



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **MINDFULNESS EN PERSPECTIVA: Una alternativa de estimulación cognitiva en adultos mayores.**

Trabajo Final de Grado – Monografía

Estudiante: Jeniffer Valentina Sburlati Álvarez  
4.605.757-8

Tutor: Prof. Adj. Lic. Cristina Palás Tedesco

Montevideo – Salto, Uruguay.  
Octubre, 2016.

---

---

## ÍNDICE

---

---

<b>Resumen- Palabras clave/ Abstract- Key words</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción. De presencias y ausencias</b> .....	<b>4</b>
<b>Capítulo 1- Deconstruyendo el Mindfulness</b> .....	<b>8</b>
1.1- Surgimiento y origen.....	<b>8</b>
1.2- Concepto, características, beneficios y fundamentos de la práctica.....	<b>10</b>
1.2.1- Etimología y aproximación teórica al concepto de Mindfulness. ....	<b>10</b>
1.2.2- Componentes del Mindfulness. ....	<b>12</b>
1.2.3- Beneficios de la práctica. ....	<b>14</b>
1.2.4- Fundamentos: desde los porqué y para qué.....	<b>16</b>
1.2.4.1- Aprender a aprender: Metacognición y Mindfulness.....	<b>18</b>
<b>Capítulo 2- Mindfulness como alternativa terapéutica desde la Psicología</b> .....	<b>20</b>
2.1- Meditación o ciencia: Consolidación dentro del campo científico-psicológico.....	<b>20</b>
2.2- Terapias cognitivo conductuales de Tercera Generación.....	<b>22</b>
2.3- Mindfulness y psicoterapia. ....	<b>24</b>
2.4- Aplicaciones clínicas. ....	<b>25</b>
2.4.1- Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR).....	<b>26</b>
2.4.2- Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (MBCT).....	<b>26</b>
2.4.3- Terapia dialéctico conductual (DBT).....	<b>27</b>
2.4.4- Prevención de recaídas.....	<b>28</b>
2.4.5- Terapia de Aceptación y Compromiso.....	<b>28</b>
2.5- Evaluación. ....	<b>28</b>
2.6- Bases neurobiológicas del Mindfulness. ....	<b>29</b>
<b>Capítulo 3- Sobre la estimulación cognitiva en adultos mayores y su relevancia clínica</b> .....	<b>32</b>
3.1- Generalidades y características del adulto mayor como etapa evolutiva.....	<b>32</b>
3.2- Características y objetivos de estimulación cognitiva en adultos mayores.....	<b>35</b>
<b>Capítulo 4- Mindfulness: un camino posible de estimulación cognitiva en adultos mayores</b> .....	<b>38</b>
4.1- Un espacio de construcción posible. ....	<b>38</b>
<b>Reflexiones finales.</b> .....	<b>41</b>
<b>Referencias bibliográficas.</b> .....	<b>44</b>

---

## RESUMEN

Mindfulness es un término que refiere tanto al proceso psicológico de autorregulación emocional que implica estar atento al momento presente de forma no reactiva y sin juzgar, como a las intervenciones que buscan alcanzar o potenciar dicho proceso. Nacido en la tradición budista, constituye actualmente una herramienta terapéutica sostenida desde un enfoque holístico y enriquecedor por su amplio alcance a nivel de beneficios, población objetivo y profesiones en cuyas prácticas se articula.

La presente producción monográfica busca comprender en profundidad el constructo mencionado, desde sus orígenes, hasta su incorporación en un plano científico y en los modos de intervención desde la clínica psicológica, siguiendo el objetivo de pensarla como alternativa en los dispositivos psicoterapéuticos.

Se prosigue, partiendo de la aprehensión de dichos contenidos, con un breve análisis de las características que hacen al adulto mayor y a la estimulación cognitiva en ésta población.

Es contemplada la necesidad de entornos sanitarios que respondan de forma integral en clave de prevención y promoción en salud a los diversos modos de ser adulto mayor. La que toma relieve desde la ausencia de continuidad terapéutica en el ámbito público-institucional en ciertos espacios de asistencia en salud y la iniciativa de políticas públicas a su respecto a nivel nacional.

Finalmente, se arriba al esbozo de lineamientos para una posible propuesta de estimulación cognitiva en adultos mayores desde una intervención basada en Mindfulness donde se hace énfasis en la mejora a nivel de calidad de vida.

**Palabras clave:** *Mindfulness, atención plena, metacognición, adultos mayores, estimulación cognitiva, promoción en salud.*

## ABSTRACT

Mindfulness is known as a term that involves not only the psychological process of emotional self-regulation that implies being aware of the present moment in a non-reactive and non-judgmental way, but also those interventions which are developed in order to reach it or improve it. This therapeutic tool, which was born in the Buddhist tradition, is considered nowadays as an holistic and enriching approach because of its wide-range of benefits, target population and professions in whose practice is articulated.

This monograph seeks to understand deeply the mentioned construct from its origins to its incorporation into a scientific plane and the modes of intervention from a psychological clinic level, following the aim of thinking of it as an alternative in psychotherapeutic devices.

Then, based on the apprehension of such content, it continues with a brief analysis of the characteristics that make the elderly and their cognitive stimulation.

It is contemplated the need for healthcare environments that give comprehensive consultancy in terms of prevention and health promotion to the great variety of ways of being elderly. This need becomes relevant from the absence of therapeutic continuity in the public-institutional level in certain areas of health care and the national initiatives for public policies referred to the topic.

Finally, it is reached the outline of guidelines for a possible cognitive stimulation proposal in elderly from a Mindfulness-based intervention which emphasizes the quality of life improvement.

**Key words:** *Mindfulness, metacognition, elderly, cognitive stimulation, health promotion.*

---

---

## Introducción. De presencias y ausencias.

---

---

La presente producción monográfica titulada “Mindfulness en perspectiva: Una alternativa de estimulación cognitiva en adultos mayores” se enmarca dentro de la consigna del Trabajo Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR).

A través de la misma pretendo realizar una aprehensión teórica del Mindfulness como alternativa terapéutica dentro del campo de la Psicología logrando un conocimiento y comprensión amplios y profundos de la temática; para luego, basado en las distintas conceptualizaciones y antecedentes considerados, pensar un posible espacio de estimulación cognitiva con adultos mayores desde dicha estrategia terapéutica.

La motivación en orientar la producción del presente trabajo monográfico por dicha temática y, en particular desde la estrategia terapéutica y la etapa evolutiva escogida, surgió desde múltiples encuentros con contenidos y experiencias prácticas a lo largo de la formación en la Licenciatura. Entre ausencias y presencias con las que me encontré y des-encontré en los diversos espacios de formación, se fueron abriendo en mí cuestionamientos acerca de la existencia y accesibilidad (o no) de espacios de estimulación cognitiva en adultos mayores en nuestro país y su notoria necesidad e importancia. Esto combinado con el especial interés en el Mindfulness como estrategia terapéutica, a la cual accedí por medio de la formación por fuera del marco institucional de la Facultad, en el ámbito de la especialización en la corriente cognitivo-conductual (Sociedad Uruguaya de Análisis y Terapia del Comportamiento-SUATEC). Interés cuyo motor está en el carácter terapéutico del Mindfulness, que abarca al sujeto desde una mirada integral, combinando el aspecto espiritual y de trabajo a nivel corporal y fisiológico de las técnicas de meditación con elementos de acompañamiento y transformación a nivel de cogniciones y conductas.

Considero importante en este punto mencionar los marcos teóricos desde los cuales me defino como estudiante de la Licenciatura, futura profesional y agente de salud, ya que poseen impacto en la forma de percibir desde la Psicología las diferentes herramientas y actores y, además, fundamentan la elección por la temática y la preocupación por la problemática desde la cual ésta emerge. Desde la clínica, mi formación es mayoritariamente en la corriente cognitivo-conductual, dentro de la cual el Mindfulness, como herramienta terapéutica, es propuesto y utilizado. También han tomado un lugar clave en mi formación la neuropsicología y la psicología social que, siendo epistemológicamente distantes, confluyen en mi marco de pensamiento y acción, dando así relevancia tanto a los aspectos cognitivos y neuropsicológicos de los sujetos y su estimulación y rehabilitación, como a los aspectos sociales, que hacen al sujeto en su unicidad y en sus vínculos con el entorno como construcción colectiva de su identidad, sus cogniciones, conductas y modos de percibir, recordar, hacer, ser y sentir.

---

Al realizar parte de las prácticas curriculares correspondientes a la Licenciatura, tuve la oportunidad de trabajar junto a un equipo interdisciplinario de neurólogos, psicóloga, psicomotricista y fonoaudióloga, en el Departamento de Neuropsicología del Hospital de Clínicas (Montevideo) entre los años 2014-2015. En dicho marco institucional, presencié y realicé diagnósticos neuropsicológicos a los pacientes allí derivados por otros Departamentos del Hospital; en su mayoría adultos mayores con deterioro cognitivo leve o demencias. Dicha experiencia, además de haber sido enriquecedora por la importancia que posee el aprehender las herramientas diagnósticas y la posibilidad del vínculo con el paciente que éstas implican; me permitió constatar, por un lado la relevancia de la presencia de dicho espacio como herramienta diagnóstica, imprescindible para conocer qué le pasa al sujeto para luego poder ayudarlo y, por otro, la ausencia de espacios a nivel público-institucional para responder ante lo evaluado y hacer efectiva esa capacidad de ayuda que posibilita el diagnóstico.

En éste orden, el objetivo fundamental de la presente producción está en lograr estudiar y comprender en profundidad el Mindfulness, y articularlo desde un nivel teórico como posible propuesta y alternativa terapéutica; que pueda fomentar a posteriori la creación de espacios de estimulación cognitiva en adultos mayores en la dimensión práctica e institucional. Ante la inquietud que me provoca el constatar la ausencia de espacios con esas características, pero a su vez la presencia de profesionales preparados desde distintas disciplinas para hacer frente a los mismos y de adultos mayores que los necesitan, cuya calidad de vida sería cuidada y mejorada por estos entornos; es que surge el deseo de aportar a la visualización de la necesidad de conformar espacios de estimulación cognitiva para acompañarlos y la propuesta de una alternativa para lograrlo.

Así, conectando lo antes expuesto, es posible ubicar en tres niveles lo que fundamenta la percepción de la reconstrucción de dicho campo de investigación como una necesidad imprescindible desde la Psicología, teniendo en cuenta la visualización de las ausencias y presencias que se constatan en la experiencia práctica actual.

En primer lugar, a nivel de estimulación cognitiva considero que es sumamente relevante poder dar forma a espacios para la estimulación y rehabilitación a nivel de funciones cognitivas de sujetos en diferentes etapas evolutivas, tanto como parte de un tratamiento a raíz de una enfermedad, lesión o discapacidad, como también, desde nuestro rol de agentes de salud, a modo de promover una mejor calidad de vida en el sujeto, sus vínculos y su entorno. Así desde un nivel de prevención trabajar con el control de las enfermedades y su cuidado especial en las poblaciones de riesgo y, desde el ángulo de promoción en salud, con el empoderamiento de los sujetos y el control sobre su propia salud y el mejoramiento de ésta.

En segundo lugar, referente a la herramienta terapéutica específica escogida, la creo pertinente dado que estimula a nivel cognitivo diferentes funciones cuyo correcto funcionamiento es indispensable para una buena calidad de vida, y, a su vez, acompaña lo cognitivo, desde un plano fisiológico, conductual, espiritual y emocional que aporta al bienestar integral del sujeto.

---

Por último, a pesar de que el alcance y la utilidad de la estimulación cognitiva a través del Mindfulness como herramienta de trabajo puede ampliarse a diversos y heterogéneos grupos etarios, en ésta producción en particular será apuntado a uno en particular, los adultos mayores, que, siendo el grupo mayormente afectado y representado a nivel de resultados diagnósticos en deterioro en funciones cognitivas en nuestro país, es sin embargo para el que menos políticas y espacios de estimulación existen a nivel público. Son, a mi criterio, actores sociales muchas veces marginados en dichas políticas sociales y de promoción y prevención en salud, lo que aumenta la brecha de marginación e invisibilización hacia dicho grupo etario, tanto desde los profesionales, su familia, y/o la comunidad a la que pertenece.

De ésta forma, se combinan en el incentivo por dicho trabajo la motivación personal por la necesidad constatada en la experiencia de encontrar vías de acompañamiento, ayuda y estimulación cognitiva que perciban al sujeto desde su integralidad, el interés en la etapa evolutiva específica y, especialmente, el encuentro del Mindfulness como alternativa terapéutica para ese fin. La motivación académica, por la intención de construir una base teórica para dar forma a un posible camino de estimulación cognitiva en adultos mayores y brindar mayor apertura al campo de conocimientos mencionado, funcionando como base a futuras investigaciones al respecto. Y finalmente la motivación profesional, como agente de salud y promotora de calidad de vida, resaltando la importancia de buscar y visibilizar dispositivos para mejorar los modos en que viven los adultos mayores, grupo muchas veces silenciados en nuestro medio.

La posibilidad de articular en la presente producción las motivaciones y objetivos mencionados, tiene como punto de partida una intensa revisión y búsqueda bibliográfica, mediante la cual realicé una aproximación a una temática que, si bien me era familiar, no la conocía en su profundidad. Lo que adicionalmente llevó a una creciente curiosidad e incorporación de sus contenidos, y las diferentes conexiones a nivel teórico-práctico que se posibilitan.

Como resultado de dicha revisión bibliográfica, encontré que las fuentes a las que es posible acceder para acercarse e inmiscuirse en la temática (y las diferentes categorías que ésta involucra) son amplias y heterogéneas. Por un lado, existen diversos libros disponibles en variadas librerías de nuestro país y en la biblioteca de la Facultad de Psicología. La mayoría de los mismos se presentan en formato de autoayuda o manual de práctica, en los que mayormente se trabaja el Mindfulness desde una perspectiva no científica, pero dentro de los cuales hay ejemplares que, escritos por Psicólogos, permiten contemplar diferentes líneas de articulación con lo terapéutico y su carácter científico, como lo son “Manual Clínico de Mindfulness” compilado por Fabrizio Diddona (2011), “Mindfulness: Atención plena para vivir mejor” y “Atención Plena: El poder de la concentración”, escritos por Javier Cándarle (2015) y Winifred Gallagher (2010), respectivamente. Desde otra arista, a nivel académico y científico, en especial dentro del campo de la Psicología, es posible acceder a valiosas fuentes a través de bases de datos y revistas científicas, como lo fueron predominantemente Timbó, Redalyc, Scielo y Scholar Google, por

---

medio de las cuales hallé numerosos artículos de revisión de la temática y síntesis de resultados de investigaciones sobre la misma. Recursos que resultan sumamente enriquecedores para los objetivos del presente trabajo y me acompañan desde una base múltiple, científica y actual en su construcción.

La presente producción monográfica toma cuerpo a través de cuatro capítulos. En el primero y segundo, con el objetivo de brindar elementos para la comprensión del Mindfulness, se parte desde su surgimiento como meditación en la tradición budista, para luego abrir entendimiento del mismo como estrategia terapéutica desde la Psicología. Así se realiza una profundización en el concepto, características y fundamentos del mismo, sus orígenes y consolidación dentro del campo científico-psicológico, las bases neurobiológicas que lo explican y sus diferentes aplicaciones clínicas. También se exponen contenidos cuya explicitación es fundamental por su relación con el Mindfulness como constructo teórico y herramienta terapéutica dentro del marco de la presente propuesta; específicamente se ahonda en las características que hacen a la metacognición y, a lo largo del tercer capítulo, a la estimulación cognitiva y su intrínseco vínculo con la Plasticidad Neuronal y en particular en la etapa evolutiva del adulto mayor, respetando sus generalidades y características. Se arriba por último, en el capítulo cuatro, al desafío de pensar en la construcción de un espacio de estimulación cognitiva en adultos mayores desde el Mindfulness y las diferentes dimensiones que éste implica.

