# 1. ¿Qué es el mindfulness?

## 1. ¿Qué es y qué no es el mindfulness? ¿Cuáles son las diferencias entre mindfulness y meditación? ¿Cuáles son los ámbitos de aplicación del mindfulness?

### Origen del mindfulness

Mindfulness es una traducción de la palabra *sati,* que proviene de la lengua pali, y que es uno de los idiomas en los que fueron escritos los discursos del Buda hace unos 2.500 años. *Sati* tiene una traducción compleja, ya que en el budismo es un concepto amplio. Es lo opuesto a funcionar en piloto automático, a «soñar despierto». Significa poner atención en aquello que ocurre en el momento presente (Germer y cols., 2005). Pese a que, habitualmente, mindfulness se traduce como «atención plena», «observación clara» o «conciencia plena», incluye más aspectos. Otra posible traducción del término es «memoria» o «recordar», en el sentido en que, para que un fenómeno sea recordado o «exista» en nuestra mente, es necesario haberlo vivido con atención o con consciencia plena (Boddhi, 2000).

Mindfulness tendría al menos (hay autores que describen hasta cinco) dos significados:

***1. Un estado de la mente:*** define un estado o rasgo de la mente humana que ha sido descrito por todas las religiones y culturas. Dicha cualidad de la mente está presente en todos los individuos en mayor o menor inten-

sidad, y aparece en la población siguiendo una distribución normal, es decir, en forma de campana de Gauss.

Mindfulness no significa meditación, como erróneamente se piensa. De hecho, se pueden alcanzar elevados niveles de mindfulness sin meditar formalmente. Por ejemplo, practicando las actividades diarias con atención plena, es decir, realizando meditación informal, aunque no es lo habitual. También puede desarrollarse mediante técnicas psicoeducativas, como las que se utilizan en el módulo de aceptación radical, uno de los módulos de los que consta la terapia dialéctico conductual. Mientras que, por el contrario, no todos los tipos de meditación se asocian al desarrollo del mindfulness, siendo las prácticas atencionales las que principalmente desarrollan este rasgo (García Campayo y Demarzo, 2015; pág. 18).

***2. La técnica psicológica que permite desarrollar mindfulness:*** el mindfulness es una psicoterapia de tercera generación (véase sección 5 de este capítulo). Aunque algunos de sus términos y técnicas provienen de las tradiciones religiosas orientales y, específicamente, del budismo, el mindfulness es una técnica secular, sin ninguna reminiscencia religiosa o cultural, y posee una sólida base científica. El hito más importante para el desarrollo del mindfulness en Occidente fue la fundación, en 1979, del Center for Mindfulness, en la Universidad de Massachusetts (Estados Unidos), por parte de Jon Kabat-Zinn, donde se desarrolló la técnica de reducción del estrés basada en la atención plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction* [MBSR]), (Kabat-Zinn, 1982). Posteriormente se han desarrollado otras técnicas y protocolos terapéuticos basados en el mindfulness.

## Definiciones del mindfulness

La definición del mindfulness (como estado de la mente) dada por su creador es «conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella» (Kabat-Zinn 1994; pág. 4). Aunque también se utiliza otra descripción suya mucho más sencilla: «Simplemente parar y estar presente, eso es todo» (Kabat-Zinn, 2005).

En un intento de operativizar la definición de Kabat-Zinn, Bishop y sus colaboradores (2010) la definen como un particular foco de atención caracterizado por, al menos, dos características distintas:

- La autorregulación de la atención: permite mantenerse concentrado en la experiencia inmediata del momento presente, facilitando un mayor reconocimiento de los fenómenos corporales, sensoriales, emocionales y mentales. Esto puede considerarse como una habilidad mental o estado que surge exclusivamente cuando el individuo dirige a propósito su atención a la experiencia presente.
- Una orientación abierta hacia la propia experiencia: se caracteriza por la curiosidad, la apertura y la aceptación, lo que implica la capacidad de reconocer la realidad cruda de los fenómenos, libre de nuestros filtros cognitivos. Esta cualidad es una característica de la personalidad que subyace a la tendencia a practicar mindfulness.

