

# La práctica del «estar atento» (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales

Javier García Campayo

*La felicidad y el sufrimiento están en la mente*  
BUDA

## El concepto de *mindfulness*

*Mindfulness* (que podría traducirse del inglés como «estar atento») es la acepción inglesa del término pali *Pati*. El pali es el lenguaje en el que se transmitieron las enseñanzas budistas y *mindfulness* constituye uno de sus conceptos nucleares. Una de las descripciones de *mindfulness* más usadas es la del monje budista Ticht Nat Hanh que la define como «mantener viva la propia conciencia focalizada en la realidad presente»<sup>1</sup>. Este concepto, extraño a la mayoría de los occidentales, puede entenderse al analizar nuestras actividades diarias (tabla 1).

«Estar atento» implicaría que uno se concentra en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo. Esta aproximación produce al individuo energía, claridad de mente y alegría<sup>2</sup>. Además, «estar atento» es una cualidad que puede desarrollarse mediante un entrenamiento adecuado, e incluye, simultáneamente y en cada momento de atención, todas las cualidades que se resumen en la tabla 2.

## *Mindfulness* y su relación con la psicología

El psicoanálisis fue la primera escuela de psicología que mantuvo cierta relación con el budismo, pero fue Erich Fromm quien lo introdujo en Occidente con su libro *Budismo zen y psicoanálisis*<sup>3</sup>. La práctica habitual del zen por parte de un cierto número de psicoterapeutas se inicia a finales de la década de 1960, coincidiendo con la aparición del movimiento *hippy*. En 1977, la Asociación Americana de Psiquiatría recomienda examinar la eficacia clínica de la meditación. El hito más importante para el desarrollo de este tipo de terapias fue la fundación, en 1979, del Center for Mindfulness, en la Universidad de Massachussets, por parte de Jon-Kabat-Zinn, quien escribió la obra pionera sobre

la «*Mindfulness-based stress reduction*», que podríamos traducir como «meditación de reducción del estrés basada en el estar atento» o MREBEA<sup>4</sup>. Poco tiempo después, y también sobre la base del budismo, surgirían la psicoterapia dialéctica-conductual de Marsha Linehan<sup>5</sup>, uno de los tratamientos de elección para los trastornos de personalidad, y la terapia de aceptación y compromiso<sup>6</sup>.

Cuando hablamos de «estar atento» en psicoterapia una de las definiciones del término más útiles es: «(1) Tomar conciencia... (2)... del momento presente... (3)... con aceptación»<sup>7</sup>. Cada uno de estos tres elementos puede aparecer sin los otros. Por ejemplo, uno puede tomar conciencia con aceptación del momento pasado, quedándose enganchado a una experiencia satisfactoria de nuestra vida, pero inutilizándole para vivir el momento presente. O uno puede estar atento al presente pero sin aceptación, deseando que se acabe rápido (p. ej., en el caso de una extracción dental). El he-

**TABLA 1**  
**Un día cualquiera en la vida de un occidental estándar: ejemplos de falta de *mindfulness***

Correr para realizar cualquier actividad sin estar atento mientras se ejecuta
Deglutir rápidamente la comida (generalmente en cantidad excesiva) mientras vemos la televisión o hablamos, sin estar atento al propio proceso de comer
Romper o tirar cosas, tener accidentes u olvidar actividades que teníamos que realizar por descuido o por estar pensando en otra cosa
Incapacidad para percibir los sentimientos, la tensión física o el malestar sutil que experimentamos cada día
Descubrimos hablando solos o pensando continuamente en episodios del pasado o del futuro, sin poder disfrutar del momento presente
Juzgar lo que nos ocurre (como bueno o malo, agradable o desagradable) y, secundariamente, apegarnos o rechazar la experiencia

