



EL MINDFULNESS Y LA "TERCERA GENERACIÓN DE TERAPIAS PSICOLÓGICAS"

Miguel A. Vallejo Pareja

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Miguel A. Vallejo Pareja es Catedrático de Terapia Cognitivo Conductual de la Facultad de Psicología de la UNED. Investiga en el campo de la evaluación psicofisiológica y el tratamiento de los trastornos psicofisiológicos, así como en los tratamientos psicológicos y tecnologías de la información y comunicación. Es Director del Máster en Terapia de Conducta de la UNED, programa máster decano de la UNED.

La Psicología es una ciencia relativamente joven. El estudio experimental de la conducta permitió el desarrollo de la Psicología experimental (psicofísica) y de la evaluación psicológica y abrió el camino científico al estudio de los determinantes del comportamiento y, en consecuencia, a su cambio. Recién comenzado el siglo XXI se reconoce que los tratamientos psicológicos han experimentado un extraordinario avance. Este avance se deriva, principalmente, no de que se muestren eficaces en resolver problemas emocionales o de salud (esto ya ha sido constatado desde la antigüedad), sino en que se ha ido acumulando evidencia experimental sobre el porqué de esos efectos y cómo controlarlos (mejorarlos). La actualmente denominada Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el referente principal de este proceder. Ella es la marca principal de los tratamientos empíricamente validados.

La TCC recoge los conocimientos acumulados de la Psicología experimental. En los últimos años se habla de terapias de tercera generación. Se trata de un modo un tanto literario de ejemplificar algunos hitos en el desarrollo evolutivo del hacer terapéutico. La característica esencial de esta denominada tercera generación de la terapia de conducta (la primera se significa por su carácter empírico, experimental y centrado en el cambio directo de la conducta, y la segunda por la aportación de los modelos cognitivos), es, entre otras, que adopta una perspectiva más experiencial y opta por estrategias de cambio de carácter indirecto, más que las más habituales de carácter directo de la primera y segunda generación. Esto supone la consideración de un ámbito más amplio del cambio, no ceñido a elementos y aspectos concretos. La explicación de este cambio de proceder está en la relevancia conferida al contexto y a las funciones de las conductas más que a su forma (topografía en el análisis funcional clásico). Si lo que importa son las funciones de las conductas y no el modo en que se presentan, habrá de actuarse de forma genérica sobre dichas funciones. Esto supone un acercamiento más amplio e indirecto, pues buscando actuar sobre conductas concretas se puede actuar sobre otras conductas que también tienen esas funciones, aunque no estén implicadas concretamente en el problema objeto de consideración.

Las terapias de tercera generación, usando este término con cierta prevención, no suponen un cambio revolucionario y radical sobre la terapia, sino una llamada de atención sobre aspectos ya existentes y, tal vez, poco o incorrectamente valorados. Que el comportamiento tiene una finalidad (función) que el individuo busca, es tan antiguo en la terapia de conducta, como lo son la importancia de los aspectos cognitivos, verbales y emocionales, desde el neoconductismo mediacional al análisis experimental de la conducta, pasando por las aportaciones ulteriores de las teorías del procesamiento de la información.

Lo que se enfatiza en la etiqueta "tercera generación" es, por resumir lo comentado, el comportamiento en sí mismo, en el contexto concreto en que se presenta. Sin deslumbrarse por él pues éste puede ser circunstancial, cosa que no sucederá probablemente con la finalidad de dicho comportamiento. Esto supone ampliar el objetivo de análisis y centrarse más en la variabilidad (valor de adaptación) que en la constancia de un determinado comportamiento. Adicionalmente, la importancia del comportamiento en sí pone en segundo lugar su interpretación. Interesa más el contexto presente y real, y el comportamiento concreto, que el imaginario o simbólico.

Señalar qué terapias o técnicas terapéuticas específicas encajan en las terapias-de-tercera-generación es arriesgado. Por ejemplo, la reestructuración cognitiva que busca datos (conductas, hechos, etc.) para que el paciente compruebe que sus pensamientos e ideas no se corresponden con la realidad, encajaría bien al dar valor al comportamiento en sí. No encajaría bien, por el contrario, el tratar de bloquear un determinado pensamiento o eludir un estímulo o situación evocadora de malestar. Hay terapias o técnicas terapéuticas a las que se considera de forma más directa terapias de tercera generación: la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de conducta dialéctica y la terapia cognitiva basada en el mindfulness para el tratamiento de la depresión. No resulta posible en estas líneas comentar dichas terapias, lo haré, brevemente, al tratarse de uno de los motivos de este artículo, al mindfulness, o la meditación mindfulness.

