

Trabajo Final de Grado

Monografía

Mindfulness enfocado al tratamiento del Trastorno de Pánico

Estudiante: Br. Carolina Collazo Moreira CI. 4891028-3

Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Montevideo

Febrero

2017

ÍNDICE

1.Resumen	2
2.Introducción	2
3.Marco Teórico:	4
3.1 La ansiedad y Trastorno de ansiedad	4
Características del ataque de pánico (crisis de pánico)	5
Trastorno de pánico	8
Tratamiento	8
3.2 Mindfulness	9
Tercera ola de terapias cognitivo conductuales	12
El enfoque Mindfulness en psicoterapias de tercera ola	16
Protocolo de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR)	16
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	17
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	19
Terapia Dialéctico Conductual (DBT)	19
Instrumentos que miden mindfulness	20
Inventario de mindfulness de Friburgo (FMI)	20
Escala de conciencia plena (MAAS)	21
Inventario de habilidades de mindfulness de Kentucky (KIMS)	21
Escala de mindfulness cognitivo afectivo (CAMS-R)	21
Cuestionario de mindfulness de Southampton (SMQ)	21
Escala de mindfulness de filadelfia (PHLMS)	21
Cuestionario de las cinco facetas	21
Datos de la eficacia de terapias que aplican mindfulness para los trastornos de ansiedad	22
4. Reflexiones	25
5. Bibliografía	27
6. Anexos	30

1. Resumen

La ansiedad en circunstancias adecuadas promueve la atención en situaciones peligrosas o eleva el rendimiento ante problemas. En estos casos, la ansiedad es beneficiosa (Greeson y Brantley, 2011). Pero, cuando aparece sin razón alguna interfiriendo en la cotidianidad del individuo, podemos estar frente a un trastorno. Asociación Americana de Psiquiatría (como se citó en Greeson y Brantley, 2011). El trastorno de ansiedad se compone de miedo y ansiedad excesivos frente a situaciones consideradas peligrosas aunque no lo sean. El ataque de pánico es la sensación de miedo intenso frente a objetos o situaciones que pueden no ser amenazantes. Cuando son recurrentes, conforma el trastorno de pánico (APA, 2014). La terapia cognitivo conductual es considerada la más eficaz para paliar la sintomatología ansiosa sin embargo, la búsqueda de nuevas terapias es necesaria (Levit y Karkela, 2011). Mindfulness es una práctica nueva en clínica, apareciendo con las terapias de tercera ola como son el Protocolo de Estrés Basado en Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y la Terapia Dialéctico Conductual. No obstante las raíces de mindfulness datan del Budismo hace 2500 años atrás (Siegel et al., 2011).

Esta monografía tiene por objetivo realizar un recorrido bibliográfico sobre el concepto de mindfulness y su implementación clínica en trastornos de ansiedad como es el trastorno de pánico. Finalmente, se mencionan algunos estudios sobre resultados de las terapias con enfoque mindfulness aplicadas en trastornos de ansiedad y el trastorno de pánico respectivamente. (Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016; Kim et al., 2010).

Palabras Clave: Mindfulness, Atención Plena, Ataque de Pánico, Trastorno de Pánico, Ansiedad.

2. Introducción

El presente trabajo monográfico tiene por objetivo llevar a cabo una revisión bibliográfica acerca de una práctica milenaria que emerge del Budismo conocida en occidente como mindfulness o atención plena (en su traducción al castellano). Se pretende desarrollar qué se entiende por mindfulness y cuáles son las terapias que utilizan esta práctica como herramienta terapéutica en aquellos casos de individuos que se les ha diagnosticado un tipo de trastorno de ansiedad como es el trastorno de pánico.

Actualmente, nos encontramos en una sociedad donde se ha advertido un incremento de personas que padecen ansiedad. La Organización Mundial de la Salud (2016) estima que esta cifra aumentó en aproximadamente un 50% entre 1990 y 2013 respectivamente. Considerando que en la clínica el abordaje de la misma es en general a través de la terapia cognitivo conductual acompañada -o no- de psicofármacos (Acquarone, 2008). Lo que aquí se propone es ir más allá de esta forma convencional de tratamiento, en pos de integrar mindfulness como posible línea de trabajo. Entendiendo que puede ser capaz de generar efectos positivos en un individuo con este tipo de diagnóstico (Greeson y Brantley, 2011).

En función de lo antedicho, cabe destacar que esta forma alternativa de abordaje, adaptada a la clínica, se ha mostrado prometedora para aliviar la sintomatología de dicho trastorno (Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016; Kim et al., 2010).

De acuerdo con lo anterior, es menester exponer en qué consiste el trastorno de ansiedad, centrándonos en el trastorno por pánico y diferenciándolo del llamado ataque de pánico entendiendo este último como síntoma que se puede cronificar o no. Precisamente la frecuencia con que se den estos ataques es lo que permitirá definir si estamos ante la presencia de un trastorno de pánico o no. Para la fundamentación de los mismos en esta monografía se recurre a autores como, Susana Acquarone y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Por otra parte, se entiende como necesario dar a conocer cuáles son los tratamientos que se llevan a cabo para tratar esta psicopatología y dentro de estos en qué consiste el Mindfulness.

Centrados desde el enfoque cognitivo conductual (dado que también se ha incorporado el mindfulness en otras corrientes psicológicas pero que aquí no serán desarrolladas) abordaremos dicha temática tomando los aportes de Fabrizio Didonna, (2011) quien en su libro Manual clínico de mindfulness hace un compilado de distintos autores como Steve

Hayes, Jon Kabat Zinn y Ronald, D. Siegel, entre otros autores que integran mindfulness como forma de abordaje para los distintos trastornos, entre ellos el de ansiedad.

3. Marco Teórico

3.1 Ansiedad y trastorno de ansiedad

Para entender el Trastorno de Pánico, es necesario comprender en primera instancia en qué consiste la ansiedad y qué es un trastorno asociado a la ansiedad.

Cia, (s/d) concibe la ansiedad de la siguiente manera:

Del latín anxietas, congoja, aflicción. Estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la neurótica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. (p. 46-47)

Cuando en una circunstancia adecuada se producen sensaciones de miedo y ansiedad, se puede producir un aumento de la atención ante situaciones amenazadoras o inclusive elevar el rendimiento efectivo ante un problema. En estos casos, cierto nivel de ansiedad es beneficioso (Greeson y Brantley, 2011).

No obstante, cuando la ansiedad se manifiesta de manera injustificada, exagerada y tiende a ser persistente, o interfiere en el correcto funcionamiento cotidiano es cuando se puede estar ante la presencia de un trastorno. Asociación Americana de Psiquiatría (como se citó en Greeson y Brantley, 2011).

Es entonces, que si bien la ansiedad y el miedo pueden considerarse como funciones útiles para promover la seguridad y prepararse para luchar, huir o inmovilizarse frente a una situación inminente, en los trastornos, la preocupación persistente y el malestar afectivo asociado, como también la respuesta fisiológica que se genera, pueden producir

comportamientos defensivos, autoprotectores y de evitación fuera de contexto (Barlow, 2002; Borkovec et al., 1998; Greeson y Bantley, 2011).

Por otra parte, y en referencia a los trastornos de ansiedad, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014) afirma que las características de estos trastornos son miedo y ansiedad excesivos, entendiéndose el miedo como una respuesta emocional a una amenaza inminente -real o imaginaria- y la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y que generan alteraciones conductuales en el individuo. La distinción en cuanto al miedo o ansiedad normal propio del desarrollo es, que tienden a ser excesivos y con una duración en el tiempo de seis meses o más. A su vez, pueden presentar comorbilidad entre sí, esto significa que la persona puede padecer más de un trastorno de ansiedad al mismo tiempo. Se entiende que muchos de los trastornos de ansiedad suelen desarrollarse en la infancia y si no se tratan se mantienen en el tiempo. Por otra parte, aparecen frecuentemente más en mujeres que en hombres en una relación 2:1 aproximadamente.

Las crisis de pánico están asociadas a los trastornos de ansiedad (aunque no se circunscriben solamente a estos) siendo un tipo particular de respuesta al miedo (APA, 2014). Las mismas serán abordadas en el siguiente punto.