---

## CAPÍTULO 1

### Deconstruyendo el Mindfulness.

---

En una primera aproximación se puede entender el Mindfulness, o bien, la atención plena en su adaptación al castellano, como la *“conciencia sin juicios que se cultiva instante tras instante mediante un tipo especial de atención abierta, no reactiva y sin prejuicios en el momento presente.”* (Kabat-Zinn, 2007, p.186); constituyendo un *“proceso psicológico central que puede alterar la manera como respondemos a las dificultades inevitables de la vida- no sólo a los problemas existenciales cotidianos, sino también a problemas psicológicos graves como ideas suicidas, depresión crónica y alucinaciones psicóticas”* (Siegel, Germer & Olendzki, 2009, p.74).

Dicha categoría, surgida en el contexto de la meditación budista, es actualmente considerada como una construcción trans teórica dado que ha sido conceptualizada y representada desde distintos enfoques teóricos y terapéuticos (Diddona, 2011). Como se ampliará en el presente capítulo, adquiere múltiples significados dependiendo del campo desde el que se lo abarca, pudiendo ser conceptualizado como proceso psicológico, constructo teórico o práctica, entre otros (Germer citado por Parra, Montañés, Montañés & Bartolomé, 2012). Alcanzando así múltiples formas de ser y hacer a nivel formal e informal que implican la incorporación de manera creciente de ésta noción en diversos tratamientos de variadas patologías y campos disciplinarios y profesionales.

Resulta en éste punto relevante deconstruir el origen de dicha noción, para así conseguir abrir visibilidad sobre el contexto y las bases teóricas que posibilitaron su existencia e impulsan su mantenimiento en el campo en que surgió, así como su expansión al campo científico-psicológico. En la misma línea, es de igual forma crucial lograr un acercamiento al cómo y porqué de su surgimiento para comprender las múltiples conceptualizaciones, prácticas y beneficios que implica.

#### 1.1- Surgimiento y origen.

Como fue mencionado anteriormente, el Mindfulness como constructo teórico y la práctica basada en éste, tienen su origen en las antiguas disciplinas meditativas budistas.

El Budismo es una doctrina filosófica y/o religiosa que surge entre los siglos VI y V a.C. en la región noreste de la India (Moreno, 2012), derivada del brahmanismo, fundada por el Buda Siddharta Gautama Sakyamuni (563 a. C.), cuya práctica principal fue el Mindfulness como procedimiento que recibió de otros maestros y perfeccionó (Parra et al., 2012).

Sin embargo, Simón (2006) expresa que, aunque toma cuerpo y se inscribe dentro de una práctica perteneciente a la tradición budista, el Mindfulness existe como capacidad básica y esencialmente humana desde antes de su consolidación en Oriente, siendo inherente a la existencia misma del ser humano. Desde el budismo se plantea que la capacidad de ser plenamente conscientes de la experiencia presente está en todos dado que es una característica inherente al ser humano (Parra et al, 2012), pero aquellos que cultivan la atención plena a través

---

de la meditación logran desarrollar esta capacidad de modo más amplio y profundo (Moreno, 2012).

Específicamente dentro de la doctrina budista, el Mindfulness se origina en el marco del budismo *theravada*, teniendo un lugar clave ya que uno de los tres textos fundantes del budismo, el *abhidharma*, refleja sus fundamentos teóricos (Mañas, Franco & Faisey, 2009b). El Mindfulness es la más antigua de entre las prácticas de meditación budista que emerge desde el *Satipatthana Sutta*, discurso sostenido por el Buda Sakyamuni, que plantea un sistema de entrenamiento en sensibilidad que se sostiene y busca la conciencia y atención plenas con una importancia destacada en la experiencia vital (Moreno, 2012).

Siguiendo a Mañas et al. (2009b) las dos prácticas de meditación budista más comúnmente utilizadas son: la meditación *samadhi* o de concentración y la meditación *vipassana* o insight. La primera tiene como objetivo enfocar la mente en un único estímulo (respiración, palabra, imagen o frase), excluyendo otros estímulos distractores del campo de la conciencia, para así lograr un estado de serenidad y estabilidad. Contraria a ésta, la práctica de *meditación vipassana* busca originalmente permitir a la conciencia enfocarse en todos los estímulos percibidos conforme se van presentando, moviéndose de uno a otro con flexibilidad, aceptación y atención plenas. Es dentro de ésta segunda forma de meditación que emerge el Mindfulness; sin embargo en su dimensión práctica la *meditación vipassana* comienza su procedimiento con una forma de meditación de concentración para luego arribar a la conciencia y aceptación plena de la totalidad de los estímulos.

Tras el objetivo principal de la tradición budista de erradicar el sufrimiento y promover el bienestar y la salud humanos, el Mindfulness se define como la vía crucial para su obtención (Mañas, 2009a). Busca eliminar las emociones que son destructivas, siendo afín a lo planteado por el budismo en cuanto a que tanto la felicidad como el sufrimiento dependen de la propia mente y no de las circunstancias externas (Vásquez-Dextre, 2016). Se plantea en el marco de ésta doctrina filosófica la importancia de percibir y cuidar la mente y el cuerpo como una unidad integrada (Didonna, 2011). Para lograr ese cuidado es precisa la práctica de meditación *vipassana*, acompañada y habilitada por una mente relajada y plenamente consciente; la atención plena lleva a ampliar la conciencia en el momento presente, enriqueciendo las experiencias de modo que se vivan de forma satisfactoria, percibiendo a los fenómenos como transitorios e interdependientes (Moreno, 2012).

De ésta forma, desde su emergencia se puede entender al Mindfulness como un elemento terapéutico y parte de la práctica de meditación así como también como la capacidad de conciencia y atención plena necesaria y, a su vez, desarrollada mediante el hábito de dichas prácticas.

Además de las anteriores, existen ideas centrales del Budismo que resultan claves para comprender la emergencia del Mindfulness y sus supuestos; elementos de crucial conocimiento y comprensión dado que son utilizados e influyen en la práctica clínica-psicológica. En el entendido

---

de que, si bien su profundización reviste una importancia fundamental, dicha exposición no es el objetivo principal de la presente producción, se mencionan a continuación dos de los principios que se destacan: el óctuple sendero y los cuatro pilares fundamentales de la atención plena.

El óctuple sendero consiste en ocho reglas para vivir plenamente, las cuales son: comprender con apertura, no perderse en los deseos ni el odio, no hablar ni actuar más o menos de lo necesario, seguir una conducta moral, tener un oficio que no dañe a otros, reconducir los impulsos negativos y reforzar los positivos, lograr una recta concentración y Mindfulness, y el cese del sufrimiento, que implican lograr un estado de la conciencia que perciba la totalidad de los sucesos internos y externos (Mañas et al. 2009b). Por su parte, los cuatro pilares fundamentales para la atención plena se sostienen desde las enseñanzas originales de Buda en la práctica *vipassana*. Éstos son, siguiendo lo trabajado por Moreno (2012) y Mañas et al. (2009b): *Mindfulness del cuerpo*, implica observar el propio cuerpo, movimientos, experiencias, intenciones, reconociendo y entendiendo lo que nos sucede; *Mindfulness de las sensaciones*, refiere a observar las sensaciones, cómo se perciben según su agradabilidad, neutralidad o desagradabilidad; *Mindfulness de la mente* consiste en observar los pensamientos que aparecen en la mente, percibiendo las formaciones mentales como atracción, repulsión o indiferencia que aparecen en los procesos mentales y por último, *Mindfulness de los objetos mentales* apunta a observar los fenómenos emocionales y actitudes mentales y hacia qué o quién son dirigidos, sean alegría, preocupación, duda, calma.

El Mindfulness ha tomado relevancia en Occidente en los últimos treinta y cinco años, extendiéndose desde la región de Oriente y logrando un alcance mundial y amplia popularidad especialmente en Europa y América del Norte, donde es contemporáneamente uno de los enfoques terapéuticos de mayor desarrollo científico (Bishop citado por Moscoso & Lengacher, 2015); y recientemente comienza a tomar gran relevancia en el escenario latinoamericano.

Por su parte, las figuras que introdujeron y transmitieron la esencia y práctica del Mindfulness en Occidente son: Thich Nhat Hanh (1975, referido por Parra et al., 2012), monje budista, pacifista y escritor que ha divulgado el entrenamiento de la respiración y atención conscientes de forma plena en el momento presente mediante libros y publicaciones; y Jon Kabat-Zinn (1990, referido por Parra et al., 2012), doctor en Biología Molecular, docente y escritor, quien desde la medicina comportamental tuvo un lugar clave en proyectar la práctica basada en Mindfulness como alternativa terapéutica complementaria a los tratamientos médico-psicológicos para el dolor crónico y el estrés.

## **1.2 - Concepto, características, beneficios y fundamentos.**

### **1.2.1 - Etimología y aproximación teórica al concepto de Mindfulness.**

Mindfulness es un término inglés que no posee traducción literal al castellano. En un intento de adaptación a éste, la traducción mayormente utilizada es atención plena. No obstante también se puede entender el vocablo como estar atento, conciencia plena, presencia plena (Moreno,

---

2012), toma de conciencia, alerta relajada, presencia alerta, conciencia pura y visión clara (Barqui, 2015). Etimológicamente, el origen del término se ubica dentro de su surgimiento socio-histórico inserto en el budismo; proviene de la palabra *Satī*, procedente de una lengua llamada Pali, hablada en la región india donde vivió el Buda, mediante la cual transmitió sus enseñanzas (Barqui, 2015). *Satī* en la terminología budista refiere a la atención o conciencia en el presente, siendo considerado como la vía que lleva al cese del sufrimiento y el séptimo factor del Óctuple Sendero (Parra et al., 2012).

Siguiendo a Hayes & Feldman (2004), la perspectiva budista sugiere el Mindfulness como un estado base desde el cual vivir los distintos conflictos que se presentan diariamente sin perder ni distorsionar el equilibrio emocional necesario en la experiencia, para poder vivir y percibirse de una forma saludable y no destructiva. Dicho estado base incluye entonces un balance emocional que incorpora distintos aspectos como la plena aceptación a las experiencias internas y externas, claridad afectiva, flexibilidad cognitiva, habilidad de autorregulación emocional y del estado de ánimo, lo que lleva a sostener una mirada saludable hacia los problemas diarios.

Retomando la conceptualización iniciada en el encabezamiento del presente capítulo, en líneas generales se puede comprender el Mindfulness como un proceso de regulación atencional y emocional que busca mantener una conciencia no elaborativa en la experiencia actual desde una orientación de curiosidad, apertura y aceptación (Bishop et al., 2004). En otras palabras, Brown & Ryan (2013) refieren dicha categoría como una capacidad del sujeto de concentrarse en la experiencia presente, sin dirigir su pensamiento hacia el futuro o el pasado, con una sensación de alegría, claridad y energía, alejadas del apego o rechazo hacia pensamientos y sentimientos puntuales. Los autores plantean la atención plena como una forma acrecentada de atender a lo percibido momento a momento desde la experiencia interna y externa.

Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, se puede entender el Mindfulness como una construcción trans teórica dado que ha sido puesto en cuestión e integrado desde distintos enfoques teóricos y terapéuticos (Diddona, 2011). A nivel científico y con alcance global, adquiere múltiples acepciones dependiendo del campo desde el que se lo abarca, siendo conceptualizado en términos de forma de meditación (Parra et al., 2012), estado mental (Olendzki, 2011), proceso psicológico (Siegel et al., 2011), capacidad humana universal y básica (Simón, 2006), herramienta terapéutica (Korman & Garay, 2012), modelo cognitivo de tratamiento (Moscoso & Lengacher, 2015), habilidad metacognitiva (Bishop et al., 2004), capacidad autorreguladora (Brown & Ryan, 2003), entre otros.

Resulta útil en el sentido de lograr una sistematización y esclarecimiento de dicha categoría, partir de la propuesta de Germer (citado por Parra et al., 2012) de entenderla en tres niveles: como un *constructo teórico*, dentro del cual se encuentran ensambladas las múltiples definiciones expuestas que, acompañadas de intentos de operacionalizarlo y medirlo a través de escalas de Mindfulness, dan cuerpo a un campo científico y teórico en crecimiento exponencial; como un *proceso psicológico*, relacionado con la noción de constructo, referente a la forma en que el sujeto

---

vivencia y consigue el estado de conciencia y atención plenas en el momento presente, y como una *práctica*, que involucra en principio formas de meditación formal e informal, incorporando luego las intervenciones basadas en Mindfulness, o bien su inclusión en dispositivos terapéuticos mayores como una herramienta.

Las prácticas basadas en Mindfulness incorporan frecuentemente como procedimiento una combinación de elementos cognitivos (mediante la meditación), así como determinadas formas de relajación, respiración y ejercicios centrados en sensaciones corporales (Vallejo, 2006). En líneas generales, tomando lo conceptualizado por Ruiz (2016), existen tres grupos de prácticas básicas: prácticas de atención, que puede ser de atención sostenida (en la respiración, por ejemplo), abierta (etiquetado de pensamientos, sentimientos y emociones que se perciben) y plena (abocar la atención al disfrute de una sensación, sentimiento o pensamiento placentero); prácticas de conciencia corporal, que incluyen ejercicios de escaneo de las sensaciones corporales o body scan, técnicas posturales y de movimientos conscientes (tonificación, relajación o estiramiento); y, por último, prácticas integrativas, que consisten en llevar a la vida cotidiana las prácticas de atención plena en la realización de las actividades diarias. Las mismas son usualmente articuladas desde las intervenciones con las prácticas de aceptación (atender plenamente la experiencia presente aceptando sin juzgar lo que se percibe) y compasión (habilidades en respuesta al dolor y sufrimiento con amabilidad, comprensión y empatía hacia uno mismo y los otros).

Es preciso aclarar que a lo largo de la presente producción se utilizarán ambos términos, atención plena y Mindfulness, para referir a la categoría estudiada. Asimismo, en orden de poder integrar las diversas conceptualizaciones referidas del término, que lejos de ser contradictorias son complementarias, pero dar también mayor espacio a la claridad y entendimiento, se hará referencia de aquí en más en éste trabajo al Mindfulness o atención plena como proceso psicológico y a intervenciones basadas en Mindfulness para enmarcarla como práctica y herramienta terapéutica.

### **1.2.2- Componentes del Mindfulness.**

Para intentar visualizar los diversos elementos que componen la atención plena en su amplitud, es interesante exponer y articular las construcciones teóricas fundamentales sobre éste punto.

Bishop et al. (2004) diferencian dos componentes de la misma: la auto regulación atencional (en un nivel metacognitivo, hacer foco en la atención hacia la experiencia inmediata en el momento presente) y la actitud con la que se vive esa experiencia atendida (curiosidad, apertura, amplitud, conciencia plena y aceptación de lo que se vivencia).

Con algunas similitudes, Hayes & Wilson (citados por Mañas, 2009a) indican como componentes cruciales del Mindfulness la exposición, autorregulación, relajación, aceptación y el cambio cognitivo.

---

Por su parte, Brown & Ryan (2003) lo entienden a través de dos elementos: *Awareness* (percepción), que representa un aspecto de la conciencia, el estar presente en todo momento, vigilando continuamente los estímulos externos e internos; y *Attention* (atención), que implica el proceso de focalizar en lo que se percibe con una apertura plena y sensible hacia la experiencia. Mientras que Germer (citado por Mañas, 2009a), en consonancia con estos autores, plantea como sus elementos claves e interdependientes: la conciencia, el momento presente y la aceptación.

Kabat-Zinn (citado por Parra et al., 2012) incluye otros elementos como componentes cruciales: la mente de principiante, no juzgar, la paciencia, la confianza, no esforzarse, aceptación, dejar ir y no aferrarse; resaltando también el compromiso y la autodisciplina como claves en la práctica. En la misma línea, integrando ésta última visión y las anteriores conceptualizaciones, los componentes del Mindfulness se pueden agrupar a través de lo trabajado por Vásquez-Dextre (2016) en cinco ítems:

- Atención al momento presente: Refiere a un elemento principal del Mindfulness, dirigir el foco de atención al momento presente de forma exclusiva, sin atender a pensamientos rumiativos acerca de momentos pasados o futuros; deteniéndose así en los propios procesos internos y las experiencias que toman lugar en el aquí y ahora.

