorno se sienta protegida en un mundo que concibe como peligroso (Torres, 2015).

Se considera a este trastorno el más frecuente en poblaciones clínicas, esto debido a la alta comorbilidad que presenta con los trastornos afectivos, por ejemplo, la depresión, ansiedad, abuso de sustancias e intentos de suicidio, lo que en conjunto provoca una gran demanda asistencial por parte de estos pacientes (Cervera, et al., 2005 en Mosquera, 2011).

En la población en general, los estudios epidemiológicos han reportado estimaciones de prevalencia de entre 1.4 y 5.9 % (Lenzenweger et al. 2007; Grant, et al. 2008 en Aragonès et al., 2013). En México, de acuerdo con información proporcionada por la Secretaría de Salud, alrededor de 1.5% de la población (casi 2 millones de personas) presenta este trastorno (Secretaría de Salud, 2018).

Con el propósito de explicar la causa del TLP, Marsha Linehan elabora la teoría biosocial, en la cual la disregulación emocional es considerada como la disfunción primaria en dicho trastorno. De acuerdo con esta teoría, en el desarrollo de TLP estarían involucrados factores biológicos y ambientales (Elices & Cordero, 2011).

La **vulnerabilidad biológica**. Se considera que la persona presenta una sensibilidad excesiva a los estímulos emocionales, así como intensidad en sus respuestas emocionales y un lento retorno al estado emocional basal, esto se manifiesta con expresiones emocionales de larga duración. En cuanto al **ambiente invalidante**, es aquel en el cual la comunicación de eventos privados (particularmente las respuestas emocionales) son tomadas por el contexto como incorrectas, inapropiadas, patológicas o simplemente no son tenidas en cuenta (Dimeff & Koerner, 2007 en Teti, Boggiano & Gagliesi, 2015), como consecuencia, el ambiente no enseña habilidades de regulación emocional al individuo que las necesita y, en cambio, produce aprendizajes disfuncionales (Teti et al., 2015).

Como factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno, se encuentran: negligencia y abuso emocional, ser testigo de violencia doméstica, la criminalidad y el abuso de sustancias por parte de los padres y, en particular, el abuso sexual reiterado. Se ha hipotetizado que este tipo de victimización llevaría al niño a creer que él es vulnerable e impotente y los demás son peligrosos y, por tanto, afectaría su capacidad para formar vínculos de apego seguros y satisfactorios (Torres, 2015).

3.2.1. Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para tratar los desórdenes de la personalidad límite.

La Terapia Dialéctica Conductual fue creada por la doctora Marsha Linehan, quien trabajaba con pacientes con múltiples problemas, específicamente mujeres suicidas o con conductas autolesivas que estaban presentes desde hace mucho tiempo (Teti et al., 2015). Antes de elaborar la TDC, Linehan utilizaba la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para trabajar con esta población, sin embargo, continuamente encontraba dificultades (Ramírez & Vargas, 2012). Estas dificultades eran las siguientes:

1.- Las intervenciones se centraban en el cambio cognitivo conductual y emotivo, por lo que las personas experimentaban la intervención como poco validante (Gempeler 2008; Linehan 1993 y Swales 2009 en Ramírez & Vargas, 2012) lo cual contribuye a que con frecuencia abandonen el tratamiento (Soler, 2016).

2.- Los consultantes reforzaban sin querer las conductas ineficaces del terapeuta mientras castigaban las aproximaciones eficaces (Tetti, Bogliano & Gagliesi, 2015).

3.- Estas personas se encuentran en una búsqueda constante de señales de abandono, para lo cual ponen en marcha pruebas constantes en sus relaciones interpersonales, incluida la relación terapéutica buscando frecuentemente señales de rechazo (Linehan 1993; Miller, Rathus y Linehan, 2007 en Ramírez & Vargas, 2012).

Esta situación llevó a Linehan a cambiar el foco de intervención implementando estrategias de diversos tipos, entre ellas, de aceptación/validación (Tetti, Bogliano & Gagliesi, 2015). Estas estrategias promueven la comprensión de las conductas, para que dentro de este marco de validación puedan identificarse los comportamientos inadecuados que deben modificarse (Feigenbaum 2007 & Gempeler, 2008 en Ramírez & Vargas, 2012).

En la TDC, la relación terapéutica es de suma importancia debido a que, como se mencionaba anteriormente, el área de relaciones interpersonales está seriamente afectada y la relación terapéutica sirve de modelo para el paciente (Linehan, 1993 en Elices & Cordero, 2011).