Características del ataque de pánico (crisis de pánico)

Etimológicamente la palabra “*pánico*”, hace referencia al dios griego Pan, quien era hijo de Hermes, considerado el mensajero de los dioses y de una ninfa. Pan era el aclamado dios de los bosques, campos y la fertilidad. Este personaje estaba dotado con cuernos, patas y orejas de macho cabrío y se dedicaba a cortejar a las ninfas del bosque, pero sin éxito dado que estas lo rechazaban por su fealdad. Pan además era un gran músico, tenía la capacidad de hacer perder la cabeza a aquellos que escucharan la melodía producida por su flauta de caramillo, quienes inevitablemente terminaban liberando de forma incontinente sus sentimientos y emociones (Acquarone, 2008).

Seguendo las pautas de la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014) un ataque de pánico es considerado:

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir

(...) La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad. (p. 214)

Además el manual (APA, 2014) advierte que una crisis de pánico no configura de por sí un trastorno:

Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). (p. 214)

Respecto a las sustancias que son proclives a poder generar un ataque de pánico. Acquarone, (2008) comenta que los más relevantes son:

- alcohol
- alucinógenos
- anfetaminas
- cannabis
- cocaína
- inhalantes

- sedantes (hipnóticos o ansiolíticos)
- la abstinencia de barbitúricos o tranquilizantes menores
- el consumo excesivo de cafeína, nicotina entre otros estimulantes

Otros factores que pueden promover un ataque de pánico son:

- resaca
- ira o excitación
- fatiga
- privación de sueño
- cambios de postura rápidos
- el calor (p.21)

Por otra parte, es importante mencionar que los ataques de pánico pueden ser vividos de forma diferente, dependiendo del momento del día en que estos tengan lugar. Rojas, (2002) sugiere que hay variantes en la crisis de pánico:

existen dos estilos diferentes: la crisis diurna y la morfeica. La primera se da durante el día; la segunda, por la noche. Esta última suele ser vivida con más profundidad, puesto que es más difícil pedir ayuda, además de que la soledad y la oscuridad ponen una nota de cierto dramatismo en la experiencia. (p. 70)

En general, al primer lugar que acuden las personas que acaban de sufrir un ataque de pánico es a la puerta de emergencia de un hospital o mutualista dado que lo primero que piensan es que se van a morir o que algo está mal en ellos. En el centro de salud existe la probabilidad que tras un examen por parte del médico, se le indique al paciente que no se registra nada orgánico siendo altamente probable que haya sido presa de un pico de estrés (Acquarone, 2008).

Como se menciona anteriormente, un solo ataque de pánico no condiciona a que se configure un trastorno. Hay quienes pueden padecer la crisis una vez y atribuirlo a un momento de tensión, como también existen personas que, tras el padecimiento de una crisis, temerán la aparición de una nueva y serán más proclives al trastorno. Esto dependerá de la actitud de control que tengan ante el mismo (Pérez, 2016).

Trastorno de Pánico

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014) define el Trastorno de Pánico como:

Ataques de pánico imprevistos y de carácter recurrentes. Para que estos criterios sean considerados como un Trastorno de Pánico, tras la crisis debe aparecer una continua preocupación por sufrir nuevamente otro ataque y asimismo desarrollar cambios conductuales, ejemplo de ello es evitar situaciones que la persona considera puede desencadenar nuevamente una crisis. (p. 208)

Cabe destacar que las consecuencias de este trastorno son múltiples y no solo afectan la vida del individuo que lo padece, sino también a su entorno. Ejemplo de ello es el ausentismo laboral, que termina por ser una causal de pérdida del empleo, la limitación de salidas y situaciones de disfrute en general, agotamiento físico y psicológico que afecta las funciones de concentración y memoria por estar constantemente en un estado de hipervigilancia, como también la carencia de proyectos y metas, e indudablemente afectación de la autoestima (Acquarone, 2008). Asimismo, algunas de estas conductas evitativas son perpetuadas por los propios familiares y amigos, que “con el afán de ayudar, hacen más dependientes a quien padece las crisis. Terminan realizando las cosas en su lugar (...) con esta actitud terminan por sumar un tono de anormalidad a la situación”. (Acquarone, 2008, p. 26)

En cuanto la incidencia, según Acquarone (2008) “el trastorno de pánico propiamente dicho se manifiesta entre el 1,5 y el 3% de la población, aproximadamente, según datos estadísticos internacionales.” (p.18). Respecto a Uruguay en la actualidad no se cuenta con algún estudio estadístico que arroje resultados sobre la población que padece trastornos de ansiedad, específicamente el Trastorno por Pánico. Sin embargo, al igual que en otras partes del mundo, las consultas al respecto van en aumento (Costa, 2015).

Tratamiento

Respecto a los tratamientos para paliar los síntomas del trastorno de pánico. Acquarone (2008) explica que:

la terapéutica tendrá algunas variaciones según el momento en que consulte la persona y con quien consulte. Si el profesional es médico, por lo general le indicará medicación; si asiste a un psicólogo, se puede empezar el tratamiento sin medicación (...) excepto en casos particulares. (p. 34)

En cuanto a la corriente que ha demostrado tener mayores resultados “la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) recomienda desde 1998 la terapia cognitivo-conductual como línea terapéutica más eficaz para resolver estos cuadros” (Acquarone, 2008, p. 35).

La terapia cognitivo-conductual en reglas generales, expone a la persona a aquello que teme de manera sistemática. Mediante técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva y la práctica de la relajación se busca corregir, creencias distorsionadas como reacciones emocionales desadaptativas. Barlow (citado en Greeson y Brantley, 2011).

No obstante Barlow, Gorman, Shear, & Woods (citados en Levit y Karekla, 2011) afirman:

a pesar que los tratamientos cognitivos conductuales tradicionales (TCC) para el T.P (Trastorno de Pánico) son moderadamente efectivos, las tasas de abandono del 25% o superior son comunes, y de aquellos que logran finalizar el tratamiento, aproximadamente solo el 50% responde al mismo. (p. 165)

Es entonces que por lo anterior algunos autores consideran que es necesario abrir el campo a las terapias que incluyan enfoques basados en mindfulness, ejemplo de ello son (Levit y Karkela, 2011) que consideran que si bien los números son prometedores, sugieren la reformulación e inclusión de nuevas técnicas que sean extraídas de los tratamientos basados en mindfulness y aceptación, pues los mismos podrían ayudar a reducir las tasas de abandono como mejorar la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el trastorno de pánico.

Mindfulness

La casa de huéspedes

*El ser humano es una casa de huéspedes.
Cada mañana un nuevo recién llegado.
Una alegría, una tristeza, una maldad
Cierta conciencia momentánea llega
Como un visitante inesperado.
¡Dales la bienvenida y recíbelos a todos!
Incluso si fueran una muchedumbre de lamentos,
Que vacían tu casa con violencia
Aun así, trata a cada huésped con honor
Puede estar creándose el espacio
Para un nuevo deleite*

*Al pensamiento oscuro, a la vergüenza, a la malicia,
Recíbelos en la puerta riendo
E invítalos a entrar
Sé agradecido con quien quiera que venga
Porque cada uno ha sido enviado
Como un guía del más allá*

Poema de la tradición Sufi (como se citó en Miró, 2006).

Mindfulness es considerado como parte de la tradición budista la cual cuenta con más de 2500 años de antigüedad. Teniendo en cuenta su etimología, mindfulness es la traducción al inglés de la palabra “sati”, que en lengua pali significa conciencia, atención y recuerdo. La lengua pali es el idioma donde se registraron las enseñanzas de Buda originalmente (Siegel et al., 2011). En lo que respecta a la acepción en castellano para mindfulness, la que se utiliza es atención plena (Miró, 2011).

En cuanto al significado de conciencia, atención y recuerdo. Siegel et al., (2011) expresan lo siguiente:

La conciencia es intrínsecamente poderosa, y la atención, que es la conciencia centrada, es todavía más poderosa. Solo cuando somos conscientes de lo que está ocurriendo en nosotros y a nuestro alrededor podemos empezar a desenredar las preocupaciones mentales y de las emociones difíciles (...) recordar ser consciente y prestar atención, destacando la importancia de la práctica del mindfulness. Cada momento nos recordamos “¡Recuerda, se consiente!”. (p. 75)

En su antiguo contexto, el objetivo del mindfulness era erradicar el sufrimiento innecesario y para llevar a cabo este objetivo se recurría a cultivar la introspección. El practicante de mindfulness trabajaba activamente en permanecer pacíficamente frente a todo lo que ocurriese (Siegel et al., 2011).

