

MINDFULNESS (PRESENCIA REFLEXIVA Y ATENTA)

Miguel A. Vallejo Pareja

Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid (España)

Resumen

El mindfulness puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico busca, ante todo, que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos. El control sobre sucesos incontrollables, sujetos a procesamiento automático, requiere de la mera experimentación y exposición natural con la menor interferencia posible. Aunque el mindfulness ha adquirido una cierta notoriedad, sobre todo en USA, de mano de los valores orientales, refiere a algunos aspectos ya conocidos en psicología: la exposición, la autorregulación basadas en las técnicas de biofeedback o en el uso de la hipnosis donde hay un dejar que los fenómenos perceptivos y sensoriales se muestren como ellos son. Su principal utilidad, más allá de las técnicas concretas que ofrezca, tal vez sea el contrastar con una psicología que propugna el control, el bienestar, la eliminación del estrés, la ansiedad, etc., etc., mediante procedimientos que a falta de esa experimentación natural pueden contribuir a perpetuarlos.

PALABRAS CLAVE: *Mindfulness, presencia reflexiva y atenta, nuevas terapias, control de las experiencias.*

Abstract

The mindfulness could be understood as consciousness encompasses both attention and awareness; it is paying reflexive attention to the present moment. It is an intentional way, with a purpose but no judgmentally and none interfering the sensations and perceptions of experience moment to moment. As a therapeutic procedure find the acceptation in his owner manner of the emotional experiences and any other nonverbal processes, so these experiences must be living it not to avoid o to control. The control of uncontrolled experiences, automatic control

processes, required his own experimentation and the natural exposure to this success with no interferences. The mindfulness is well known in USA in relationship with the oriental values of meditation, but referred to some aspects known in psychology: exposure, self-regulation in biofeedback training or in the use of hypnosis where there are a way to leave the sensorial and perceptive experiences as their own. The principal utility of mindfulness is his interest to claim against control and refuse of emotional negative material. The wide psychological discourse fighting against stress, anxiety, etc., required the contrast offered by mindfulness, without the natural experimentation of these emotions the clinical problems could be perpetuated.

KEY WORDS: *Mindfulness, new therapies, control of experiences.*

Introducción

La atención plena es una de las posibles acepciones del término inglés *Mindfulness*, conocido en la bibliografía anglosajona. Dicho término no tiene una palabra correspondiente en español. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia reflexiva y atenta. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. A lo largo de estas líneas se utilizará frecuentemente el término *mindfulness* para referirse de forma más completa a los diversos elementos que han venido siendo incluidos en él. La atención plena viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto.

Uno de los referentes más claros del *mindfulness* es la meditación. Concretamente la meditación budista Zen, la Vipassana una meditación practicada por los budistas Theravadin. Más allá del tipo concreto de meditación, la meditación en sí ha estado ligada al desarrollo de las técnicas de control fisiológico: la relajación y el biofeedback. La meditación transcendental ha sido un procedimiento clásico (Becker y Shapiro, 1981, Puente, 1981, Throll, 1982) comparado en varios estudios con diversos tipos de relajación. La obtención de la respuesta de relajación, imprescindible en los procedimientos de control emocional, desde la desensibilización sistemática al afrontamiento del estrés o el tratamiento de diversos trastornos psicofisiológicos, ha estado asociada a diversos tipos de relajación, la meditación transcendental y el yoga, principalmente.

En consecuencia, la atención plena tiene unas connotaciones psicológicas evidentes, aunque trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido más amplio un sentido de vida, una filosofía de la vida y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos. El *mindfulness* no puede ser entendido de forma genérica sino que siempre es referido a un momento temporal concreto (presente).

Para terminar por acotar, si quiera de forma preliminar, el concepto hay que añadir que esa atención, conciencia y reflexión es de carácter no valorativo. Es una experiencia meramente contemplativa, se trata de observar sin valorar, aceptando

la experiencia tal y como se da. Es una observación abierta e ingenua, ausente de crítica y valencia. Se diría que es una forma de estar en el mundo sin prejuicios: abierto a la experiencia sensorial, atento a ella y sin valorar o rechazar de forma activa y taxativa dicha experiencia.

El fenómeno así descrito es de evidente interés en psicología. Plantea en términos positivos cómo orientar la atención y la actividad, adecuándose de forma abierta a cada situación y señala de forma implícita los problemas que pueden derivarse de no centrarse en el momento presente en las condiciones señaladas. Así, para Linehan (1993), el entrenamiento en *mindfulness* supone instruir al paciente para que observe su cuerpo y lo describa, sin valoración y centrándose en el momento presente.

El *mindfulness* es considerado desde diversas perspectivas como un fin en sí mismo, como una filosofía de vida o modo de conducirse en ella. En esta óptica se considera el *mindfulness* como un tipo de meditación inserta en la cultura oriental y en el budismo en particular (Gremer, 2005), el ideal Zen de vivir el momento presente. Desde un punto de vista psicológico también se ha venido a considerar como un constructo de personalidad. Se pretende medir cuánto *mindfulness* «tiene» una persona y cómo puede afectar esto a diversas dimensiones psicológicas, así como procesos concretos.

Finalmente se considera también como una técnica y como un componente de las terapias desarrolladas en el marco del conductismo radical y contextual: terapia de aceptación y compromiso, terapia de conducta dialéctica o psicoterapia analítica funcional.

Aspectos característicos principales

El *mindfulness* puede entenderse, como se ha señalado más arriba, como una forma de implicarse en las distintas actividades habituales, sean estas problemáticas o no. Se puede considerar, por tanto, como una habilidad que permite no sólo un punto de vista distinto sino que implica también conductas concretas.

Siendo precisos no se puede decir estrictamente que su planteamiento sea novedoso. Veamos, no obstante, sus elementos esenciales y su grado de innovación.