Comenzaré señalando que la meditación no debe ser considerada como un tratamiento psicológico o psicoterapia en sí. Tampoco debe serlo la relajación, el yoga, el realizar actividades de ocio, o el disfrutar de unas vacaciones. Naturalmente que todas ellas pueden contribuir a que una persona se encuentre mejor, tenga una mayor calidad de vida, etc., aunque no necesariamente a que resuelva un problema clínico o de salud, para el que requiere atención psicológica. Es cierto que la aplicación de la meditación y la relajación, por ejemplo, tienen una amplia tradición clínica en Psicología, pero esto no significa que deban ser considerados como tratamientos en sí, cuando no se encuentran formando parte de un tratamiento psicológico: TCC, por ejemplo. Esto no quiere decir, obviamente, que la meditación o la relajación no puedan resolver un determinado problema clínico, o de otra índole, sino que el conocimiento científico (y clínico) de su aplicación se ve limitado a los efectos que conocemos que tienen sobre el comportamiento: una vez que éste es estudiado en sus funciones, contexto y en relación con el trastorno o problema concreto que la persona presenta. De nada, de poco o incluso de forma negativa, puede servirnos el que la persona reduzca su activación fisiológica, emocional o comportamental, como resultado de la aplicación inespecífica de la meditación o de la relajación.

El mindfulness es reconocido, no obstante, como un componente relevante de las tres terapias antes citadas. Ciertamente, el mindfulness busca que la persona se centre en el momento presente. Esto es algo positivo como indicación terapéutica. La importancia del momento presente es paradigmática de la terapia de conducta. Importa el aquí y el ahora. El "vivir" (pensar) en el pasado o el futuro impide experimentar el presente, sentirlo (recepción de estímulos-refuerzo), y, sobre todo, considerarlo de forma activa en el proyecto personal elegido por el individuo. El mindfulness es, de utilidad en tanto contribuye a disminuir la incidencia del lenguaje (pensamientos) como elemento distorsionador de la experiencia real, y como aceptación de las experiencias reales, aun cuando dichas experiencias se persiga cambiarlas. Sólo reconociendo y aceptando los hechos puede plantearse su cambio.

De los dos programas que utilizan más explícitamente mindfulness en la actualidad, uno tiene una definición explícita como programa educativo, no como un tratamiento psicológico. Se trata de la Reducción de Estrés mediante Mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction -MBSR) desarrollado por Kabat-Zinn y cols. (1992) y se sitúa explícitamente fuera de los parámetros propios de los tratamientos referidos anteriormente, al menos formalmente. Por el contrario, la terapia cognitiva basada en el mindfulness para el tratamiento de la depresión sí se plantea como terapia. Aquí su fundamento y práctica radica en los modelos de procesamiento de la información en relación con la depresión y permite reducir las recaídas potenciando la implicación efectiva en las actividades presentes (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Uno de los aspectos positivos que las terapias de tercera generación nos traen es cuestionar el esfuerzo por luchar contra el malestar: reduzca el estrés, la ansiedad, la infelicidad, el dolor, etc. El estrés, la ansiedad, el miedo, etc., tienen un valor adaptativo. Debe atenderse a él. La mera huida es inadecuada, y las más de las veces sólo contribuye a aumentar el malestar y el miedo, como bien sabemos los psicólogos. Adicionalmente, el que las personas sepan que tanto el placer como el dolor son experiencias genuinamente humanas que habremos de experimentar hasta el fin de nuestros días, es positivo hoy cuando la tecnología y la sociedad del bienestar y del *buenismo* todo lo puede. El estrés, el dolor son señales que necesitamos para retomar nuestro comportamiento según nuestros objetivos y valores.

Potenciar la práctica de la meditación, la relajación, la actividad física, el deporte, las actitudes positivas y los buenos pensamientos, tal vez sea un exceso, desde la óptica de la Psicología Clínica y de la salud, o de la psicoterapia si se prefiere. Más allá de los valores de cada cual, no está claro que la práctica de tales actividades consideradas genéricamente sean positivas, o al menos tanto como para que suponga una recomendación profesional un tanto osada, por otro lado. La práctica regular, por ejemplo, de la meditación mindfulness puede reducir el estrés (como cabría suponer) o no como recoge un reciente estudio de Ostafin y cols. (2006). Se trata de una cuestión de matices, a veces de muchos, que se compadecen difícilmente con la brocha gorda.

REFERENCIAS

Kabat-Zinn, J., Massion, M.D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R. y Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford. (Versión castellana en Desclee de Brower, 2006: Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas).

Ostafin, B.D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T.M., Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2006). Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: a preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 191-197.

Microsoft OLE DB Provider for ODBC Drivers error '80004005'

[Microsoft][Controlador ODBC Microsoft Access]Error general No se puede abrir la clave 'Temporary (volatile) Jet DSN for process 0x1a28 Thread 0x1514 DBC 0x1c78014 Jet' del Registro.

/infocop/imprimirCOP.asp, línea 380