“Mindfulness es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento”. (Simón, 2006, p.8)

Al existir diversas formas de meditación se vuelve excepcionalmente complejo sistematizar o clasificar la variedad de maneras de practicar mindfulness.

No obstante, se entiende que hay un cierto consenso sobre la distinción de dos elementos en mindfulness. Un componente básico, que es la característica elemental de mindfulness y

que consiste en mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente. Se podría considerar como la instrucción eje que hay que seguir; ser conscientes de lo que sucede en el aquí y ahora. El otro componente refiere a la actitud con la que se encara el ejercicio del primer componente, es decir, cómo se vivencian esas experiencias del momento presente. Respecto a la actitud para vivenciar la experiencia, las más importantes son la curiosidad, la apertura y la aceptación Bishop (como se citó en Simón, 2006).

Por otra parte, Kabat-Zinn (como se citó en Simón, 2006) sugiere recomendaciones para la práctica de la atención plena tales como: no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar o practicar el desapego, confianza y constancia.

En el marco de la tradición budista, la meditación en la atención plena (vipassana, en sánscrito) se considera que es una práctica que cualquiera puede llevar a cabo en donde su objetivo se halla en paliar el sufrimiento y mejorar la convivencia, se busca dominar aquellos estados afectivos negativos (ansiedad, depresión, desánimo, ira, etc.) y a su vez desarrollar aptitudes positivas, que serían la atención, el darse cuenta, la compasión, la sabiduría y la ecuanimidad (Miró, 2006). No es extraño entonces que al hacerse conocida la meditación en los círculos psicológicos occidentales, los psicólogos cognitivos encontraran las múltiples aplicaciones terapéuticas que este enfoque tiene (Simón, 2006).

Si bien los clínicos que han introducido la práctica del mindfulness en el área de la salud se han dado cuenta de que muchas personas podrían beneficiarse de la misma, no significa necesariamente que las mismas estuviesen de acuerdo en adoptar el vocabulario o la perspectiva budista. Por esta razón, en los contextos clínicos, las prácticas budistas de meditación en la conciencia plena (vipassana) han sido conceptualizadas como habilidades psicológicas, que pueden ser entrenadas de modo independiente de cualquier contexto religioso Kabat-Zinn (como se citó en Miró, 2006).

En función de lo antedicho es que mindfulness se ha alejado de sus raíces antiguas extendiendo su significado, al que se le adicionan cualidades mentales, tales como: no juzgar, la aceptación y la compasión (Siegel et al., 2011).

Kabat-Zinn es a quien se le atribuye el conocimiento del mindfulness fuera del ambiente budista como también, es uno de los precursores que conjugan esta práctica con la clínica en occidente. Concibe mindfulness como: “el estado de conciencia que emerge a través de prestar atención en el momento presente de forma intencional, y sin juzgar, a la experiencia que se despliega en el momento presente” Kabat-Zinn (como se citó en Siegel et al., 2011)

De acuerdo con Simón (2006) las prácticas meditativas llegan a occidente por medio de intercambios culturales o de conocimiento, que se generaron en base al movimiento de personas hacia oriente en la búsqueda de la novedad y el entendimiento de otras religiones o filosofías. De manera opuesta y no tan feliz, la huida de numerosos monjes tibetanos en base a la invasión china del Tíbet en 1951 que implantó la Región Autónoma del Tíbet, propició que en los lugares donde se asentaron dichos monjes, se crearan centros budistas. Hoy en día por medio de la globalización y a la revolución tecnológica, la comunicación entre Oriente y Occidente ha habilitado un importante intercambio de información, propiciando un mayor conocimiento.

Desde la perspectiva mindfulness mientras menos nos identifiquemos con nuestros pensamientos y sus contenidos, mejor será nuestra capacidad de concentración y la sensación de calma dado que la eficacia se encuentra no en cambiar el contenido mental, sino en aceptar lo que ella nos trae sin cargarlo de afección (Siegel et al., 2011).

Durante las últimas décadas, la atención plena (mindfulness) ha sido introducida en numerosos programas de mejora de la salud y también en tratamientos psicológicos para hacer frente a diversos trastornos mentales tales como, ansiedad, depresión, estrés, etc. (Miró, 2006).

Al día de hoy mindfulness, es objeto de estudio de la neurociencia, específicamente aquellas conocidas como neurociencia cognitiva y neurociencia afectiva. A través de los años se ha ido avanzando en métodos de estudio del cerebro, han aparecido las técnicas de neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas, que han permitido estudiar la relación neurobiológica de los pensamientos y las emociones con cierta especificidad. Estas técnicas permiten investigar la interacción mente-cerebro, comenzando a hacer posible saber lo que sucede en el cerebro cuando se practica mindfulness (Simón, 2006).

Uno de los ejemplos de este tipo de investigaciones está vinculado al estudio de monjes budistas tibetanos en donde se comprobó que cuando los monjes practicaban una meditación llamada de amor incondicional, las ondas gama aumentaban de manera brusca. Es entonces que los investigadores concluyeron que la meditación podría promover cambios a corto y mediano plazo en el funcionamiento neuronal Lutz et al., (como se citó en Olendzki 2011).

Finalmente, otro punto a destacar es que la terapia basada en mindfulness está mayormente asociada a la corriente cognitivo conductual, específicamente a las llamadas “terapias de tercera ola” que se desarrollan a continuación. Sin embargo, es importante remarcar que el

enfoque mindfulness entendido como atención al presente también ha sido adoptado en otras corrientes, ejemplo de ello es la Gestalt como también ha despertado el interés y debate de los psicoanalistas de la actualidad Perls; Safran; Stern (como se citó en Miró 2006).

Tercera Ola de terapias Cognitivo Conductuales

Para poder entender a qué se hace alusión cuando se habla de las terapias de tercera ola, en principio es necesario entender a que refiere dicha palabra dentro de este contexto.

Hayes (2016) define a las olas como conjuntos o formulaciones de supuestos, métodos y metas dominantes, algunos implícitos, que ayudan a organizar la investigación, la teoría y la práctica y que se encuentran circunscritas al ámbito de la terapias del comportamiento. Es decir, las olas son conjuntos de terapias que comparten ciertas similitudes en sus teorías, métodos de tratamiento y metas que lograr.

Este autor considera que, cuando los supuestos básicos y los modelos se comienzan a cuestionar, la disciplina entra en un momento de creatividad, no obstante es un momento que tiende a ser relativamente desorientador en el que nacen nuevas formulaciones y compiten con las más antiguas sin demasiada discusión sobre el valor aparejado a estos nuevos enfoques. Esto fue lo que promovió la aparición de cada ola respectivamente.

La primera ola aparece de cierta manera a modo de rebelión contra los conceptos clínicos predominantes de la época. Los primeros terapeutas conductuales consideraban que las teorías tenían la obligación de ser construidas con sólidas bases científicas y las tecnologías aplicadas en las mismas debían ser estrictamente probadas y especificadas. En oposición, las tradiciones clínicas que dominaban el campo en ese entonces carecían prácticamente de principios establecidos científicamente, la especificación de sus intervenciones no era muy clara y la evidencia científica que sustentara validez a las mismas era muy pobre (Hayes, 2016).

En contrapartida a los supuestos de Psicoanálisis, la terapia del comportamiento se centró en los comportamientos problemáticos y de la emoción con base en el condicionamiento y principios neoconductuales.

Sin embargo, el cambio de enfoque generó un estrechamiento de la visión. Aquellos conceptos que eran analíticos o humanistas fueron rechazados aun siendo clínicamente relevantes y aunque abordaban cuestiones humanas fundamentales tales como: qué desean

las personas de la vida o, sobre la dificultad de la vida humana, sus conceptos eran escasamente concretos y sus propósitos terminaron siendo considerados como “pasados de moda” (Hayes, 2016).

La segunda ola empieza a hacerse presente a finales de los años sesenta, momento en donde los neo conductistas empiezan a dejar de lado los conceptos asociativos simples del aprendizaje, por principios mediacionales menos rígidos y metáforas informáticas mecanicistas. Esta nueva psicología cognitiva establecería un enfoque teórico mucho más liberal bajo la hipótesis de la maquinaria psicológica interna. (Hayes, 2016).

Tras el fracaso de la teoría del aprendizaje estímulo- respuesta (E-R) el conductismo que se consideraba "radical" derrocó la restricción Watsoniana que estaba en contra del análisis científico directo de pensamientos, sentimientos y otros eventos privados.