- Apertura a la experiencia o mente de principiante: Sostiene la capacidad de abrirse a observar las experiencias tanto positivas como negativas, sin juzgar ni sobreponer el filtro de experiencias y cogniciones previas para entenderlas; observar siempre como si fuera la primera vez con curiosidad hacia lo que se percibe.

- Aceptación: Conectado a lo anterior, consiste en observar y experimentar los hechos plenamente y con aceptación, es decir, sin ideas previas, filtros ni defensas. Implica no resistirse al fluir de las experiencias vitales, en el entendido de que muchas conductas desadaptativas son respuesta a la evitación o respuesta disruptiva a experiencias que no son placenteras, aceptarlas implica entender que dichas experiencias son naturales, momentáneas y limitadas en el tiempo y por ende no es necesario emitir conductas desadaptativas en su respuesta.

- Dejar pasar: Hace referencia a la actitud de no aferrarse a, desprenderse, desapegarse. Se conecta con una característica humana de tender a conservar, creyendo erróneamente que cuanto más se posea y controla, más feliz se será; creencia que el autor considera errónea dado que en la realidad material las cosas son generalmente temporales de modo que aferrarse a algo conlleva intrínsecamente el sufrimiento de su pérdida o modificación.

- Intención: Consiste en una noción ambigua, involucra la actitud de conciencia plena, de no esforzarse por conseguir propósito inmediato alguno en la meditación Mindfulness, pero manteniendo un objetivo personal de alivio, bienestar, mejora, que conduzca a enfocarse en su práctica.

Desde una perspectiva complementaria podemos entender los componentes de dicho constructo a través de Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006), quienes categorizan tres axiomas principales continuamente interconectados que involucran prestar atención

---

intencionalmente con una actitud de apertura particular. El primer axioma es la *atención*, se entiende como observar las propias experiencias internas y externas y operaciones mentales momento a momento, evitando que se filtre la experiencia con las interpretaciones previas acerca de lo que se observa, reforzando el aprendizaje de atender plenamente lo que sucede y el contenido de la conciencia. En segundo lugar se encuentra la *intención*, que se considera crucial la presencia de una visión personal, que varía a lo largo de la práctica, y se encuentra en un continuo desde la autorregulación a la auto-exploración y liberación personal. Por último, la *actitud*, que implica el cómo lo hacemos, la forma en que se atiende y propone ser consciente plenamente de la experiencia momento a momento. La actitud clave para la práctica debe ser de apertura, curiosidad, aceptación, amabilidad, sin juzgar, con compasión y paciencia, aún cuando la experiencia que se está vivenciando sea contraria a las expectativas, ante emociones y cogniciones valoradas tanto negativas como positivas.

### **1.2.3- Beneficios de la práctica.**

Cómo será profundizado en el segundo capítulo del presente trabajo, Jon Kabat-Zinn a fines de la década del setenta y principios de los ochenta en contexto norteamericano, fue el impulsor de la incorporación del Mindfulness como procedimiento para el tratamiento de diversos trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos, lo que fue seguido por un crecimiento exponencial en número y extensión de los campos de acción en los que dicha práctica ha sido utilizada con resultados positivos, siendo acompañado a su vez el fenómeno por crecientes investigaciones (Vallejo, 2006).

Las múltiples investigaciones llevadas a cabo han demostrado que el entrenamiento en Mindfulness es beneficioso para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, conducta suicida, agresividad, trastornos de la personalidad, fibromialgia, dolor crónico, trastornos de la conducta alimentaria, estrés crónico, sujetos con cáncer y/o en tratamiento con quimioterapia, enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes tipo I, psoriasis, cefaleas, esclerosis múltiple, colitis, trastornos de sueño, abuso de sustancias, alcoholismo, otras adicciones, efectos secundarios de VIH, artritis reumatoidea, dolor de espalda crónico, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, burnout laboral, entre otros. A su vez, se ha demostrado que las prácticas basadas en Mindfulness son de útil aplicación tanto en formato grupal e individual como desde múltiples áreas disciplinarias como lo son las neurociencias, el área de negocios, recursos humanos, educación, geriatría, psicología, medicina y otras ciencias de la salud; y en el trabajo tanto con pacientes y acompañantes como con profesionales tratantes (Abril, 2013; Greeson, 2009; Korman & Garay, 2012; Mañas et al, 2009b; Moreno, 2012; Sánchez, 2011).

Una mejor capacidad de atención plena o Mindfulness no sólo produce mejoras con respecto a la reducción de patologías y conductas desadaptativas, sino también favorece y refuerza emociones positivas y una mejor calidad de vida en general (Greeson, 2009). En éste sentido, el

---

objetivo central de las prácticas basadas en Mindfulness es abrir visibilidad o, en otras palabras, desarrollar una conciencia o atención plenas acerca de elementos que están presentes en la propia mente usualmente de forma implícita, logrando así un mayor autoconocimiento, que conduzca simultáneamente a conseguir atender y aceptar los estímulos externos e internos de forma saludable y beneficiosa para el sujeto. A su vez, como lo trabaja Moreno (2012), ésta capacidad de atención plena da lugar a que el sujeto se disponga a transformar los hábitos conductuales, cognitivos y emocionales que le son desadaptativos, de modo que el mayor entendimiento de sí mismo se relacione con una menor reactividad emocional negativa y con una conciencia más aguda de su sentido de identidad, parado desde el presente con una proyección más sana y no exigente hacia el pasado y el futuro.

Las múltiples intervenciones basadas en Mindfulness construidas desde las diversas disciplinas resultan beneficiosas en el trabajo con diversas etapas vitales, como las aplicaciones con niños y adolescentes (Ruiz, 2016), adultos y adultos mayores (Abril, 2013).

La atención plena posee una efectividad demostrada en la población general, mejorando la calidad de vida, el estado de salud y de ánimo, la atención y el bienestar psicológico (Moreno, 2012). En un estudio realizado en adultos mayores por Abril (2013) se constatan los siguientes beneficios: alta adherencia al programa, mejoría en calidad del sueño, reducción del malestar diario por dolencias, aumento de tolerancia al dolor, aumento de cantidad y calidad de conductas dirigidas a intereses y valores personales, mayor defusión cognitiva (desidentificación con el pensamiento como certeza, generación de espacio de conciencia y comprensión entre estímulo y respuesta que permite reconocer lo que se piensa y siente y cómo afecta al sujeto sin mediar interpretaciones sesgadas), mayor motivación en actividades diarias, reducción en síntomas emocionales propios de la edad como baja autoestima, sentimiento de soledad, estado de ánimo deprimido y anhedonia (pérdida de placer en actividades que solía disfrutar).

Desde otra perspectiva, Ruiz (2016) trabaja los beneficios que la práctica del Mindfulness trae a poblaciones de niños y adolescentes: reducción de estrés, reactividad y síntomas depresivos y ansiosos, mejora en la concentración, el rendimiento académico, atención y memoria de trabajo, en el autocontrol, la regulación emocional y la empatía, y el desarrollo de habilidades en la resolución de problemas.

Las intervenciones basadas en Mindfulness favorecen a un bienestar integral del sujeto y su salud en todas las dimensiones, impactando holísticamente de forma positiva en su mente, cuerpo, cerebro, conductas, cogniciones, emociones y entorno. Un importante beneficio de la práctica mencionada es la habilidad de autorregulación emocional (Parra et al., 2012), que parte de la autorregulación de la experiencia emocional interna en el momento en que se practica el entrenamiento, para luego generalizarlo a largo plazo, pudiendo cuidar así la salud mental y total del sujeto, y en simultáneo, reduciendo los pensamientos negativos y disfunciones emocionales.

Acorde a lo trabajado por Greeson (2009) en su artículo de recopilación de investigaciones al respecto, el desarrollo de mayor nivel atencional, de conciencia y aceptación que se produce a

---

través de la meditación se asocia con menores niveles de estrés y emociones destructivas para el sujeto como lo son la ansiedad, depresión, ira, enojo y preocupación; y con un aumento en la presencia de emociones positivas como alegría, esperanza, vitalidad, satisfacción, inspiración, agradecimiento y mayor sentido del bienestar. Su práctica sostenida permite al sujeto poseer la capacidad de evitar los pensamientos y sentimientos que le provocan preocupación o estrés reactivo ante determinadas situaciones conflictivas. En palabras de Segal (citado por Moreno, 2012),

el practicante se vuelve progresivamente capaz de reconocer y observar tal y como son sus pensamientos, en vez de tomarlos como si fuesen hechos indiscutibles, dejando de identificarse gradualmente con sus contenidos mentales y de las emociones conflictivas asociadas, evaluando de esta manera y con mayor holgura cada circunstancia vivida, pudiendo así responder creativa y efectivamente en lugar de reaccionar automáticamente desde sus patrones habituales (p.5)

A nivel fisiológico, se constata un mejor funcionamiento del organismo en su totalidad, con énfasis a nivel del sistema nervioso e inmune, reforzando los procesos de curación y respuesta inmune, la reactividad al estrés y la disminución de sensación de malestar y aumento de bienestar físicos (Parra et al., 2012).

A nivel psico social, impacta de forma positiva en las relaciones con uno mismo, con los otros y con el medio ambiente circundante, dado que mejora la capacidad de empatía, comprensión, aceptación y compasión (Parra et al., 2012).

Es interesante a modo de síntesis el planteo de Davis & Hayes (2011) quienes, basados en diferentes investigaciones en el área, agrupan bajo tres dimensiones los beneficios de las intervenciones que incorporan el Mindfulness. La dimensión afectiva, en lo referente a la regulación emocional, disminución de la reactividad, aumento de la flexibilidad de respuesta; interpersonal, en la satisfacción en la relación, la capacidad para responder de forma constructiva al estrés en las relaciones, la habilidad para reconocer y responder a las emociones del otro, una mejor respuesta en los conflictos y empatía; e intrapersonal, a nivel cognitivo, neuropsicológico y de salud física, mejorando la sensación de bienestar y reduciendo el nivel de estrés psicológico.

#### **1.2.4- Fundamentos: desde los porqué y para qué.**

Resulta clave abrir un entendimiento sobre el porqué y para qué de los beneficios a nivel psico-bio-social que acarrearán las prácticas basadas en Mindfulness, y a su vez, el fundamento que abre condiciones de posibilidad a su emergencia y relevancia a nivel humano y terapéutico.

Greeson (2009) plantea que los cambios que siguen a su práctica podrían ocurrir debido al aprendizaje que habilita acerca de cómo lidiar de forma saludable con las preocupaciones y el estrés diarios. Dicho autor sistematiza diferentes caminos por los que se podrían explicar los efectos de la práctica incluyendo la modificación de la evaluación primaria sobre los estresores, el favorecimiento de una apreciación secundaria adecuada sobre lo que demanda el estresor y los recursos con los que se cuenta para afrontarlos, moderando aquellos estilos de afrontamiento

---

disfuncionales (como rumiación, entendido como tendencia a focalizar de forma recurrente sobre pensamientos y emociones negativos, y visión catastrófica como forma distorsionada y dramática de entender el entorno) y favoreciendo a su vez, estilos de afrontamiento más adaptativos en su lugar.

Desde otra perspectiva, se puede entender la emergencia del Mindfulness y el fundamento de su inclusión y mantenimiento dentro de diversas intervenciones y múltiples áreas disciplinarias desde la necesidad y demanda que da lugar a su generación. Así, Siegel et al. (2011) sostienen que el Mindfulness en su inclusión a los diversos programas de intervención en salud *“forma parte de un proyecto diseñado para desarraigar hábitos dañinos de la mente”* (p.100). Es posible leer entre líneas la necesidad clave del Mindfulness en el momento actual, en que los sujetos viven de forma automática y reactiva, respondiendo desde patrones de comportamiento rutinarios, estancos y desadaptativos, caracterizados por pensamientos rumiativos y emociones tóxicas cada vez más lejos de cultivar aquella capacidad humana de ser plenamente atentos y conscientes del presente.

Al respecto, Cándarle (2015) trabaja la importancia de aprender y practicar el Mindfulness, haciendo base en la forma disfuncional en que entiende que los sujetos funcionamos actualmente. Desde la psicología cognitiva, el autor parte de que los sujetos para poder sobrevivir hemos reforzado nuestra capacidad de aprendizaje y anticipatoria, pudiendo captar las regularidades en el entorno para poder funcionar correctamente y anticipar posibles consecuencias y respuestas.

A pesar de plantear dichas capacidades cognitivas como adaptativas, el mismo enfatiza el papel de las cogniciones distorsionadas en nuestra forma de entender el mundo otorgando significados que filtran el modo en que comprendemos las cosas, creyendo que son una realidad dada fuera de la relatividad de los ojos que la observan, y buscando una seguridad y previsibilidad aparentes tras sostener esa idea. Lo que genera redes de hábitos cognitivos, afectivos y conductuales que nos alejan de poder disfrutar el momento presente de forma plena y nos hacen creer en la existencia de una realidad estable y anticipable, generando un gran quiebre con su correspondiente sufrimiento cada vez que ésta estabilidad aparente se desmorona con hechos imprevisibles y fuera de nuestro control. Al no encontrar novedad en la experiencia, ésta se torna plana e impotente ante los acontecimientos frente a los cuales nos vivimos pasivos, respondiendo de forma rutinaria como en modo de “piloto automático”. Piloto con el que vivimos diariamente sin disfrutar el momento presente ni detenernos ante los estímulos únicos que se nos presentan para pensar una respuesta sino respondiendo a éstos de forma estereotipada. Otros autores como Brown & Ryan (2003) trabajan ésta noción bajo la categoría de *mindlessness*, como la ausencia de atención plena, cuando el sujeto por estar inserto en una rutina automatizada, no es consciente de la experiencia presente, ni percibe con claridad sus sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales, respondiendo de acuerdo a patrones cognitivos de forma mecanizada y normativa.

Ante esto Cándarle (2015) plantea que se debe, mediante el aprendizaje e incorporación del Mindfulness al repertorio conductual, cognitivo y emocional, recuperar la capacidad de ser activos

---

y construir y disfrutar nuestras experiencias, viviendo cada momento como único y no como parte de un repertorio rutinario al que etiquetamos de forma automática según nuestros conocimientos previos o nuestras expectativas futuras.

#### **1.2.4.1- Aprender a aprender: Metacognición y Mindfulness.**

Otros autores fundamentan los beneficios de las intervenciones basadas en Mindfulness mediante el rol de las habilidades metacognitivas mejoradas a través de su práctica.

Con metacognición se hace referencia a un nivel cognitivo en el que se pueda observar la forma cómo se conoce y aprende; en palabras de Novak (citado por Allueva, 2002), aprender a aprender, habilitando, a partir de ésta apertura a conocer los propios procesos cognitivos, la capacidad de entenderlos y regularlos. Forma parte de las características inherentes a la mente humana, que abre la posibilidad al sujeto de conocer sus propios estados mentales (Hussain, 2015).

Los estudios de la metacognición surgen desde dos ramas, la psicología cognitiva en 1960 y la psicología del desarrollo post-piagetiana en 1970. El término fue inicialmente utilizado por Flavell, epistemólogo, psicólogo y teórico cognitivo estadounidense, en la década del setenta en el contexto de la psicología de la educación y el desarrollo (Hussain, 2015).

Flavell conceptualiza a la metacognición, como el conocimiento de los propios procesos y productos cognitivos y, a su vez, la supervisión, organización y regulación activa de los mismos. Se diferencian de ésta forma dos componentes metacognitivos relacionados entre sí, el conocimiento metacognitivo, referente a saber qué y cómo se sabe, y el control metacognitivo, que apunta a regular la forma en que esto funciona (Flavell citado por Osses & Jaramillo, 2008). A su vez, Allueva (2002) engloba dentro de las habilidades metacognitivas a la metamemoria, metaatención, metacomprensión y metapensamiento, como formas de aprender a conocer y tener la capacidad de regular: la propia memoria, formas de prestar atención, comprender y pensar, respectivamente.

En ésta línea, es posible acercarse al entendimiento de dicha categoría a través de las palabras de Nickerson, Perkins & Smith, quienes en 1985 la definen como

el conocimiento sobre el conocimiento y el saber, e incluye el conocimiento de las capacidades y limitaciones de los procesos del pensamiento humano (...) aquellas habilidades cognitivas que son necesarias, o útiles, para la adquisición, el empleo y el control del conocimiento, y de las demás habilidades cognitivas, incluyen la capacidad de planificar y regular el empleo eficaz de los propios recursos cognitivos (Nickerson, Perkins & Smith citados por Allueva, 2002, p. 69)

La metacognición ha sido incorporada en diversos programas psicoterapéuticos denominados Terapias Meta-Cognitivas (MCT por sus siglas en inglés, meta-cognitive therapies), en los que se hace foco en la forma en que la persona piensa, siente y regula su comportamiento y cogniciones, más que en el contenido de éstas (Hussain, 2015).

La metacognición se relaciona con el Mindfulness desde su definición, haciendo eco también en sus formas de ser y hacer, ya que involucra el reconocer los elementos internos, lo que se

---

piensa y siente en el momento presente, haciéndose énfasis en la conciencia de la forma en que esto ocurre, disminuyendo así la reactividad emocional con sus correlatos cognitivos y conductuales y aumentando la autorregulación. Ambas categorías proponen habilitar un nivel más amplio y consciente de relacionamiento con el propio funcionamiento cognitivo.

Existen relevantes figuras en el campo de la investigación en Mindfulness que explican y fundamentan su funcionamiento a través de los mecanismos metacognitivos. Es el caso de Bishop et al. (2004) quienes consideran el Mindfulness como una habilidad metacognitiva que involucra la atención sostenida, presente al mantener la atención continuamente en la experiencia del momento pudiendo captar todo pensamiento, sentimiento y sensación corporal que se dé en el flujo de la conciencia; la atención cambiante, que toma lugar al volver a concentrarse en la respiración cuando ese pensamiento, sentimiento o sensación ha sido atendido y reconocido, y la inhibición del procesamiento elaborativo. En ésta línea, Teasdale et al. (2002) sostienen que dicha práctica aumenta la conciencia metacognitiva, entendida por éstos como una habilidad cognitiva que permite al sujeto observar y experimentar sus pensamientos y sentimientos negativos como eventos mentales transitorios y pasajeros y no como parte inherente, estable e inmodificable de su mente; lo que podría explicar los beneficios que representa para los sujetos que la practican.

Por su parte, Shapiro et al. (2006), refieren a un mecanismo metacognitivo particular para explicar los efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness llamado *reperceiving*, que podría traducirse como re-percibir. Dicho mecanismo refiere a un cambio fundamental de perspectiva, en la forma de percibir y percibirse que permite desprenderse de las experiencias vividas, observándolas de forma menos apegada, pudiendo así reforzar la atención plena y responder con más claridad a los estímulos, lo que lleva a la disminución de los efectos negativos de ciertas patologías, así como a poner en cuestión aquellas emociones y pensamientos que afectan la autopercepción y el entendimiento de la realidad circundante de forma desadaptativa. Así, éste fenómeno puede explicar por qué el reforzar esquemas desde el Mindfulness que busquen vivenciar sin juzgar y aceptar las experiencias, prestar atención plenamente a lo que sucede sin mediar interpretaciones desde el pasado o futuro, podría resultar en una mejora del bienestar integral del sujeto.

En éste sentido, puede ser visibilizado como un proceso que apunta a aumentar el insight sobre los contenidos de la propia mente, descentrándose con respecto a los pensamientos y sentimientos de modo que se los entienda como transitorios y productos de una subjetividad y patrones aprendidos y no permanentes ni válidos objetivamente (Bishop et al., 2004).

---

---

## CAPÍTULO 2

### Mindfulness como alternativa terapéutica desde la Psicología.

---

---

#### 2.1- Meditación o ciencia: Consolidación dentro del campo científico-psicológico.

El afianzamiento del Mindfulness dentro del campo científico-psicológico, alejándose del marco estrictamente budista e inmiscuyéndose como intervención con carácter científico, comienza en los setenta y coincide con su llegada a Occidente a mano de Kabat-Zinn, que da el puntapié inicial para su expansión por Estados Unidos, Europa y crecientemente el resto del mundo, como intervención con carácter terapéutico desde una base científica. Proceso respaldado de forma gradual por múltiples investigaciones que trascienden el campo de la medicina, psicología y psicoterapia, alcanzando disciplinas como trabajo social, educación, economía y marketing.

Sin embargo, es importante subrayar que existen dos antecedentes claves del contacto entre la tradición oriental y la psicología, anteriores a la introducción a nivel científico del Mindfulness. En primer lugar, a inicios de los sesenta, Erich Fromm desde la escuela psicoanalítica introdujo el budismo y la meditación en el campo científico-psicológico, plasmando este hecho en su libro “Budismo zen y psicoanálisis” (Moreno, 2012). Lo que fue seguido además por el inicio de la práctica por parte de psicoterapeutas del budismo zen a fines de la misma década (García, 2008). En segundo lugar, se encuentra la manifestación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) de su postura ante la meditación mediante la publicación en su revista oficial de la comunicación titulada “Position statement on meditation” en 1977, donde fue reconocida la importancia terapéutica de la meditación y recomendada su investigación en el ámbito clínico (Moreno, 2012).

Acerca de las condiciones de posibilidad que abren la puerta al Mindfulness, Simón (2006) explica a través de tres factores su irrupción y mantenimiento desde la tradición oriental en la teoría y práctica científicas occidentales, y luego mundiales. El primero es el encuentro cultural entre oriente-occidente derivado de la divulgación, en la segunda mitad del siglo XX, de prácticas meditativas orientales por jóvenes occidentales que las practicaban (movimiento hippie), y la huida de los monjes tibetanos por la invasión china del Tíbet en 1951, con el consecuente traslado de sus centros budistas a ciudades occidentales. Fenómenos de encuentro cultural perpetuados por la comunicación entre Oriente y Occidente que la globalización ha habilitado.

El segundo factor refiere al creciente desarrollo científico de la psicología cognitiva y, dentro de ella, las terapias de tercera generación. Se destacan aquí las posibilidades terapéuticas visibilizadas por los profesionales en el Mindfulness, como lo son el cultivo de la atención y concentración.

En tercer lugar, el autor menciona el florecimiento a nivel científico de la neurociencia cognitiva y afectiva, lo que da lugar al estudio, mediante técnicas de neuroimagen y computarizadas, de los cambios a nivel cerebral que produce la práctica del Mindfulness en el ámbito terapéutico.

---

Como disparador, Moreno (2012) destaca un hito en la incorporación del Mindfulness como herramienta terapéutica y su expansión a nivel mundial, que fue la fundación en 1979 de la Clínica de Reducción del Estrés por Jon Kabat-Zinn, doctor en Biología Molecular, dentro del marco institucional del Departamento de Medicina de la Universidad de Massachusetts en Estados Unidos. En donde se comenzó a delinear el Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena o MBSR, por sus siglas en inglés “Mindfulness-Based Stress Reduction”.

Kabat-Zinn partió de las enseñanzas del maestro zen coreano Seung Sahn en la década de los setenta sobre la meditación, sus bases y sus efectos, con quién tomó contacto en Rhode Island por medio de académicos de la Universidad de Brown; pasando entonces a la incorporación en su repertorio conductual de las prácticas de yoga y meditación, para luego articularlas desde su intervención terapéutica y preventiva (Kabat-Zinn, 2007). En su práctica médica, ubicó el foco a nivel conductual en la autorregulación de la atención y las emociones, alejándose de la connotación tradicional y religiosa de las prácticas de meditación y la categoría de Mindfulness, para así lograr un mayor alcance, aceptación y compromiso en su intervención (Gallagher, 2010).

Inicialmente el programa tomó lugar utilizando como herramienta central la meditación basada en Mindfulness, teniendo como población objetivo aquellos pacientes que significaban casos clínicos a los que no se encontraban respuestas dentro de los tratamientos médicos tradicionales, en especial pacientes con dolor crónico, con los que se lograron resultados de mejora exitosa (Vallejo, 2006).

Como expone Gallagher (2010), el programa se organizaba en ocho sesiones de frecuencia semanal, en las que se practicaba durante 45 minutos la meditación basada en Mindfulness mediante la respiración consciente. Su estructura incorporaba la meditación en posición sentada, que incluía la observación y atención plenas a la respiración y luego a los pensamientos, emociones y situaciones generadores de relajación o estrés en la vida cotidiana; el escaneo de las sensaciones corporales y el Mindfulness del movimiento corporal, que refería a atender la respiración y el cuerpo al realizar movimientos de yoga o estiramiento (Moscoso & Lengacher, 2015).

Ante el conocimiento de los resultados exitosos en éstas primeras etapas del programa en la Clínica, tomó mayor dimensión el número de pacientes, la inclusión de profesionales de la salud como participantes del programa y también de entrenadores intervinientes; conformándose el Centro de Mindfulness en Medicina, Cuidado en Salud y Sociedad de la Universidad de Massachusetts (REBAP Internacional, s/f). Se consolida en éste contexto el programa MBSR, el cual fue dado a conocer a nivel de publicación científica por Kabat-Zinn en 1982 con un artículo sobre los resultados de ésta intervención en pacientes con dolor crónico (Moreno, 2012).

De ésta forma, la utilización del Mindfulness como parte de la intervención terapéutica para diversos padecimientos comienza un crecimiento exponencial. Se extendió en principio a treinta hospitales en el área de California y a centros médicos en otras ciudades estadounidenses (Duke, Stanford, Wisconsin, Virginia, Seattle), para luego llevarse como herramienta de intervención a

---

otras localidades a nivel internacional, como Toronto, Hong Kong, México, Buenos Aires, Sudáfrica, Nueva Zelanda y Australia (Kabat-Zinn, 2007).

Es relevante mencionar que la inserción del programa MBSR en el ámbito latinoamericano, se da inicialmente por su aplicación en 1994 por Kabat-Zinn en conjunto con el Profesor de MBSR Fernando Torrijos en las comunidades empobrecidas de Worcester (California), compuestas principalmente por inmigrantes de Puerto Rico y República Dominicana. Le sigue a ésta la expansión del programa a fines de la década del noventa, a los restantes países latinoamericanos, por el intercambio mediante experiencias docentes y prácticas, donde converge también el impacto de las diversas investigaciones que toman lugar a nivel mundial teniendo el programa como disparador (REBAP Internacional, s/f).

Así es que se logra un alcance mundial, sirviendo el programa MBSR como base para la investigación, consolidación y difusión del Mindfulness, que ha sido integrado en la construcción de diversos procedimientos clínicos con amplio alcance, entre los que se destacan la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (1993) para el tratamiento de sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad y la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena para el tratamiento de la Depresión, trabajada por Teasdale, Segal y Williams (Vallejo, 2006).

## **2.2- Terapias cognitivo conductuales de Tercera Generación.**

Las diferentes intervenciones que se basan en Mindfulness y/o lo utilizan como herramienta terapéutica se ubican en la psicología clínica dentro de la corriente cognitivo-conductual y, a su vez dentro de ésta, en la tercera generación de terapias de la conducta.

Existen tres generaciones u olas de terapias de la conducta.

La primer generación ubicada temporalmente en 1950, surge como oposición a los planteos del psicoanálisis como corriente dominante de trabajo en psicología clínica (Pérez, 2006). Como alternativa, se propuso un abordaje clínico cuya teoría y práctica fueran guiadas por principios del comportamiento humano asentados científicamente (Mañas, 2007). Se instauró entonces como una terapia psicológica, la terapia conductual, que se sustentaba científicamente e integraba los postulados de la psicología del aprendizaje, las conceptualizaciones de Watson, el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante trabajado por Skinner (Moreno, 2012). En lugar de tomar como variables elementos intrapsíquicos e inconscientes para explicar los problemas psicológicos, se identificaron otras variables como formas de control de las conductas (contingencias de reforzamiento, control de estímulos mediante condicionamiento), sobre las que empleaban técnicas focalizadas y directas hacia la modificación del comportamiento problema, llamadas de primer orden (Mañas, 2007).

Como consecuencia de la ineficacia de los tratamientos de la primera ola para determinados problemas psicológicos surgió la segunda generación que se instauró en la década de los sesenta con la terapia cognitivo-conductual (TCC). Brindó un papel fundamental a la psicología cognitiva, y al estudio de la relación entre estímulos y respuestas a nivel del pensamiento, afirmando que los

---

problemas emocionales y conductuales eran causados por distorsiones a nivel de las cogniciones (creencias, expectativas, pensamientos) y que todo trastorno presentaba problemas específicos en este nivel; así, para poder modificar la conducta problema había que trabajar sobre la cognición que la generaba (Moreno, 2012). Las TCC mantuvieron las técnicas de primer orden propuestas por la primera generación dirigidas al cambio del comportamiento, moviendo el foco principal al tratamiento de los fenómenos cognitivos como intervención necesaria para poder lograr cambios a nivel conductual (Mañas, 2007). Se encuentran aquí como referentes la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Pérez, 2006).

Nuevamente por limitaciones en el abordaje de los problemas psicológicos, se da el surgimiento de la Terapias de Tercera Generación (TTG), que se puede situar en la década del noventa, aunque a partir de 2004 es cuando se da a conocer de modo más amplio mediante la publicación de un artículo a su respecto por Hayes en la revista Behavior Therapy (Pérez, 2006). Éste conjunto de terapias, implican, además de propuestas novedosas y aportes de la primera y segunda generación, herramientas y perspectivas de tradiciones milenarias (Pérez, 2006), como lo es el budismo en el caso de las técnicas basadas en Mindfulness.

De acuerdo con Hayes (citado por Mañas, 2007) ésta generación combina los postulados de las anteriores, en especial de la primera, reformulándolos para aumentar la comprensión de los trastornos y los resultados de la terapia en su tratamiento. En lugar de apuntar a la resolución de conflictos, supresión de síntomas y eliminación de problemas, propone construir repertorios cognitivos y conductuales más flexibles, amplios y adaptativos que tomen en cuenta el contexto y la experiencia cotidiana del sujeto y la reorientación de su vida. Como plantea Moreno (2012), las TTG no se detienen específicamente en los síntomas, sino en mejorar la experiencia del sujeto y la conciencia que tiene de ella, de modo que los síntomas dejen de serle funcionales, resultando obsoletos y exagerados.

Las TTG además de modificar el objetivo terapéutico o de cambio, dejan de utilizar únicamente técnicas de primer orden e incorporan herramientas que son principalmente experimentadas por la persona; proponiendo también estrategias asociadas con la aceptación psicológica, el autoconocimiento, la espiritualidad y la trascendencia, destacando el Mindfulness y la defusión cognitiva como técnicas centrales (Mañas, 2007).

Entre las principales TTG se encuentran: la Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia Dialéctico-Conductual, Terapia de Activación Conductual, Terapia de Reducción del Estrés basada en Atención Plena, Terapia Cognitiva con base en Mindfulness y la Terapia basada en Mindfulness para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Moreno, 2012). Es en éste espacio de construcción de herramientas psicoterapéuticas donde se incorporan y toman forma las intervenciones basadas en Mindfulness como dispositivos terapéuticos.

---

### 2.3- Mindfulness y psicoterapia.

Siguiendo lo planteado por Bishop et al. (2004), la psicología contemporánea incorpora el Mindfulness como una herramienta terapéutica con el objetivo de aumentar la conciencia y responder de forma más asertiva a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de los trastornos psicopatológicos y problemas emocionales y de comportamiento. También como enfoque terapéutico incorpora una especial relevancia a los recursos con los que cuenta el sujeto y a la capacidad de su sistema de auto conocerse, ayudarse y curarse a sí mismo (Diddona, 2011).

Vallejo (2006) expone que éste enfoque se distancia de una forma de percibir la psicología como control de sucesos y búsqueda de bienestar por eliminación de estrés y ansiedad a través de técnicas que pretenden manipular las variables, pero pueden terminar por reforzar su continuidad. En lugar de eso, el Mindfulness articulado como proceso terapéutico *“busca, ante todo, que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos”* (Vallejo, 2006, p. 92). Además, el autor menciona la conexión de la intervención basada en Mindfulness con herramientas utilizadas a nivel psicoterapéutico como la exposición y autorregulación, donde se permite a los fenómenos perceptivos y sensoriales mostrarse como son sin intentar manipularlos.

En el primer capítulo fueron acercados los diferentes componentes del Mindfulness y dispositivos que lo explican; resulta útil en esa misma línea intentar complementarlos con un breve aporte de los principales mecanismos que lo sustentan desde una perspectiva clínica-terapéutica.

A este respecto resulta esclarecedor el planteo de Baer (2003), quien argumenta que entre los mecanismos que pueden explicar la reducción de síntomas y el cambio de comportamientos que deriva de las prácticas terapéuticas basadas en Mindfulness se encuentran la exposición, cambio cognitivo y autocontrol.

La exposición implica exhibirse a estímulos que previamente se evitaban o se respondían de una forma desadaptativa, dando lugar a un trastorno. Se entiende como un mecanismo que explica las técnicas basadas en Mindfulness dado que se logra que el sujeto se exponga a determinados elementos y los observe con una actitud sin juzgar y de aceptación, lo que lleva a que se desensibilice la respuesta de evitación o acción que le era desadaptativa al sujeto, asociando la aparición de los estímulos con respuestas más adaptativas en su lugar.

Como menciona Baer (2003), es posible visualizar éste mecanismo en diversos enfoques terapéuticos, como en la práctica del programa MBSR de Kabat-Zinn. En el mismo se expone a los sujetos con dolor crónico a observar sin juzgar ni responder desadaptativamente cuando se presentan el dolor, las emociones de ansiedad y angustia y las cogniciones relacionadas a no poder soportarlo o pensar de forma catastrófica las posibles consecuencias de éste. Así, se suprime la respuesta habitual que le seguiría como el impulso a cambiar de posición, escape y evitación, reduciéndose gradualmente las respuestas cognitivas y conductuales y el gran monto de reactividad emocional que hacen al estrés y sufrimiento relacionados con el dolor crónico. Se

---

puede contemplar la presencia de la exposición con un funcionamiento similar en los tratamientos que utilizan el entrenamiento en atención plena para trabajar la observación de las sensaciones relacionadas con la ansiedad en los trastornos ansiosos y desórdenes de pánico (Baer, 2003), como también la habilidad de tolerar emociones negativas y lidiar con ellas de forma adaptativa en sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad (Linehan, 1993).

El cambio cognitivo, como mecanismo que puede sustentar los efectos del Mindfulness como estrategia terapéutica, refiere a los cambios en los patrones de pensamiento y la actitud hacia éstos que habilita ésta práctica; constatándose en el tratamiento del dolor crónico, trastornos de ansiedad y depresión, en donde se trabaja el observar los pensamientos y entender su relatividad, percibiéndolos como construcciones de la mente y no un reflejo de la realidad (Baer, 2003).

Por último, el autocontrol se observa mediante la mejora a nivel del reconocimiento de las cogniciones, emociones y consecuencias conductuales en los sujetos y también a nivel de estrategias de afrontamiento ante éstos, que se logra a través del incremento de la auto-observación que resulta del entrenamiento en atención plena. Además de visualizarse en el tratamiento de dolor crónico, trastornos de ansiedad, depresión y Trastorno Límite de la Personalidad, es de destacar su notoriedad en el trabajo terapéutico con sujetos con desórdenes alimenticios como bulimia. Se ha comprobado que en dichos sujetos mejora el reconocimiento de la saciedad y de los impulsos por los atracones y vómitos, seguido de una mayor capacidad para controlarlos (Kristeller & Hallett citado por Baer, 2003); como también en el autocontrol de impulsos de consumo en el trabajo con pacientes en recuperación por adicciones (Marlatt citado por Baer, 2003).

Shapiro et al. (2006) coinciden con los planteamientos de Baer, describiendo los mecanismos en términos de autorregulación, autocontrol, clarificación de valores, exposición y flexibilidad emocional, cognitiva y conductual. Podrían agregarse, al decir de Parra (2011) la relajación y aceptación.

#### **2.4- Aplicaciones clínicas.**

Visualizando el amplio abanico de beneficios que trae su práctica e incorporación en el repertorio conductual del sujeto puede entenderse lo reflejado por Baer (2003), que destaca el papel de creciente importancia que cumple en diversas terapias y programas de tratamiento, así como por Barqui (2015), quien subraya además el aumento en la cantidad de terapeutas que lo practican y que trabajan desde espacios donde se integra.

Siguiendo a Siegel et al. (2011), entre las aplicaciones en el marco de la psicoterapia en las que se incorpora la atención plena pueden encontrarse desde la práctica por el terapeuta hasta las intervenciones basadas en ésta.

Como beneficios en el terapeuta practicante, se presentan principalmente el aumento de la capacidad para sintonizar emocionalmente, mejora de habilidades comunicacionales y de escucha, incremento en el entendimiento y empatía con la experiencia del paciente, mayor

---

capacidad de compasión y comprensión del sufrimiento del otro, que le permiten responder en consecuencia con estrategias terapéuticas adecuadas (Siegel et al, 2011). También sirve para mejorar el afrontamiento ante el estrés en el trabajo clínico del terapeuta (García, 2008).

Con respecto a las intervenciones basadas en Mindfulness, o bien, que lo incorporan como herramienta terapéutica parte de un tratamiento mayor, se describen a continuación las principales construcciones teórico-prácticas dentro del campo de la psicología.

#### **2.4.1- Programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (MBSR)**

El MBSR es un programa de reducción del estrés y relajación, como su nombre indica, que surge en la medicina comportamental, de la mano de Kabat-Zinn en 1979, diseñado para el tratamiento de sujetos con dolor crónico y trastornos relacionados al estrés. Ha sido retomado desde múltiples investigaciones relacionadas con enfermedades crónicas y manejo clínico del estrés y la ansiedad, siendo aproximadamente 240 los programas que la incluyen a nivel mundial (Sánchez, 2011).

Siguiendo lo conceptualizado por Baer (2003) su formato más utilizado posee una duración de ocho a diez semanas, en donde se reúne a grupos de treinta sujetos que se encuentran semanalmente por dos horas para practicar las habilidades relacionadas con el Mindfulness, junto con la discusión de diversos temas relacionados al estrés y estrategias de afrontamiento y tareas que deben realizarse diariamente en la casa (cuarenta y cinco minutos por día, seis días a la semana). Se espera que el sujeto aprenda diversas habilidades a través de la realización de ejercicios de meditación, postura, escáner corporal, respiración, entre otros; para luego generalizarlos e incluirlos en las actividades diarias. En la sexta semana se incluye una sesión que se extiende a lo largo de un día, en donde se profundiza la práctica de dichas habilidades.

Como práctica de base, se ayuda a los participantes a observar y aceptar los pensamientos y sentimientos que experimentan, dejándolos ir para concentrarse nuevamente en su respiración, mientras se encuentran sentados o acostados, en posición de relajación (Moreno, 2012). De ésta forma, en líneas generales, para todos los ejercicios el participante es instruido para prestar atención en el estímulo al que se observa y estar consciente plenamente de él momento a momento; manteniendo una postura de no juzgar cuando otros estímulos (pensamientos, emociones, etc.) se interpongan y retornando a los estímulos presentes con tranquilidad cuando aparezcan en el pensamiento ideas del pasado o futuro (Baer, 2003).

#### **2.4.2- Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (MBCT)**

La MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) es un modelo terapéutico propuesto por Teasdale, Segal y Williams en el año 2002 que busca prevenir las recaídas en episodios de depresión mayor, partiendo de la base que para eso pueden ser útiles las habilidades de control atencional que forman parte de la meditación asociada al Mindfulness (Baer, 2003).

Consta de un programa de ocho semanas en que se realiza una intervención en grupo, diseño que toma forma a partir del programa MBSR de Kabat-Zinn antes mencionado. Además de

---

los componentes descritos, incorpora diversas herramientas de la terapia cognitiva a nivel de pensamiento, emociones y sensaciones corporales, que dan lugar a poder percibir los propios pensamientos y sentimientos de una forma descentrada o apartada de sí; como lo son las autoverbalizaciones para desdramatizar la forma de comprender diferentes estímulos y poder distinguir cuales son los hechos, las emociones que éstos generan y las respuestas que provocan dichas emociones (Baer, 2003).

De ésta forma, el modelo de tratamiento MBCT tiene como objetivo principal prevenir las recaídas en sujetos con antecedentes de depresión mayor, evitando los pensamientos negativos y la estructuración de éstos en patrones de rumiación característicos en ésta población clínica. Esto se intenta lograr mediante la incorporación en su repertorio cognitivo de la observación sin juzgar y con carácter pasajero de sus emociones, pensamientos y sensaciones, sin atribuir éstos a características negativas de sí mismos o realidades estancas del ambiente circundante (Baer, 2003).

### **2.4.3- Terapia dialéctico conductual (DBT).**

Es un tratamiento formulado por Linehan en 1993 para el abordaje multidimensional del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) que combina herramientas del tratamiento cognitivo-conductual con técnicas basadas en Mindfulness (Linehan, 1993).

La DBT (Dialectical behavior therapy) se basa en una visión dialéctica de la realidad, percibida como fuerzas opuestas en interacción; la síntesis de las fuerzas llevaría a una nueva realidad, dando lugar nuevamente a una oposición de fuerzas, constituyendo un continuo proceso de cambio. Así, los practicantes deben sintetizar la aceptación de sí mismos y su situación actual, con el trabajo intensivo para cambiar sus comportamientos desadaptativos; dando lugar a un modo de vivir más saludable (Baer, 2003). Ésta síntesis dialéctica se enmarca dentro de un fondo de aceptación y cambio (Linehan, 1993).

Siguiendo a Linehan (1993) los individuos con TLP se encuentran atrapados en polaridades (emociones, pensamientos y conductas dicotómicas y extremas) que no alcanzan la síntesis por lo que constituyen fracasos dialécticos. La DBT actúa en éste punto como habilitadora de trabajar esas polaridades, haciendo énfasis en promover la mejora de las habilidades del paciente y su generalización en la vida cotidiana.

El formato mayormente utilizado se estructura desde un abordaje grupal en sesiones semanales durante un año, en las que se practican las habilidades relacionadas con el Mindfulness, y también habilidades comunicacionales, de regulación emocional y tolerancia al estrés; y desde un abordaje individual con un terapeuta diseñado específicamente para cada sujeto donde se refuerzan las habilidades aprendidas en el grupo, reforzando la generalización a su cotidianeidad (Baer, 2003).

---

#### **2.4.4- Prevención de recaídas.**

Propuesto por Marlatt y Gordon en 1985, es un tratamiento dirigido a prevenir recaídas en sujetos que fueron tratados por abuso de sustancias (Baer, 2003).

Se ubica dentro del enfoque cognitivo-conductual e incorpora el entrenamiento en habilidades basadas en Mindfulness. Combina la observación, aceptación y autocontrol del individuo ante los impulsos de consumir sustancias con la aceptación del momento presente y de sí mismo, contra el rechazo y deseo de escape a éstos que da lugar a la adicción en primera instancia (Baer, 2003).

#### **2.4.5- Terapia de aceptación y compromiso.**

Es un modelo psicoterapéutico que fue diseñado por Hayes en 1999. Integra el enfoque cognitivo-conductual de tratamiento con la herramienta del Mindfulness, haciéndose énfasis en la observación y aceptación de sí mismo (Moscoso & Lengacher, 2015).

En su práctica, los participantes son instruidos a observar con detenimiento y atender sin juzgar ni etiquetar a sus sensaciones corporales, emociones y pensamientos. Se busca que desarrollen un cierto sentido de compromiso y aceptación con sus emociones y cogniciones, renunciando a los impulsos de controlarlos y adoptando una posición constructiva y activa ante su propia vida (Moscoso & Lengacher, 2015).

### **2.5- Evaluación.**

Existen numerosas investigaciones que buscan sistematizar y avalar científicamente baterías para medir el Mindfulness como un constructo de personalidad, pretendiendo así determinar *“cuánto Mindfulness tiene una persona y cómo puede afectar esto a diversas dimensiones psicológicas, así como procesos concretos”* (Vallejo, 2006, p. 93). Formas de medida que resulta útil esclarecer brevemente dado que en el ámbito clínico permiten tener una visión longitudinal de los resultados y efectos del tratamiento.

Haciendo base a lo investigado por Gervasio, Farias, Piva & Sancineto (2015) en su revisión bibliográfica en la materia, algunos de los inventarios más utilizados en éste campo son:

I. Escala de Conciencia y Atención Mindfulness (MAAS- Mindfulness Attention Awareness Scale): Consiste en una escala diseñada por Brown & Ryan en el año 2003. Está compuesta por 15 consignas que evalúan el nivel de atención que el sujeto dedica a la conciencia del momento presente, ejemplos de las mismas son *“Quiebro o derramo cosas por falta de cuidado”, “Tengo dificultades para enfocarme en lo que está pasando en el presente”* (Brown & Ryan citados por Gervasio et al., 2015, p.332). Los sujetos evaluados deben responder el grado en que han experimentado las afirmaciones que se le presentan en una escala de frecuencia del 1 (casi siempre) al 6 (casi nunca). En la interpretación de los resultados se comprende a mayor puntaje, mayor capacidad de Atención Plena.

II. Inventario Kentucky de habilidades de Mindfulness (KIMS- Kentucky Inventory of Mindfulness Skills): Propuesto por Baer, Smith & Allen en 2004, es un instrumento que consiste en 39 ítems que buscan medir la capacidad de atención plena y de estar consciente en la rutina

---

diaria, como lo son “*Estoy atento a si mis músculos están tensos o relajados*” y “*Percibo cuando mi humor empieza a cambiar*” (Baer et al. citados por Gervasio et al., 2015, p. 332). Se estructuran en una escala de frecuencia tipo Likert, de 5 puntos (1 indica muy rara vez y 5 casi siempre), frente a la cuál a mayor sumatoria de puntos, mayor medida de capacidad de atención plena y conciencia en la cotidianidad, pudiendo desglosar la medida en cuatro factores: la observación, la descripción de la experiencia, la aceptación sin juzgar y la conciencia plena al actuar.

III. Escala cognitiva y afectiva de Mindfulness revisada (CAMRS- Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised): Inicialmente postulada sin publicar por Kumar y su grupo de investigación en 2005, y posteriormente revisada por Feldman, Hayes y Kumar en 2007. Es una escala que consiste en 12 afirmaciones que buscan medir actitudes referidas a pensamientos, emociones y sensaciones internas relacionadas con el Mindfulness y deben ser evaluadas con un puntaje del 1 (raramente) al 4 (casi siempre). Ejemplos son “*Estoy preocupado por mi futuro*” y “*Soy capaz de focalizar en el tiempo presente*” (Feldman et al., citado por Gervasio et al., 2015, p. 333). El CAMRS-R brinda como resultado una puntuación total del nivel de Mindfulness, tomando en cuenta la atención, el darse cuenta, la focalización en el momento presente y la aceptación de las emociones y pensamientos que se experimentan en la rutina diaria.

IV. Además de los ya descritos pueden encontrarse las siguientes escalas de medida: Escala de Toronto de Mindfulness creada por Lau, Bishop, Segal, Buis, Anderson, Carlson & Carmody en 2006; Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness diseñada por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney en 2006; Escala Filadelfia de Mindfulness erigida por Cardaciotto, Herbert, Forman Moitra & Farrow en 2008; Medida de Mindfulness para niños y adolescentes concebida por Greco, Baer & Smith en 2011; e Inventario Freiburg de Mindfulness creado por Walach, Buchheld, Buettenmuller, Kleinknecht & Schmidt en el año 2006 (Gervasio et al., 2015).

## **2.6- Bases neurobiológicas del Mindfulness.**

Así como exponen Chiesa, Calati & Serretti (2011) en su revisión bibliográfica sobre los hallazgos a nivel neuropsicológico relacionados con la práctica basada en Mindfulness, el estudio y comprensión de los mecanismos neurobiológicos y neurocognitivos implicados tiene todavía limitaciones y es escaso, más aún comparado con las numerosas indagaciones sobre sus efectos y beneficios. A pesar de esto, existen lineamientos que han sido estudiados y expuestos en reiterados trabajos científicos que guardan coherencia con lo trabajado anteriormente acerca de las intervenciones a nivel psicoterapéutico, por lo que resulta interesante mencionarlos, como modo también de invitar a la apertura de nuevas líneas de investigación al respecto.

En referencia a los efectos cognitivos de la práctica mencionada, se constata que los sujetos que participan en ella demuestran un mayor rendimiento en tareas con notable exigencia cognitiva, como de concentración y atención, comparado con sujetos que no lo hacen (Treadway & Lazar, 2011). De ésta forma, el entrenamiento en Mindfulness favorece a que se produzcan

---

cambios a nivel cerebral en áreas relacionadas con el mantenimiento y regulación de la atención, la conciencia y la emoción (Greeson, 2009).

Con respecto a la regulación de la atención, dicha práctica mejora la atención focalizada presentando periodos más duraderos de mantenimiento de la atención en un estímulo (Moscoso & Lengacher, 2015). Además, principalmente en practicantes a largo plazo, se constatan mejoras a nivel de atención sostenida (mantenimiento de estado de alerta y vigilia); mejor capacidad de rendir y focalizarse ante un estímulo inesperado, redirigir la atención de forma más flexible y rápida a nuevos estímulos; mejora en atención selectiva (concentración y orientación ante un estímulo), capacidad de inhibir estímulos no deseados y, en meditadores altamente experimentados, el mantenimiento de una atención sostenida pero sin foco; superior capacidad en monitoreo de estímulos y atención dividida para lograrlo (Chiesa et al., 2011).

Además junto con la atención se estimulan otras funciones cognitivas como lo son la memoria y las funciones ejecutivas. Con respecto a la memoria, se constata una mejoría en la memoria de trabajo, necesaria para sostener cierta información en la mente que permita llevar a cabo tareas complejas, y la prevención del deterioro de la memoria de trabajo ante el contacto con estresores; también, particularmente en la práctica del programa MBCT, se ve aumentada la habilidad de recuperar recuerdos puntuales vitales de la memoria autobiográfica, ante la dificultad en sujetos depresivos de lograr esa recuperación (Chiesa et al., 2011).

Referente a las funciones ejecutivas, se menciona una mayor flexibilidad cognitiva en respuestas inusuales, mejorada fluidez verbal, mejora en la inhibición de respuestas cognitivas arraigadas y niveles aumentados de metaconciencia (Chiesa et al., 2011).

Esto encuentra su correlato neurológico con lo planteado por Simón (2006), quien expone que la práctica de Mindfulness activa principalmente la corteza prefrontal, lo que se constata por neuroimágenes en estudios con los practicantes. Esta activación puede explicar, a través de funciones de la corteza prefrontal, además de los anteriores, algunos de los efectos visibles en los practicantes, como lo son la regulación corporal, el autoconocimiento, la comunicación y comprensión de la propia mente y de los otros, flexibilidad de respuesta, equilibrio emocional, empatía, memoria de trabajo, atención, respuestas conductuales adaptativas ante situaciones nuevas, conciencia de sí mismo y la mejora en otras funciones ejecutivas (Siegel citado por Simón, 2006)

Los efectos a nivel emocional fueron investigados por Davidson en 1999 (citado por Simón, 2006), quien tras estudiar datos electroencefalográficos de sujetos expuestos a un programa de ocho semanas de MBSR antes del tratamiento y después; constató que se encontraba en éstos en comparación a los sujetos control, una mayor activación cerebral prefrontal izquierda, lo que se asocia a un estado de ánimo más positivo, mayor reactividad a estímulos afectivos agradables, y capacidad de afrontamiento de afectos negativos. Además, Greeson (2009) agrega que en la mejor habilidad de controlar las reacciones emocionales por los practicantes participan la amígdala y el córtex del cíngulo anterior involucrando a la corteza prefrontal.

---

Trabajado por Simón (2006), a nivel neurofisiológico los sujetos procesan los estímulos de forma “arriba-abajo”, lo que refiere a una capacidad de supervivencia, al recibir la información sensorial, se filtra y categoriza a nivel cognitivo según lo ya conocido y se emite una respuesta en consonancia, prediciendo a su vez futuros elementos sensoriales mediante redes tálamo-corticales.

En contraste, a través de las prácticas basadas en atención plena, se busca instaurar un procesamiento de “abajo-arriba”, conectado teóricamente con la mente de principiante que caracteriza al Mindfulness. Éste conlleva primar la unicidad de lo que se percibe antes que los filtros de lo ya conocido, e invertir la entrada y el procesamiento de los estímulos favoreciendo la novedad ante éstos. Se favorece el prestar atención plena a la información proveniente de los sentidos (áreas primarias en región posterior de la corteza cerebral), sensaciones interoceptivas (corteza somatosensorial e ínsula), comprensión de la propia mente (teoría de la mente, corteza prefrontal medial) y las relaciones interpersonales (neuronas espejo y corteza prefrontal medial). Lo que fomenta la llegada de información menos sesgada a las zonas cerebrales (que fueron mencionadas respectivamente) implicadas en cada vía de percepción. Como respuesta de “abajo-arriba”, se pondría en cuestión la capacidad de auto-observación y metacognición para emitir respuestas más flexibles desconectadas de la automaticidad del procesamiento “arriba-abajo” (Simón, 2006).

---

---

## CAPÍTULO 3

### Sobre la estimulación cognitiva en adultos mayores y su relevancia clínica

#### **3.1- Generalidades y características del adulto mayor como etapa evolutiva.**

El sujeto adulto mayor se ubica como etapa evolutiva dentro de un continuo que inicia con la concepción y finaliza con la muerte (Dantas, Fragoso & Monteiro, 2008). A lo largo del ciclo de vida se pueden delimitar determinadas etapas evolutivas que traen consigo ciertos cambios y características claves, como lo son: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez; siendo reconocidos tradicionalmente los dos primeros períodos como críticos en la maduración y desarrollo y los siguientes como de supuesta estabilidad e involución; sin embargo el sujeto continua en todas las etapas vivenciando la construcción, adquisición y reforzamiento de repertorios conductuales y continuos procesos de aprendizaje (Fernández-Ballesteros, 2004).

La etapa vital del adulto mayor y la forma en que se cristaliza en ésta el envejecimiento, son procesos complejos de precisar conceptualmente dado que refieren a una realidad multifacética que es determinada no sólo de forma cronológica, sino también por características fisiológicas, sociales y culturales, singulares en cada sujeto que hacen a su unicidad (CELADE, 2006).

Siguiendo una determinación cronológica de ésta etapa, se podría definir como adultos mayores a aquellos sujetos que superan los 65 años de edad, en el contexto nacional según consenso de la ley 18.617 de 2009 (citada por INMAYORES-DINEM, 2015). Así, esta característica definitoria es determinada, además de por la edad cronológica, a nivel sociocultural y varía con la época socio-histórica de la que se trata, ya que la cultura otorga determinadas conceptualizaciones a los cambios a nivel fisiológico producto del paso del tiempo (edad social), que están conectados a su vez con la pérdida o disminución de capacidades del sujeto a través de las cuales mantiene su autonomía e independencia. Conjunto a los cambios fisiológicos que la cultura clasifica, se combinan a nivel social diferencias en las dimensiones de género, formación, clase social, etnia, acceso a vivienda, etc.; que hacen que el sujeto pueda acceder a menos o más oportunidades a lo largo de su vida, y en ésta etapa en particular, que influyen directamente en la conservación (o no) de sus capacidades y los recursos con los que cuenta para hacerle frente (CELADE, 2006).

Relacionada también con la construcción desde lo social de la identidad como adulto mayor y su consiguiente internalización por el sujeto, dicha etapa vital puede definirse desde el declive y las carencias económicas, físicas, sociales, afectivas y psicológicas que hacen al adulto mayor un objeto pasivo de protección; así como también desde otra arista se lo puede percibir desde sus potencialidades y recursos que, sin ignorar las capacidades que se encuentran disminuidas, permiten considerarlos sujetos de derecho y habilitar el empoderamiento de los mismos percibiéndolos como capaces de crear espacios en los que ejerzan sus derechos, para así habilitar la posibilidad de que ellos se vivan como tales (CELADE, 2006). Se delinea también unido a esto, la necesidad de visibilizar los estereotipos implícitos con los que cargan los adultos

---

mayores que funcionan como sistema de control social para la población mayor y los obturan como sujetos de derecho. Estereotipos que generan comportamientos discriminatorios y actitudes negativas hacia los mismos y configuran así espacios de desigualdad sanitaria y social, influyendo en la forma en que se auto perciben los adultos mayores dado que los estigmas son internalizados y reproducidos por ellos, generando estrés y modos desadaptativos de combatirlos (Fernández-Ballesteros, 2004).

Resulta fundamental entender desde éste último enfoque a los adultos mayores como sujetos que se encuentran en un determinado punto de su ciclo de vida (mayores a 65 años), quienes presentan determinadas carencias y también potencialidades influidas por sus singulares condiciones de existencia e historias de vida y aprendizaje, que los subrayan como sujetos de derecho a los cuales hay que acompañar desde diversas intervenciones propiciando su empoderamiento y no su estereotipación, silenciamiento o encierro.

Los adultos mayores presentan características particulares a nivel fisiológico y psicológico que resulta de importancia referir dado que *“conocer sus alteraciones fisiológicas, psicológicas y sus limitaciones ayuda a crear recursos para ese nuevo cuerpo que surge, creando condiciones de una vida con calidad”* (Dantas et al., 2008, p.25, [traducido de idioma original]); más allá de que sean patrones y tendencias que se presentan en su mayoría pero no elementos normativos con los que se pueda generalizar y encasillar a su totalidad.

De ésta forma, se podría agrupar la multiplicidad de cambios que ocurren en la etapa trabajada, en tres niveles: físicos, psicológicos-cognitivos y sociales, los que se afectan mutuamente.

A nivel físico, se ven reducidas las capacidades de los sistemas orgánicos de forma particular en cada caso, afectando principalmente los sistemas óseo, cardíaco, respiratorio, endocrino, muscular y nervioso. Ocurren cambios generales a nivel de la disminución de estatura, fuerza muscular, movilidad y de la agilidad, junto con la aparición de dolencias favorecidas por la reducción de actividad física y la actitud pasiva que se da conforme el sujeto deja de trabajar y participar en actividades al ritmo que lo hacía. Los cambios a nivel muscular hacen que se vea limitada la movilidad, aumente la probabilidad de caídas y flaquee el equilibrio corporal, lo que va a causar que se vaya acotando la capacidad para funcionar de forma autónoma (Dantas et al., 2008).

A nivel del sistema nervioso, acompaña al envejecimiento la reducción neuronal, lo que se evidencia en el declive de las funciones cognitivas y el enlentecimiento en el procesamiento mental (Dantas et al., 2008). En lo referente a las funciones cognitivas, existen áreas intelectuales y funcionales enlentecidas, y reducción en eficiencia del funcionamiento cognitivo general, viéndose afectadas especialmente la memoria, en su componente episódico y de memoria de trabajo, y la atención; mientras que la capacidad de aprendizaje es conservada en los adultos mayores, debiendo tener en cuenta la necesidad de más cantidad de ensayos y tiempos de ejecución que lo esperado en sujetos jóvenes, y el funcionamiento intelectual relacionado con la

---

comprensión de estímulos se ve favorecido por las experiencias vitales con las que carga el adulto mayor (Fernández-Ballesteros, 2004).

El conjunto de repercusiones corporales afecta secundariamente el estado anímico del adulto mayor, impactando en su autoestima y autoimagen corporal, pudiendo llegar a generar trastornos emocionales (Dantas et al., 2008). A los impactos en éste nivel de los cambios orgánicos se suman una serie de situaciones conflictivas que afectan al sujeto en la esfera emocional, como ser la jubilación, pérdida de seres queridos, mudanza de hijos, enfermedades crónicas, poli patologías (que llevan a dependencia y discapacidad), miedo por la proximidad a la muerte; que producen depresión, ansiedad, soledad, malestar y demás formas singulares de vivir y resistir al sufrimiento (Fernández-Ballesteros, 2004).

En ésta línea de la dimensión psico-afectiva, Lara (2008) plantea que la entrada a la etapa de adulto mayor representa para el sujeto un quiebre emocional en su existencia, que coincide con el paso de una vida laboral activa a pasiva, la disminución de lazos familiares y círculo de amigos, lo que lleva a afectar la esfera social haciendo que se sienta en un estado de aislamiento y se perciba marginado de la comunidad y la vida social en general y en otros casos con una dependencia impersonal hacia otros o confinado en una institución, por incapacidad de autonomía funcional.

Como contracara a la afectación negativa a nivel emocional que se da en ésta etapa, Fernández-Ballesteros (2004) plantea que en los adultos mayores no se pierde la intensidad ni la frecuencia en la capacidad de experimentar emociones positivas y que, por el contrario, existe una mayor complejidad y riqueza emocional porque se da una mejor regulación de las emociones y madurez afectiva, donde se maximizan los elementos positivos y minimizan los negativos, llevando a estados de satisfacción y sentimientos de bienestar. A nivel social, la participación activa del adulto mayor en las actividades sociales favorece el desarrollo de sus potencialidades y recursos y el mejoramiento de los indicadores de salud, bienestar psicológico y estilo de vida, contribuyendo a reforzar la autorrealización personal y las emociones positivas relacionadas con las interacciones sociales satisfactorias (INMAYORES-DINEM, 2015).

Por último, de cara a completar la anterior conceptualización resulta fundamental pensar al adulto mayor a través de su contextualización a nivel sociocultural en el Uruguay actual, resaltando que proporción de sujetos están dentro de dicha población, como se distribuyen y qué papel se les asigna desde las políticas públicas y programas institucionales.

En América Latina, y Uruguay en particular, el proceso de envejecimiento se ha producido de una forma acelerada, favorecida por bajas tasas de mortalidad, de natalidad y aumento de esperanza de vida, estando caracterizada la población por el sobrevejecimiento (dentro de los adultos mayores cada vez más personas mayores de 85 años) y la feminización del envejecimiento. Viven en Uruguay, según datos de 2015 a partir de estimaciones del Censo 2011, 484.407 personas mayores de 64 años, lo que constituye un 14% de la población total, siendo un 59.9% de ese porcentaje mujeres y el restante 40.1% hombres (INMAYORES-DINEM, 2015).

---

Desde la publicación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES) en colaboración con la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) en 2015 en el marco del Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento, se comprende cómo si bien los adultos mayores fueron históricamente objeto de atención por parte del Estado, esto se daba dentro del ámbito sanitario ubicándolos como receptores pasivos de la asistencia. En la actualidad se les da un lugar particular como sujetos de derecho, lo que es constatado con la creación de INMAYORES para el diseño e implementación de políticas públicas a su respecto. También tuvieron peso desde la esfera mundial la Primer Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas en 1982, que promovió la investigación que viabilizara la construcción, actualizada y en contexto, de políticas dirigidas a los adultos mayores; y la Segunda Asamblea en 2002 donde se instaura el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento; afianzado con la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe en 2012. Desde los que se proclama un enfoque de derechos: garantizar a los sujetos un envejecimiento en un plano participativo ejerciendo sus derechos con un fondo de seguridad y dignidad (INMAYORES-DINEM, 2015).