Sin embargo, cuando se diseñó la escala Toronto Mindfulness Scale (Lau y cols., 2006) para medir la definición de Bishop, los estudios no confirmaron la existencia de la dimensión «autorregulación de la atención». De hecho, las discrepancias en la definición de mindfulness ha producido el desarrollo de las diferentes escalas para medirlo que veremos en el capítulo 3 de este libro.

Otra de las definiciones más empleadas en psicología es la de Germer (2004): «Darse cuenta de la experiencia presente con apertura y aceptación». En contextos terapéuticos la definición de Baer (2003) es también una referencia: «La observación no enjuiciadora del fluido continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan». Otras dos definiciones muy utilizadas por los expertos, y que están originadas en la tradición budista son:

1. La del monje zen Thich Nhat Hanh, que la define como «mantener viva la propia consciencia focalizada en la realidad presente» (Hanh, 1976).

2. La del monje theravada Walpola Rahula (1965): «Consiste simplemente en observar, contemplar y examinar. Y el papel que asumimos no es el de juez, sino el de científico».

Si se quiere una revisión exhaustiva de todas las definiciones de mindfulness desde la creación del concepto, véanse los artículos de Asensio y sus colaboradores (2017) y de Khoury y sus colaboradores (2017).

El mindfulness científico propone tres funciones básicas:

1. Tomar conciencia de cada objeto del flujo de conciencia.
2. Reconocer los diferentes elementos de la experiencia: sensaciones, pensamientos, emociones e impulso.
3. Investigar los elementos de la propia experiencia y cómo una experiencia da origen a otra.

Las definiciones de mindfulness siempre deben incluir los siguientes aspectos (García Campayo y Demarzo, 2015, pp. 18-20):

1. Capacidad de estar atento: el individuo no está distraído, somnoliento o indolente, sino atento y perfectamente centrado en lo que está viviendo.
2. En el presente: uno puede estar atento en el pasado echándolo de menos (fenómeno que ocurre en la depresión), o centrado en el futuro, temiendo algo que va a ocurrir (lo que sucede en la ansiedad). En el mindfulness, el sujeto está centrado exclusivamente en el fenómeno presente.
3. Intencional: entrar en estado de mindfulness constituye un ejercicio de la voluntad, es intencional, al menos al principio de la práctica. Con el tiempo, el proceso se vuelve natural y se puede estar en ese estado la mayor parte del tiempo.
4. Con aceptación: uno no juzga, critica o está a disgusto con la experiencia presente, sino que la acepta de una forma radical. Aquí, aceptación es diferente de resignación o pasividad, el sentido es de apertura y curiosidad no crítica ante cada experiencia. Cualquier

elemento de no aceptación que exista en la experiencia, hará perder el estado de mindfulness. Esta es la forma más sutil de no estar en mindfulness.

## Perspectiva oriental y occidental en la investigación científica del mindfulness

La investigación científica se ha focalizado en dos conceptualizaciones del mindfulness originadas desde diferentes perspectivas:

- ***Oriental:*** es la definición original de Kabat-Zinn, que deriva de la filosofía oriental y está enraizada en el budismo (Kabat-Zinn, 2006). Los cuestionarios que se han desarrollado sobre el mindfulness y que se usan de forma habitual, miden esta perspectiva, que es la más utilizada.
- ***Occidental:*** desarrollada por Langer (1989), quien la conceptualiza como «un estado en el que uno está abierto a la novedad, alerta a las distinciones, sensible al contexto, consciente de las múltiples perspectivas y orientado al presente». Su propuesta es atractiva para quienes no desean meditar, porque el mindfulness se alcanzaría simplemente prestando atención a lo novedoso, siendo flexible en nuestras evaluaciones y percepciones, y cuestionándose los puntos de vista previos. Una descripción más detallada de las diferencias entre esas dos conceptualizaciones puede encontrarse en Hart y sus colaboradores (2013). El único cuestionario que evalúa esta perspectiva es Langer Mindfulness Scale (LMS) (Pirson y cols., 2012). Es una escala de 14 ítems, que se puntúan entre 1 (en intenso desacuerdo) y 7 (completamente de acuerdo). Los ítems están distribuidos en varias áreas, como búsqueda de novedades, compromiso, etc. Una interesante aproximación a la obra de Langer, a su conceptualización del mindfulness y a la eficacia de sus propuestas, puede encontrarse en Khoury y sus colaboradores (2017).