Los terapeutas conductuales entendían que era necesario trabajar con los pensamientos y sentimientos de una manera más directa y central. En el contexto del fracaso del análisis del asociacionismo y del comportamiento para proporcionar una explicación apropiada sobre el lenguaje humano y la cognición, es que comienzan a aparecer los primeros movimientos de terapia cognitiva (Hayes, 2016).

Las primeras terapias de comportamiento cognitivo se enfocaron en la cognición desde un punto de vista directo y clínicamente relevante. Es entonces que encontraron que ciertos errores cognitivos parecían característicos de las poblaciones de pacientes y la investigación se dedicó directamente a la identificación de tales errores y los métodos necesarios para lograr corregirlos. Es entonces, que los pensamientos irracionales, esquemas cognitivos patológicos o estilos de procesamiento de información defectuosos se debilitarían o eliminarían a través de su detección, corrección y pruebas. (Hayes, 2016)

En palabras de Beck (2016) la terapia cognitiva, con base en la teoría cognitiva, fué diseñada para modificar las ideas inadaptadas de la persona. La técnica básica de esta terapia consiste en delinear las ideas erróneas, las distorsiones y las suposiciones maladaptativas del sujeto y probar la validez y razonabilidad de los mismos. Al des-rigidizar la ideación constante y distorsionada, el individuo puede reconsiderar sus experiencias de una manera más realista.

La tercera ola de terapia conductual y cognitiva pone énfasis en el contexto y las funciones de los procesos psicológicos, y por lo tanto procuran centrarse en estrategias de cambio contextual y experiencial. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y eficaces por sobre un enfoque eliminativo de los problemas definidos de forma reducida. Uno de los objetivos primordiales que tuvieron las primeras dos olas fue un

enfoque en la eliminación de comportamientos problemáticos específicos, pensamientos o emociones como meta principal de la terapia. Sin embargo, el enfoque general de la tercera ola es generar habilidades nuevas que a veces tienen aplicaciones genéricas (la atención plena, la aceptación, la profundización interpersonal, la profundización emocional, la valoración, el compromiso entre otras). A su vez, el cometido es centrarse más en la potenciación y en la mejora del repertorio que en patologizar comportamientos problemáticos estrictamente definidos (Hayes, 2016).

Estos nuevos tratamientos están rompiendo con algunas de las diferencias previamente establecidas entre la terapia conductual y los enfoques más antiguos y menos científicos. En la actualidad, los asuntos y métodos de las tradiciones menos empíricas se encuentran siendo discutidas, pero desde un punto de vista científico, con interés en una teoría coherente, con procesos de cambios cuidadosamente evaluados y que contenga sólidos resultados empíricos. Aquellos temas como la espiritualidad, los valores, la profundización emocional y similares son ahora centrales de una manera que podría considerarse inoportuna antes. Lo que surge, se lo reconoce como parte de la tradición de la terapia conductual y cognitiva, pero se encuentra vinculado sin embargo a aquellas cuestiones e inquietudes de algunos enfoques como las (analíticas, gestálticas, humanistas, existenciales) que en los comienzos de terapia conductual fueron rechazadas (Hayes, 2016).

El enfoque mindfulness en psicoterapias de tercera ola

Es importante subrayar que en esta tercera ola las terapias no buscan eliminar el malestar que las situaciones problemáticas motivan a que el paciente consulte, por el contrario, lo que se promueve es el entrenamiento para que el sujeto acepte estas situaciones como parte de la vivencia humana (Siegel et al., 2011).

En este momento de la perspectiva cognitiva conductual, se configuran cuatro de las terapias más importantes que integran mindfulness, las mismas se detallan a continuación en el siguiente punto:

El protocolo de reducción de estrés basado en Mindfulness (MBSR)

Su creador fué, Kabat Zinn (1982). Como se mencionó con anterioridad, es considerado el precursor del Mindfulness en psicoterapia occidental. Este modelo probablemente sea el primero que integra mindfulness como practica clinica (Siegel et al., 2011).

Este enfoque es el que, en primera instancia, integra técnicas de meditación en el ámbito sanitario occidental. Desarrollado en 1982 por Jon Kabat-Zinn procedente del campo de la biología molecular que tras practicar durante años yoga y meditación decide fundar la Clínica de Reducción de Estrés la misma se encuentra dentro de División de Medicina Preventiva y Conductual de la Universidad de Massachussets. En la actualidad la continuación de dicho instituto es el Centro para la Conciencia Plena en Medicina, Cuidado de la Salud y de la Sociedad (CFM). Los médicos que se especializan en patologías que son proclives a generar estrés (psoriasis, cáncer, fibromialgia, etc.) envían a los pacientes al programa MBSR, el cual es considerado como un complemento del tratamiento médico (Pérez y Botella, 2011).

Es entonces como miles de personas han sido parte del programa MBSR en dicho centro y tal es su popularidad que este programa ha sido instruido en más de 200 hospitales y otros centros de salud en Estados Unidos. Este centro, además, imparte cursos de posgrado que habilita tanto a médicos como a psicólogos a entrenar a sus pacientes en técnicas de MBSR (Pérez y Botella, 2011).

Esta perspectiva de tratamiento está alineada con las enseñanzas del Budismo, que parten de la premisa de que el sufrimiento humano es inherente a este y es resultado de los apegos (deseos y aversiones) que se rehúsan a aceptar la impermanencia creando la ilusión de que se posee una identidad estática y separada del entorno. Por lo tanto, mientras la mente se encuentra en la búsqueda de la realización de sus metas se posiciona fuera del momento presente y la persona vive en un estado de piloto automático en donde se identifica con todo lo que piensa. Es entonces que durante ocho semanas (que es la duración del programa) la MBSR propone para hacer frente al estrés y el sufrimiento, adoptar ciertas actitudes específicas mientras se practican los ejercicios que se encuentran en el programa. Estas actitudes provienen todas del Zen y son las siguientes: tener paciencia, no juzgar, adoptar una “mente de principiante”, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básicas, no esforzarse por lograr ningún propósito, aceptar y dejar fluir (no apegarse) (Pérez y Botella, 2011).

En el transcurso del programa, los participantes completan autorregistros y practican los ejercicios de forma individual en sus hogares mediante cintas y vídeos. Además, son convocados a una reunión semanal de dos horas y media en donde se practica de forma grupal. Los componentes dentro de la práctica del MBSR son cinco: la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, la revisión atenta del cuerpo (Body Scan) y una serie de estiramientos suaves que provienen del Hatha Yoga (Pérez y Botella, 2011).

La meditación estática (proveniente del zen) se practica generalmente sentado en el suelo o en una silla, la cabeza, el cuello y la espalda deben encontrarse alineados de manera vertical. La postura debe ser relajada, aun así el practicante debe poder estar alerta. La instrucción básica que se brinda es poder observar la respiración y cuando involuntariamente se dirige la atención hacia otro lugar, simplemente volver a la respiración. En consecuencia, a medida que se va avanzado, se pasa a observar el cuerpo, los sonidos, los pensamientos y sentimientos, etc. Se trata de invertir el “hacer” por el “ser” (Pérez y Botella, 2011).

La atención en la vida cotidiana es otro concepto que Kabat-Zinn integra del Zen y se basa en poner toda la atención en el momento actual, en cualquier lugar y haciendo cualquier cosa: por ejemplo, al poner la mesa, comer, lavar los platos, tender la ropa, limpiar la casa, etc. Puesto que se entiende que de esta manera, al poner toda la atención en la experiencia inmediata, ésta se vuelve más vívida (Pérez y Botella, 2011).

Respecto a la meditación caminando, es otra técnica adoptada del Zen y que consiste en prestar atención a la experiencia del caminar. Se puede llevar a cabo en círculos o en línea recta y girando sobre los propios pasos. Mediante esta práctica se presta atención a las sensaciones físicas provenientes de zonas como los pies, piernas u otros lugares. Siempre que se deba caminar, se debe tener una actitud consciente (Pérez y Botella, 2011).

En cuanto a la revisión atenta del cuerpo o Body Scan, lo que se busca es establecer contacto con el propio cuerpo, mediante esta práctica se desarrolla la capacidad de concentrar la atención, como también la flexibilidad para enfocarla. La persona debe concentrarse de manera secuencial en distintas zonas del cuerpo mientras permanece acostada con los ojos cerrados. Se comienza por los dedos de los pies y termina en la parte superior de la cabeza. No hay sensaciones buenas ni malas. Simplemente hay que atender la propia experiencia en cada momento, teniendo en cuenta, no sólo las sensaciones, sino también los pensamientos y sentimientos que emergen, aceptándolos y siguiendo adelante. (Pérez y Botella, 2011).