Cabe señalar que este modelo terapéutico tiene el mérito de ser el primero en proporcionar a la comunidad científica datos de eficacia para el TLP, reduciendo las conductas suicidas y parasuicidas y mejorando la regulación emocional (De la Vega & Sánchez, 2013).

El objetivo general de la TDC es el cambio del comportamiento y la habilidad para manejar emociones negativas, por medio del uso de habilidades cognitivas y conductuales, como son: tolerancia al estrés, la regulación emocional, destrezas interpersonales y la práctica de mindfulness (Linehan, 1993 en Jiménez, 2014); al desarrollarlas, se pretende que el paciente tolere el malestar y regule sus emociones (Vásquez-Dextre, 2016).

La TDC combina la terapia cognitivo conductual con principios focalizados en la aceptación y la validación, estos principios son relevantes en la terapia debido a que cuando esta se focaliza únicamente en el cambio, los pacientes se sienten invalidados y con frecuencia abandonan el tratamiento (Soler, 2016). El tratamiento está compuesto por: psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, consultoría telefónica y reuniones de supervisión (De la Vega & Sánchez, 2013). En cuanto al entrenamiento de habilidades, se divide en cuatro módulos: Habilidades de conciencia plena, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de efectividad interpersonal y habilidades de regulación emocional (Elices & Cordero, 2011). Estas habilidades presentan un contenido predominante de principios mindfulness.

Habilidades de conciencia plena. Las habilidades de conciencia son las primeras que se enseñan y tiene como objetivo que el paciente aprenda a focalizar la atención en sus propios pensamientos y emociones sin emitir juicios (Elices & Cordero, 2011).

Habilidades de tolerancia al malestar. Se enseñan dos tipos de habilidades: habilidades de supervivencia a la crisis y habilidades de aceptación de la realidad. Las primeras son de gran utilidad en pacientes con trastorno de personalidad límite los cuales suelen responder a las situaciones dolorosas por medio de una respuesta impulsiva, por ejemplo, una autolesión. Las segundas tienen que ver con aceptar, de una forma no enjuiciadora, a uno mismo y a la situación actual tal como se presenta en cada momento (De la Vega & Sánchez, 2013).

Habilidades de efectividad interpersonal. Se trabaja el tema de asertividad y a lograr los objetivos manteniendo el respeto por uno mismo y los demás (Elices & Cordero, 2011).

Habilidades de regulación emocional. Las habilidades de regulación emocional ayudan al paciente a disminuir los comportamientos impulsivos, que ocurren en contextos de alta activación emocional (Elices & Cordero, 2011). En este módulo se aprende a identificar y nombrar emociones y a reconocer la función que estas cumplen en el entorno (De la Vega & Sánchez, 2013).

3.3 Los principios mindfulness y su relación con los problemas emergentes del mundo contemporáneo.

Ya se mencionaba anteriormente que a través de la práctica de mindfulness se logra el entrenamiento de la atención, la aceptación de cualquier tipo de emociones, situaciones y actitudes que experimentamos a lo largo de la vida y el cultivo de una actitud de compasión. A continuación, se describirán cuáles son los beneficios de estos aprendizajes y cómo sus aportaciones pueden contribuir al abordaje de las problemáticas de la vida cotidiana.

- El entrenamiento de la atención

Uno de los conocimientos principales de mindfulness es el entrenamiento de la atención, la cual, como se mencionó con mayor detalle en el capítulo anterior, tiene dos variantes: la atención centrada y la atención abierta, dicho entrenamiento cobra importancia en el mundo actual debido a que el tener que repartir nuestra atención a una cantidad diversa de tareas (demanda del mundo contemporáneo), puede generar en nosotros la sensación de estar exhaustos (Pollak, Pedula & Siegel, 2016).

Aprender a prestar atención al momento presente de manera intencional, nos permite ser conscientes de cuál es el contenido de la conciencia, en el momento, lo cual se considera el núcleo de la atención plena (Simón, 2010).

Al centrar nuestra atención en el momento presente, se reduce la cantidad de información del pasado (la cual está asociada con el fenómeno de rumiación); lo mismo ocurre con la

información relacionada con el tiempo futuro (expectativas, deseos y temores) (Vásquez-Dextre, 2016) incrementándose la información que nos proporciona el presente.