Centrarse en el momento presente. Esta es una característica que ha sido definitoria del análisis funcional de la conducta y en consecuencia de la terapia de conducta. Sin embargo, el centrarse en el momento presente tiene en el *mindfulness* un sentido distinto. Se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. No se centra en un pensamiento para cambiarlo por uno positivo. Se centra en un pensamiento o actividad, la que se proponga, en sí misma, sin ánimo de control sobre ella. ¿Qué utilidad puede tener esto? La de aceptar las experiencias y sensaciones tal y como se dan. Podría decirse que, de modo similar a como operan las técnicas de exposición, se le pide a la persona que permanezca en una determinada situación sintiendo lo que allí suceda. Esta actitud permite que lo que ha de suceder o sentir acontezca de un modo completo. El vivir lo que está

sucediendo en el momento supone dejar que cada experiencia sea vivida en su momento. Se trata de no perder la experiencia presente en su sustitución por lo que tendría que suceder o lo que sucedió y se vivió.

Apertura a la experiencia y los hechos. El centrarse en lo que sucede y se siente en el momento presente permite poner por delante los aspectos emocionales y estímulares frente a la interpretación de ellos. La fuerza del lenguaje, del pensamiento, para tamizar y vestir lo que se ve y lo que se siente, es evidente. Esta influencia es tal que frecuentemente lo verbal sustituye a lo real, homogenizando, uniformando y conformando la experiencia abierta a marcos predefinidos y estereotipados. Esto supone, ante todo, una falsificación de la experiencia y la pérdida de la riqueza que supone la variabilidad de los fenómenos perceptivos y emocionales. La persona que contempla un cuadro sólo es capaz de percibir (sentir) en la medida en que es capaz de mantenerse abierto a las cosas que le sugiere dicho cuadro. Esta observación debe guiarse, en lo principal, por ella misma. Dejando que unas sensaciones lleven a otras de modo natural. Las interferencias verbales (prejuicios), o el «estar en otro sitio», solo contribuyen a adular la experiencia.

Aceptación radical. El elemento esencial del *mindfulness* consiste en la aceptación radical, no valorativa, de la experiencia. Se trata de centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia como tal. Esto tiene un elemento de originalidad frente al proceder habitual en psicología. Lo positivo y negativo, lo perfecto e imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales. Obviamente resulta más grato experimentar algo positivo pero se acepta como igualmente natural la vivencia de lo desagradable. Se trata, como se ha comentado anteriormente, de aceptar las experiencias, y las reacciones a ellas, como naturales, normales. El esfuerzo por no valorarlas y aceptarlas permite no rechazarlas: el malestar, el enfado, la contrariedad no es algo de lo que se haya de huir, sino que forman parte una experiencia humana que es preciso vivir. Esto contradice en gran medida ciertos tipos de mensajes que se transmiten socialmente, e incluso desde el ejercicio profesional de la psicología: el malestar es negativo, debe reducirse la ansiedad, controlar el estrés, reducir los pensamientos negativos, etc.

Elección de las experiencias. Puede pensarse que el *mindfulness* consiste en vivir con atención plena, reflexiva, no valorativa y aceptando lo que acontece de forma un tanto determinista. Esto no es así. Las personas eligen de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse. Los objetivos, proyectos y valores de cada cual determinan sobre qué atender o prestar su tiempo e interés. En suma, el que una situación sea vivida y caracterizada como *mindfulness* no quiere decir que no sea elegida. Sí quiere decir que una vez que una situación es elegida debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé.

Control. La aceptación supone una renuncia al control directo. No se busca que la persona controle sus reacciones, sentimientos o emociones sino que los experi-

mente tal y como se producen. Esto no supone, naturalmente, que los elementos de regulación emocional, fisiológico y comportamental no se produzcan pero sí que no buscan de forma directa. No se trata de reducir (controlar) el malestar, el miedo, la ira o la tristeza, sino de experimentarlos como tal; en todo caso el efecto que pudiera producirse sobre esas emociones será de naturaleza indirecta. Este aspecto contrasta notablemente con los procedimientos psicológicos al uso y que buscan la reducción de la activación, el control de la ansiedad, la eliminación de los pensamientos negativos, etc.

Para recapitular se recogerán algunos de los elementos clave del *mindfulness*, según Germer (2004), estos son: (1) *no conceptual*, esto es prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados; (2) *centrado en el presente*: el *mindfulness* siempre se da en y sobre el momento presente; (3) *no valorativo*, no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otro; (4) *intencional*, siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado; (5) *observación participativa*, no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo; (6) *no verbal*, la experiencia *mindfulness* no tiene un referente verbal sino emocional y sensorial; (7) *exploratorio*, abierto a la experimentación sensorial y perceptiva; y (8) *liberador*, cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

Técnicas para practicar la atención plena

Una vez definidas la singularidades y ventajas del *mindfulness*, ¿cómo buscarlo o aplicarlo en términos prácticos?, ¿resulta positivo que una persona se conduzca todo el día como *mindfulness*? No hay datos empíricos hoy día que permita responder de forma clara a estas preguntas. Más adelante se podrá valorar más concretamente en qué casos es más apropiado insistir en su recomendación. Mientras tanto ¿cómo se consigue el *mindfulness*? En general se ha aplicado un tipo de entrenamiento que permite a las personas practicar en esas habilidades *mindfulness*. El procedimiento más utilizado incluye elementos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación, o ejercicios centrados en sensaciones corporales. Recuerda, en gran medida, al entrenamiento en relajación progresiva, aunque también al entrenamiento autógeno (procedimiento de auto-hipnosis) y a la hipnosis en sí.

Jon Kabat-Zinn (1994) ha desarrollado y puesto en marcha un programa en el que se entrena a las personas en la adquisición de las habilidades relativas al *mindfulness*. Se entiende que, al igual que con la relajación, el entrenamiento y práctica en ellas permite la adquisición de unas habilidades que pueden generalizarse y tiene, posiblemente, sus efectos positivos en el funcionamiento ordinario de la persona.

A modo de ejemplo, y en el caso de la relajación, podría señalarse que cualquiera de los procedimientos utilizados podría ser adecuado, desde la perspectiva

del *mindfulness*, siempre que se modificaran los elementos necesarios. A saber: que la persona no controla, sino observa, sus respuestas fisiológicas; que la persona acepta cualquier cambio, sensación o movimiento, por ejemplo, que se produzca; que hay una implicación activa en la tarea planteada buscando conocer y sentir todo lo que acontezca en ella; que dicho interés activo no supone lucha o control sobre otras actividades competitivas (por ejemplo, si atendiendo a las sensaciones corporales el pensamiento se va a otros asuntos alejados de la tarea, una vez que la persona se da cuenta de la digresión, no se enoja o contraría, sino que acepta dicha digresión y simplemente vuelve a atender a las sensaciones y tareas en que está implicado). En este contexto se puede utilizar el procedimiento denominado como *body scan* (Kabat-Zinn, 2002), que consiste en una mera experimentación en las sensaciones corporales asociadas al repaso activo del cuerpo. Otro procedimiento frecuentemente usado es la respiración. La persona se centra en ella y experimenta libremente todas las sensaciones que sucedan en torno al propio ritmo respiratorio. Insistiendo en todo momento en que no se pretende ni busca ejercer control alguno sobre la actividad corporal. Tampoco se busca la relajación como algo positivo en sí ni como estrategia de afrontamiento, sino como forma de practicar y experimentar el *mindfulness*.

Los procedimientos y ejercicios concretos pueden ser muy diversos. Algunos han sido desarrollados con objetivos específicos como el programa para la prevención de la depresión de Segal, Williams y Teasdale (2002). En dicho texto puede consultarse un programa detallado de ejercicios orientados a la práctica del *mindfulness* durante la mayor parte del día como forma de prevenir las recaídas en la depresión.

Estrategias terapéuticas

Como se ha comentado más arriba se han desarrollado algunos programas de tratamiento que pivotan entorno al *mindfulness* como elemento esencial de la intervención. Resulta de interés considerarlos singularmente porque constituyen una muestra de cómo se estructura una intervención de esas características. Entre ellos se encuentra el *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) program* (Kabat-Zinn, 1990), el *Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)* (Segal et al., 2002), orientado a la prevención de recaídas de la depresión, las estrategias *mindfulness* utilizadas en la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993a y 1993b) y en la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999). A continuación se reparará brevemente alguno de los elementos característicos de estos dos programas específicos de *mindfulness*.

MBSR

El MBSR está orientado al tratamiento del estrés en general en el ámbito de intervención de la medicina conductual (dolor crónico, cáncer, trastornos cardio-

vasculares, etc.). Se trata más de un programa educativo que de intervención clínica que incluye en su formato estándar 8 clases semanales de entre 2 y 3 horas. Además en la 6ª semana incluye una sesión intensiva de un día de duración. Se trata de sesiones o clases en grupos en torno a 30 pacientes que pueden padecer diversos trastornos, como los señalados más arriba. Comienzan con una sesión de evaluación y orientación sobre las características del programa y el compromiso de asistir a las clases y realizar las tareas programadas para casa al menos 45 minutos al día, 6 días por semana. Es un programa esencialmente práctico y experiencial.

Los procedimientos prácticos de experiencia *mindfulness* son diversos e incluyen el *body scan*, ya comentado más arriba, ejercicios de concentración —meditación, consistentes en ofrecer sensaciones concretas para que la persona se centre en ellas de forma abierta: observar las sensaciones al caminar, tratar de escuchar determinados sonidos ambientales, etc., o centrarse en las actividades cotidianas, etc. En el ejercicio práctico de estas actividades se prima su aceptación independientemente de su naturaleza. Así el aburrimiento, la irritación, la incertidumbre, el miedo, etc., deben ser también experimentadas de forma plena, dejando de acontecer de modo natural.

MBCT

El MBCT es similar en al MBSR en el tipo de técnicas utilizadas y en su formato y orientación educativa. Está compuesto por 8 sesiones de 2 horas de duración y no incluye una sesión intensiva de un día como el MBSR. El grupo es más reducido (máximo de 12 personas). El programa comienza con un ejercicio denominado «mini-meditación». Se trata, al igual que en el *body scan*, de experimentar las sensaciones corporales en torno a la respiración: sensaciones y movimientos corporales producidos durante la inspiración y expiración.

La orientación cognitiva del programa estriba en tratar los pensamientos, distorsiones cognitivas, etc., de un modo diferente a como ocurre en los procedimientos convencionales. En lugar de promover el cambio de pensamientos, etc., se crean condiciones en las que el paciente observa cómo los pensamientos y sensaciones son resultado de hechos concretos. Se trata, en suma, de aplicar el modelo ABC, haciendo ver a la persona que las situaciones (A) son las que producen los pensamientos (B) y emociones (C) y que estos (pensamientos y emociones) no tiene entidad en sí. Ser capaz de atender a la ocurrencia de esos pensamientos es fundamental para conferirles su verdadero valor.

Utilidad del *mindfulness*

Las técnicas que buscan que el paciente tenga experiencias *mindfulness* persiguen, ante todo, que la persona se deje llevar por las sensaciones que percibe. Se trata de promover, poner como punto fundamental de referencia, las sensaciones y emociones, dejando que ellas actúen de forma natural. Esto posibilita que la per-

sona deje (permita) que determinadas actividades (emociones, cambios fisiológicos, etc.) que operan de forma autónoma (SNA) se regulen de acuerdo con sus propios sistemas naturales de autorregulación. La falta de información sensorial, activa (uso de técnicas de control, distracción, etc.) o pasiva (no atendiendo de forma intencional a dicha información), impide al organismo la información precisa y necesaria para tengan lugar los modos naturales de aprendizaje. Tomemos como ejemplo la conducta sexual. Masters y Johnson (1970) insistieron en definir como el rol de espectador el comportamiento de quien voluntariamente se aleja (pensando en otra cosa, ocupándose de otros temas, etc.) en una interacción sexual. Suponiendo que al no atender a estímulos que pueden provocar una excitación sexual se puede ejercer un control sobre ella, se obtiene precisamente el efecto contrario: sólo es posible «controlar» la excitación sexual cuando la persona recibe la información sensorial que acontece en esa experiencia. No es posible un aprendizaje sin información ligada a su ejecución. Es más, el aprendizaje será más eficiente cuanto más información se disponga.

El intento por bloquear el malestar, las emociones, el estrés, contraviene y altera, de forma física (fármacos) o psicológica (distracción, reestructuración, etc.) los mecanismos de feedback naturales del organismo que permiten regular. Este aspecto fue un elemento característico en el desarrollo de las técnicas de *biofeedback* y de los modelos de autorregulación que se propusieron para su desarrollo (véase Schwartz, 1977). Puede señalarse, al igual que en el ejemplo antes comentado de la actividad sexual, que el único modo en que los servomecanismos (feedback positivo y negativo) del organismo pueden operar es cuando los canales de información sensorial reciben y transmiten la información relevante de un modo eficiente (véase Corrigan, 2004).

Esto no quiere decir que el uso de los fármacos o técnicas psicológicas como la reestructuración cognitiva, reducción de la activación fisiológica, distracción, etc., no sean adecuadas. Son procedimientos útiles y eficaces en determinados problemas y momentos, sin embargo deben considerarse con cautela. Cuando impiden que la persona experimente de forma real las sensaciones y emociones ligadas a una determinada situación pueden dificultar y agravar en problema en lugar de sortearlo. La racionalización y contextualización de un problema es necesaria pero la experimentación y aceptación de las sensaciones y emociones que nos procura es esencial. Esto es bien conocido en un ámbito especialmente relevante de la intervención psicológica: los trastornos de ansiedad. La exposición a las situaciones evocadoras de ansiedad y la experimentación de sus efectos es un elemento esencial en su tratamiento.

Fundamentos teóricos

El *mindfulness* parece haber surgido en torno al interés occidental por la tradición oriental y concretamente por el budismo Zen. El impulso, desde esta perspectiva, dado por Jon Kabat-Zinn ha venido en gran medida a insistir en este aspecto. La meditación como forma de experimentar y conseguir experiencias *mindfulness*.

Este aspecto no obstante es más de carácter instrumental que básico. La meditación, o el uso de procedimientos cognitivos o fisiológicos (relajación) configuran diversas técnicas o procedimientos para conseguir los efectos perseguidos. Tradicionalmente se ha considerado que para conseguir una respuesta incompatible con la ansiedad se pueden utilizar diversas técnicas de relajación, meditación, el entrenamiento asertivo o la experimentación de situaciones positivas (audición de una música, etc.).

Fijándose más en aspectos básicos y conceptuales el entronque de *mindfulness* como procedimiento terapéutico se encuentra en el desarrollo de las denominadas nuevas terapias conductuales. Este tipo de terapias surgen al considerar el contexto como elemento principal en la explicación e intervención. Hayes (2004) y Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) han venido a denominar como terapias de tercera generación aquellas que incluyen en sus componentes procesos de *mindfulness* y aceptación así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas. Es aquí donde el *mindfulness* entronca con otros procedimientos terapéuticos como, por ejemplo, la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993a, b), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) o la terapia cognitiva centrada en su origen en modelos de procesamiento de la información en relación con la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

La característica esencial de esta denominada tercera generación de la terapia de conducta (la primera se caracterizaría 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 para actuar sobre conductas concretas puede hacerse sobre otras conductas que también tienen esas funciones, aunque no estén implicadas concretamente en el problema objeto de consideración. La experiencia *mindfulness*, en lo que tiene de aceptación de las sensaciones y sucesos como ocurren, supone optar por experimentar conductas funcionalmente distintas de aquellas que pueden estar generando el problema por el que la persona pide ayuda, frente al intento por huir de las experiencias sin tener ocasión de experimentarlas. Una persona preocupada por controlar los imprevistos en el trabajo no tiene porque centrarse sólo en situaciones laborales sino en cualesquiera otras que tengan que ver con su ocurrencia imprevista.

Esta perspectiva amplia y abierta es más comprensiva y adaptativa que la se centra en el control de elementos concretos de forma descontextualizada. Por ello no es sorprendente que este tipo de terapias de tercera generación se hayan mostrado eficaces en problemas más amplios y menos definidos como los trastornos de personalidad (Linehan, 1993a, b). Se busca que la persona sea capaz de observar y

sentir de forma natural (dejándose llevar) su comportamiento (el *mindfulness* como observación) y que al tiempo se comprometa con esa actividad (*mindfulness* como compromiso). El objetivo es estar abierto a la propia actividad, exploración que permita obtener datos para su posterior evaluación. No es incompatible, en absoluto, elegir experiencias, actividades, etc., y al mismo tiempo estar disponibles para experimentar y sentir tal cual las cosas sucedan (Robins, Schmidt, y Linehan, 2004). Nótese que este modo de proceder favorece la flexibilidad y la variabilidad en el comportamiento, característica esencial de su capacidad adaptativa.

La atención plena y la relajación

La relación entre relajación y meditación es un clásico de la terapia de conducta y el lugar del *mindfulness* puede verse, también, desde esa perspectiva. En este sentido cabe decir que la relación ha sido siempre confusa y circular. Se ha considerado que la meditación es un medio para alcanzar la relajación, al mismo tiempo que se ha tomado como criterio de alcanzar un determinado grado de meditación. Se sabe que la meditación es efectiva si logra una buena relajación (distensión muscular generalizada). Cabe suponer que la meditación es algo más que relajación, sin embargo muy pocos esfuerzos se han dirigido a buscar qué elementos específicos y mensurables tienen de añadido a los cambios fisiológicos característicos de la relajación. Así buscando la parsimonia se puede considerar al *mindfulness* como un medio más para obtener una respuesta de relajación, o como algo extra que tiene unos elementos psicológicamente relevantes.

La relajación, por otro lado, es algo más que una respuesta concreta (adaptativa) ante determinado tipo de estímulos. Se trata, como el descanso, de un estado homeostático que implica la puesta en marcha de amplios mecanismos fisiológicos reguladores que tienen diversos efectos: reducción del dolor, aumento de los opiáceos endógenos, y patrones específicos de activación (Fine y Turner, 1982; Turner y Fine, 1983; Greicius, Krasnow, Reis y Menon, 2003). Ligar la relajación a una respuesta ante estímulos concretos a los que la persona atiende es inadecuado. Un estado de relajación puede alcanzarse bien atendiendo a estímulos ordenados, desordenados (estado de inatención) o durante procesos complejos de razonamiento (Raichle, MacLeod, Zinder, Powers, Gusnard y Shulman, 2001). La propia definición de la respuesta de relajación de Benson (1974) incluye la atención pasiva a simples patrones de estímulos (repetición de palabras sin sentido, mirar a un determinado objeto, etc.) y el huir de distracciones. Ninguno de estos dos elementos ha sido convenientemente estudiado en la actualidad (Holmes, 1984, 1988). Si la respuesta de relajación es, por tanto, más compleja de lo que cabría esperar, también lo es la tensión muscular, elemento esencial de ésta que frecuentemente ha sido tomado como su elemento principal. La tensión muscular puede ejercer un papel relacionado con el conocimiento latente, no consciente ni mediado por la musculatura no oral (McGuigan, 1978). Damasio (1994) acuñó el término «marcador somático» para referirse a una actividad somática automática que actúa de señal para que el individuo elija entre alternativas antes de que se lleve a cabo un proceso racional

o consciente. De acuerdo con esto la tensión muscular o el «estrés» puede forzar la decisión entre diversas alternativas antes de su valoración. Esto no sucedería con aquellos problemas que requieren un razonamiento complejo. En estos casos las aferencias sensoriales y motoras no intervendrían (Taub Ellman y Berman, 1966).

En un interesante trabajo que recoge gran parte de los aspectos hasta aquí señalados, Marr (2006) revisa la relación entre relajación y tensión muscular. Según él, la tensión muscular o el «estrés» se convierte en un elemento clave para resolver dilemas. No para tomar decisiones en el sentido del razonamiento que implica, sino para sortear y resolver entre distintas opciones que requieren una decisión inmediata. De este modo la meditación surge como una alternativa. En efecto, evitando todas las opciones posibles, se obtendría un estado de descanso, de inactividad, debido a que no hay alternativas entre las que decidir, ya sea pensando o razonando, ya sea de forma no consciente mediante la musculatura (tensión muscular). Dejando fuera toda la actividad cognitiva problemática, repitiendo una palabra sin sentido se bloquea la necesidad de ser conscientes de los pensamientos y no pensando, lo que necesariamente sigue es un estado de relajación.

Las posibilidades de elección en el mundo actual exponen a las personas a una situación de elección crónica sobre elementos relativamente triviales. Tal vez no se trate de problemas importantes pero generan un continua necesidad de elegir. Ortega denominaba circunstancias a las posibilidades que ya consideraba eran las mayores de la historia en 1937. Hoy, como señala Marr (2006), esas opciones se ven multiplicadas porque las personas apenas tienen limitaciones para llevarlas a cabo de forma continua y casi simultánea: llamadas de teléfono, TV, ordenador, DVD, juegos, libros, etc... y frecuentemente de forma «obligada». La tensión muscular que puede instigar la elección tal vez tenga un sentido más comportamental que fisiológico (ver Barnes-Holmes, 2003), aunque una parte importante de los procesos de autorregulación pueden verse comprometidos de forma crónica y producir diversos trastornos psicofisiológicos. En este contexto es la meditación, el *mindfulness*, un medio a través del cual la relajación llega como una opción derivada de un alejamiento de las muy diversas posibilidades de elección forzada.

Componentes principales de la atención plena

Como se ha venido comentando hasta aquí en el *mindfulness* se dan cita diversos elementos psicológicos conocidos que, posiblemente, configuran y son responsables de sus resultados terapéuticos. A continuación se recogen a modo de resumen:

a) Exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas

Hay un definido intento por observar las emociones, pensamientos, sensaciones corporales como lo que son, no con el objetivo de controlarlos. Así se empeña el paciente en un aprendizaje sobre el control de la atención, sin valoración ni intento

de cambio. En consecuencia se produce una exposición no reforzada a las emociones, pensamientos y sensaciones previamente evitadas. Por otro lado, hay una verdadera exposición interoceptiva (Craske, Barlow y Meadows, 2000). De este modo el *mindfulness* crea un nuevo contexto para el paciente. En él se produce la extinción de las respuestas inadecuadas y permite la adquisición de nuevas respuestas. Esto puede realizarse de modo natural y real, esto es dejando simplemente que el paciente perciba las sensaciones, pensamientos y emociones habituales en su contexto habitual. Este nuevo contexto interno de aprendizaje está siempre disponible y permite nuevas asociaciones desde una óptica marcada por un comportamiento abierto.

b) Regulación emocional

Cuando la persona se dispone a experimentar sus emociones centrándose en ellas tal cual las siente y omitiendo valorarlas, se dan las condiciones para que cambiar su tendencia de respuesta. En efecto, la experimentación atención plena puede cambiar la tendencia de respuesta automática cuando el paciente observa, describe y participa en la experiencia emocional sin implicarse personalmente en ella. Así el significado del suceso puede cambiar de malo a bueno, sin necesidad de reestructura re-enmarcar o modificar la valoración directamente.

c) Reducir la creencia en las reglas

Supone romper la predominancia de la conducta gobernada por reglas, favoreciendo el control mediante contingencias, en relación con los sucesos privados: pensamientos y emociones, principalmente. Cuando se considera que un pensamiento es sólo un pensamiento, sin que eso suponga darlo como verdadero o conferirle otros significados, se está añadiendo libertad para que las contingencias reales operen. Por otro lado, es conocido que cuando en una persona la mayor parte de sus conductas se ven gobernadas mediante reglas la sensibilidad del individuo a las contingencias ambientales reales disminuye (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). En consecuencia, aumentan las posibilidades de que nuevos aprendizajes se establezcan.

d) Control de la atención

El *mindfulness* es, verdaderamente, un procedimiento de control de la atención. Busca que la persona aprenda a centrarse en lo que acontece en el momento presente de un modo amplio. Esto es, sin duda, un elemento positivo al impedir las rumiaciones, el centrarse en los mismos elementos de forma reiterada. Ello supone una economía en los recursos del paciente al evitar que se implique en actividades en el mejor de los casos inútiles y en el peor agravantes de su problema.

Como puede verse la práctica del *mindfulness* da lugar a que se pongan en marcha diversos procesos conocidos en terapia de conducta que tiene efectos terapéuticos positivos, como se ha comentado al inicio de este apartado. Esto sucede, además, de forma indirecta en la mayoría de los casos y mediante procedimientos comportamentales relativamente sencillos. Pedir a una persona que contemple lo que le rodea tratando de observarlo como es tal vez no sea una tarea sencilla, requiere entrenamiento y práctica, como todo ejercicio. Sin embargo, una vez llevado a cabo va a generar efectos emocionales y cognitivos sin que suponga un ejercicio extra para la persona. Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) han tratado de organizar los diversos componentes terapéuticos del *mindfulness* partiendo de lo que consideran los tres elementos esenciales, o axiomas, que le definen: la intención (el propósito voluntario que ha de implicar la experiencia), la atención (la vuelta a contemplar las cosas tal y como son) y la actitud (la forma abierta, sin interpretación, con que se debe atender). De acuerdo con dichos axiomas consideran que el *mindfulness* consta de un elemento fundamental que denominan re-percepción y que incluye cuatro mecanismos principales: la autorregulación, la clarificación de valores, la flexibilidad cognitiva, emocional y comportamental y la exposición.

La re-percepción es considerada un meta-mecanismo que trata, sobre todo, de insistir en que lo que se observa es distinto de quien lo observa. Es un cambio de perspectiva en el sentido de ampliar el campo de referencia más allá de los límites propios de la persona en sí. Esta perspectiva implica una cierta disociación, al tiempo que trata de desactivar los procesos automáticos ligados a la valoración (Safran y Segal, 1990; Deikman, 1982). Más interés tiene, por su concreción, los cuatro mecanismos principales propuestos. El primero se refiere a la autorregulación. Aquí se parte de que la autorregulación se basa en el funcionamiento de bucles de feedback. El modelo de desregulación de Schwartz (1977) es su fundamentación. Este modelo, como se recordará, fue básico para el desarrollo de la medicina conductual y las aplicaciones clínicas de las técnicas de biofeedback. Shapiro y Schwartz (1999, 2000) proponen que cuando intencionalmente se dirige la atención a lo que está sucediendo tal cual, se permite que las conexiones que posibilitan la regulación natural operen los cambios necesarios para asegurar el funcionamiento más saludable del organismo. El huir del malestar, de los síntomas, paliarlo mediante fármacos, drogas o cualesquiera otros procedimientos médicos o psicológicos puede impedir que los sistemas de regulación natural tengan suficiente información como para ejercer su control natural sobre ellos. Se trata de impedir las respuestas automáticas asociadas generalmente a la huida, para permitir que se pongan en marcha procesos de regulación natural en cierto modo automáticos. Los primeros proceden de procesos de aprendizaje de carácter esencialmente verbales, los segundos requieren del aprendizaje mediante contingencias y sólo la apertura y la amplitud pueden permitir que las contingencias sean accesibles.

El resto de los mecanismos señalados abundan en los aspectos recogidos hasta aquí. La clarificación de valores está directamente relacionada con la actitud de apertura que implica el *mindfulness*. Esto es especialmente relevante en la obtención de una mayor flexibilidad conductual, cognitiva y emocional. Sólo si se aumenta la capacidad de recibir de forma abierta suben las posibilidades de

respuesta, aumenta la variabilidad esto es la flexibilidad. Finalmente, la exposición, como se ha comentado reiteradamente, es un ejercicio práctico en que se da lugar a nuevos aprendizajes y se debilitan los aprendizajes inadecuados.

Aplicaciones clínicas

Las aplicaciones clínicas del *mindfulness* han estado ligadas inicialmente a su papel como procedimiento de control fisiológico-emocional. En ese marco cabe considerar el papel que la meditación y la relajación tuvo sobre diversos trastornos psicofisiológicos. Los trabajos de Benson (1975) son paradigmáticos en este ámbito y ligan la relajación, meditación y trastornos cardiovasculares (ver Gremer, 2005).

Jon Kabat-Zinn es, no obstante, quien popularizó e impulsó el uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento para tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicósomáticos. En 1979 creó el Centro Mindfulness en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets para tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. Desde entonces el Centro viene aplicando el *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) program*, ya comentado previamente, a un amplio número de personas. Más de 15.000 pacientes han seguido el programa en ese Centro, además de otros muchos que se han aplicado en otros países. Esta actividad clínica ha supuesto también resultados en diversas investigaciones científicas. En ellas se ha constatado, por ejemplo, la utilidad del programa para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias (Davidson *et al.*, 2003). Lo cierto es que desde la publicación en 1982 del primer trabajo sobre dolor crónico (Kabat-Zin, 1982) han aparecido estudios que muestran su utilidad en trastornos de ansiedad (Kabat-Zin, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher y Pbert, 1992) o en psoriasis (Kabat-Zin, Wheeler, Ligth, Skillings, Scharf y Cropley, 1998), por ejemplo. Una aplicación de este programa ha sido llevada a cabo en España en profesionales de la salud (Martín Asuero, García de la Banda y Benito Oliver, 2005).

Los efectos positivos en el control del estrés y sobre los aspectos emocionales implicados en él, ha sido también contrastados en diversos trabajos. Así el *mindfulness*, obtenido mediante el entrenamiento en respiración, ha permitido reducir el impacto de emociones negativas (Arch y Craske, 2006) y reducir el estrés (Ostafin, Charla, Bowen, Dillworth, Witkiewitz y Marlatt, 2006). Hay, hoy día, datos que apoyan en uso del *mindfulness* en un amplio número de trastornos que incluyen desde los ya conocidos de tratamiento de la depresión o los trastornos de personalidad, a los trastornos alimentarios la ansiedad generalizada, la violencia, los problemas de pareja, etc. (ver Baer, 2006).

Paul Grossman dirige el Instituto de Investigación Mindfulness de la Universidad de Friburgo en Alemania y se centra también en el *mindfulness* como programa de control de estrés. Ha publicado recientemente un meta-análisis (Grossman y cols., 2004) sobre el uso de estos programas, en él se constata que a pesar de que aún el número de estudios es pequeño, los resultados muestran la utilidad del procedimiento tanto en muestras clínicas como en personas normales. Además de los

trabajos recogidos en el meta-análisis cabe añadir otras aportaciones más recientes que muestran la utilidad del programa en cáncer (Galantino, 2003; Tacón, Caldera, y Ronaghan, 2004) y en trasplante de órganos (Gross *et al.*, 2004).

Más allá del uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento de reducción del estrés, el *mindfulness* ha sido integrado en tres procedimientos clínicos de gran interés y que, además, han aportado evidencia empírica de su utilidad. El primero es la terapia de conducta dialéctica. Marsha Linehan (Linehan, 1993) desarrolla un tratamiento basándose en el *mindfulness* y la aceptación para el abordaje de los trastornos de personalidad límite. Los resultados obtenidos le han caracterizado como un tratamiento empíricamente validado (Crits-Christoph, 1998) y permite abordar problemas de la gravedad del suicidio (Williams, Duggan, Crane y Fennell, 2006). El segundo es la terapia cognitiva de la depresión, más concretamente la terapia cognitiva basada en *mindfulness* de la depresión (véase Scherer-Dickson, 2004). Esta fue desarrollada al considerar los elementos implicados en las recaídas en pacientes tratados por depresión (Teasdale *et al.*, 2000; Teasdale, Segal y Williams, 1995) y ha mostrado la utilidad de este acercamiento (Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004; Teasdale *et al.*, 2002 y Kenny y Williams, 2006). El programa detallado de la aplicación está publicado paso a paso (véase Segal *et al.*, 2002). Finalmente, *mindfulness* se haya integrado también en el proceder de la terapia de aceptación y compromiso, ya referida en este trabajo, por lo que viene a formar parte, como se ha comentado, de los procedimientos clínicos de la terapia de conducta de tercera generación.

Otro ámbito de investigación ha sido el referido a la consideración del *mindfulness* como un constructo susceptible de ser operativizado, evaluado y utilizado como criterio para relacionarlo con otras medidas clínicas. Así se ha desarrollado el inventario *mindfulness* de Friburgo (Buchheld, Grossman y Walach, 2002) y que ha sido estudiado en relación con el consumo de tabaco y de alcohol (Leigh, Bown y Marlatt, 2005). También se ha desarrollado una escala para pacientes de cáncer (Carlson y Brown, 2005). Otras escalas que han sido utilizadas para evaluar el *mindfulness* son la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS – Brown y Ryan, 2003), escala Likert de 6 puntos que tiene 15 ítems, y una escala de reciente creación, la Attention-Related Cognitive Errors (ARCES – Cheney, Carriere y Smilek, 2006) de 12 ítems usando una escala Likert de 5 puntos.

Conclusiones

El *mindfulness* plantea un punto de vista complementario con los recursos clínicos convencionales. La atención e implicación activa en el momento presente es congruente con el modo de hacer en la terapia cognitivo conductual. Donde sí puede producirse un cierto contrasentido es en el interés por aceptar las sensaciones y los elementos vividos frente a controlarlos. Esto es especialmente relevante en el caso de las respuestas emocionales así como en el aquellos problemas derivados de disfunciones psicofisiológicas. Resulta especialmente evidente que algunas funciones no están sujetas a control verbal, por ello sólo mediante experimentación

real se puede ejercer un cierto aprendizaje sobre ellas y esto sólo es posible si hay una buena experimentación, una buena observación *mindfulness*.

El intento voluntario por controlar la respiración produce, muy probablemente, disnea. Quien tiene un ataque de pánico o un deseo irrefrenable por fumar y pretende controlarlo voluntariamente probablemente obtenga el efecto contrario. Solo hay una forma de «controlar» esas actividades involuntarias e indeseadas: dejándolas estar, dejando que ocurran, observándolas con la menor interferencia posible, dejando que se autorregulen automáticamente, que realicen su tarea los servomecanismos biológicos responsables de su actividad.

Las posibilidades de integrar esta técnica y este modo de proceder son muchas y aplicables a muy diversos trastornos. Germer, Siegel y Fulton (2005) han editado un libro específicamente dedicado a esto, también Baer (2006) ha recogido los distintos ámbitos en los que el *mindfulness* se ha mostrado eficaz. En él se puede ver cómo actuar y con qué recursos en diversos ámbitos de intervención. Finalmente, recordar que el *mindfulness* como la terapia de conducta dialéctica, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de activación conductual y la psicoterapia funcional analítica, recogen, entre otras, la evolución propia de la terapia de conducta. Ello supone un reconocimiento acumulativo de las aportaciones producidas a lo largo de los años y también de críticas y propuestas nuevas, tal vez no tan nuevas, pero en todo caso renovadas, en la búsqueda de solución a problemas recurrentes que tal vez adoptan distintas formas aunque ejerzan efectos semejantes.

Referencias

- Arch, J. J. y Craske, M. G. (2006) Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy* (en prensa, disponible on-line en www.sciencedirect.com).
- Baer, R.A. (2006) *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications*. Amsterdam: Academic Press.
- Barnes-Holmes, D. (2003) For the radical behaviourist biological events are not biological and public events are not public. *Behavior and Philosophy*, 31, 145-150.
- Becker, D. E. y Shapiro, D. (1981) Physiological responses to clicks during Zen, Yoga, and TM meditation. *Psychophysiology*, 18, 694-699.
- Benson, H. (1975) *The relaxation response*. Nueva York: Morrow.
- Brown, K.W. y 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.
- Buchheld, N., Grossman, P. y Walach, H. (2002) *Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: the development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*.
- Carlson, L.E. y Brown, K.W. (2005) Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- Cheney, J.A., Carriere, J.S.A. y Smilek, D. (2006) Absent-mindedness: lapses of conscious awareness and everyday cognitive failures. *Consciousness and Cognition*, (en prensa, disponible on-line en www.sciencedirect.com).
- Corrigan, F. M. (2004) Psychotherapy as assisted homeostasis: activation of emotional processing mediated by anterior cingulate cortex. *Medical Hypothesis*, 63, 968-973.

- Craske, M. G., Barlow, D. H. y Meadows, E. (2000) *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia* (3ª ed.) San Antonio, TX: Graywind.
- Crtis-Christoph, P. (1998) Psychosocial treatment for personality disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (dirs.), *A guide to treatments that work*. (pp. 544-553). Nueva York: Oxford University Press.
- Damasio, A. (1994) *Descartes error: emotion, reason, and the human brain*. Nueva York: Avon.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D. y Santorelli, S. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deikman, A. J. (1982) *The observing self*. Boston, MA: Beacon Press.
- Fine, T. H. y Turner, J. W. (1982) The effects of brief restricted environmental stimulation therapy in the treatment of essential hypertension. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 567-570.
- Galantino, M.L. (2003) Influence of Yoga, walking and Mindfulness meditation on fatigue and body mass index in women living with breast cancer. *Seminars in Integrative Medicine*, 1, 151-157.
- Germer, C.K. (2005) Mindfulness. What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (dirs.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). Nueva York: Guilford.
- Germer, C.K., Siegel, R.D. y Fulton, P.R. (2005) *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Greicius, M.D., Krasnow, B., Reiss, A.L. y Menon, V. (2003) Functional connectivity in the resting brain: a network analysis of the default mode hypothesis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 253-258.
- Gross, C., Kreitzer, M.J., Russas, V., Treesak, C., Frazier, P.A. y Herts, M.I. (2004) Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20, 20-29.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (dirs.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 1-29). Nueva York: Guilford.
- Hayes, S., Kohlenberg, B. y Melancon, S. (1989) Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S. Hayes (dir.), *Rule-governed behaviour: cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359-385). Nueva York: Plenum.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford.
- Holmes, D.S. (1984) Meditation and somatic arousal reduction. A review of the experimental evidence. *American Psychologist*, 39, 1-10.
- Holmes, D.S. (1988) The influence of meditation versus rest on physiological arousal: a second evaluation. En M. A. West (dir.), *The psychology of meditation*. Oxford: Clarendon Press.
- Kabat-Zinn, J. (1982) An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2002) *Guided mindfulness meditation: Body scan meditation*. (Compact disc recording). Stress Reduction CDs and Tapes. ISBN 1-59179-359-9.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Ligth, T., Skillings, A., Scharf, M. y Cropley, T.G. (1998) Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kenny, M.A. y Williams, J.M.G. (2006) Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy* (en prensa, disponible on-line en www.sciencedirect.com).
- Leigh, J., Bowen, S. y Marlatt, G.A. (2005) Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991) A cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P. y Kivlahan, D.R. (2002) Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R. y Linehan, M.M. (2006) Mechanisms of change in Dialectical Behavior Therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Marr, A.J. (2006) Relaxation and muscular tension: a biobehavioristic explanation. *International Journal of Stress Management*, 13, 131-153.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970) *Human sexuality inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Martín Asuero, A., García de la Banda; G. y Benito Oliver, E. (2005) Reducción de estrés mediante atención plena: la técnica MBSR en la formación de los profesionales de la salud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 557-571.
- McGuigan, F.J. (1978) *Cognitive psychophysiology. Principles of covert behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ortega y Gasset, J. (1937) *La rebelión de las masas*. Madrid: Espasa Calpe.
- 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.
- Puente, A.E. (1981) Psychophysiological investigations on transcendental meditation. *Biofeedback & Self-Regulation*, 6, 327-342.
- Raichle, M.E., MacLeod, A.M., Snyder, A.Z., Powers, W.J., Gusnard, D.A. y Shulman, G.L. (2001) A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98, 676-682.

- Ramel, W., Goldin, P., Carmona, P.E. y McQuaid, J.R. (2004) The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Robins, C.J., Schmidt, H. y Linehan, M.M. (2004) Dialectical Behavior Therapy: synthesizing radical acceptance with skilful means. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (dirs.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 30-44). Nueva York: Guilford.
- Safran, J.D. y Segal, Z.V. (1990) *Interpersonal process in cognitive therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Scherer-Dickson, N. (2004) Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 223-234.
- Schwartz, G.E. (1977) Biofeedback and the self-management of dysregulation disorders. En R.B. Stuart (dir.), *Behavioral self-management, strategies, techniques and outcomes*. Nueva York: Brunner and Mazel.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. y Freedman, B. (2006) Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Shapiro, S.L. y Schwartz, G.E. (1999) Intentional systemic mindfulness: an integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 128-134.
- Shapiro, S.L. y Schwartz, G.E. (2000) The role of intention in self-regulation: toward intentional systemic mindfulness. En M. Boekaerts, P.R. Pintrich y M. Zeidner (dirs.), *Handbook of self-regulation* (pp. 253-273). Nueva York: Academic Press.
- Tacon, A.M., Caldera, Y.M. y Ronaghan, C. (2004) Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families Systems & Health*, 22, 193-203.
- Taub, E., Ellman, S.J. y Berman, A.J. (1966) Deafferentation in monkeys: effect on conditioned grasp responses. *Science*, 151, 593-594.
- Teasdale, J., More, R., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. (2002) Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J., Segal, Z. y Williams, J. (1995) How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M.A. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Throll, D.A. (1982) Transcendental Meditation and progressive relaxation: their physiological effects. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 522-530.
- Turner, J.W. y Fine, T.H. (1983) Effects of relaxation associated with brief restricted environmental stimulation therapy (REST) on plasma cortisol, ACTH, and LH. *Biofeedback and Self-Regulation*, 8, 115-126.
- Williams, J.M.G., Duggan, D.S., Crane, C. y Fennell, M.J.V. (2006) Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62, 201-210.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