**TABLA 2**  
**Cualidades del «estar atento» (*mindfulness*)<sup>2</sup>**

- No conceptual*: es estar despierto, pero sin estar absorto en el proceso de pensamiento
- Centrada en el presente*: no hay pensamientos sobre el pasado o el futuro, pero tampoco en lo que nos ocurre en el presente, porque nos aleja de él
- Ausente de juicio*: si pensamos que nuestra experiencia puede ser diferente de la que es (mejor o peor, es decir, comparándola) hemos perdido la concentración
- Intencional*: «estar atento» exige una intención continuada del sujeto para dirigir la atención hacia algo, en este caso, hacia el presente
- Basada en la observación participante*: no consiste simplemente en ser testigo, sino que incluye una experiencia de comprensión profunda del cuerpo y la mente
- Exploratoria*: está siempre investigando niveles más sutiles de percepción
- No verbal*: es una experiencia que no puede ser descrita con palabras, porque ocurre antes de que éstas surjan
- Liberadora*: cada momento de «estar atento» (*mindfulness*) es una experiencia de alegría, ausente de sufrimiento

Servicio de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.  
Departamento de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

No hay fuente de financiación. No hay conflicto de interés.

Correspondencia: J. García Campayo.  
Avda. Gómez Laguna, 52, 4.º D. 50009 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: jgarcamp@arrakis.es

Manuscrito recibido el 10 de diciembre de 2007.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 23 de enero de 2008.

**TABLA 3**  
**Aplicación de la meditación de reducción del estrés basada en el «estar atento» (MREBEA) en clínica<sup>4,7</sup>**

Ejercicios básicos: consisten en sesiones de meditación, realizadas de forma regular (mínimo de 20-30 minutos/día) sobre:

1. La respiración. Constituye el objeto clásico
2. El cuerpo. Se realiza sobre la postura, la tensión o el dolor. Es también un objeto clásico, como la respiración

Ejercicios específicos: se adaptan a los problemas o específicos del individuo. Los objetos pueden ser:

1. Los pensamientos. Típicamente utilizado en trastornos depresivos, ansiosos, obsesivos, duelos, etc. El objetivo es no quedarse «enganchado» al pensamiento (generalmente negativo), sino aceptar que estos pensamientos existen (sin luchar contra ellos o culpabilizarse) y dejarlos pasar
2. El dolor. El objetivo es concentrarse en él, sin rechazarlo, observando los pensamientos negativos que surgen (p. ej., ¿por qué a mí?, es horrible, cuándo se acabará) y no aferrarse a ellos

Estrategias para aumentar la *mindfulness* en la vida diaria: aplicar los ejercicios básicos (concentración en la respiración y/o el cuerpo) cuando realizamos actividades automáticas (p. ej., andar, hacer deporte, conducir, esperar en una cola, etc.).

cho más habitual para los occidentales, sin embargo, es estar en el momento presente con aceptación, pero con escasa atención, con elevado riesgo de equivocarnos en lo que hacemos, mientras pensamos en el pasado o el futuro.

El constructo «estar atento» puede ser medido mediante la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)<sup>2</sup>, un cuestionario autocumplimentado de 15 ítems, que se responde con una escala Likert que oscila entre 1 (casi siempre) y 6 (casi nunca), y que evalúa los dominios cognitivo, emocional, físico, interpersonal y general. Existen otros cuestionarios para medir el «estar atento» como la Toronto Mindfulness Scale<sup>8</sup> o la Kentucky Inventory of Mindfulness Skills<sup>9</sup>, pero no han sido tan empleados. Se ha demostrado que un elevado nivel de atención se correlaciona con neuroticismo y alexitimia bajos, escasos niveles de ansiedad, depresión y somatización, elevada inteligencia emocional, así como baja hostilidad, impulsividad y vulnerabilidad a la aparición de enfermedades psiquiátricas<sup>2,8,9</sup>. Desde el pun-

to de vista neurobiológico, «estar atento» parece incrementar la regulación cortical prefrontal del afecto mediante la modificación del etiquetado de los estímulos emocionalmente negativos, lo que disminuiría el afecto negativo en los individuos que han desarrollado esta cualidad y mejoraría su salud psicológica en general<sup>10</sup>. La MREBEA intenta adaptarse a cada individuo, aunque incluye una serie de elementos básicos que se resumen en la tabla 3.

Los beneficios que pueden obtenerse de esta práctica son los siguientes:

#### *Para el profesional de la salud*

Los profesionales de la salud necesitan desarrollar la introspección, que consiste en poder darse cuenta de los pensamientos y sentimientos que nos produce el paciente y de cómo nuestra conducta se ve, a menudo, afectada por ellos. No existen sistemas sencillos para desarrollar estas habilidades y actitudes, aunque se consideran imprescindibles<sup>11</sup>. Existen estudios en profesionales sanitarios<sup>12-14</sup> que confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento ante el estrés y la empatía. Especialmente interesante fue observar el hecho de que «estar atento» disminuía la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros<sup>13</sup>. Pero la *mindfulness* no sólo mejora el funcionamiento y la calidad de vida del profesional sanitario, sino que consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional (impresión clínica global) o por el propio paciente (ansiedad, somatización, ira/hostilidad, fobias y obsesividad)<sup>14,15</sup>.

#### *Para el paciente*

Existen varios metaanálisis sobre la influencia del «estar atento» en las enfermedades psiquiátricas. Los resultados son, a veces, contradictorios. Así, mientras que una revisión<sup>16</sup> llega a la conclusión de que el efecto de la MREBEA

**TABLA 4**  
**Principales estudios de eficacia de la MRBEA en enfermedades psiquiátricas**

Autor y año	Tipo de estudio	N.º de pacientes	Diana terapéutica	Resultados
Evans et al (2007) <sup>19</sup>	Abierto	11	Trastorno de ansiedad generalizada	Reducción de síntomas de ansiedad y depresión
Kingston et al (2007) <sup>20</sup>	Complejo mixto	19	Trastorno depresivo	Reducción de síntomas de depresión y rumiación
Finucane et al (2006) <sup>21</sup>	Complejo mixto	13	Trastorno depresivo y de ansiedad	Reducción de síntomas de ansiedad y depresión
Barnhofer et al (2007) <sup>22</sup>	Controlado y aleatorizado	22	Suicidio	No se deteriora la activación frontal izqda. en el EEG de reposo
Specia et al (2000) <sup>23</sup>	Controlado y aleatorizado	90	Depresión y estrés en cáncer	Reducción del 65% en depresión y del 35% en estrés
Bowen et al (2006) <sup>24</sup>	Controlado y aleatorizado	38	Adicciones en presidiarios	Reducción del consumo de alcohol, marihuana y crack
Singh et al (2003) <sup>25</sup>	Caso clínico	1	Agresión en el retraso mental	Reducción de conductas agresivas, rápido retorno a la comunidad
Singh et al (2007) <sup>26</sup>	Abierto	3	Agresión en enfermedades psiquiátricas	Reducción de conductas agresivas, rápido retorno a comunidad
Morone et al (2008) <sup>27</sup>	Controlado y aleatorizado	37	Dolor de espalda crónico	Mejoría de la función física y aceptación del dolor
Kingston et al (2007) <sup>28</sup>	Controlado y aleatorizado	42	Dolor en estudiantes sanos	Aumento de tolerancia al dolor
Pradhan et al (2007) <sup>29</sup>	Controlado y aleatorizado	63	Artritis reumatoide	Disminuye el malestar psicológico y aumenta el bienestar
Grossman et al (2007) <sup>30</sup>	Cuasiexperimental	58	Fibromialgia	Mejoran el dolor, calidad de vida, síntomas somáticos, ansiedad, depresión (ME = 0,4-1,1) a 3 años de seguimiento, ME = 0,5-0,65
Sephton et al (2007) <sup>31</sup>	Controlado y aleatorizado	91	Depresión en fibromialgia	Reducción de síntomas depresivos

EEG: electroencefalograma; ME: magnitud del efecto.

en la depresión y en la ansiedad es inapreciable, son más los estudios<sup>17,18</sup> que confirman su eficacia en múltiples afecciones (depresión, ansiedad y dolor), con una magnitud del efecto de alrededor del 0,5.

En la tabla 4 se resumen las principales enfermedades sobre las que se han llevado a cabo estudios que confirman la eficacia de la MREBEA. Analizando los datos de los estudios podemos comprobar los siguientes hechos:

*Enfermedades en las que se ha utilizado.* Se ha demostrado la eficacia del «estar atento» en afecciones como ansiedad generalizada<sup>19</sup>, depresión<sup>20,21</sup>, suicidio<sup>22</sup>, cáncer<sup>23</sup>, adicciones<sup>24</sup>, agresividad<sup>25,26</sup>, dolor<sup>27,28</sup>, artritis<sup>29</sup> y fibromialgia<sup>30,31</sup>.

*Entornos aplicados.* Los entornos sanitarios en los que se ha empleado la MREBEA son variados: individuos sanos de la comunidad<sup>28</sup>, atención primaria<sup>21</sup>, consultas psiquiátricas especializadas<sup>19,20,22</sup>, hospitalización psiquiátrica<sup>25,26</sup>, hospital general<sup>23,27,29-32</sup> e, incluso, instituciones penitenciarias<sup>24</sup>.

*Características de los pacientes.* La MREBEA se ha aplicado a individuos sanos para mejorar su aceptación del dolor<sup>28</sup>, y a pacientes con cualquier característica sociodemográfica. Cabe destacar que esta psicoterapia funciona perfectamente en ancianos. Por ejemplo, uno de los estudios se realizó con un grupo de pacientes cuya edad media era 74,9 años<sup>33</sup>.

*Características de la intervención psicológica.* La psicoterapia MREBEA consiste en 8 sesiones semanales de 120-150 minutos en las que se explican sus fundamentos y práctica, se solucionan dudas y se facilita la comunicación en el grupo. La media de asistencia suele ser de 6-7 sesiones para la mayoría de los participantes. En las intervenciones que se realizan con éxito, los participantes meditan 3-4 días por semana en períodos de 30 minutos de media, durante unos 3 meses (aunque muchos de los individuos se mantienen practicando durante meses o años). De hecho, hay estudios de seguimiento a 3 años en casos de fibromialgia<sup>30</sup> o a 4 años en el ámbito de la agresividad<sup>25</sup>. Por desgracia, uno de los problemas de estas técnicas es que suelen abandonarse con el tiempo.

*Modo de actuación de la terapia.* El modo de actuación de la MREBEA tiene que ver con la aceptación sin confrontación de los pensamientos, y no con su supresión. La eficacia de este método es especialmente evidente en las adicciones<sup>24</sup>, ya que los pacientes que utilizaron esta terapia describieron un menor número de pensamientos evitativos en relación con la sustancia de abuso<sup>32</sup>. También es llamativa su eficacia en la impulsividad en presidiarios<sup>24</sup> o en la agresividad de los enfermos psiquiátricos graves<sup>25,26</sup>, utilizando un método sencillo como distraer la atención desde los pensamientos/sentimientos de ira o agresividad a un objeto neutro como las plantas de los pies.

*Función coadyuvante de la terapia.* Se ha descrito que esta técnica, utilizada como coadyuvante<sup>4,7</sup>, mejora la eficacia de la psicoterapia individual, ya que los pacientes que la utilizan alcanzan las metas terapéuticas antes y pueden finalizar la terapia más rápidamente<sup>33</sup>. También se ha descrito

su asociación con la terapia cognitiva, específicamente para el tratamiento de la depresión y de las adicciones asociadas<sup>34</sup>.

*Desarrollo de nuevos estudios.* Aunque la técnica fue descrita en 1990<sup>4</sup>, existe en este momento una auténtica fiebre investigadora, ya que 9 estudios<sup>19,20,22,26-31</sup>, es decir, el 69,2% de los existentes sobre el tema, han sido publicados en el año 2007.

## Conclusiones

La MREBEA es una técnica de psicoterapia milenaria, sencilla, breve, fácil de aprender y aplicar, que puede utilizarse tanto en formato grupal como individualmente, y que ha demostrado su eficacia en múltiples enfermedades y entornos sanitarios, y resulta especialmente aceptable en atención primaria<sup>21</sup>. Como ocurre en las psicoterapias, y a diferencia de los psicofármacos, su eficacia se mantiene años después de la intervención porque el individuo aprende habilidades que incorpora a su vida diaria. La MREBEA parece más eficaz que otras terapias físicas como el tai-chi, que no ha demostrado su utilidad en enfermedades que cursan con dolor<sup>35,36</sup>, y el yoga, que no es eficaz en enfermedades psiquiátricas como los trastornos de ansiedad<sup>37</sup>. Además, la MREBEA cuenta con más estudios y mejor diseñados que otras técnicas psicofísicas como la relajación, las técnicas de imaginación o la hipnosis<sup>38</sup>.