Enfoque en que se insiste desde la Convención Interamericana para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Organización de Estados Americanos en 2015, donde Uruguay es país firmante. En agosto de 2016 es reafirmada la Convención por nuestro país, y con ella la perspectiva de derechos, integralidad y género en el abordaje de las intervenciones hacia adultos mayores. Compromiso que se cristaliza en el Segundo Plan de Envejecimiento y Vejez, que busca la protección, participación y la promoción de políticas públicas desde la intersectorialidad con actores estatales y de la sociedad civil. Sus líneas estratégicas contemplan la igualdad, dignidad, autonomía, salud, bienestar, cuidados, seguridad económica y física; traducidas en planes de acción, como talleres de sensibilización, espacios de formación, tratamientos no farmacológicos para deterioros cognitivos, herramientas psicoterapéuticas y talleres de estimulación cognitiva (INMAYORES, 2016).

### **3.2- Estimulación cognitiva en adultos mayores.**

El término estimulación cognitiva refiere al conjunto de técnicas, estrategias y programas que se dirigen a mejorar la actividad de las funciones cognitivas, como lo son la percepción, orientación, atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, lenguaje y cálculo, o bien, del rendimiento cognitivo general, tanto teniendo como participantes a sujetos sanos como a pacientes con lesiones o deterioros a nivel cognitivo; intervenciones que abarcan al sujeto de forma integral en varios niveles como lo son el cognitivo, conductual, relacional, psicoafectivo y funcional (Lubrini, Periañez & Ríos-Lago, 2009).

En el caso del trabajo con sujetos sanos, la estimulación cognitiva tiene como objetivo el desarrollo y potenciación del funcionamiento de las capacidades mentales, y en el caso de las intervenciones con pacientes lesionados o con deterioro el objetivo es principalmente terapéutico,

---

incluyendo la mejoría y reforzamiento del funcionamiento cognitivo general, la rehabilitación de las capacidades que se encuentran en déficit y el enlentecimiento del avance de determinados procesos de deterioro. Promoviendo en ambos casos la conservación y enriquecimiento de los recursos de los que los sujetos disponen, la compensación de los que carecen y el descubrimiento de nuevas potencialidades (Binotti, Spina, de la Barrera & Donolo, 2009).

A nivel de adultos mayores, el campo de aplicación abarca desde sujetos que viven procesos de envejecimiento sin deterioro cognitivo hasta aquellos que padecen enfermedades neurodegenerativas (demencias), han sufrido algún evento de daño cerebral adquirido (accidente cerebrovascular, tumor cerebral, traumatismo encefalocraneano) o sujetos que, favorecidos por carencias a nivel social, psico-afectivo o de otra índole, pasan por procesos de envejecimiento disfuncional que resultan en deterioro a nivel de funciones cognitivas. En ésta población en particular, se dan características que hacen al proceso de envejecer y que se convierten en parte de los objetivos a compensar en las intervenciones de estimulación cognitiva, como lo son el enlentecimiento en el procesamiento de la información y capacidad de respuesta, la disminución a nivel atencional, de memoria y funciones ejecutivas; habilidades cognoscitivas éstas últimas que son las más sensibles al proceso de envejecimiento (Binotti et al., 2009).

Las estrategias incorporadas en los programas de estimulación cognitiva buscan que los adultos mayores *“puedan sentirse útiles, descubrir los propios avances, reconocer y desarrollar sus potencialidades, reducir las posibles pérdidas provocadas por el paso del tiempo e incorporar aquellos recursos que les falta para situarse en una posición de satisfacción vital”* (Binotti et al., 2009, p.124). Involucra actividades que supongan desafíos constantes mediante el enfrentamiento a situaciones nuevas que dan lugar a aprendizajes y la realización de actividades que impliquen esfuerzo cognitivo y no favorezcan el pensamiento automático o rutinario; de ésta forma, presentar al adulto mayor ante aprendizajes nuevos representa un factor protector ante el deterioro de las funciones cognitivas en general y las funciones ejecutivas en particular (Binotti et al., 2009).

Como plantea Jara (2007), el deterioro cognitivo se traduce en limitaciones en la vida diaria del adulto mayor, en forma de obstáculos en lo referente a su autonomía y calidad de vida. A su vez, desde la óptica inversa, es crucial concebir el peso de lo cognitivo ya que, así como trabajan INMAYORES-DINEM (2015), *“uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas mayores es la función neurocognitiva, puesto que su deterioro afecta la capacidad de vivir de forma independiente y productiva”* (p.62). En éste sentido, la finalidad última de la estimulación cognitiva en adultos mayores es mejorar su calidad de vida, promoviendo su desempeño funcional de forma autónoma y que el sujeto se adapte a su ambiente de una forma sana.

La estimulación tiene como piedra angular, que constituye su fundamento y la motivación para su mantenimiento, a la plasticidad neuronal, que toma una especial relevancia en entender y creer en sus posibilidades terapéuticas en adultos mayores. Con plasticidad neuronal se hace referencia a *“la habilidad que poseen las células nerviosas de desarrollar, mantener y reorganizar sus*

---

*conexiones y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células”* (Monckeberg Barros citado por Binotti et al., 2009, p.121). Involucrando una mejor utilización de las redes neuronales ya existentes en el sujeto y también la generación de nuevas conexiones. Lo que habilita a que haya una mejoría en el funcionamiento cognitivo y funcional en adultos mayores mediante la estimulación cognitiva con base en los cambios cerebrales, que se corresponde con el retardo del deterioro que caracteriza al envejecimiento. El que sea posible, más allá de la edad del sujeto, que haya lugar para la modificación de conexiones neuronales, y por consiguiente de funciones cognitivas con su repercusión a nivel conductual, afectivo y social, asienta las condiciones de existencia para que se den enfoques terapéuticos en donde, apoyados en esa capacidad conservada de aprender y aprender a aprender, se pueda acompañar al adulto mayor a creer y crear, con sustento, nuevas formas de ser, hacer y vivirse como sujeto activo en su entorno socio-afectivo.

En relación con la estimulación cognitiva como intervención que da un lugar primordial al aprendizaje, Binotti et al. (2009) mencionan la importancia de las estrategias metacognitivas como estimulación, ya que favorecen a conocer el propio funcionamiento cognitivo, resignificando la identidad y lugar en la etapa vital en que se encuentran, logrando generar sentimientos de satisfacción vital y autosuficiencia, tomar distancia de los estigmas que forman parte del imaginario social sobre el envejecimiento y su deterioro, y emanciparse de la reproducción involuntaria de éstos.

Siguiendo a Jara (2007) algunas de las formas de estimulación cognitiva utilizadas en adultos mayores son: la terapia de reminiscencias, que estimula la evocación y expresión sensorial y verbal de recuerdos en orden de reafirmar la propia identidad. Los grupos de buenos días que, generalmente en ámbitos institucionales, buscan favorecer el diálogo entre sujetos, y utilizarlo para estimular la atención, el lenguaje, autoestima y habilidades sociales. Los grupos de orientación a la realidad, utilizados en la rehabilitación de trastornos cognitivos y demencias, en donde se estimula a la persona con información de sí y su entorno, y se busca orientar en temporo-espacialmente al sujeto, estimular la reconexión del ámbito personal con el social, y la comunicación con el otro. Por último, los programas de psicoestimulación cognitiva utilizan un conjunto de tareas con estímulos para incentivar las habilidades cognitivas e intelectuales, buscando mantener así la autonomía del sujeto en su funcionamiento diario. Es necesario dentro de cualquier programa de estimulación cognitiva que exista una evaluación antes y después de su aplicación del funcionamiento del sujeto para tener una referencia en la percepción de su buscada mejoría (Jara, 2007).

---

---

## CAPÍTULO 4

### Mindfulness: un camino posible de estimulación cognitiva en adultos mayores.

---

---

#### 4.1- Un espacio de construcción posible.

Habiendo estudiado el Mindfulness en perspectiva: con distancia de lo estrictamente psicológico para lograr un recorrido profundo desde la emergencia del Mindfulness en el budismo hasta su introducción y reconstrucción en el campo científico y, específicamente psicológico-terapéutico, acompañado de una revisión sobre la estimulación cognitiva en adultos mayores; se habilita la posibilidad de pensar en la construcción de un espacio de estimulación cognitiva en dichos sujetos.

Desde los espacios de diagnóstico y tratamiento en los que se da el encuentro de los agentes de salud con los adultos mayores, es crucial permitir la apertura de una óptica en que se los considere como aptos para comprenderse, cambiar y aceptarse, potenciando sus capacidades, su flexibilidad y recursos, y no como carentes, discapacitados y pasivos ante la asistencia, a los que hay que curar y medicar, lo que puede resultar desgastante en lugar de motivar la participación. Es en éste punto en que las intervenciones basadas en Mindfulness pueden resultar alternativas posibles. Intervenciones que pueden responder de forma constructiva tanto a los cambios a nivel fisiológico y psicológico, que ocurren como una forma natural del deterioro del organismo y el psiquismo, como formar parte de una respuesta que interpele las visiones y asistencia tradicionales desde lo social e institucional, teniendo como objetivo un mejoramiento de la calidad de vida del sujeto.

En ésta línea, como se vio en los primeros capítulos, se pueden trabajar la percepción de los dolores y capacidades en declive propias de la etapa evolutiva y mejorar el funcionamiento de los sistemas cardiovascular, óseo, muscular, respiratorio, inmunológico, endócrino y nervioso.

A nivel psicológico, interponerse a los trastornos emocionales usuales, como depresión y ansiedad; habilitando que el individuo entienda lo que le sucede, reconozca sus emociones y pensamientos, acepte sus pérdidas y valore los aspectos conservados y potenciados por las experiencias vividas. Además incorporar, a nivel de cogniciones, formas de aceptarse y hablarse a sí mismo más adaptativas y sanas y no reactivas ante las respuestas automáticas pero tóxicas que ha incorporado a lo largo de su ciclo de vida, reforzando y aprendiendo conductas que le sean positivas. En la dimensión cognitiva, es de subrayar el trabajo con las enfermedades degenerativas, como demencias, que afectan a la población estudiada y pueden verse acompañadas y compensadas desde los diversos efectos a nivel de funciones cognitivas como consecuencia directa de la práctica de Mindfulness. Finalmente, dicha intervención se entrelaza con la construcción del adulto mayor desde lo psico-social, en el mejoramiento en las relaciones interpersonales, el empoderamiento y la transformación en la percepción del adulto mayor como apto para cambiar y potenciarse, reivindicando así su identidad alejada de los estereotipos que promueven políticas meramente asistenciales hacia el deterioro; formando una nueva comprensión de sí mismo, revalorizando su identidad y sus recursos.

---

Ante la cuestión de cómo intervenir desde Mindfulness, juegan un papel crucial los programas de estimulación cognitiva basados en éste, ya que permiten trabajar los aspectos mencionados, directamente sobre las funciones cognitivas, en especial la atención, memoria y funciones ejecutivas en declive en los adultos mayores, e indirectamente en el organismo, cogniciones, emociones, relaciones sociales y, en definitiva, el mejoramiento de su calidad de vida.

Existen artículos, como lo son los de Abril (2013), Quintana & Miró (2015) y Mc Bee (2011), mediante los cuales es posible acercarse al conocimiento y comprensión de diversos programas basados en Mindfulness llevados a cabo en clave de estimulación cognitiva para adultos mayores.

A este respecto, partiendo de sus conceptualizaciones, se intentará delinear un espacio de construcción posible, resaltando que las intervenciones basadas en atención plena aportan *“un modelo de inclusión y habilidades específicas para promover un mayor bienestar (...) a esos adultos mayores que se les recuerdan constantemente sus pérdidas y su discapacidad, en la práctica de Mindfulness se les recuerdan sus fuerzas y sus recursos internos”* (Mc Bee, 2011, p.718). Cabe agregar, que ante la dependencia en la que frecuentemente viven, el Mindfulness permite que recuperen la autonomía y conciencia de autocontrol, y los abarca de forma integral, en las respuestas ante sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y emocionales (Mc Bee, 2011).

Siguiendo lo planteado por Abril (2013) y Mc Bee (2011), el programa de estimulación basada en Mindfulness en adultos mayores debe contemplar su aplicación en grupos integrados por un número pequeño de sujetos (aproximadamente diez), con un rango de edad determinado (que varía de acuerdo a los sujetos participantes, en grupos de no más de diez años de diferencia entre sí) y, en general, características comunes en cuanto a sus patologías y diversas en cuanto a sus recursos. En principio el programa podría constar de dieciséis sesiones de una hora de duración, tomando en cuenta la dedicación de ocho sesiones iniciales siguiendo los programas de MBSR (Kabat-Zinn, 1979 citado por Sánchez, 2011) y MBCT (Teasdale, Segal & Williams, 2002 citados por Baer, 2003), para el aprendizaje de las prácticas de Mindfulness y ocho sesiones restantes en que se pueda, por tratarse de adultos mayores, reforzar la práctica y acompañar de forma individual a cada sujeto.

A lo largo de las ocho primeras sesiones, se combinaría en cada una dos elementos: una primera sección donde exponer y reafirmar contenidos referentes al adulto mayor y al Mindfulness como herramienta terapéutica, y una segunda sección donde llevar a cabo las prácticas.

Inicialmente se buscaría, desde una perspectiva de promoción de salud, el reconocimiento del sujeto de su capacidad de cambio, la importancia de los recursos y potencialidades frente al declive natural y las carencias por patologías y realzar su percepción como sujetos de derecho. A continuación, dar a conocer tanto la herramienta y la comprensión de sus principios, beneficios y fundamentos, como las experiencias a practicar.

En cuanto a la segunda sección de cada encuentro, las prácticas a realizarse en orden cronológico de la primera sesión a la octava serían las siguientes: ejercicios de atención plena en

---

la respiración, postura corporal, exploración del cuerpo, conciencia plena en lo percibido por los sentidos, atención y aceptación de los sentimientos y pensamientos, afrontamiento de malestar mediante atención a éste y alternativas para percibirlo, relajación y respiración como modos de contraponerse al dolor, ejercicios para valorar potencialidades y aplicarlas en la conducta diaria, entre otros que se adicionarían de acuerdo a los casos particulares.

Finalmente, se profundizaría en las próximas ocho sesiones en la generalización y compromiso con lo aprendido, el reforzamiento de la práctica diaria y el acompañamiento individualizado de los sujetos (basado en propuesta de Abril, 2013). Se considera útil agregar al comienzo y/o final de cada sesión una instancia de discusión en grupos en el que se dé un intercambio y apoyo mutuos, que ayuden a aprehender las herramientas y estimulen, a su vez, las habilidades sociales en las relaciones interpersonales (Mc Bee, 2011).

Deben considerarse como parte del programa las evaluaciones, tanto con las escalas de Mindfulness antes mencionadas y aquellas que evalúen las diversas patologías cognitivas, emocionales o físicas que presenten los participantes, como también registros subjetivos de pensamientos y emociones llevados por los participantes, que se realicen antes, durante y después de comenzado el proceso y cada sesión, para poder hacer un seguimiento y valorar sus resultados.

Al construir el espacio de estimulación cognitiva se debe considerar la singularidad de los participantes y adaptar el programa de ser necesario, modificándolo de acuerdo a la movilidad, deficiencias a nivel auditivo, verbal o visual, deterioro cognitivo y enlentecimiento en el procesamiento (Mc Bee, 2011). Además en el terreno de la adaptación, tomando en cuenta la cantidad de adultos mayores afectados por deterioros cognitivos de tipo Alzheimer o demencias en nuestro país estimada por INMAYORES-DINEM (2015) en más de 10% de los mayores de 65 años la incidencia, resulta enriquecedor agregar algunos puntos al programa antes expuesto con los aportes de Quintana & Miró (2015) sobre la inclusión de Mindfulness en ésta población clínica. Es de suma relevancia a este respecto, como también en los casos en los que se trabaje con sujetos que están recluidos en instituciones asilares, que se incluya como participantes a los cuidadores, ya que van a ser quienes acompañen la práctica en las actividades de la vida cotidiana del adulto mayor y su mejoría; planteado dentro del paradigma de la atención conjunta en donde la interacción cuidador-adulto mayor en la atención plena es crucial para que éste último comprenda y realice las prácticas a través de la posibilidad de compartir con otro la actividad. De ésta forma, lo que se busca no es específicamente que se viva el proceso a través de un determinado número de sesiones, sino que se incorpore el contenido y las prácticas a la rutina del adulto mayor, que va a ser guiado por el cuidador. También se debe tener en cuenta que la duración de las sesiones debe ser más flexible y acotada de acuerdo a los sujetos que participen. Además, se deben utilizar una mayor cantidad recursos gráficos, tono de voz y gestualidad corporal para acompañar la transmisión del programa para amplificar su entendimiento en ésta población.