Por último, el Hatha yoga también forma parte de las técnicas en MBSR, Kabat-Zinn adopta la máxima de la fisiología “Si no lo usas, se atrofia” y refiere a la constante demanda del cuerpo frente a los cambios que se van dando constantemente en él. No se busca exigirle de más al cuerpo, inclusive no se persigue el ideal de progreso. Se busca que se haga más “siendo” que “haciendo”, de esta manera el ejercicio se convierte en meditación y el practicante disfruta más de dicha actividad física (Pérez y Botella, 2011).

La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Desarrollada por Hayes y colaboradores (1999). Consiste en aprender a tomarse a sí mismos como observadores de sus propios pensamientos, emociones y sensaciones físicas, permitiendo el desarrollo de la capacidad de ser consciente de los mismos. Sigue los lineamientos de las terapias mindfulness, sin embargo, no integra explícitamente el entrenamiento en mindfulness, ni en meditación (Siegel et al., 2011),

La ACT se encuentra sustentada sobre la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) la cual concibe que la conducta verbal de las personas se encuentra determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de manera arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros. Es entonces que este enfoque considera la psicopatología como una consecuencia de los procesos relacionados con el lenguaje. Esta terapia consta de cuatro conceptos que son claves: fusión cognitiva, evaluación, evitación experiencial y razonamiento. La fusión cognitiva hace referencia a la predisposición a que lo verbal domine áreas ciertas fuentes de regulación emocional. Las personas conciben como más real lo que verbalmente se dicen en vez de lo que vivencian en el exterior (Pérez y Botella, 2011).

La evaluación implica la comparación entre los eventos verbales y las posibles consecuencias de esta manera se determina si las mismas son deseables o deben producir miedo.

Cuando se conjuga la fusión cognitiva y la evaluación, da por resultado la evitación experiencial que se expresa mediante estrategias de afrontamiento tales como la negación. Respecto al razonamiento, hace referencia al intento de concebir explicaciones literales para las conductas problemáticas, las mismas tendrán un significado, pero no por ello son resueltas (Pérez y Botella, 2011).

Es entonces que el objetivo de la ACT es, reducir la tendencia a la evitación experiencial, así como enseñarle al paciente que frente a los eventos internos que no se pueden cambiar, la aceptación de los mismos es la respuesta. Otro aspecto es ayudarlo en mantenerse en contacto con sus eventos internos como también ambientales y asimismo ayudar a clarificar cuales son los valores vitales y cómo actuar en concordancia con los mismos. Respecto a las técnicas para lograr los objetivos especificados incluyen, metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Pérez y Botella, 2011).

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)

Teniendo su origen a través de Segal (2006). Se lo considera una combinación, por un lado,

de terapia cognitiva (TCC) y por el otro en reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) (Siegel et al., 2011).

Este modelo fue desarrollado para la prevención de recaídas en la depresión crónica. Estos autores proponen que las recaídas son la consecuencia de patrones de pensamientos negativos que resurgen en los estados de ánimo disfóricos. Como se mencionó anteriormente, contiene técnicas tanto del MBSR como de la TCC, algunas de ellas son el colocarse por detrás de la cascada de pensamientos y escribirlos, ponerles una etiqueta como también no huir de aquellos que son valorados como negativos. Al contrario de lo que las TCC clásicas proponen respecto a cambiar el contenido de los pensamientos que tienen los pacientes. En MBCT subrayan que la importancia de la relación de los pacientes con sus respectivos pensamientos. Lo que se promueve fundamentalmente es que dejen de calificarlos como necesariamente verdaderos. Los autores de este enfoque han denominado a esta actitud “descentramiento” (Pérez y Botella, 2011).

Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Desarrollada por Linehan (1993), es considerada efectiva en la reducción de conductas impulsivas y suicidas por parte de personas con trastorno límite de la personalidad (Siegel et al., 2011).

El objetivo central que persigue este tipo de terapia es que los pacientes se acepten a sí mismos tal como son, mientras se trabaja en modificar sus conductas y ambientes de acuerdo con sus objetivos.

Linehan parte de la descripción del Trastorno Límite de Personalidad que aparece en el DSM-IV y formula una teoría biopsicosocial que hace referencia a una cadena de factores que comienza en un entorno invalidante el cual incapacita al sujeto para regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás (Pérez y Botella, 2011).

Es entonces que la DBT busca entrenar a los pacientes en cuatro tipos de habilidades: interpersonales, de regulación de emociones, de tolerancia al malestar y de conciencia plena. Ésta última, en conjunto con la validación, el análisis de objetivos y la dialéctica entre aceptación y cambio, conforman una de las líneas de acción de este enfoque. (Pérez y Botella, 2011).

Hay autores como Woods (2011) que sostienen que MSBR y MBCT son prácticamente lo mismo, ambas apuntan al entrenamiento en meditación diaria y trabajan en la forma de

integrarla en la cotidianidad de las personas. En cuanto a sus diferencias, se encontrarían en el modo de orientar el aprendizaje y a los grupos a los que se dirigen, siendo la MBSR funcional en un amplio espectro de diagnósticos tanto médicos como psicológicos, mientras que la MBCT se centra en personas vulnerables a recaer en la depresión, además tiene elementos de la terapia cognitivo conductual.

Instrumentos que miden mindfulness

Se han desarrollado varios tipos de instrumentos para medir mindfulness en los últimos años, la gran mayoría son autoadministrables y evalúan la tendencia a mantenerse consciente en la vida diaria (Baer et al., 2011). Algunos de ellos son:

Inventario de mindfulness de Friburgo (FMI)

Diseñado por Buchhel, Grossma y Walach (2001). Presenta 30 elementos para evaluar la observación del presente sin juzgar y la apertura a experiencias negativas. Fue diseñada para meditadores experimentados. Posteriormente diseñaron una versión para personas no meditadoras que contiene 14 elementos para evaluar (Baer et al., 2011).

Escala de conciencia plena (MAAS)

Los autores son Brown y Ryan (2003). Este instrumento está compuesto con 15 elementos que evalúan la atención en el momento presente y apertura a experiencias del momento presente (Baer et al., 2011).

Inventario de habilidades de mindfulness de Kentucky (KIMS)

Por Baer y colaboradores (2004). Se basa en los conceptos de la Terapia Dialéctico Conductual y contiene 39 elementos que miden cuatro dimensiones del mindfulness: observar, describir, actuar con conciencia y aceptar sin juzgar (Baer et al., 2011).

Escala de mindfulness cognitivo afectivo (CAMS-R)

Diseñada por Feldman y colaboradores (2007). Se basa en 12 elementos que miden la

atención, el enfoque en el presente, la aceptación de los propios pensamientos y sentimientos cotidianos, así como también, la conciencia (Baer et al., 2011).

Cuestionario de mindfulness de Southampton (SMQ)

Chad y colaboradores (2005). Contiene 16 elementos que evalúan el grado en que las personas responden conscientemente a imágenes o pensamientos que los angustian. Su finalidad es medir cuatro aspectos del mindfulness como son la observación consciente, carencia de aversión, carencia de juicios y el dejar ir (Baer et al., 2011).

Escala de mindfulness de Filadelfia (PHLMS)

Por Cardaciotto y colaboradores (2007). Contiene dos factores que puntúan por separado: conciencia y aceptación (Baer et al., 2011).

Cuestionario de mindfulness de cinco facetas

Baer y colaboradores (2006). Tras el estudio de cinco de los cuestionarios comentados previamente, encontraron ciertas similitudes entre ellos. Por lo que conjugaron respuestas de los cinco en un solo documento (Ruth et al., 2011).

Se pueden ver cuatro de los seis inventarios en los anexos.

Datos de la eficacia de terapias que aplican mindfulness para trastornos de ansiedad

La literatura científica respecto del tema va creciendo, por lo cual contar con revisiones sistemáticas ayudan a entender de manera general, cuales son los resultados que se van obteniendo. En este caso, resultados de la aplicación del enfoque mindfulness y aceptación en terapias para los trastornos de ansiedad.