## ¿Qué no es el mindfulness? (Siegel y cols., 2009; García Campayo y Demarzo, 2015)

***1. No es dejar la mente en blanco:*** no vamos a perder nuestra capacidad analítica. El objetivo del mindfulness es hacerse consciente del proceso del pensamiento y de las emociones, pero no dejar de pensar o sentir.

***2. No es buscar la iluminación o apartarse de la vida:*** esta idea se produce porque la meditación surge en entornos monásticos. Por el contrario, lo que se pretende es llevar el mindfulness a la vida diaria para hacernos más conscientes de los procesos mentales.

***3. No es suprimir las emociones:*** en el mindfulness se regulan las emociones al hacernos conscientes de cómo surgen y al no reaccionar ante ellas, pero no se suprimen. También uno tiene menor tendencia a mantenerlas y rumiarlas, por lo que desaparecen antes.

***4. No es escapar del dolor:*** el mindfulness nos ayuda a no reaccionar impulsivamente y a aceptar el dolor. Nos hacemos conscientes de que el sufrimiento surge cuando protestamos o lo evitamos, en lugar de cuando lo aceptamos momento a momento.

***5. No es autoconciencia en forma de reflexividad enjuiciadora:*** no es una voz interna que de manera continua evalúa nuestros actos, pensamientos y sentimientos, generalmente de forma crítica. Los momentos de mindfulnes*s* son no conceptuales, no verbales, no se enjuicia la experiencia.

***6. No es una práctica egoísta:*** el mindfulness sirve para entender por qué hacemos lo que hacemos y para aumentar nuestra capacidad de empatizar con los demás seres humanos. Así, de una forma natural, las personas que lo practican desarrollan un compromiso social progresivo.

## Diferencias entre mindfulness y meditación

**El mindfulness** es un estado de la mente cuyas características ya hemos descrito. Este estado se desarrolla mediante técnicas psicológicas que

incluyen, principalmente la meditación. Pero existen varios tipos de meditación como luego veremos en la sección 4 de este capítulo. En el mindfulness solo se utilizan las técnicas meditativas atencionales. Los otros tipos de meditación no desarrollan específicamente el mindfulness. Por otra parte, el principal resultado del mindfulness es el desarrollo de la aceptación, una cualidad de la mente que describimos en el capítulo 9, sección 2. Las técnicas psicoeducativas que desarrollan la aceptación, como el módulo de aceptación radical de la terapia dialéctico conductual, también pueden desarrollar la cualidad mental del mindfulness.

La **meditación** es una técnica para el desarrollo psicológico. Como veremos en la sección 4 de este capítulo, existen tres grandes tipos de meditación y cada una desarrolla aspectos específicos de la mente, pero solo las atencionales se asocian a la cualidad del mindfulness. Los otros tipos de meditación desarrollan, principalmente, otras cualidades de la mente. Por ejemplo, a las meditaciones generativas se asocian cualidades como la compasión o las meditaciones deconstructivas desarrollan una nueva forma de conceptualizar el «yo».

## Los distintos ámbitos de aplicación del mindfulness

Se considera que el mindfulness puede ser aplicado en tres contextos diferentes (García Campayo y Demarzo, 2015b):

***1. Contexto clínico:*** la práctica va dirigida a pacientes que presentan un diagnóstico médico o psiquiátrico y que quieren curar o mejorar una enfermedad específica (por ejemplo, depresión, ansiedad, dolor crónico). En estos casos, el mindfulness suele utilizarse siguiendo protocolos terapéuticos y lo administran profesionales sanitarios con experiencia en cada tipo de patología.