El cultivo de la atención abierta también es un componente importante en el entrenamiento de la atención ya que, como se mencionaba en el capítulo anterior, a través de esta es posible notar nuestras intenciones, sensaciones, emociones, pensamientos y/o conductas, por ejemplo: en el mundo contemporáneo se ha enfatizado la “inteligencia emocional” como una cualidad de suma importancia para tener una relación de pareja estable, ser percibido como “líder” en un empleo, educar mejor a los hijos, etc. De acuerdo con Goleman (1996 en Regader, 2018) los principales componentes que integran la inteligencia emocional son: 1.- el autoconocimiento emocional, 2.- el autocontrol emocional, 3.- automotivación y 4.- el reconocimiento de las emociones en los demás. Una persona que llegara a consulta psicoterapéutica con el objetivo de trabajar en este aspecto, y en la que se ha identificado que tiende a evitar las situaciones que considera como desagradables, probablemente presentará algunas deficiencias en cuanto al punto número dos (autocontrol emocional) para la cual, la práctica de mindfulness puede resultar de gran utilidad en la adquisición de habilidades relacionadas con este componente, ya que permite a las personas aproximarse a las emociones sin valorarlas ni juzgarlas, aceptarlas y encontrar estrategias para afrontar las emociones difíciles: apoyarse en la respiración, ser compasivos con ellos mismos, así como identificar a través de la atención abierta qué estímulo en concreto dispara esa emoción (Silva & Salcido, 2017).

En cuanto al entrenamiento de la atención plena, puede ser de gran utilidad en los problemas asociados con pensamientos y sentimientos desagradables y repetitivos que permanecen en el tiempo, para ejemplificar esto, se retoma las condiciones que se experimentan en el ámbito laboral, en el cual predomina la incertidumbre, la cual, como se mencionó anteriormente, parece estar presente en diversas áreas de la vida contemporánea. Los trabajadores se están encontrando en su camino laboral ante fenómenos como la vulnerabilidad, la precariedad y la inestabilidad (Bedoya, 2017) dentro de los cuales se presentan circunstancias que denotan estrés, como: condiciones de trabajo inadecuadas, jornadas extensas, presiones de los superiores, falta de apoyo social de los colegas (Cirera, Aparecida, Rueda & Ferraz, 2012).

Con estas condiciones, es de esperarse que los trabajadores experimenten frustración y un alto nivel de tensión emocional, que trae consigo un aumento de los niveles de estrés laboral (Rodríguez & De Rivas, 2011).

Ante el estrés experimentado, los recursos cognitivos y conductuales que utiliza una persona frente a situaciones estresantes, se le conoce como afrontamiento (Montoya & Moreno, 2012). Se pueden producir dos tipos de respuesta de afrontamiento: una orientada hacia la aproximación al suceso, en la cual, las personas realizan esfuerzos cognitivos para enfrentarse al problema que está propiciando estrés y emociones negativas, y otra orientada a la evitación del problema (Marks 1981;1987 en Montoya & Zuluaga, 2012) es decir, evaden la situación que provoca ansiedad. En este sentido, trabajar el estilo de afrontamiento a través de mindfulness permite, a quienes están experimentando estrés en el ambiente laboral y lo afrontan con la estrategia orientada a la evitación del problema, cambiar su estrategia de afrontamiento por una estrategia más parecida a la primera (orientación hacia la aproximación al suceso), en la cual aprenden a enfocar su mente en lo que está ocurriendo en el momento presente, en estos casos, también resulta favorable trabajar en la aceptación de cualquier tipo de emociones, inclusive las que se consideran negativas, lo cual resulta opuesto a la evitación. Con base en esto y haciendo énfasis en el entrenamiento de la atención, se menciona el siguiente ejemplo:

El caso de una persona que se siente estresada en el trabajo que realiza, inclusive cuando no lo está ejecutando, dicho estrés se presenta principalmente debido a las presiones que ejercen sus superiores en él, por lo cual constantemente está pensando en lo que tiene que hacer mañana o lo que pudo haber hecho mejores semanas atrás. Enseñarle a enfocar su mente en el momento presente, puede ayudarle a decrementar el estrés que le generan dichos pensamientos, lo cual a su vez genera que se sienta en mayor calma en los momentos en que no se encuentra trabajando.

- Compasión y aceptación ante el sufrimiento.

En la sociedad occidental, abordar el tema de la compasión no resulta un asunto sencillo, debido a que esta suele ser percibida como sinónimo de debilidad o es asociada con el sentimiento de lástima, el cual implica una sensación de superioridad hacia la persona que sufre (García & Demarzo, 2015). Sin embargo, desde el budismo, la compasión es considerada una de las principales fuentes de mindfulness (García & Demarzo, 2015).