En una revisión actual (Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016) se incluyen 8 estudios que fueron seleccionados tras un estricto criterio, donde solo tomaron aquellos estudios controlados, aleatorizados y no aleatorizados, que fuesen primarios, de tipo cuantitativo, con al menos un grupo control y que se investigara la eficacia de algún tipo de intervención que

empleará mindfulness, estas son algunas de las especificaciones que los autores tuvieron en cuenta. La siguiente tabla muestra los estudios que se utilizaron.

Autores	Diseño del estudio	Diagnóstico	Grupo de tratamiento	Grupo control	Meses de seguimiento	Resultados
Roemer et al. (2008)	ECA	TAG	ABBT	Lista de espera	9	Diferencias estadísticas entre grupos en la disminución de la severidad de síntomas de ansiedad
Hayes-Skelton et al. (2013)	ECA	TAG	ABBT	RA	6	Diferencias estadísticas entre grupos en la disminución de la severidad de síntomas de ansiedad
Majid et al. (2012)	ECA	TAG	MBSR	Lista de espera	0	Diferencias estadísticas entre grupos en la severidad de síntomas de ansiedad
Kim et al. (2009)	ECNA	TAG	MBCT	PEA	6	Diferencias estadísticas entre grupos en la puntuación de ansiedad
Hoge et al. (2013)	ECA	TAG	MBSR	EME	0	Reducciones significativas en la severidad de síntomas de ansiedad en el grupo MBSR
Piet et al. (2010)	ECA	FS	MBCT	GCBT	12	Reducciones significativas en la severidad de síntomas de ansiedad en el grupo MBCT
Jazaieri et al. (2012)	ECA	FS	MBCT	EA GNT	3	Reducciones estadísticamente significativas en la severidad de síntomas de ansiedad en el grupo MBCT
Kearney et al. (2013)	ECA	TEP	MBSR + TH	TH	4	Mejora significativa en puntuaciones clínicas de TEP y depresión

Tabla 1: Estudios incluidos en esta revisión

Modificado de: Hodann-Caudevilla, R.M., Serrano-Pintado, I. (2016). *Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad*. *Ansiedad y Estrés*, (22), 39-45.

Encontraron que el trastorno más estudiado fue el trastorno de ansiedad generalizada y el menos estudiado fué el trastorno de pánico (ellos hacen alusión al mismo como Trastorno de Angustia). Asimismo, la terapia más utilizada fué la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) cabe mencionar que esta revisión no incluye ningún estudio donde se haya aplicado la la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016).

Los autores se encontraron con una serie de limitaciones metodológicas, se mencionarán algunas de ellas: En la mayoría de los estudios, los pacientes estaban bajo psicofármacos. Asimismo, en todos los estudios, los pacientes tenían otro diagnóstico además del de trastorno de ansiedad. También consideran que la forma de suministrar el tratamiento no fue el adecuado en la mayoría de estos. Además, afirman que para que un tratamiento sea considerado eficaz, se debe hacer un seguimiento de 12 meses, este criterio sólo lo cumplió un estudio. (Piet et al., 2011) A su vez, todos los estudios favorecen la validez interna por

sobre la externa. Finalmente agregan que la limitación más grande fue la escasa cantidad de estudios estudiados y el diferente grado de evidencia empírica entre ellos (Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016).

No obstante, teniendo en cuenta en lo dicho anteriormente, los autores consideran que las terapias utilizadas en los estudios que contienen esta revisión, mostraron ser potencialmente útiles para los trastornos de ansiedad que se estudiaron donde la eficacia se vió reflejada en el tamaño de los efectos consistentes y elevados en la mayoría de los estudios. Ejemplo de ello puede verse el estudio llevado a cabo por Kim et al., (2009) que utilizó MBCT con pacientes que presentaban trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno de angustia (TA). El estudio contó con un grupo control placebo al que se instruyó en psicoeducación sobre el trastorno de ansiedad (anxiety disorder education [ADE]). Los resultados muestran que aquel grupo que recibió MBCT estadísticamente tuvo puntuaciones significativamente menores de ansiedad en contrapartida con el grupo control. Asimismo, al finalizar el tratamiento gran parte de los pacientes que participaron en el grupo de MBCT habían alcanzado la remisión (Kim et al., 2009; Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016).

Otro estudio que menciona esta revisión y que se reflejan resultados favorables de las terapias mindfulness es en el de Hoge et al., (2013) en donde se busca comparar la eficacia del tratamiento MBSR en pacientes con TAG en contrapartida a un grupo control placebo que incluía educación para el manejo del estrés (EME). Luego del tratamiento se observó que en aquellos que recibieron MBSR tuvieron reducciones importantes en la severidad de los síntomas ansiosos y mejoraron su calidad de sueño en contrapartida a aquellos que recibieron EME (Hoge et al., 2013; Hodann-Caudevilla, Serrano-Pintado, 2016).

Respecto de un estudio más específico sobre la aplicación de terapias con enfoque mindfulness a pacientes con trastorno de pánico, en (Kim et al., 2010) Llevaron a cabo un estudio en el 2010. En este estudio se reclutaron sujetos de entre 20 y 60 años que cumplieran con el criterio del DSM-IV para trastorno de pánico con o sin agorafobia y que además se encontraran bajo terapia farmacológica. Tras un programa de 8 semanas de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) los autores encontraron que los pacientes puntuaban menos la ansiedad en los distintos tipos autoinformes en comparación al comienzo del programa.

Además, tras un año de seguimiento la mayoría de los pacientes ya no cumplían los criterios para el trastorno de pánico y no se encontraban consumiendo fármacos. Cabe destacar que este estudio no contó con un grupo control (Kim et al., 2010).

4. Reflexión

Las cifras que brinda la ONU (2016) son dignas de tener presentes puesto que nos demuestran en números la realidad que cada vez más personas se enfrentan a trastornos de ansiedad. Si bien la información va in-crescendo, en Uruguay, hasta el momento parece que no se han realizado relevamientos que brinden información estadística sobre los trastornos de ansiedad. Menos aún, sobre el porcentaje de personas que han sufrido o sufren de ataques pánico o trastorno de pánico. Conocer estas cifras es menester para poder desplegar estrategias de intervención y abordaje basados en la demanda y las características particulares de nuestra población.

En línea con lo anteriormente dicho, la psicoeducación se vuelve un factor clave en esta temática como en todas las temáticas relacionadas con trastornos mentales. Quizás en mayor medida puesto que la sintomatología ansiosa, en especial en el ataque de pánico, suele ser malinterpretada por quien lo padece como una enfermedad de carácter orgánico. Si no se encuentra bien asesorada cuando consulta, la persona tiende a ser derivada a diversos especialistas que los remiten a otras consultas y exámenes médicos que no hallan causa orgánica como tampoco brindan respuestas. Esto genera solo más incertidumbre en la persona. (Acquarone, 2008) Educar sobre lo que es un ataque de pánico y cómo prevenir nuevas apariciones para evitar que se genere un trastorno en el futuro es fundamental. Asimismo, en el caso de las personas que ya lo padecen, es necesario investigar y generar nuevas alternativas que permitan una mejor calidad de vida.

Como se mencionó en el marco teórico, la terapia cognitivo conductual es al día de hoy el enfoque que se considera más apropiado para paliar la sintomatología de los trastornos de ansiedad, teniendo un grado de eficacia importante. Pese a ello, se encuentra lejos de ser la panacea de estos trastornos, es entonces que la búsqueda de nuevas terapias que puedan ajustarse a las necesidades de cada paciente es sumamente necesaria. Mindfulness abre una posibilidad muy interesante al plantearnos el desafío de mantenernos en el presente. como menciona Miró (2006) “hacer un hueco entre el pasado y el futuro” (p.41), sacar a la mente del piloto automático, es una actitud que no es fácil de llevar a cabo, pero diversos autores aseguran que con práctica se puede lograr.

Es sorprendente ver como una práctica o enfoque tan antiguo como lo es mindfulness pueda ser vigente en la actualidad y considerarse útil en el alivio de diversas sintomatologías, e

inclusive, que los efectos que generan en el ser humano, puedan ser evaluados y comprobados científicamente.

Por otra parte, la bibliografía sobre mindfulness es variada. En el apartado sobre datos de la eficacia se presentó una revisión que contiene los resultados de varios estudios de las psicoterapias que emplean este enfoque como tratamiento a los trastornos de ansiedad. No obstante, se pudo visualizar mediante la búsqueda de información en bases de datos, la relativamente escasa investigación que hay respecto a los resultados de terapias con enfoques mindfulness aplicadas específicamente en el trastorno de pánico (puro).