***2. Contexto psicoeducativo:*** la práctica va dirigida a la población general. Son personas que no tienen ningún diagnóstico clínico y que buscan mejorar su salud general y su bienestar psicológico (por ejemplo, disminuir rumiaciones, afrontar mejor las situaciones adversas, regular

mejor las emociones). Pueden emplearse protocolos estructurados (aunque no es imprescindible) y pueden dirigir la práctica personas formadas en la terapia, pero no es necesario que sean profesionales sanitarios. En los contextos clínico y psicoeducativo suele aplicarse el mindfulness al contenido de la mente, es decir, a sensaciones, pensamientos, emociones e impulsos.

***3. Contexto espiritual:*** la práctica va dirigida a personas, sanas o no, que persiguen el desarrollo espiritual y la transcendencia. No sigue protocolos estructurados, sino que se adscriben a la norma de alguna tradición religiosa específica, generalmente del entorno budista o hinduista. La deben impartir maestros espirituales o personas con reconocida experiencia en meditación y con unos valores y principios éticos intachables. En este nivel suele trabajarse aplicando el mindfulness no solo al contenido de la mente, sino al propio funcionamiento de la mente.

## 2. ¿Qué son el modo ser y el modo hacer de la mente en el mindfulness? ¿Cuáles son los tipos de felicidad asociados a ambos modos de la mente?

### Concepto

Desde el punto de vista de la neurocognición, el mindfulness puede describirse como un proceso cognitivo complejo, no narrativo, que se ha denominado «modo ser», en contraposición con la forma habitual y caótica en la que funciona nuestra mente en la vida diaria, que se describe como «modo hacer» (Williams, 2010).

El modo hacer se define como un modo de funcionamiento de la mente orientado a la consecución de una meta, en el que se está preocupado en analizar el pasado y el futuro, con lo que el presente tiene una importancia escasa. La mente tiende a divagar continuamente, con un incesante y agotador diálogo interno, en el que se analizan las discrepancias entre cómo son las cosas y cómo nos gustaría que fuesen. Todo lo que nos ocurre es etiquetado y juzgado como bueno/malo o agradable/desa-

gradable, con lo cual nos apegamos a algunas cosas y queremos rechazar otras. Este es el modo habitual de funcionamiento de nuestra mente y escasamente imaginamos que pueda existir alguna otra forma de estar en el mundo.

En el modo *mindful*, también llamado no narrativo o modo ser, el objetivo no es conseguir ninguna meta concreta, no hay nada especial que hacer, ni a donde ir. La realidad no tiene que ser de una forma determinada, porque la apertura, la aceptación y la flexibilidad mental son totales. Por tanto, como no existen expectativas específicas, la mente no analiza las discrepancias de estas con la realidad. El foco cognitivo del modo ser consiste en aceptar y permitir la experiencia de los fenómenos que aparecen en el presente, en nuestra vida rutinaria, sin ejercer ninguna presión para cambiarlos y sin juzgar. Este estado mental tiene que ser alcanzado de forma intencional, al menos inicialmente, ya que es muy diferente al proceso normal de nuestra mente. Con el tiempo y la práctica este estado llega a volverse natural y se automatiza. Este modo está más en contacto con la experiencia inmediata, generando una forma no narrativa, no conceptual de relacionarse con el mundo que nos rodea.

El modo ser no se trata de un estado antinatural o alterado, donde toda actividad tiene que parar. Tampoco el objetivo es mantenerse siempre en modo ser, ya que la realización de actividades intelectuales o de las que conlleven una meta, deben desarrollarse en el modo hacer. Lo que se pretende es no mantenerse instalado sistemáticamente en el modo hacer, atrapados en nuestro diálogo interno, incluso cuando paseamos o no tenemos una obligación concreta (por ejemplo, en vacaciones). La práctica del mindfulness nos permite pasar del modo hacer al modo ser de forma voluntaria y consciente, adaptándonos de una manera más adecuada a la realidad. Las diferencias entre ambos modos las resumimos en la siguiente tabla.

**Diferencias entre los modos hacer y ser**

| | MODO HACER | MODO SER |
|---|---|---|
| FUNCIONAMIENTO COGNITIVO | Conceptual | Basado en la experiencia directa |
| ACTITUD BÁSICA | Juzgar, interpretar, diferenciar, elaborar | Dejar estar, aceptar |
| OBJETIVO PRINCIPAL | Evitación del malestar | Apertura a la experiencia, curiosidad |
| VOLUNTARIEDAD | Proceso automático | Proceso intencional (por lo menos al principio, luego tiende a automatizarse) |
| ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO | Pasado y futuro | Presente |
| ACTITUD HACIA LOS EVENTOS MENTALES | Los pensamientos son reales | Los pensamientos son solo eventos mentales, no son la realidad |

*Tomada de: Williams, 2010; García Campayo y Demarzo, 2015, pp. 22-24.*

Estas dos formas de funcionamiento de la mente no siguen un modelo del tipo «todo o nada». El tema no es ahora estoy exclusivamente en modo hacer o exclusivamente en modo ser, sino que constituye un modelo continuo de interacción entre ambas formas de funcionar. Puedo estar funcionando a un 80% en modo hacer y a un 20% en modo ser, o a un 50% en cada modo, etc. La idea sería modular la intensidad del modo hacer/ser que necesitamos en cada actividad. El modo ser se asocia al bienestar psicológico. Por el contrario, el modo hacer esta más ligado a la patología, sobre todo cuando lo utilizamos no para solucionar temas de la vida diaria, sino para cambiar estados psicológicos. De hecho, el protocolo de MBCT (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*) considera que la principal habilidad que desarrolla el mindfulness es la capacidad de poder cambiar el modo de funcionamiento de la mente de hacer a ser (Segal y cols., 2002).

Otra forma de entender los modos hacer y ser sería desde la perspectiva social (Samuel, 1990): el modo hacer es egocéntrico, focalizado en el

yo, en la personalidad. Esta es una característica típica de las sociedades occidentales desarrolladas. Por el contrario, el modo ser se consideraría sociocéntrico, es decir, que se olvida del individuo en beneficio de la sociedad, del grupo. Por el contrario, esta forma de ver el mundo es habitual en sociedades no occidentales, no desarrolladas.

## Tipos de felicidad asociados a ambos modos de la mente

Desde Aristóteles, y posteriormente recogido por la psicología positiva, se considera que existen dos tipos de felicidad muy diferentes, aunque no son necesariamente excluyentes. Las analizamos en la siguiente tabla.

| FELICIDAD HEDÓNICA (modo hacer) | FELICIDAD EUDAIMÓNICA (modo ser) |
|---|---|
| Producida por un OBJETO EXTERNO (por ejemplo, el dinero o lo que se puede comprar con él, fama, poder) | Producida por un OBJETO INTERNO (por ejemplo, el sentido de la vida, algo superior a nosotros mismos) |
| De corta duración (ligada a la posesión del objeto) | De duración vitalicia (el objeto nunca se agota) |
| Implica búsqueda externa continua. Existe riesgo de adicción | La búsqueda es interna. Existe nulo riesgo de adicción |

La felicidad hedónica va ligada a la mente en modo hacer y es característica de Occidente, aunque se puede encontrar en todas las sociedades. Como la felicidad está fuera, estamos siempre buscando ese objeto que nos hará feliz (terminar la carrera, un buen trabajo, una pareja, tener hijos, propiedades, etc.). La consecución de ese objeto nos produce placer durante unos meses, pero al poco tiempo necesitamos otro objeto y comienza de nuevo el ciclo. Como la felicidad no está en este momento porque no tenemos el objeto, el presente es el lugar donde luchamos para conseguir eso que nos hará felices. Así, el presente apenas nos interesa porque no está el objeto deseado, siempre estamos centrados en el pasado (para ver lo que hemos conseguido) y en el futuro (para comprobar lo que nos queda por conseguir). Es un proceso adictivo, siempre cambiante e insatisfactorio.

La felicidad eudaimónica, por el contrario, ligada a la mente en modo ser, y más tradicional de Oriente, considera que la felicidad está ya dentro de nosotros, por tanto no hay que hacer nada ni conseguir nada externo. Va ligada a la falta de expectativas sobre cómo tiene que ser el mundo y nosotros mismos, y a la aceptación de que el mundo tiene que ser así y no tiene sentido intentar cambiar las cosas que no podemos cambiar (eso no quiere decir que no hagamos planes, y que sí intentemos cambiar lo que realmente podemos cambiar). Dado que la felicidad está ya aquí y ahora, el presente es el único momento importante, y este tipo de felicidad no puede producir adicción y nunca se agota. Es la auténtica felicidad.

## 3. ¿El mindfulness es rasgo o estado? ¿Es genético o es adquirido? ¿Hay relación entre el mindfulness y la personalidad? ¿El mindfulness solo se desarrolla mediante la meditación?

### Diferencia entre el mindfulness rasgo y el mindfulness estado

El mindfulness es una cualidad de la mente que puede considerarse tanto rasgo como estado (Kiken y cols., 2015, Wheeler y cols., 2016):

- ***Estado, deliberado o intencional:*** se describe como una situación psicológica temporal. El mindfulness estado es la fluctuación en el nivel de mindfulness en un momento dado, la capacidad de mantener la atención a propósito en un objeto concreto.
- ***Rasgo o disposicional:*** se define así a un atributo consistente de la personalidad. El mindfulness rasgo es la capacidad de situar de forma estable, y no solo por un corto período de tiempo dado, la atención en el presente, con ausencia de juicio.

La medición del mindfulness rasgo y estado mediante cuestionarios la analizamos en el capítulo 3. Existe una clara asociación entre el mindful-

ness disposicional y el bienestar psicológico, como demuestran los metanálisis (Tomlinson y cols., 2018).

## El desarrollo del mindfulness estado incrementa el mindfulness rasgo

Tradicionalmente se pensaba que alcanzar estados elevados de mindfulness mediante la práctica meditativa de una forma repetida y frecuente incrementaba el rasgo mindfulness del individuo. Kiken y sus colaboradores (2015) estudiaron niveles de estado (semanalmente) y rasgo (antes y después de la intervención) de mindfulness, de forma prospectiva, en individuos que siguen una formación de mindfulness de ocho semanas. Mediante análisis estadísticos complejos, confirmaron que la cantidad e intensidad de los niveles de estado mindfulness alcanzados durante el entrenamiento predicen los cambios a las ocho semanas de mindfulness rasgo. Sin embargo, aunque esto es así de forma general como grupo, las trayectorias individuales pueden ser específicas y no siempre existe esta correlación en un sujeto determinado, por lo que no en todo el mundo la práctica del estado mindfulness consolida el rasgo mindfulness.

Por otra parte, parece que las personas con más mindfulness rasgo se benefician más de la práctica del mindfulness, según demostraron Shapiro y sus colaboradores (2011), administrando un protocolo MBSR y utilizando un ensayo controlado aleatorizado. Las personas con mayor mindfulness rasgo no solo aumentaban más los niveles de mindfulness, sino que reportaban mayor bienestar subjetivo, empatía y esperanza, así como menor estrés percibido, que las personas con más bajo mindfulness rasgo.

## Bases neurobiológicas del mindfulness rasgo y su impacto en el bienestar

Kong y sus colaboradores (2016) estudiaron el *resting state* mediante resonancia magnética funcional (RMF), para evaluar la homogeneidad regional (ReHo, por sus siglas en inglés), variable que mide la sincronización local de la actividad cerebral espontánea. Estos autores encontraron que

el mindfulness disposicional o rasgo se asocia positivamente con la ReHo en el córtex orbitofrontal izquierdo, el giro parahipocámpico izquierdo y la ínsula derecha (que está implicada en el procesamiento de la emoción, la conciencia corporal y el procesamiento autorreferencial). Por el contrario, el mindfulness rasgo estaba negativamente asociado a la ReHo del giro frontal inferior derecho (implicado en la respuesta de inhibición y en el control atencional). También se encontraron las áreas relacionadas con la felicidad o el bienestar hedónico (afecto positivo y negativo) y eudaimónico (el sentido y propósito de la vida). La ReHo en el giro frontal inferior predice el bienestar eudaimónico mientras que la ReHo en el córtex orbitofrontal se asocia al bienestar hedónico (afecto positivo), estando ambos mediados por el mindfulness disposicional.

## Diferencias en el concepto del mindfulness rasgo y estado entre la psicología occidental y el budismo

Los conceptos del mindfulness estado y rasgo que usa la psicología occidental, aunque parecen compartir muchas características comunes con la psicología budista, muestran también importantes diferencias en su conceptualización y evaluación. De hecho, cuando se realizan estudios cualitativos para evaluar la validez cultural de cuestionarios como el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) y la Toronto Mindfulness Scale (TMS) entre practicantes occidentales y budistas, tanto monjes como laicos, se confirma la existencia de estas diferencias. Dos de las más importantes son: a) Desde la perspectiva budista, la autoevaluación de los niveles del mindfulness es subjetiva y poco fiable, y b) El proceso de desarrollo en el mindfulness no es lineal, sino que existen períodos de mejoría y de estancamiento, y no siempre hay una correlación directa con la práctica.

## Mindfulness y personalidad

Tradicionalmente se ha pensado que los rasgos de personalidad son escasamente modificables. Pero estudios más recientes confirman que la per-

sonalidad, incluida la disposición hacia el mindfulness, puede modificarse a través de los años mediante la práctica. Uno de los estudios sobre el mindfulness y la personalidad es el realizado en personalidad tipo D, caracterizada por una combinación de afecto negativo (AN) e inhibición social (IS). Nyklícek y sus colaboradores (2013) evaluaron si un programa de MBSR podría modificar este tipo de personalidad y confirmaron que, aunque continuaban cumpliendo criterios de personalidad tipo D, disminuían significativamente las puntuaciones tanto de AN como de IS después del tratamiento, cuando se comparaba con controles en lista de espera. Este efecto se encontraba mediado por cambios en el mindfulness autorreportado.

Otro aspecto de los estudios del mindfulness y la personalidad es conocer con qué rasgos de personalidad se encuentra más relacionado el mindfulness. Para medir la personalidad se ha utilizado principalmente el cuestionario Big Five, el más empleado en esta área. El metanálisis de Giluk (2009), el estudio más potente en este tema, lo que encuentra es que el mindfulness, según la conceptualización oriental basada en Kabat-Zinn, que es la más empleada, con los rasgos que más se correlaciona es con el neuroticismo (inversamente, es decir, a mayores niveles de mindfulness, menores niveles de neuroticismo) y con la responsabilidad (de forma directa, a mayor mindfulness mayor responsabilidad). La correlación es moderada con la estabilidad emocional, de modo que el afecto positivo se correlaciona de forma directa y el negativo de forma inversa con el mindfulness. También la correlación es directa y moderada con la afabilidad, algunos de cuyos atributos incluyen empatía y preocupación por otros. Por último, se observa correlación positiva (como era esperable) pero débil con la apertura a la experiencia.

Respecto a la definición occidental del mindfulness, la de Langer (1989), el principal factor del Big Five que se correlaciona con este constructo del mindfulness es el de apertura al cambio. De nuevo, esto confirma la diferente conceptualización de ambas descripciones del mindfulness.

En otro estudio de DeVibe y sus colaboradores (2015) se encontró que los individuos con mayor neuroticismo basal eran los que más disminuían su estrés psicológico, y los que mostraban mayor responsabilidad eran los

que más mejoraban su estrés en este estudio. Sin embargo, la extroversión no modificaba el efecto de la intervención. La mayor parte de los alumnos eran mujeres, que presentaban elevadas puntuaciones basales en neuroticismo y responsabilidad, por lo que constituirían una diana muy adecuada para las intervenciones con el mindfulness. En suma, el mindfulness se correlaciona positivamente con responsabilidad y negativamente con neuroticismo. Otras correlaciones positivas pero más débiles del mindfulness ocurren con la apertura a la experiencia, la extraversión y la amabilidad (Soler y cols., 2012; 2016).

Una revisión interesante sobre personalidad y mindfulness es la de Crescentini y Capurso (2015), que confirma que el mindfulness no solo podría modificar los aspectos más explícitos de la personalidad, sino también los implícitos, los más profundos y difíciles de objetivar, acercando los perfiles pretratamiento de personalidad hacia modelos más saludables. Por ejemplo, impulsividad y automaduración se modifican mediante el mindfulness (Peters y cols., 2011; Soler y cols., 2012; 2016).