La compasión ayuda para tener en cuenta que todos somos vulnerables a la angustia, a la pérdida, a la enfermedad y a la muerte. La compasión es un sustento que nos ayuda a permanecer fuertes frente al sufrimiento ya que, cuando se es compasivo con uno mismo, la mente puede enfrentarse de mejor manera a estados de sufrimiento (Pollak, Pedula & Siegel, 2016) permitiendo relacionarnos de una nueva manera con nuestro sufrimiento, acercándonos a él y acogiéndolo (Neff, 2012 en Arredondo, sf.).

Para desarrollar la compasión, tanto con nosotros mismos como con los demás, es importante contar con la capacidad de conectar con nuestros sentimientos y de procurar el bienestar propio y de los demás. La compasión, como ya se mencionaba anteriormente también puede ir dirigida a uno mismo en respuesta al propio sufrimiento (Nef, 2011 en Germer y cols., 2015).

Desarrollar la compasión en la actualidad puede ser considerado de gran importancia, debido a que el mundo atraviesa por situaciones como desempleo, enfermedades y carencias en el plano de los derechos sociales. Con relación a esto, García & Demarzo (2015) mencionan lo siguiente: “En un mundo convulso y competitivo (cuando no destructivo) como en el que vivimos, el paradigma de la compasión a nivel social puede facilitar una convivencia más cooperativa y pacífica” (p. 41).

Vásquez-Dextre (2016), menciona que las experiencias que implican sufrimiento se pueden vivir mejor, en la medida en que se acepta que son ocasionales y limitadas en el tiempo. En el mundo contemporáneo, como ya lo mencionaba Echeburúa, Corral y Salaberría (2010) las demandas en consulta psicológica son un reflejo de la soledad, la infelicidad y el sufrimiento psicológico, cuestiones que mindfulness aborda de manera constante y ante las cuales tiene

definida la siguiente postura: Todo ser humano experimenta o ha experimentado momentos de sufrimiento, este es imposible eliminar de manera permanente porque forma parte de la vida. Mindfulness propone aceptarlo, pero también otorgarle menos poder e influencia en nuestras vidas.

También hay algunas situaciones en las que se experimenta más sufrimiento del habitual, por ejemplo: divorcio, desempleo, enfermedades, discapacidad, migración (Kummar, 2017) y por las cuales se llega a acudir a psicoterapia, en estos casos puede ser de utilidad retomar las enseñanzas que proporciona mindfulness en relación al sufrimiento, ante las cuales resulta de utilidad una actitud de compasión.

Retomando de los ejemplos anteriormente mencionados, el caso de una separación definitiva como un divorcio, en el cual suelen aparecer sensaciones de fracaso, baja autoestima y dudas en cuanto a la capacidad de amar y ser amado (Casado, Venegas, Páez & Fernández, 2001 en Sánchez & Martínez, 2014) puede ser de utilidad retomar los principios de mindfulness relacionados con el sufrimiento y la actitud que presentamos ante este, resultando de suma importancia la compasión hacia sí mismo. Ante esta situación y los pensamientos asociados, del tipo: *“Me siento infeliz sin mi pareja”*. *“Será imposible que vuelva a tener una pareja”*, actuar con compasión, permite que sean reemplazados por otros más alentadores, en los cuales nos brindamos más apoyo y comprensión, por ejemplo: *“Esto puede ser difícil y quizá habrá días en los que sienta mucho dolor, pero no será así para siempre, me sentiré mejor conforme pase el tiempo y lleve a cabo otros planes”*. *“Me ocurrió esta experiencia, pero esto no define mi vida ni mi futuro en las relaciones de pareja”*.

Finalmente, se puede decir que mindfulness es de utilidad en el ámbito psicoterapéutico, ya que ha mostrado resultados eficaces en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, así como contar con principios y prácticas que pueden aplicarse para abordar las problemáticas emergentes del mundo contemporáneo.

CONCLUSIONES

La presente investigación teórica, permitió identificar que las problemáticas de tipo psicológico más frecuentes en México en la actualidad son, principalmente: la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos afectivos como la depresión. Aunado a esto, es importante resaltar que se consideran preocupantes por el aumento de su incidencia el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el Trastorno Disocial.

Los programas de intervención psicológica basados en mindfulness están orientados al tratamiento de las siguientes problemáticas: Estrés, Depresión, Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno de Evitación Experiencial. Estos programas tienen en común: 1.- El entrenamiento de la atención para enfocarla en el momento presente de manera intencional. 2.- El aprender a desarrollar una actitud caracterizada por el predominio de la amabilidad, la bondad y la compasión tanto con nosotros mismos como con los demás.

Asimismo, es importante señalar que los programas de intervención “Reducción del Estrés Basada en Atención Plena” (REBAP) y “Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness” (TCBM), basan la mayor parte de su contenido en los principios proporcionados por mindfulness, mientras que la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la TAC (Terapia de Aceptación y Compromiso), retoman algunas enseñanzas de mindfulness más no es este el eje en que se sustentan.