Se considera necesario también prestar atención al hecho de que en la mayoría de los estudios realizados, los sujetos seleccionados se encontraban bajo inducción farmacológica. Lo que hace pensar si en cierta medida, la medicación no predispone a los individuos asimilar los programas de mindfulness de una manera más satisfactoria. Investigar sobre los resultados de estos programas en pacientes que no estén bajo efecto farmacológico podría dar una pauta sobre su efectividad real. De todas maneras, si mindfulness y medicación combinadas generan un cambio positivo en el individuo (como parecen sugerir algunos estudios) sería valioso aprovechar estos efectos en pos de aliviar la sintomatología ansiosa de los pacientes.

Este enfoque todavía tiene mucho por profundizar, principalmente en la investigación de su eficacia en trastornos de ansiedad puros y en pacientes que no estén bajo efectos farmacológicos. Como también se reitera la necesidad de investigaciones explícitamente para trastorno de pánico.

5. Bibliografía

Acquarone, S. (2008). *La ansiedad del nuevo milenio, crisis de pánico*. Montevideo: Editorial Sudamericana

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM V*. Madrid: Médica Panamericana

Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness.

Beck, A. (2016). Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy – Republished Article. *Behavior Therapy* 47(6), 776–784. DOI: 443/10.1016/j.beth.2016.11.003

Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Cia, A. H (s.d). *Ansiedad estres panico fobias. Trastornos por Ansiedad.* (s.d)

Costa, L. (2015) Crecen las consultas por trastorno de pánico en Uruguay. Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/ataques-panico-crecen-consultas-uruguayos.html>

Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness.* Bilbao: Desclée de Brouwier

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.

Greeson, J., Bantley, J. (2011). Mindfulness y trastornos de ansiedad: desarrollando una relación sabia con la experiencia interna del miedo. En F. Didonna (ed.) *Manual clínico de mindfulness.* (págs. 311-338). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Hayes, S.C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy* 47(6), 869–885. DOI: 10.1016/j.beth.2016.11.006

Hodann-Caudevilla, R.M., Serrano-Pintado, I. (2016). *Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad.* *Ansiedad y Estrés*, (22), 39-45.

Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y., W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S.Y., ... (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, (24)6, 590–595. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.03.019

Miró, T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica par aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 16(66/67), 31-70.

Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Olendzki, A. (2011). Mindfulness y meditación. En F. Didonna (ed.) *Manual clínico de mindfulness*. (págs. 105-116). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Orsillo, S. M., Roemmer, L. (2005). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety Conceptualization and Treatment*. New York: Springer.

Pérez, J.P. (2016). Mindfulness, para el pánico. Recuperado de <http://www.mindfulnessstarragona.com/mindfulness-para-el-panico/>

Rojas, E. (2002). *La ansiedad*. Buenos Aires: Planeta

Siegel, R. D., Germer, C. K., Olendzki, A. (2011) Mindfulness ¿qué es? ¿donde surgió?. En F. Didonna (ed.) *Manual clínico de mindfulness*. (págs. 73-104). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Simón. V,(2006). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 16(66/67), 5-30.

Woods, S. L. (2011). Formando profesionales en las técnicas de mindfulness: el corazón de la enseñanza. En F. Didonna (ed.) *Manual clínico de mindfulness*. (págs. 767-786). Bilbao: Desclée de Brouwer

6.Anexos

Escalas

Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R)

Please respond to each item by marking <u>one box per row</u>		Rarely 1	Sometimes 2	Often 3	Almost Always 4
CAMS-R1	It is easy for me to concentrate on what I am doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMS-R3	I can tolerate emotional pain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMS-R4	I can accept things I cannot change.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMS-R5	I can usually describe how I feel at the moment in considerable detail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMS-R6	I am easily distracted. (R)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMS-R8	It's easy for me to keep track of my thoughts and feelings.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMS-R9	I try to notice my thoughts without judging them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMSR10	I am able to accept the thoughts and feelings I have.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMSR11	I am able to focus on the present moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMSR12	I am able to pay close attention to one thing for a long period of time.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring: Note that 6 is reversed scored. Sum of all values reflect greater mindful qualities.

Your total score: _____

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190. Note that original scale was 12 items, but the original items 2 and 7 were deleted as less useful than the remaining 10.

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

Authors: Ruth A. Baer, Gregory T. Smith & Kristin B. Allen

The KIMS is a 39-item self-report inventory that is used for the assessment of mindfulness skills. Mindfulness is generally defined to include focusing one's attention in a nonjudgmental or accepting the experience occurring in the present moment (Baer et al., 2004). This measurement may be helpful to professionals who teach mindfulness by clarifying strengths and weaknesses in their client's development of different mindfulness skills.

The KIMS is used to assess 4 mindfulness skills:

- x Observing: mindfulness involves observing, noticing or attending to various stimuli including internal phenomena (cognitions, bodily sensations) and external phenomena (sounds, smells). Items: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 30, 33, 37, 39.
- x Describing: involves participant describing, labelling, or noting of observed phenomena by applying words in a nonjudgmental way. Items: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 34.
- x Acting with awareness: being attentive and engaging fully in one's current activity. Includes the DBT skills of 'participating' and 'one-mindfully'. Items: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 38.
- x Accepting (or allowing) without judgment: to allow reality or what is there, to be as it is without judging, avoiding, changing, or escaping it. Items: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36.

Scoring: Items are rated on a 5 point Likert scale ranging from 1 (never or very rarely true) to 5 (almost always or always true). Items reflect either direct descriptions of the mindfulness skills, or they describe the absence of that skill and are reverse scored. High scores reflect more mindfulness.

Reliability: The instrument has good internal consistency. Alpha coefficients for Observe, Describe, Act with awareness and Accept without judgment were .91, .84, .76, and .87, respectively. Adequate to good test-retest reliability with correlations for the Observe, Describe, Act and Accept scores being .65, .81, .86, and .83, respectively.

Validity: Demonstrates good content validity. Has good concurrent validity, correlating with the Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS: Brown & Ryan, 2003). Correlates negatively with the AAQ, the TAS alexithymia scale, and the neuroticism scale of the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI: Costa & McCrae, 1992). The KIMS correlates positively with the Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995) a measure of emotional intelligence, and the Conscientiousness and Openness scale of the NEO-FFI.

Reference:

Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
Ruth A. Baer, Ph.D. University of Kentucky

Please rate each of the following statements using the scale provided. Write the number in the blank that best describes your own opinion of what is generally true for you.

1

1	2	3	4	5
Never or very rarely true	Rarely true	Sometimes true	Often true	Very often or always true

_____ 1. I notice changes in my body, such as whether my breathing slows down or _____ speeds up.

_____ 2. I'm good at finding the words to describe my feelings.

_____ 3. When I do things, my mind wanders off and I'm easily distracted.

_____ 4. I criticize myself for having irrational or inappropriate emotions.

_____ 5. I pay attention to whether my muscles are tense or relaxed.

_____ 6. I can easily put my beliefs, opinions, and expectations into words.

_____ 7. When I'm doing something, I'm only focused on what I'm doing, nothing else.

_____ 8. I tend to evaluate whether my perceptions are right or wrong.

_____ 9. When I'm walking, I deliberately notice the sensations of my body moving.

_____ 10. I'm good at thinking of words to express my perceptions, such as how things _____ taste, smell, or sound.

_____ 11. I drive on "automatic pilot" without paying attention to what I'm doing.

_____ 12. I tell myself that I shouldn't be feeling the way I'm feeling.

_____ 13. When I take a shower or bath, I stay alert to the sensations of water on my _____ body.

_____ 14. It's hard for me to find the words to describe what I'm thinking.

_____ 15. When I'm reading, I focus all my attention on what I'm reading.

_____ 16. I believe some of my thoughts are abnormal or bad and I shouldn't think that _____ way.

_____ 17. I notice how foods and drinks affect my thoughts, bodily sensations, and emotions.

_____ 18. I have trouble thinking of the right words to express how I feel about things.

_____ 19. When I do things, I get totally wrapped up in them and don't think about anything else.

____ 20. I make judgments about whether my thoughts are good or bad.

____ 21. I pay attention to sensations, such as the wind in my hair or sun on my face.

1	2	3	4	5
Never or very rarely true	Rarely true	Sometimes true	Often true	Very often or always true

____ 22. When I have a sensation in my body, it's difficult for me to describe it because I can't find the right words.

____ 23. I don't pay attention to what I'm doing because I'm daydreaming, worrying, or otherwise distracted.

____ 24. I tend to make judgments about how worthwhile or worthless my experiences are.

____ 25. I pay attention to sounds, such as clocks ticking, birds chirping, or cars passing.

____ 26. Even when I'm feeling terribly upset, I can find a way to put it into words.

____ 27. When I'm doing chores, such as cleaning or laundry, I tend to daydream or think of other things.

____ 28. I tell myself that I shouldn't be thinking the way I'm thinking.

____ 29. I notice the smells and aromas of things.

____ 30. I intentionally stay aware of my feelings.

____ 31. I tend to do several things at once rather than focusing on one thing at a time.

____ 32. I think some of my emotions are bad or inappropriate and I shouldn't feel them.

____ 33. I notice visual elements in art or nature, such as colors, shapes, textures, or patterns of light and shadow.

____ 34. My natural tendency is to put my experiences into words.

____ 35. When I'm working on something, part of my mind is occupied with other topics, such as what I'll be doing later, or things I'd rather be doing.