---

---

## REFLEXIONES FINALES

---

---

Mediante la presente producción monográfica se pretendió realizar una aprehensión profunda del Mindfulness y las dimensiones que éste implica, desde las intervenciones basadas en él dentro de la clínica psicoterapéutica hasta el proceso psicológico en el que consiste, y que es base y a su vez objetivo de estas intervenciones. Se buscó a partir de una penetración extensa e intensa en éste campo, viabilizar la posibilidad de articularla como un dispositivo de estimulación cognitiva para el trabajo con adultos mayores, en pos de una mejora global en su calidad de vida.

Para comenzar con el esbozo de líneas reflexivas disparadas desde lo trabajado es oportuno desdoblarse su título *Mindfulness en perspectiva: Una alternativa de estimulación cognitiva en adultos mayores*, para así pensar-me con respecto a una producción que, si bien fue plasmada de forma estática en una publicación, constituyó un proceso dinámico, de preguntas, respuestas, y más preguntas, rico en aprendizaje y meta-aprendizaje, positivo personal y académicamente. Comprender el *Mindfulness en perspectiva* implica poder distanciarse para verlo de una forma amplia e integral. Alejarse de lo meramente científico-psicológico, para conocer su origen como capacidad humana potenciada en la tradición budista y su acontecer como práctica relacionada con la meditación, junto con los principios que sustentan su emergencia en éste contexto. Como también los diferentes avatares que alcanza como herramienta terapéutica y proceso psicológico desde la clínica psicológica dentro de la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales.

Buscar *una alternativa*, tiene que ver con situarse fuera de lo tradicional, de las etiquetas dicotómicas de lo que funciona, cura, es creíble, o no. Por el contrario, implica orientarse hacia una postura de apertura a conocer e intentar construir estrategias múltiples, diversas y que integren en vez de excluir, con énfasis no en rechazar lo novedoso y diferente, sino en creer en el cambio, dar posibilidades a nuevas formas de ser y hacer, y crear a partir de esto. En ésta línea, el trabajo me interpela en distintos puntos en cuanto a poder buscar alternativas a lo que se es dado como certezas, o mejor dicho, percibido como tales. Combinar así el valor formativo en el marco de la Facultad, con la capacidad que ésta permite de poder ver más allá de las herramientas técnicas con las que se tiene contacto allí, afirmando la posibilidad y responsabilidad que está en nosotros como estudiantes de formarnos y responder desde marcos flexibles que resignifiquen y no sujeten al individuo. Delineados a partir de la escucha y no el encierro en dispositivos normalizadores, y así adaptar las herramientas al sujeto y no manipular lo que le pasa a éste y la forma de ayudarlo para ajustarlo a las herramientas.

Es a partir de un nivel de acentuada incorporación y entendimiento de ésta herramienta a nivel teórico, junto con el ubicarse en la dimensión práctica de las intervenciones individuales y comunitarias, y la postura de creer y crear alternativas, que finalmente se instala la oportunidad de articular la necesidad de espacios de trabajo con los sujetos adultos mayores para el mejoramiento de su calidad de vida con lo que plantea la estimulación cognitiva como modo de abordaje desde la atención plena: una de las múltiples formas que pueden darse para construir un espacio de *estimulación cognitiva en adultos mayores*. Lineamientos que más que presentar

---

certidumbres y verdades, pretendieron asentar las condiciones de existencia para los múltiples y diversos dispositivos de intervención y acompañamiento terapéutico que pueden ser planteados desde el Mindfulness; sin desacreditar otros enfoques, sino ampliando las herramientas con las que contemos los agentes de salud para responder a lo único y singular de cada proceso de envejecimiento, cada historia, cada realidad, cada sujeto.

Tanto la necesidad de intervenciones a nivel público-institucional para estimulación cognitiva en adultos mayores, problemática que motiva ésta monografía, así como la propuesta de una herramienta para hacerlo, muestran en la actualidad nacional y mundial una destacada relevancia.

Los programas basados en Mindfulness se encuentran hoy siendo extensamente utilizados y estudiados, poniendo de relieve su importancia clínica derivada del amplio espectro de patologías en cuyos procesos de salud-enfermedad resulta útil, de las variadas profesiones dentro de la orientación social y de salud que la pueden articular como herramienta, y de la visión integral desde la que abarca al sujeto, en sus dimensiones social, afectiva, física, cognitiva y conductual. Desde una mirada que se aleja de lo normativo, tradicional, pasivo, estanco, fragmentario y una concepción de déficit y curación para inmiscuirse en lo holístico, integrativo, activo, heterogéneo, participativo, orientado a la prevención y promoción en salud.

La multiplicidad de investigaciones, publicaciones y libros al respecto, que acompaña desde el ámbito científico su avanzado desarrollo, resultó sumamente enriquecedora para lograr una comprensión cabal y multidimensional de la categoría, pero a su vez supuso un gran esfuerzo en su organización, síntesis, articulación y diálogo, con el fin de conseguir transmitir con claridad y en el espacio acotado que supone la estructura de la monografía, la globalidad de lo aprendido y pensado a partir de esto. Donde se juega no solo lo incorporado en ésta instancia, sino el volver a los puntos de contacto con los distintos contenidos académicos a nivel de la carrera y la formación en terapia cognitivo-conductual que el trabajo posibilitó.

Por su parte, en el ámbito nacional, la posibilidad de ésta construcción se encuentra con un panorama favorable a nivel de políticas públicas pensadas con y para los adultos mayores desde un trabajo intersectorial guiado por el INMAYORES. Marco que pone de relieve desencuentros que se visualizan y encuentros que responden a los emergentes de lo visualizado. Se subraya la necesidad de espacios que potencien a los adultos mayores para ser y hacer desde su singularidad y sus recursos, enlenteciendo y contrarrestando sus declives, reforzando su funcionamiento cognitivo y, a través de éste, su calidad de vida; que trabajen las formas de construirlos desde fuera y re significarse desde dentro, a través del alejamiento de los estereotipos y la sensibilización y apertura a la emergencia de nuevas identidades y modos de envejecer.

Desde los distintos entornos sanitarios y comunitarios en los que se da el encuentro entre los agentes de salud con los adultos mayores, resulta necesario visibilizar a las características que hacen a los adultos mayores tanto desde los cambios a nivel psicológico, fisiológico y social como en su singularidad, no como ausencias y carencias, sino como presencias, modos singulares de ser y estar. De ésta forma, resaltar las potencialidades, teniendo como bandera la posibilidad de

---

cambio (apoyada desde lo biológico por la plasticidad neuronal), aún en la etapa evolutiva que desde lo académico y social frecuentemente se condena como exclusivas pérdidas e involución; para luego construir espacios mediante los cuales responder, comprenderlos y acompañarlos, alejándose del foco a nivel de diagnóstico y tratamiento que apunten farmacológicamente a la curación y enfermedad para hacer énfasis en la promoción en salud como un proceso.

Además de percibir las intervenciones basadas en Mindfulness como herramientas para escuchar y ser con otros, como los adultos mayores, resulta crucial incluirlas para el auto-cuidado de los psicólogos y demás agentes del ámbito sanitario. Con base no sólo en los beneficios a nivel de regulación emocional, control de estímulos estresantes, capacidad de empatía y compasión; sino también como herramienta metacognitiva. Así acceder a entender en el quehacer con el otro, qué pasa y de qué forma en el acontecer del tratamiento y como es pensado lo que se piensa, habilitando modos de ser profesionales con mayor autoconocimiento, sanos y comprometidos, junto con el conocimiento y cuidado del otro más holístico y responsable que deriva de éste.

Considero ésta producción monográfica como un insumo útil a modo personal y para el futuro académico y profesional, por lo valioso que puede aportar lo elaborado, como también por las críticas que se puedan hacer que lleven a nuevas cuestionantes y ámbitos de construcción; y a su vez como una invitación para poder seguir investigando y pensando acerca de las intervenciones basadas en Mindfulness como enfoques terapéuticos posibles, en particular como alternativas de estimulación cognitiva en adultos mayores. Se encuentra dentro de lo buscado, el poder permitir en aquellos interesados y relacionados con los campos de indagación científica y actuación referidos, abrir líneas de preocupación por la problemática desde la cual emerge, y de investigación y acción sobre la temática que se erige a partir de ésta.

Reviste crucial relevancia acceder a delinear intervenciones similares de prevención en grupos de riesgo y promoción en salud desde etapas tempranas del curso de vida de los sujetos, incluidas en programas socio-educativos, o bien en políticas públicas, promovidas por los distintos actores de la salud, estatales y de la sociedad civil. De modo que se potencie el funcionamiento cognitivo, y con éste una mejor calidad de vida desde la juventud, evitando posibles deterioros y exacerbando la reserva cognitiva del sujeto; que actúe de modo profiláctico en la conservación de las capacidades, valoración de los recursos, enlentecimiento del declive natural de la vejez y el correspondiente a situaciones complejas a nivel familiar, socio-económico y cultural.

Es en éste orden que se pretende transmitir finalmente una invitación tanto a poder vivenciar como sujetos y profesionales lo que el Mindfulness propone, en especial una menor reactividad, respuesta en piloto automático y reacción de estrés a la pluralidad de estímulos que en el presente nos interpelan desde diferentes vías en todo momento, en especial los medios y la tecnología. Como una convocatoria a seguir pensando el Mindfulness en perspectiva; una invitación a buscar, investigar, formarse y experimentar alternativas que interpelen en lo tradicional a los dispositivos terapéuticos para lograr incluir allí herramientas que se adapten a la singularidad del sujeto.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Abril, M. (2013). Mindfulness para la tercera edad. *Prolepsis: Revista de Psicología de contenido científico e información colegial*, (14), 37-44.
- Allueva, P. (2002). Conceptos básicos sobre metacognición. En: P. Allueva (Ed.). *Desarrollo de habilidades metacognitivas: Programa de intervención*, (pp. 59-85). Zaragoza: Consejería de Educación y Ciencia.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10 (2), 125-143.
- Barqui, N. (2015). Mindfulness: Reseña del libro "Mindfulness en la vida cotidiana". *Cuadernos de Neuropsicología*, 9 (3), 126-131.
- Binotti, P., Spina, D., de la Barrera, M. & Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4 (2), 119-126.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J. & Segal, Z. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Cáandarle, J. (2015). *MINDFULNESS: Atención plena para vivir mejor*. Buenos Aires: Ediciones B Argentina.
- CELADE (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Naciones Unidas- CEPAL. Recuperado de: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/3539/1/LCw113.pdf>
- Chiesa, A., Calati, R. & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31 (3), 449-464.
- Dantas, E., Fragoso, E. & Monteiro, N. (2008). Aspectos fisiológicos do envelhecimento. En: E. Dantas & R. Vale (Ed.). *Atividade física e envelhecimento saudável*, (pp. 25-37). Rio de Janeiro: Shape.
- Davis, D. & Hayes, J. (2011). What are the benefits of Mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48 (2), 198-208.

- 
- Didonna, F. (2011). Introducción: Donde convergen los nuevos y viejos caminos para tratar el sufrimiento. En: F. Didonna (Ed.) *Manual Clínico de Mindfulness*, (pp 47-69). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 6 (16), 11-22.
- Gallagher, W. (2010). Salud: Adonde fluye la atención, acude la energía. En: W. Gallagher (Ed.) *Atención Plena: El poder de la concentración*, (pp 241-256). Barcelona: Ediciones Urano.
- García, J. (2008). La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención primaria*, 40 (7), 363-366.
- Gervasio, J., Farias, M., Piva, M. & Sancineto, C. (2015). Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: uma revisão. *Avaliação Psicológica*, 14 (3), 329-338.
- Greeson, J. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complement Health Pract Rev*, 14 (1), 10-18.
- Hayes, A. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotional regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 255-262.
- Hussain, D. (2015). Meta-cognition in Mindfulness: A conceptual Analysis. *Psychological Thought*, 8 (2), 132-141.
- INMAYORES (2016). *Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2016-2019*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- INMAYORES-DINEM (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social, Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento.
- Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22, 4-14.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Korman, G. & Garay, C. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1), 5-13.
- Lara, H. (2008). Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: E. Dantas & R. Vale (Ed.). *Atividade física e envelhecimento saudável*, (pp. 113-128). Rio de Janeiro: Shape.

- 
- Linehan, M. (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Lubrini, G., Periañez, J. & Ríos-Lago, M. (2009). Introducción a la estimulación cognitiva y a la rehabilitación neuropsicológica. En: E. Muñoz (Ed.) *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*, (pp13-34). Barcelona: Editorial UOC.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, (40), 26-34.
- Mañas, I. (2009a). Mindfulness (atención plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, (50), 13-29.
- Mañas, I., Franco, C. & Faisey, M. (2009b). Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la psicología budista. *Web de Medicina y Psicología*. Recuperado el 30 de julio de 2016 de <http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdfs/39884-17.pdf>
- Mc Bee, L. (2011). Cuidado de ancianos basado en mindfulness: comunicar el mindfulness a ancianos delicados y a sus cuidadores. En: F. Didonna (Ed.) *Manual Clínico de Mindfulness*, (pp.715-739). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12 (1), 1-18.
- Moscoso, M. & Lengacher, C. (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en Mindfulness. *Liberabit Revista de Psicología*, 21 (2), 221-233.
- Olendzki, A. (2011). Mindfulness y mediación. En: F. Didonna (Ed.) *Manual Clínico de Mindfulness*, (pp.105-116). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Osses, S. & Jaramillo, S. (2008). Metacognición: Un camino para aprender a aprender. *Estudios pedagógicos*, 34(1), 187-197.
- Parra, M. (2011) *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete. Recuperado el 5 de agosto de 2016 de <http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/tesis-doctoral-marta-parra-delgado-1-.pdf>
- Parra, M., Montañés, J., Montañés, M. & Bartolomé, R. (2012). Conociendo mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (27), 29-46.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5 (2), 159-172.

- 
- Quintana, D. & Miró, M. (2015). Estimulación basada en Mindfulness para personas mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. *Papeles del psicólogo*, 36 (3), 207-215.
- REBAP Internacional (s/f). *REBAP Internacional: Programas de reducción de estrés basados en atención plena*. Recuperado el 10 de setiembre de 2016 de <http://www.rebapinternacional.com/rebap.html>.
- Ruiz, P. (2016) Mindfulness en niños y adolescentes. En: AEPap (Ed.). *Curso de Actualización*, (pp.487-501). Madrid: Lúa Ediciones.
- Sánchez, G. (2011). Meditación, Mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de la literatura. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 223-254.
- Sarmiento, M. & Gómez, A. (2013). Mindfulness: Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en psicología latinoamericana*, 31 (1), 140-155.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J. & Freedman, B. (2006). Mechanism of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386.
- Siegel, R., Germen, C. & Olendzki, A. (2011). Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió?. En: F. Didonna (Ed.) *Manual Clínico de Mindfulness*, (pp 73-103). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17 (66/67), 5-30.
- Teasdale, J., Moore, R., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Treadway, M. & Lazar, S. (2011) Neurobiología del mindfulness. En: F. Didonna (Ed.) *Manual Clínico de Mindfulness*, (pp 117-138). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vallejo, M. (2006) MINDFULNESS. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- Vásquez- Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79, (1), 42-51.