Por tanto, la psicoterapia del «estar atento» representa una clara alternativa terapéutica y preventiva, aunque requiere un compromiso activo del paciente de practicar con una frecuencia semanal. Por último, la MREBEA parece también una herramienta clave para desarrollar la empatía y los aspectos más humanistas del profesional sanitario<sup>39</sup>, por lo que también podría ser recomendable su oferta dentro de los sistemas de formación de los profesionales sanitarios<sup>40</sup>.

## Bibliografía

1. Hanh TN. The miracle of mindfulness. Boston: Beacon Press; 1976.
2. Brown K, Ryan R. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well being. *J Pers Social Psychol.* 2003;84:822-48.
3. Fromm E, Suzuki DT, DeMartino R. Zen Buddhism and psychoanalysis. New York: Harper&Row; 1960.
4. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell; 1990.
5. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders. New York: Guilford Press; 1993.
6. Wilson KG, Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso. Madrid: Pirámide; 2007.
7. Germen CK, Siegel RD, Fulton PR. Mindfulness and psychotherapy. New York: The Guilford Press; 2005.
8. Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, Carlson L, et al. The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *J Clin Psychol.* 2006;62:1445-67.
9. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky Inventory of mindfulness skills. *Assessment.* 2004;11:191-206.

10. Creswell JD, Way BM, Eisenberg NI, Lieberman MD. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labelling. *Psychosom Med.* 2007;69:560-5.
11. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282:833-9.
12. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med.* 1998;21:581-99.
13. Beddoe AE, Murphy SO. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *J Nurs Educ.* 2004;43:305-12.
14. Grepmair L, Mitterlehner F, Loew T, Nickel M. Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: preliminary study. *Eur Psychiatry.* 2007;22:485-9.
15. Grepmair L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom.* 2007;76:332-8.
16. Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry.* 2007;52:260-6.
17. Allen NB, Chambers R, Knight W, Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Austr N Z J Psychiatry.* 2006;40:285-94.
18. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2004;57:35-43.
19. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2007;22.
20. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother.* 2007;80:193-203.
21. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry.* 2006;6:14.
22. Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hepburn S, Fennell MJ, Williams JM. Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport.* 2007;18:709-12.
23. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med.* 2000;62:613-22.
24. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD. Mindfulness meditation and substance abuse in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav.* 2006;20:343-7.
25. Singh NN, Wahler RG, Adkins AD, Myers RE, Mindfulness Research Group. Soles of the feet: a mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mental retardation and mental illness. *Res Dev Disabil.* 2003;24:158-69.
26. Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Adkins AD, Wahler RG, Sabaawi M, et al. Individuals with mental illness can control their aggressiveness behaviour through mindfulness training. *Behav Modif.* 2007;31:313-28.
27. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008;134:310-9.
28. Kingston J, Chadwick P, Meron D, Skinner TC. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res.* 2007;62:297-300.
29. Pradhan EK, Baumgarten M, Langenberg P, Handwerker B, Gilpin AK, Magyari T, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum.* 2007;57:1134-42.
30. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom.* 2007;76:226-33.
31. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2007;57:77-85.
32. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Marlatt GA. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness and alcohol use. *Addict Behav.* 2007;32:2324-8.
33. Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom.* 2005;74:108-12.
34. Hoppes K. The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectr.* 2006;11:829-51.
35. Lee MS, Pittler MH, Shin BC, Ernst E. Tai chi for osteoporosis: a systematic review. *Osteoporosis Int.* 2008;19:139-46.
36. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Tai chi for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology.* 2007;46:1648-51.
37. Kirkwood G, Rampes H, Tuffrey V, Richardson J, Pilkington K. Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *Br J Sports Med.* 2005;39:884-91.
38. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:131-47.
39. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Labaca G. Empatía: la quinta esencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc).* 1995;105:27-30.
40. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc).* 1998;111:23-6.