____ 36. I disapprove of myself when I have irrational ideas.

____ 37. I pay attention to how my emotions affect my thoughts and behavior.

____ 38. I get completely absorbed in what I'm doing, so that all my attention is focused on it.

____ 39. I notice when my moods begin to change.

Day-to-Day Experiences

Instructions: Below is a collection of statements about your everyday experience. Using the 1-6 scale below, please indicate how frequently or infrequently you currently have

each experience. Please answer according to what really reflects your experience rather than what you think your experience should be. Please treat each item separately from every other item.

1	2	3	4	5	6
Almost Always	Very Frequently	Somewhat Frequently	Somewhat Infrequently	Very Infrequently	Almost Never

I could be experiencing some emotion and not be conscious of it until some time later.	1	2	3	4	5	6
I break or spill things because of carelessness, not paying attention, or thinking of something else.	1	2	3	4	5	6
I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.	1	2	3	4	5	6
I tend to walk quickly to get where I'm going without paying attention to what I experience along the way.	1	2	3	4	5	6
I tend not to notice feelings of physical tension or discomfort until they really grab my attention.	1	2	3	4	5	6
I forget a person's name almost as soon as I've been told it for the first time.	1	2	3	4	5	6
It seems I am "running on automatic," without much awareness of what I'm doing.	1	2	3	4	5	6
I rush through activities without being really attentive to them.	1	2	3	4	5	6
I get so focused on the goal I want to achieve that I lose touch with what I'm doing right now to get there.	1	2	3	4	5	6
I do jobs or tasks automatically, without being aware of what I'm doing.	1	2	3	4	5	6
I find myself listening to someone with one ear, doing something else at the same time.	1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6
Almost Always	Very Frequently	Somewhat Frequently	Somewhat Infrequently	Very Infrequently	Almost Never

I drive places on 'automatic pilot' and then wonder why I went there.	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

I find myself preoccupied with the future or the past.	1	2	3	4	5	6
I find myself doing things without paying attention.	1	2	3	4	5	6
I snack without being aware that I'm eating.	1	2	3	4	5	6

MAAS Scoring

To score the scale, simply compute a mean of the 15 items. Higher scores reflect higher levels of dispositional mindfulness.

FIVE FACETS MINDFULNESS QUESTIONNAIRE

Description:

This instrument is based on a factor analytic study of five independently developed mindfulness questionnaires. The analysis yielded five factors that appear to represent elements of mindfulness. The five facets are observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience.

Please rate each of the following statements using the scale provided. Write the number in the blank that best describes your own opinion of what is generally true for you.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Never or very rarely true	Rarely true	Sometimes true	Often true	Very often or always true
---------------------------	-------------	----------------	------------	---------------------------

- _____ 1. When I am walking, I deliberately notice the sensations of my body moving.
- _____ 2. I am good at finding words to describe my feelings.
- _____ 3. I criticize myself for having irrational or inappropriate emotions.
- _____ 4. I perceive my feelings and emotions without having to react to them.
- _____ 5. When I do things, my mind wanders off and I am easily distracted.
- _____ 6. When I take a shower or bath, I stay alert to the sensations of water on my body.
- _____ 7. I can easily put my beliefs, opinions, and expectations into words.
- _____ 8. I do not pay attention to what I am doing because I am daydreaming, worrying, or otherwise distracted.
- _____ 9. I watch my feelings without getting lost in them.
- _____ 10. I tell myself I should not be feeling the way I am feeling.
- _____ 11. I notice how foods and drinks affect my thoughts, bodily sensations, and emotions.
- _____ 12. It is hard for me to find the words to describe what I am thinking.
- _____ 13. I am easily distracted.
- _____ 14. I believe some of my thoughts are abnormal or bad and I should not think that way.
- _____ 15. I pay attention to sensations, such as the wind in my hair or sun on my face.
- _____ 16. I have trouble thinking of the right words to express how I feel about things
- _____ 17. I make judgments about whether my thoughts are good or bad.
- _____ 18. I find it difficult to stay focused on what is happening in the present.
- _____ 19. When I have distressing thoughts or images, I “step back” and am aware of the thought or image without being taken over by it.
- _____ 20. I pay attention to sounds, such as clocks ticking, birds chirping, or cars passing.
- _____ 21. In difficult situations, I can pause without immediately reacting.
- _____ 22. When I have a sensation in my body, it is difficult for me to describe it because I cannot find the right words.
- _____ 23. It seems I am “running on automatic” without much awareness of what I am doing.
- _____ 24. When I have distressing thoughts or images, I feel calm soon after.
- _____ 25. I tell myself that I should not be thinking the way I am thinking.
- _____ 26. I notice the smells and aromas of things.
- _____ 27. Even when I am feeling terribly upset, I can find a way to put it into words.
- _____ 28. I rush through activities without being attentive to them.
- _____ 29. When I have distressing thoughts or images, I am able just to notice them without reacting.
- _____ 30. I think some of my emotions are bad or inappropriate and I should not feel them.
- _____ 31. I notice visual elements in art or nature, such as colors, shapes, textures, or patterns of light and shadow.
- _____ 32. My natural tendency is to put my experiences into words.
- _____ 33. When I have distressing thoughts or images, I just notice them and let them go.
- _____ 34. I do jobs or tasks automatically without being aware of what I am doing.
- _____ 35. When I have distressing thoughts or images, I judge myself as good or bad, depending what the thought/image depicts.
- _____ 36. I pay attention to how my emotions affect my thoughts and behavior.

- _____ 37. I can usually describe how I feel (at the moment) in considerable detail.
 _____ 38. I find myself doing things without paying attention.
 _____ 39. I disapprove of myself when I have irrational ideas.

Scoring Information:

The observing factor measures the ability to observe one’s inner experiences and responses to stimuli. Observe items: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

The describing factor assesses the ability to put words to one’s thoughts and feelings.

Describe items: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

Acting with awareness measures the tendency to take conscious and deliberate actions as opposed to functional automatically and without thought or reflection. Act with Awareness items: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

Non-judging of inner experiences measures the tendency to accept one’s inner state as opposed to judging thoughts and emotions as good or bad. Non-judge items: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

Non-reactivity to inner experiences assesses the tendency to allow emotionally provocative stimuli to come and go without necessarily reacting to them. Non-react items: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

SCORING GRID	Observing	Describing	Acting with awareness	Non-judging of inner experience	Non-reactivity to inner experience
Number of items is shown in parentheses	1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36 (8)	2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37 (8)	5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R (8)	3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R (8)	4, 9, 19, 21, 24, 29, 33 (7)
Total Items					
Average Score 1 is less mindful than 5					

(Note: R = reverse-scored item) Subscale Directions Your Score TOTAL Your score item Avg). Observing: Sum items

1 + 6 + 11 + 15 + 20 + 26 + 31 + 36 Describing: Sum items 2 + 7 + 12R + 16R + 22R + 27

+ 32 + 37. Acting with

Awareness: Sum items 5R + 8R + 13R + 18R + 23R + 28R + 34R + 38R. No judging of inner experience: Sum items

3R + 10R + 14R + 17R + 25R + 30R + 35R + 39R. Nonreactivity to inner experience: Sum items 4 + 9 + 19 + 21 + 24 + 29 + 33. TOTAL FFMQ (add subscale scores)

NOTE: Some researchers divide the total in each category by the number of items in that category to get an average category score. The Total FFMQ can be divided by 39 to get an average item score.

Reference: Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness.