

Mindfulness, compasión e intercuidado: su marco conceptual

Mindfulness, compassion and intercare: its conceptual framework

Mindfulness, compaixão e intercuidado: sua estrutura conceitual

Francisco J. Villalón L¹.

¹ Profesor MBTC, CBCT y MBSR.

Programa de Postgrado en Psiquiatría y Salud Mental, Complejo Asistencial Sótero del Río,
Facultad de Medicina - Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, Chile
Centro de Educación Médica y Simulación Clínica
Facultad de Medicina - Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, Chile
Correo de contacto: francisco.villalon@mail.udp.cl

Fecha de Recepción: 2023-03-09 **Aceptado:** 2023-03-18



[CreativeCommons Atribución-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

© 2023 *Pinelatinoamericana*

Resumen

La atención plena o *mindfulness* es un enfoque que se ha extendido en los últimos años en diferentes ámbitos y países incluyendo salud, educación y organizaciones. Asimismo, en respuesta a su instrumentalización se ha incorporado de forma explícita la dimensión de la *compasión*. Esta extensión ha originado el desarrollo de un creciente *corpus* de conocimientos incluyendo su definición, formas de medición y el efecto de los programas basados en atención plena, o compasión, a nivel corporal, psicológico, social y neurobiológico. La riqueza histórica y el crecimiento científico en este campo muestra una diversidad de programas con focos en diferentes poblaciones, prácticas de meditación, ejercicios, enseñanzas y duración de las mismas. Por otro lado, el avance de este enfoque ha puesto de manifiesto algunos efectos adversos, dificultades en la evaluación de sus resultados junto con oportunidades superadoras que permiten continuar el desarrollo de su conocimiento. El presente artículo tiene el propósito de proponer un marco conceptual de los principales hallazgos de la década, destacar elementos relevantes para la evaluación, divulgación y toma decisiones, junto con oportunidades de relevar y construir, posteriormente en Latinoamérica, un cuerpo de conocimiento y aplicación con pertinencia y sensibilidad cultural en la práctica de atención plena o *mindfulness* y compasión.

Palabras Claves: atención plena; compasión; mindfulness; meditación

Resumo

Mindfulness se espalhou nos últimos anos em diferentes campos, incluindo saúde, educação e organizações. Também em resposta à instrumentalização, a dimensão da compaixão foi explicitamente incorporada. Este aumento tem apresentado um corpo de conhecimento em desenvolvimento, incluindo sua definição, formas de medição e o efeito de programas baseados na consciência ou compaixão nos níveis corporal, psicológico, social e neurobiológico. A rica história e o crescimento científico apresentam uma diversidade de programas com diferentes focos populacionais, práticas de meditação, exercícios, ensinamentos e duração. Além disso, este progresso também permitiu a detecção de efeitos adversos, dificuldades na avaliação, juntamente com oportunidades de melhoria que permitem um maior desenvolvimento do conhecimento. O objetivo deste artigo é fornecer uma estrutura conceitual das principais descobertas da década, elementos relevantes para avaliação, disseminação e tomada de decisão, e oportunidades para construir um corpo de conhecimento e aplicação culturalmente relevante e sensível na América Latina.

Palavras chaves: atenção total; compaixão; atenção plena; meditação

Abstract

Mindfulness has spread in recent years in different fields, including health, education and organizations. Also in response to instrumentalization, the dimension of compassion has been explicitly incorporated. This increase has presented a development of the body of knowledge including its definition, measurement and the effect of programs based on mindfulness or compassion at the physical, psychological, social and neurobiological levels. The rich history and scientific growth presents a diversity of programs focusing on different populations, meditation practices, exercises, teachings and duration. Also, this progress has allowed the detection of adverse effects, difficulties in the evaluation along with opportunities for improvement to continue the development of knowledge. The purpose of this article is to orient a conceptual framework of the main findings of the decade, to guide relevant elements for evaluation, dissemination and decision making, along with opportunities to build in Latin America a body of knowledge and application with cultural relevance and sensitivity.

Keywords: mindfulness; compassion; meditation

Introducción y propósito

La *atención plena* o *mindfulness* se ha extendido en las últimas décadas en Chile, incluyendo medios masivos, redes sociales como también su investigación científica. Hay focos emergentes de esta práctica en distintos países en Latinoamérica, permeando en los “modos de estar” en el mundo con diferentes alcances y penetrancias. Habitualmente *atención plena* se define como “la capacidad de llevar la atención a la experiencia del momento presente de forma no crítica, con curiosidad, apertura y aceptación” (Kabat-Zinn en Van Dam et al., 2018). Diversos programas incorporan ejercicios, prácticas y meditaciones que permiten el cultivo de la atención plena, los cuales han mostrado sus efectos positivos para diferentes condiciones de salud y para la población general (Goldberg et al., 2022).

De todas formas, la diversidad en la conceptualización, programas existentes y foco en diferentes poblaciones puede dificultar la comprensión y referencia cuando se discute sobre atención plena. Más aún, las críticas que se han realizado respecto a la instrumentalización han llevado a incorporar nuevos conceptos, pero que en realidad son tradicionales, como la *compasión*, generando nuevos programas y complejizando el mapa actual de investigación e implementación.

Para facilitar el acceso y desarrollo de la investigación sobre este enfoque en Latinoamérica, el presente escrito es una primera parte, o introducción general, que tiene como objetivo presentar una conceptualización general de la práctica de la atención plena y compasión, su definición, programas, beneficios, limitaciones y riesgo. Además, se proponen formas de medición psicométrica y mecanismos de acción. En artículos futuros (Villalón, en proceso de edición, 2023) se evaluarán las principales críticas al enfoque y se propondrá el intercuidado como una visión de la práctica de atención plena en su desarrollo latinoamericano.

Desarrollo

Definiendo mindfulness y compasión

Mindfulness o *atención plena* en castellano es un término poli-semántico utilizado para caracterizar sus diferentes prácticas, rasgos, procesos, estados y programas (Van Dam et al., 2018). El término deriva del idioma Pali con su palabra *Sati* que tiene varias traducciones como atención, discernimiento, recuerdo, conciencia (*awariness*), aunque no hay una posición unificada al respecto (Davidson en Van Dam et al., 2018). Revisando las raíces del neologismo y el concepto anglosajón *mindfulness*, se encuentra la primera traducción en un comentario sobre el texto *Mahā-Parinibbāna Sutta* de 1881, que hace referencia a la forma de seguir la “vida correcta” (*Samma*) mediante el Óctuple Noble Sendero, donde el séptimo elemento es “*the correct mindfulness, the watchful, active mind*” haciendo referencia a la atención plena adecuada para tomar a la vez conciencia de mente-emoción, cuerpo y conducta (Davids, 1881). Este contexto nos permite comprender que el término

surge de una visión particular de mundo donde *mindfulness* es un componente de estado mental, adosado a una serie de valores, creencias, prácticas y ética.

Actualmente se referencia a la atención plena como un estado, rasgo, prácticas o programas. Una definición habitual del término *mindfulness o atención plena* como un estado es propuesta por J. Kabat Zinn (En Van Dam et al., 2018) como "*la capacidad de llevar la atención a la experiencia del momento presente de forma no crítica, con curiosidad, apertura y aceptación*", aunque, incluso para dicho autor a lo largo del tiempo, el término es más amplio en concepto y práctica (Van Dam et al., 2018). Otra definición operacional habitual de dicho estado es: "*autorregulación de la atención, que implica la atención sostenida, el cambio de atención y la inhibición del procesamiento elaborativo*" (Bishop, 2004).

En relación a la prácticas, estas incluyen meditaciones con algunos de los rasgos definitorios de atención plena, como la excitación, entendido como estimulación (*arousal*), el esfuerzo y las características de la atención, como la orientación, la dinámica espacial/temporal, el objeto y la apertura (Van Dam et al., 2018). También, de forma habitual, se puede observar que diferentes tipos de programas laicos, terapéuticos o con foco espiritual incluyen el concepto de estado o prácticas de *atención plena*. Estos programas pueden variar en duración, tipo de prácticas meditativas, ejercicios narrativos, indagación, enfoque en puntos de aprendizaje, integración con otros conceptos, formas de impartirlos, orientación a grupos específicos, entre otros aspectos a considerar. Tales diferencias de definición y comprensión sobre atención plena tienen consecuencias en su medición, evaluación de efectividad, aplicación clínica, cobertura de seguridad social, creación de políticas públicas, así como en el diseño de currículos para la formación de facilitadores y la comprensión de las habilidades mínimas necesarias para su implementación (Ver tabla 1).

Dentro de las críticas sobre la secularización o instrumentalización de la atención plena, varios autores han ampliado e incorporado elementos basados en la tradición. Por ejemplo, el segundo elemento del Óctuple Noble Sendero hace referencia al "afecto correcto" donde incluye conceptos como generosidad (*Dana*), compasión (*Karuna*), amor bondadoso (*Metta*), alegría empática (*Mudita*) y ecuanimidad (*Upeka*), actitudes que son pasibles y favorables de cultivar para mantener un "vida correcta". En particular, la compasión ha tomado recientemente mayor relevancia en la literatura científica, además de ser central en varias culturas y sistemas milenarios de valores como el cristianismo, budismo, filosofía greco-romana, entre otros. La diversidad de tradiciones vinculadas a la práctica de la compasión también dificulta su definición, por lo que hay autores que incluyen en ella tanto emociones, como sentimientos, pensamientos y conductas. De todas formas, una definición operacional para la compasión es el "*El deseo de aliviar el sufrimiento, propio y de otros*" o bien "*Apertura al sufrimiento, propio y de otros, con el profundo compromiso de intentar aliviarlo*" (Gilbert, 2010).

Se han propuesto modelos sobre compasión, con bases neurocientíficas, formas de entrenamiento y operacionalización psicométrica. Desde el enmarque neurocientífico, la compasión depende de una inferencia social que implica percibir la necesidad de otro, lo cual promueve un componente afectivo con motivación junto con una evaluación emocional con significancia para sí mismo, que finalmente

permite una respuesta afectiva y conductual (Ashar et al., 2016; Lang, 2022). También se ha enfatizado en el entrenamiento o cultivo de la compasión proponiendo la relevancia de la atención plena y autocompasión para desarrollar resiliencia, junto con el apego a la ecuanimidad, afecto y empatía. Ello, para abrirse al sufrimiento de otras personas sin presentar fatiga empática o un excesivo distrés empático, lo cual debería culminaría en una efectiva acción compasiva (Gonzalez-Hernandez et al., 2019). Finalmente, se ha ampliado la conceptualización de autocompasión, incluyendo la capacidad de atención plena al sufrimiento, amabilidad consigo mismo y reconocer la humanidad compartida, a contraposición de la sobre-identificación, autocrítica y aislamiento. De este modelo surge la escala de autocompasión validada en Latinoamérica (Villalón et al., In press).

Intervenciones basadas en atención plena y compasión

Basada en su conceptualización y práctica, en la literatura se identifican diversas intervenciones en relación con atención plena, por lo que se ha planteado distinguir en 1) programas que se centran en atención plena, o de primera generación, 2) programas donde atención plena es un elemento secundario, o segunda generación y 3) de orientación terapéutica como las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. En cualquier caso, es importante considerar los factores que caracterizan a cada intervención, como la formación del instructor, la estructura del programa, duración, enfoque de aprendizaje y la selección de dichas prácticas, circunstancias que dificultan una clasificación categórica (Van Dam et al., 2018).

Los programas de primera generación tienen como elemento principal el cultivo o prácticas de atención plena. Aunque surgen de la ancestral tradición budista, hoy en día se han desarrollado programas seculares que estructuran una serie de prácticas de meditación, ejercicios de atención en la vida cotidiana, ejercicios narrativos y reflexivos o indagación grupal que permiten el cultivo de atención plena. Entre los programas habituales, se destaca el de “reducción del estrés basado en la atención plena” (REBAP o MBSR, por sus siglas en inglés). El programa estándar tiene una duración de 8 semanas, con sesiones grupales semanales de 1 a 2,5 horas con un instructor y ejercicios diarios en casa por parte del participante. A partir de este programa se han propuesto diversas adaptaciones para diferentes poblaciones como la “Terapia cognitiva basada en mindfulness” (MBCT), “Prevención de recaída basada en mindfulness” (MBRP) o “Entrenamiento de comer consciente basado en mindfulness” (MB-EAT) (García Campayo y Demarzo, 2018). Para la etapa de la infancia, se han adaptado programas para escuelas como los programas *Inner Kids*, *Inner resilience*, *Learning to Breathe* y el Programa *Mindfulness in Schools* (García Campayo y Demarzo, 2018). También, considerando que el tiempo disponible para la práctica y el compromiso necesario pueden ser una barrera, se han planteado versiones abreviadas, aunque no hay una definición estricta pudiendo extenderse los programas por menos de 4-8 horas o menos de 2-4 semanas (Howarth et al., 2019).

Dentro de las intervenciones de primera generación también se han desarrollado líneas de intervenciones con una definida orientación terapéutica que integran un componente de atención plena, como la “Terapia de aceptación y compromiso” (ACT), la “Terapia dialéctica conductual” (DBT) y la “Terapia

centrada en la compasión” (CFT) (García Campayo y Demarzo, 2018). Cada una de estas tiene su propio cuerpo teórico y desarrollo integrando prácticas y conceptos de atención plena, cuyos detalles exceden los alcances de presente artículo.

Respecto a las críticas a los programas de primera generación, ellas apuntan al desarraigo ético y la instrumentalización de la práctica, considerando que en el contexto donde emerge la atención plena se incluye un componente ético. Por este motivo se ha propuesto la distinción con intervenciones de segunda generación que incluyen i) ser abiertamente psicoespirituales o de naturaleza espiritual, ii) emplear una mayor variedad de técnicas meditativas (normalmente secularizadas), iii) presentar la ética como un componente clave del programa enseñado, y iv) incentivar y utilizar programas de formación de instructores que normalmente requiere varios años de práctica supervisada (Van Gordon y Shonin, 2020). En este grupo se incluyen intervenciones con diferente duración, entre 4 y 12 semanas, como el “Entrenamiento en compasión basado en la cognición” (CBCT), el “Entrenamiento en cultivo de la compasión” (CCT), la “Terapia de compasión basada en el apego” (ABCT) (García Campayo y Demarzo, 2018) y el “Programa de intercuidado basada en atención plena” en Latinoamérica (IBAP).

Tabla N° 1: Criterios de evaluación de programas basados en atención plena o compasión

| Criterio | Comentario | Ejemplos |
|------------------------------|---|---|
| Definición | Identificar la definición utilizada en el marco del estudio o programa, distinguiendo la definición de estado o de prácticas que cultivan atención plena o compasión | Estado Rasgo Prácticas Otros |
| Programa | Identificar el tipo de programa implementado, si se adhiere a un protocolo estandarizado o no. En caso de que no se adhiere o está adaptado explicitar diferencias | MBSR MBCT ACT DBT CBCT IBAP Otros |
| Población | Definir la población a la cuál fue aplicado el programa ya sea clínico o no clínico, y especificar condición o lugar. También especificar la experiencia previa de meditación de participantes. | Clínico: Recaída de Depresión en 3 o más cuadros Dolor crónico Dolor crónico asociado a cáncer No-clínico: Ansiedad Tabaquismo Esquizofrenia Otros Niños/as en escuelas/colegios Trabajadores de la salud Trabajadores de oficina Otros |
| Características del programa | Definir características del programa incluyendo la frecuencia distribución temporal y duración general y específica | Duración de sesión Frecuencia temporal Duración total Tipo prácticas incorporadas Ejercicios Tareas en casa Audios utilizados |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Forma de entrega | Determinar la forma de entrega del programa al momento de implementarlo | Asincrónico/asincrónico Presencial/lugar Remoto Facilitador/a Grupal/individual Materiales utilizados Formas de contacto y recordatorios Adherencia al protocolo específico de estudio |
| Formación facilitador/a | En caso de utilizar facilitador/a es importante caracterizar el nivel de formación y experiencia para poder replicar los resultados | Tipo de formación específica Tiempo de formación Tiempo de capacitación de programa específico Experiencia como facilitador Tiempo de práctica personal Retiros asistidos Profesión |
| Mediciones | Tipo de resultados y mediciones utilizados específica para el grupo como de control de la intervención ya sea utilizando escalas de mindfulness y/o compasión | Generales de intervención: FFMQ-15 SCS-12 Efectos adversos Adherencia Específicas de grupo: Nivel de burnout/agotamiento Nivel de síntomas de depresión Encuesta de hábitos alimenticios |

Tabla N°1: Elementos a considerar tanto en el desarrollo de investigación, revisiones como en la toma de decisiones de políticas públicas sobre intervenciones basadas en mindfulness o compasión. MBSR = Reducción del estrés basado en la atención plena, MBCT = Terapia cognitiva basada en mindfulness, MBRP = Prevención de recaída basada en mindfulness, MB-EAT = Entrenamiento de comer consciente basado en mindfulness, ACT = terapia de aceptación y compromiso, DBT = terapia dialéctica conductual, CFT = terapia centrada en la compasión, CBCT = entrenamiento en compasión basado en la cognición, CCT = entrenamiento en cultivo de la compasión, ABCT = terapia de compasión basada en el apego, IBAP = programa de inter cuidado basada en atención plena, FFMQ-15 = Cuestionario de Cinco facetas de Atención Plena versión breve, SCS-12 = Escala de autocompasión breve

Procesos involucrados en su accionar

La diversidad de prácticas, junto con el componente social y ético de los programas dificultan la comprensión de los mecanismos de acción que permiten el cambio o beneficios deseados. Principalmente los estudios se han centrado en los cambios conductuales producidos por ciertas prácticas meditativas o de programas estructurados determinando variables psicométricas o neurofisiológicas. Por ejemplo, se ha reconocido que la práctica aumenta el control de la atención, la regulación emocional, la conciencia corporal e interoceptiva, así como la disminución del procesamiento autorreferencial (Cebolla et al., 2017). Estos hallazgos psicométricos se asocian a modificaciones en la función y estructura cerebrales. Así, en relación con la atención, se describe un aumento de la activación del córtex prefrontal dorsolateral. También, en relación a la regulación emocional, se describe un aumento de la actividad de la corteza cingulada anterior o una disminución de la actividad amigdalara en relación a las imágenes emocionales (Tang et al., 2015). Además, se describen cambios estructurales como un aumento del volumen de materia gris en el núcleo caudado izquierdo, o un aumento de la corteza cingulada anterior y la ínsula, junto con evidencias de neuroplasticidad de la red fronto-límbica y red neuronal por defecto, esta última alude a una parte importante de la actividad global (entre el 60 y el 80 por ciento de toda la energía que utiliza el cerebro) que se despliega en circuitos sin relación alguna con

acontecimientos externos por ello también llamada “energía oscura del cerebro” (Hölzel en Tang et al., 2015)

En relación con la compasión se ha propuesto que estructuras corticales como corteza prefrontal dorso-medial, corteza cingulada posterior y unión temporo-parietal podrían estar involucradas sobre la inferencia social o mentalización respecto a un otro que sufre. También la corteza insular ventral medio-anterior, corteza cingulada dorsal anterior y conexión con la amígdala estaría involucrada con el sentimiento afectivo y la red de neuronas espejo para la respuesta afectiva. Finalmente para el sentido emocional de la compasión, la corteza prefrontal ventromedial podría estar relacionada para la representación conceptual de información que derivan en conductas (Ashar et al., 2016).

Escalas y medición

Para la medición del constructo de atención plena y autocompasión se han propuestos diversas escalas, con diferentes enfoques conceptuales, constructos y su respectiva validación psicométrica. De todas forma, en los últimos años se ha propuesto una integración de las diversas escalas de atención plena dando como resultado el instrumento denominado (FFMQ) ,“*Five Facets of Mindfulness Questionnaire*”, que se encuentra validado en Latinoamérica incluso en su versión abreviada de 15 ítems (Villalon et al., In Press). Esta escala, presenta cinco dimensiones de medidas del constructo atención plena que incluye la capacidad de 1) Observar las experiencias internas y externas, 2) describir la experiencia, 3) Actuar con atención al momento, 4) No-Juicio o no evaluación de la experiencia y 5) No-reactividad a la experiencia. De estas dimensiones se propone que observar y no-reactividad son disposicionales, con menor tendencia al cambio tras una intervención, en comparación con las otras tres que corresponden a dimensiones cultivables o modificables (Duan en García Campayo y Demarzo, 2018).

Por otro lado, la escala más utilizada sobre autocompasión es la que incluye seis dimensiones contrapuestas: 1) Bondad hacia uno mismo o 2) Juicio hacia uno mismo. 3) Humanidad común que implica reconocer la experiencia humana compartida, entendiendo que todos los humanos fracasan, cometen errores y llevan vidas imperfectas, o 4) Aislamiento referido al sentimiento egocéntrico, 5) Atención plena o ser consciente del propio sufrimiento, o 6) Sobre-identificación o inmersión en la reacción emocional subjetiva sobre aspectos negativos. Esta escala se encuentra validada en una versión abreviada para Latinoamérica (Villalón et al., In press).

Efectos y costo-efectividad

La extensión de las intervenciones en el enfoque de atención plena se han basado en la amplia evidencia de su efectividad en diversas poblaciones y lugares de pacientes con diferentes condiciones físicas , clínicas y psiquiátricas (Goldberg et al., 2022). También se han aplicado de forma amplia ya sea para prevenir o para cultivar bienestar sobre poblaciones ambulatorias, como niños, adultos, ancianos, trabajadores en general , efectores de la salud y estudiantes (Zhang et al., 2021).

Los estudios se centran especialmente en el estrés o la calidad de vida relacionados con diferentes enfermedades, por ejemplo, dolor crónico o diferentes tipos cáncer (Zhang et al., 2021). También, mostrando diferentes resultados relacionados con la depresión recurrente, los hábitos alimentarios, las condiciones relacionadas con el peso, la ansiedad, el abuso de sustancias tóxicas y drogas, el tabaquismo, esquizofrenia y trastornos psicóticos (Goldberg et al., 2022). Cabe destacar que la evidencia principal disponible está en relación con programas estructurados en duración de 8 semanas con un facilitador entrenado enfocado hacia una población específica. Por lo tanto, para cada condición, es relevante preguntarse cuál es el programa indicado y que duración debe tener. En la tabla 2 se exponen las valoraciones cuantitativas de efecto para diferentes condiciones e indicadores de los programas principales. Es relevante para la toma de decisiones de salud pública, el análisis de costo/ efectividad que es favorable particularmente para el programa MBCT en prevención de recaída de depresión en personas con tres o más cuadros previos y MBSR, para pacientes con dolor lumbar crónico (Zhang et al., 2022). En relación a programas basados en compasión, también se han comunicado beneficios psicológicos, como ser disminución de síntomas de ansiedad o depresión, aunque no hay estudios de costo/-beneficio al respecto (Ferrari et al., 2019).

Tabla N° 2: Valoraciones cuantitativas de efecto para diferentes condiciones e indicadores de los programas principales

| Condición | Medición | Tipo de control | Tamaño de Efecto |
|-------------------------------------|-------------|-----------------|------------------|
| Distrés en cáncer | Post | Pasivo | 0.40 |
| Distrés en dolor | Post | Pasivo | 0.45 |
| Peso/alimentación | Post | Pasivo | 0.79 |
| Psicosis | Post | Pasivo | 0.50 |
| Ansiedad | Post | Pasivo | 0.89 |
| Depresión | Post | Activo* | 0.54 |
| Recaída de depresión al seguimiento | Seguimiento | Pasivo | 0.65 |
| Consumo de sustancias | Post | Pasivo | 0.35 |
| Hábito tabáquico | Post | Activo* | 0.40 |

Tabla N° 2: Tamaños de efecto para programas basados en atención plena de primera generación para diversas condiciones, con mediciones posterior al término de la intervención (post) y de seguimiento (Seguimiento) en relación con distintos tipos de grupo control basado en Goldberg et al., 2022. Grupos de control activos se indican con *. Se consideran los puntos de corte propuesto por Cohen de 0.3-0.5 = pequeño. 0.5-0.7=moderado y mayor a 0.7 = grande.

Recientemente ha tomado mayor relevancia la medición de los efectos adversos de estos enfoques dado el aumento de la práctica generalizada (más aún, vulgarizada) en la población. Se destaca que los efectos adversos breves durante la práctica pueden alcanzar un 60-87% y los prolongados entre un 6-14% de las personas, siendo lo más frecuente disfunción ejecutiva de pensamientos, emoción o acciones, aunque no se reportan efectos severos o con impedimento ocupacional. Otros efectos adversos posibles son desrealización, insomnio o ansiedad. El impacto de estos es similar a las tasas producidas por psicoterapia, y puede encontrarse una explicación en el contexto que la práctica aumenta la conciencia hacia estados internos o autopercepciones , aunque se requieren estudios aleatorizados (Britton et al., 2021).

¿Cómo se practica?

Un camino posible para la práctica de atención plena y compasión es mediante los programas grupales seculares presentados anteriormente, compuestos por una serie de práctica de meditación, ejercicio reflexivos, narrativos o escritos, e indagación de parte del facilitador.

Los programas habituales utilizan una serie de diferentes prácticas y, dependiendo del modelo, centrada en diferentes tipos de meditaciones (Dahl en García Campayo y Demarzo, 2018). La meditación hace referencia a la raíz tibetana *Gom*, o del sánscrito *Bhavana*, que significa familiarizarse o cultivar (Farias et al., 2021) y se ha propuesto una clasificación con tres grandes familias de meditaciones: 1) *Atencionales*: centradas en entrenar procesos relacionados con la regulación de la atención tanto focales como de atención abierta. 2) *Constructivas*: permiten fortalecer patrones psicológicos, concepciones más adaptativas de sí mismo o reestructurar prioridades, valores éticos y sentido en la vida. También permite cultivar estados que promuevan las relaciones interpersonales, por ejemplo, mediante la compasión. 3) *Deconstructivas*: implementan la auto indagación para comprender los procesos de percepción, emoción o cognición, junto con deshacer los patrones cognitivos mal adaptativos.

En los programas clásicos MBSR o MBCT, se utilizan principalmente prácticas atencionales (Ej. Meditación sedente o meditación abierta) y deconstructivas (Ej. Meditación de exploración corporal o sonidos). Los programas de segunda generación incorporan con mayor énfasis prácticas constructivas (Ej. Meditación *Metta* o *Karuna*). Dependiendo del tipo de práctica se puede cultivar el estado de atención plena y en otras la compasión, pero no toda meditación permite el cultivo de atención plena ni es la única forma de cultivarla en el día a día. Por ejemplo, también se puede presentar la misma calidad de atención a actividades cotidianas como regar el jardín, lavarse los dientes o comer. Por este motivo, los programas también plantean ejercicio de atención plena a actividades cotidianas o atención a experiencias agradables o desagradables, que permiten la auto-indagación como por ejemplo, mediante la escritura de diarios. Finalmente, durante los programas se utiliza el método de indagación entre participantes y facilitadores para explorar la experiencia y dirigir el foco a nuevamente a la auto-indagación de la percepción, emoción y cognición (Crane et al., 2013).

Conclusiones

El marco presentado de atención plena y compasión permiten ampliar la perspectiva a la diversidad y complejidad de su práctica y teoría, particularmente identificando la diversidad de definiciones, programas de intervención, mecanismos de acción, formas de medición, costo/beneficios para diferentes poblaciones, lugares y formas de implementación práctica. Al momento de desarrollar investigaciones o toma de decisiones en salud pública, es relevante considerar todos estos factores para su correcta elección, difusión y comprensión (tabla 2). Finalmente es necesario un análisis crítico de los programas actuales para continuar el ajuste y adaptación para

su adecuada implementación sobre todo en Latinoamérica, aspectos que se revisarán en futuros artículos.

Bibliografía

- Ashar, Y. K., Andrews-Hanna, J. R., Dimidjian, S., y Wager, T. D. (2016). Toward a Neuroscience of Compassion en J. D. Greene, I. Morrison, y M. E. P. Seligman (Eds.), *Positive Neuroscience* (pp. 125-142). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199977925.003.0009>
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., y Palitsky, R. (2021). Defining and Measuring Meditation-Related Adverse Effects in Mindfulness-Based Programs. *Clinical Psychological Science*, 216770262199634. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340>
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R., Feliu-Soler, A., y Garcia-Campayo, J. (2017). How Does Mindfulness Work? Exploring a Theoretical Model Using Samples of Meditators and Non-meditators. *Mindfulness*, 9. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., Evans, A., Silverton, S., Soulsby, J. G., y Surawy, C. (2013). Development and Validation of the Mindfulness-Based Interventions – Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC). *Assessment*, 20(6), 681-688. <https://doi.org/10.1177/1073191113490790>
- Davids, T. W. R. (1881). *Buddhist suttas*. Clarendon Press. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=hvd.ah6594&view=lup&seq=6>
- Farias, M., Brazier, D., y Lalljee, M. (2021). *The Oxford Handbook of Meditation*. Oxford University Press.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., y Einstein, D. A. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455-1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- García Campayo, J., y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?* (1ª ed). Editorial Kairós SA.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features* (1ª ed). Routledge.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., y Davidson, R. J. (2022). The Empirical Status of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review of 44 Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108-130. <https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
- Gonzalez-Hernandez, E., Harrison, T., y Fernández-Carriba, S. (2019). *A Program of Cognitively-Based Compassion Training*.
- Howarth, A., Smith, J. G., Perkins-Porras, L., y Ussher, M. (2019). Effects of Brief Mindfulness-Based Interventions on Health-Related Outcomes: A Systematic Review. *Mindfulness*, 10(10), 1957-1968. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01163-1>
- Lang, P. (2022). Empatía, intuición y cognición en el proceso terapéutico de adultos mayores. *Pinelatinoamericana*, 2(3), 194-202. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/39248>
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., y Meyer, D. E.

(2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36-61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>

Van Gordon, W. y Shonin, E. (2020). Second-Generation Mindfulness-Based Interventions: Toward More Authentic Mindfulness Practice and Teaching. *Mindfulness*, 11(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01252-1>

Villalón, F., Escaffi, M. y Correa, M. E. (In press). Validación de la escala Self Compassion Scale Short Form en profesionales y estudiantes de medicina en Chile. *Revista médica de Chile*.

Villalón, F., Mundt, A. y Escaffi, M. (In Press). Validación de la escala Five Facets of Mindfulness Short Form en estudiantes y profesionales de medicina en Chile. *Revista médica de Chile*.

Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., y Wong, S. Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: An overall review. *British Medical Bulletin*, 1dab005. <https://doi.org/10.1093/bmb/1dab005>

Zhang, L., Lopes, S., Lavelle, T., Jones, K. O., Chen, L., Jindal, M., Zinzow, H., y Shi, L. (2022). Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review. *Mindfulness*, 13(10), 2359-2378. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01960-1>

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad de este trabajo es exclusivamente del autor.

Conflicto de interés:

Ninguno

Fuentes de apoyo:

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad del trabajo:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio en forma completa o parcial.

Cesión de derechos:

El autor de este trabajo cede el derecho de autor a la revista *Pinelatinoamericana*.

Contribución de los autores:

El autor se hace públicamente responsable del contenido del presente y aprueba su versión final.