En esta investigación se abordaron dos problemas de tipo psicológico presentes en el mundo contemporáneo: Depresión y TLP. En el caso de la depresión mindfulness tiene un programa denominado Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), el cual tiene como objetivo principal cambiar el modo en el que el paciente se relaciona con sus pensamientos. En el caso del TLP se enfatiza en la aceptación y en habilidades para tolerar el malestar.

Sumado a estos padecimientos, se encuentra una demanda de atención en psicoterapia a nuevas problemáticas relacionadas con la soledad, el sufrimiento y la infelicidad (aspectos

presentes en el mundo contemporáneo), entre las cuales se encuentran: el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja, problemas de estrés laboral. También hay una demanda por parte de quienes acuden a psicoterapia, de aspectos como gestión de las emociones y aumento de autoestima. Ante estos padecimientos, los cuales no son considerados como un trastorno, las herramientas de: entrenamiento de la atención, compasión y aceptación frente al sufrimiento que ofrece mindfulness, resultan de utilidad para el abordaje de estos. El entrenamiento de la atención permite al individuo enfocar su atención en el momento presente, disminuyendo así los pensamientos asociados con situaciones pasadas o futuras, las cuales en la mayoría de las ocasiones están asociados con aspectos considerados como negativos. En cuanto a la atención abierta, permite notar las sensaciones y emociones que se experimentan. Respecto a la compasión y aceptación del sufrimiento permite una relación distinta con las situaciones que causan sufrimiento, ya que se considera que este forma parte de la vida y no como algo que debe evitarse a toda costa, optando por brindar mayor apoyo y comprensión hacia sí mismo.

Con base en lo anterior mencionado, finalmente se puede decir que mindfulness es una herramienta que resulta de utilidad para tratar los trastornos y problemas de tipo psicológico que se presentan en el mundo contemporáneo. Se considera que mindfulness, aun teniendo su origen en una sociedad oriental y basado en las enseñanzas del budismo (contexto y enseñanzas ajenos a la cultura occidental) ha podido incorporarse de manera exitosa a la práctica psicoterapéutica de la sociedad occidental.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, G. & Musso, M. (2008). La meditación como proceso cognitivo conductual. *Suma Psicológica*. 15 (1). 241-258. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604010.pdf>
- Álvaro, J.L. Garrido, A. & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología RIS*. 68 (2). 333-348. Recuperado de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328>
- Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M. & Piñol, J. (2013). Prevalencia registrada del trastorno límite de la personalidad en la base de datos de atención primaria. 72 (2). *Gaceta Sanitaria*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.006>
- Aranda, G., Elcuaz, M.R., Fuertes, C., Güeto, V., Pascual, P. & Sainz de Murieta, E. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*. 50 (3). 141-150. doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.009
- Araya, C. & Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 25 (1). 67-78. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989008.pdf>
- Arredondo, M. (s.f.). Diseño y eficacia de un programa de entrenamiento en *mindfulness* y compasión. basado en prácticas breves integradas (M-PBI). (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. (Tesis doctoral). España. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/454897/mar1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arévalo-Pachón, G. (2012). Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 5 (2). 17-30. Recuperado de <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/download/242/210/>.
- Avolio, B. E. & DiLaura, G.F. (2017). Progreso y evolución de la inserción de la mujer en actividades productivas y empresariales en América del Sur. *Revista de la CEPAL*. 122. 36-62. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42031-progreso-evolucion-la-insercion-la-mujer-actividades-productivas-empresariales>
- Ayala, J.F., Cabezas, A. & Filippis, G. (2011). La integración de la mujer en el ámbito laboral. *Poiésis. Revista Electrónica de Psicología Social*. Fundación Universitaria Luis Amigó. 22. 1-12. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236735332_La_integracion_de_la_mujer_en_el_ambito_laboral/link/004635192755a798cf000000/download

- Bauman, Z. (2005). *Vida líquida*. México. Ediciones culturales Paidós.
- Bedoya, C. (2017). Configuración del mundo del trabajo: Un panorama en Latinoamérica y Colombia. *Dimensión empresarial*. 15 (1). 77-88. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/313266709_Configuracion_del_Mundo_del_Trabajo_un_Panorama_en_Latinoamerica_y_Colombia_Configuration_of_the_World_of_Work_a_Panorama_in_Latin_America_and_Colombia_Configurando_o_Mundo_do_Trabalho_um_Panorama_na
- Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R. & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*. 55 (1). 74-80. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262470712_Depresion_estado_del_conocimiento_y_la_necesidad_de_politicas_publicas_y_planes_de_accion_en_Mexico
- Caballero, X.S. (2010). Lineamientos para el tratamiento de la depresión femenina mediante la terapia cognitiva de Beck. (Tesina de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Calderón, M., Cortés, A., Duran, E., Martínez, T., Ramírez, L & Garavito, C. (2012). Depresión: Recorrido histórico y conceptual. *Universidad Piloto de Colombia*. 1-12. Recuperado de http://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf
- Calvillo, C.A. & Jasso, D. (2018). Las redes sociales, sus efectos psicológicos consecuencias en la salud mental. *Alternativas Cubanas en Psicología*. 6 (18). Recuperado de <https://www.acupsi.org/articulo/243/las-redes-sociales-sus-efectos-psicologicos-consecuencias-en-la-salud-mental.html>
- Cano, S.R. & Zea, M. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*. 4 (1). 58-67. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5177/517751763003.pdf>
- Castillero, O. (2018). Los 16 motivos de consulta psicológica más comunes. Recuperado de <https://psicologiymente.com/clinica/motivos-de-consulta-psicologica-comunes>
- Cirera, Y., Aparecida, E., Rueda, V. & Ferraz, O. (2012). Impacto de los estresores laborales en los profesionales y en las organizaciones análisis de investigaciones publicadas. *Invenio*. 15 (29). 67-80. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/877/87724146007.pdf>

- Clínica Universidad de Navarra. (7 de septiembre de 2012). Nuestra sociedad es una fuente constante de estrés que ha llevado a un aumento de los trastornos de ansiedad. Recuperado de <https://www.cun.es/actualidad/noticias/libro-estres-ansiedad-dr-cabanes>
- Cornejo, M. & Tapia, M. L. (2011). Redes sociales y relaciones interpersonales en internet. *Fundamentos en Humanidades*. 12 (24), 219-229. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/184/18426920010/>
- Cortés, C. & Aza, G. (2015). El yo fragmentado: Trastornos de personalidad en la posmodernidad. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. 73 (146). 465-490. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/6416>
- Cortés, M. (2018). ¿Juntos pero solos? El síntoma de una sociedad hiperconectada. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/noticias-de-cultura/juntos-pero-solos-el-sintoma-de-una-sociedad-hiperconectada-articulo-804597>
- Cruz, M. (2014). El consumismo y la publicidad en el contexto de la historia cultural. *El Artista*. 11, 300-320. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87432695017>
- Cuevas, C. & López, A.G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology Therapy*. 12 (1). 97-114. Recuperado de ijpsy.com/volumen12/num1/320/intervenciones-psicologicas-eficaces-para-ES.pdf
- Dhammasami, K. (2013). *La meditación mindfulness, fácil*. España. Asociación Hispana del Buddhismo. Recuperado de https://www.buddhispano.net/sites/default/files/2017-01/La_Meditacio%CC%81n_Mindfulness_Fa%CC%81cil.pdf
- Díaz, V. (2011). Mitos y realidades de las redes sociales. Información y comunicación en la sociedad de la información. *Prisma social*. 6. 1-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744578007.pdf>
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao. DESCLÉE DE BROUWER.
- _____ MARTE 19 (Productor). (3 de julio de 2017). ¿EN QUÉ CREEN LOS BUDISTAS? -BUDISMO-BUDA. [Archivo de video] Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=NqY5UPq3UMQ&list=PLuNwSHdIUbg88YHarf0BYeWb0NWvH_ruf&index=3&t=23s

s.f. ¿Es el budismo el camino a la iluminación? *Despertad*.
Recuperado de <https://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/101974004>

Echeburúa, E., Corral, P & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 15 (2). 85-99. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4088/0>

Elices, M. & Cordero, S. (2011). Terapia dialectico conductual para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 1 (3). 132-152. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/67>

Esbec, E. & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas españolas de psiquiatría*. 43 (5). 177-186. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf>

Fernández, L., Rodríguez, B., Muñoz-San José, A., Palao, A., Bayón, C., Amador, B. & Moreno, A. (2019). Mindfulness y Compasión en el Sistema Nacional de Salud. *RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*. 4 (1) 94-102. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6795061>

Franco, C., Mañas, I., Cangas, A., Moreno, E & Gallego, J. (2010). Reducir la angustia psicológica de los docentes a través de un programa de capacitación de atención plena. *Revista Española de Psicología*. 13 (2). 655-666. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3487

Gálvez, J.J. (2009). Revisión de las evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina Naturista*. 3 (1). 10-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2867904>

Garay, C.J. Korman, J.P. & Keegan, E. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la <<tercera ola>> en Terapias Cognitivo Conductuales. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 26. 49-56. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/281519109_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_MBCT_and_the_'Third_Wave'_of_Cognitive-Behavioral_Therapies_CBT

García, J & Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y compasión: la nueva revolución*. Barcelona: Editorial Siglantana.

García-Allen, J. (2016). La terapia cognitiva de Aaron Beck. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>

- Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. 26, 161-175. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236735332_La_integracion_de_la_mujer_en_el_ambito_laboral/link/004635192755a798cf000000/download
- Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. (2015). *Mindfulness y Psicoterapia*. España. DESCLÉE DE BROUWER.
- Gómez, S. & Martí, C. (2004). La incorporación de la mujer al mercado laboral: Implicaciones personales, familiares y profesionales, y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia. Documento de Investigación. *Universidad de Navarra*. 557, 1-49. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/4884496_La_incorporacion_de_la_mujer_al_mercado_laboral_Implicaciones_personales_familiares_y_profesionales_y_medidas_estructurales_de_conciliacion_trabajo-familia/link/5c2f981ba6fdccd6b590e6a5/download
- González, M., Ibáñez, I. & Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. *Acta Colombiana de Psicología*. 20 (2). 30-41. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.3>
- Grupo MVS Comunicaciones. (2016). Matrimonios en México duran en promedio 13.5 años: INEGI. Recuperado de <https://mvsnoticias.com/noticias/economia/matrimonios-en-mexico-duran-en-promedio-135-anos-inegi-499/>
- Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona. Herder.
- Han, B. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona. Herder.
- Hidalgo, B., Dueñas, E. & Molina, G. (2017). Una aproximación sociológica a la depresión: Flexibilidad, hiperindividualización y medicalización en la sociedad posmoderna. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 11 (2). 9-33. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6384788>
- Huber, L. (2002). Consumismo, cultura e identidad en el mundo globalizado: estudios de caso en los Andes. Lima. IEP. Instituto de Estudios Peruanos. Recuperado de <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iep/ddtlibro33.pdf>
- Hütt, H. (2012). Las redes sociales: Una nueva herramienta de difusión. *Reflexiones*. 91, (2). 121-128. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72923962008>

- Ibáñez, M. Mindfulness y compasión. Cambio de paradigma en las relaciones interpersonales. Una perspectiva fenomenológica. *RIECS*. 4. 140-150. DOI : <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.132>
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires, Katz.
- Jáuregui, I. (2009). Psicopatía, ideología y sociedad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 18 (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181/18101805>
- Korman, G. P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y el tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 15 (1). 119-145. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Korman, G. P. & Garay, C.J. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 21, (1), 5-13. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>
- Lozano, M. (2016). Ser mujer en el siglo XXI. *La Universidad*. 6, 83-102. Recuperado de http://ri.ues.edu.sv/9522/1/Revista_La_Universidad_6c7.pdf
- Martínez, C. (2014). La salud mental a principios del siglo XXI. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 32 (supl 1). 45-54. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19860>
- Milenio Digital (10 de octubre de 2017). ¿Como andamos de salud mental los mexicanos? Recuperado de <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/como-andamos-de-salud-mental-los-mexicanos>
- Mondragón, M.A. (2016). *La meditación como alternativa para restablecer desajustes emocionales y adquirir capacidad de control sobre estas* (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Moñivas, A., García-Diex, G. & García de Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): Concepto y Teoría. *Portularia*. 12. 83-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161024437009.pdf>
- Montoya, P.A. & Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe*. 29 (1). 205-227. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6362752>

- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*. 43 (2). 136-138. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- Moreno. A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/ mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*. 12 (1). 1-17. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66>
- Mosquera, D. (2011). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 1 (1). 1-26. Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/trastorno_limite_de_la_personalidad.pdf
- Moya, J. (1999). La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 19 (72). 693-702. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15677/15536>
- Noriega, C. (2018). El drama de las soledades necesita soluciones inmediatas. Un problema de salud pública. El debate de hoy. Recuperado de <https://eldebatedehoy.es/ciencia/la-soledad-un-problema-invisible/>
- Novo, J. (2016). Publicidad, persuasión y comportamiento del consumidor. Universidad da Coruña. Facultad de Sociología. Recuperado de <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/17182>
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (enero 2018). Salud Mental en México. Recuperado de https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Olivier, C. (2012). De lamentos y esperanzas. Sobre el impacto de la depresión en hombres y mujeres en la primera década del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15 (2). 433-462. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/32361>
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Parra, M., Latorre, J.M. & Montañés, J. (2012). Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Ansiedad y Estrés*. 18 (2-3). 29-46. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236004221_Terapia_Cognitiva_basada_e

n_Mindfulness_y_reduccion_de_los_sintomas_de_ansiedad_en_personas_con_fibr
omialgia

- Pollak, S., Pedulla, T & Siegel, R. (2016). *Sentarse juntos. Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el Mindfulness*. España. DESCLÉE DE BROUWER.
- Portilla, M. M., Maldonado, A.A. & Villar, M.G. (2014). El individualismo como elemento que influye en la vida y configuración de la ciudad. *Revista Legado de Arquitectura y Diseño*. 15. 59-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477947303004>
- Pulido, R. (s.f.). La medicalización de la vida. Recuperado de <https://psicologia.uahurtado.cl/la-medicalizacion-de-la-vida/>
- Ramírez, R. & Vargas, L.F. (2012). Terapia conductual dialéctica: Descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*. 3 (137). 53-64. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15325492005>
- Rangel, I. (2018). *La medicalización de las relaciones sociales y el uso biopolítico de las emociones*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, J., Khon, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Organización Panamericana de la Salud*. 632. 3-325. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Rodríguez, R. & Rivas de, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 57. supl. 1. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500006
- Rodríguez, S. (2012). Consumismo y Sociedad: Una revisión crítica del homo consumens. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*. 34 (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181/18126057019>
- Rodríguez, S. & Rodríguez, Z. (2016). El amor y las nuevas tecnologías: experiencias de comunicación y conflicto. *Comunicación y sociedad*. 25. 15-41. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2016000100002
- Romero-Iribas, A. M. & Martínez, C. (2017). Topografía de las relaciones interpersonales en la postmodernidad: amistad y educación. *Revista Española de Pedagogía*. 267. 309-322. Recuperado de <https://revistadepedagogia.org/lxxv/no-267/topografia-de->

las-relaciones-interpersonales-en-la-postmodernidad-amistad-y-educacion/101400032171/

- Ruiz, P. & Carranza, R.F. (2018). Inteligencia emocional, género y clima familiar en adolescentes peruanos. *Acta Colombiana de Psicología*. 21 (2). 188-199. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.9>
- Sánchez, R. & Martínez, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. *Acta de Investigación Psicológica*. 4 (1). 1329-1343. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471914703783>
- Santachita, A. & Vargas, M.L. (2015). Mindfulness en perspectiva. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35 (127). 541-553. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352015000300007
- Santed, M.A. & Segovia, S. (coords). (2018). *Mindfulness: fundamentos y aplicaciones*. Madrid. Paraninfo.
- Secretaría de Salud. (9 de julio de 2018). 270. Alrededor del 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
- Serrani, D. (2011). Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 16 (4). 370-386. Recuperado de https://www.alcmeon.com.ar/16/64/06_serrani.pdf
- Siegel, R. (2011). La solución mindfulness. *Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. España. DESCLÉE DE BROUWER.
- Sierra, J.C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. 3 (1). 10-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Silva, N. & Salcido, L.J. (2017). Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) aplicando mindfulness para regular emociones. *Revista de Psicoterapia*. 28 (107). 259-270. Recuperado de <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.152>
- Sirvent, C. (2013). La crisis. Mi crisis (infortunio social y consecuencias psiquiátricas). *Norte de Salud Mental*. 11 (45). 111-116. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4222187>

- Soler, J., Elices, M. & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de conducta*. 42 (165). 35-49. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12313/Terapia-Dialectica.pdf?se>
- Talarn, A., Rigat, A. & Carbonell, X. (2011). Los malestares psicológicos en la sociedad de bienestar. *Aloma. Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Espor.* (29), 325-340. Recuperado de <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/118>
- Teti, G.L., Boggiano, J.P. & Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctica Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 25. 57-64. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders
- Tiqun. (2012). *Primeros materiales para una teoría de la jovencita*. Madrid. Ediciones Acuarela.
- Torres, C. & Torrell, S. (2013). Beneficios de la meditación en los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: revisión narrativa. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 4. 19-23. Recuperado de <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/244/222>
- Triglia, A. (2017). Rumiación: el molesto círculo vicioso del pensamiento. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicologia/rumiacion-circulo-vicioso-pensamiento>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*. 79 (1). 42-51. Recuperado de scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf
- Vega de la, I. & Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctica conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*. 10 (1). 45-55. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico5.pdf>
- Zych, I., Buéla-Casal, J., Sierra, J.C. y Gómez-Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de psicología*. 28 (1). 11-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723161002.pdf>