## ¿El mindfulness es genético o adquirido?

Un tema importante para conocer hasta qué punto puede entrenarse el mindfulness es la heredabilidad genética del mindfulness rasgo. El único estudio hasta el momento sobre el tema, realizado por Waszczuk y sus colaboradores (2015) con 2.100 gemelos de 16 años, evaluó sus niveles de mindfulness y confirmó que este es heredable en un 32%. El 66% de los niveles de mindfulness se debe a factores ambientales no heredables. En el futuro habría que investigar cuáles son los genes que codifican el mindfulness y qué factores ambientales son los que más desarrollan esta cualidad. La conclusión, en cualquier caso, es que el mindfulness, aunque posee un componente genético que explicaría por qué unas personas presentan mayores niveles de mindfulness que otras como rasgo de personalidad, es básicamente entrenable y que todos los individuos, independientemente de lo mindfulness que sean como rasgo de personalidad, pueden aumentar sus niveles de atención plena. Un estudio de nuestro grupo confirma que el mindfulness puede modificar la expresión epigenética, sobre

todo permitiendo que se desactiven genes relacionados con el estrés (García Campayo y cols., 2018).

## ¿El mindfulness solo se desarrolla mediante la meditación?

Ya hemos descrito que la práctica de la meditación incrementa los niveles del mindfulness estado, por lo que dicha práctica, realizada de forma frecuente e intensa, acaba aumentando los niveles del mindfulness rasgo (Kiken y cols., 2015). Esta es la vía defendida por las tradiciones contemplativas y la más habitual.

Pero el mindfulness también podría incrementarse por otras vías:

a) Desarrollando actitudes psicológicas como la aceptación, de una forma psicoeducativa, sin practicar meditación. De hecho, existen estudios que demuestran que los módulos de aceptación de la terapia de aceptación y compromiso consiguen incrementar la aceptación, la no reactividad y la metacognición, así como disminuir la fusión; efectos que se mantienen a los tres meses de la intervención (Villatte y cols., 2016).
b) Mediante neurofeedback. Se podría entrenar, también sin meditación, el desarrollo de una actividad cerebral compatible con la meditación. Nuestro grupo desarrolló un estudio (Navarro-Gil y cols., 2018) en el que se entrenaba a individuos sanos, sin experiencia previa en mindfulness, con técnicas de neurofeedback, consiguiendo incrementar la potencia alfa en el estudio electroencefalográfico. Estos sujetos incrementaban sus niveles de mindfulness medidos con el cuestionario MAAS (magnitud del efecto = 0,94) y los valores totales del test FFMQ (magnitud del efecto = 1,38). También había una tendencia a mejorar la función cognitiva medida con el test PASAT. El incremento de la potencia alfa mediaba la mejoría de la función cognitiva, pero no el incremento del mindfulness. El estudio confirmaba que un entrenamiento en neurofeedback puede aumentar las habilidades del mindfulness en sujetos sanos sin experiencia meditativa previa.

c) Ingesta de psicoestimulantes tipo ayahuasca. La ayahuasca es una planta psicotrópica usada de forma ritual por los nativos del Amazonas. El té de esta planta contiene dimetiltriptamina (DMT), que es agonista de los receptores 5HT2A, y del alcaloide betacarbolina, que tiene propiedades similares a la monoaminooxidasa. Su administración aguda produce una experiencia onírica introspectiva caracterizada por visiones y memorias autobiográficas y emocionales. Se ha utilizado en el tratamiento de la depresión y de las adicciones de forma experimental. Soler y sus colaboradores (2012) realizaron un estudio piloto con 25 individuos que recibieron una sesión de ayahuasca y a los que se les administró, posteriormente, el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) y el Experiences Questionnaire (EQ). La ayahuasca produjo un incremento significativo de dos facetas del FFMQ: la reducción de juzgar las experiencias y la reactividad interior. También se observó un incremento del descentramiento medido con el EQ. Estos hallazgos son habituales mediante la práctica meditativa, y la intensidad del cambio era similar a la encontrada al realizar retiros de meditación intensivos.
d) Mediante otros medios, como por ejemplo el estado de *flow*. El estado de *flow* (flujo) fue descrito por Csikszentmihalyi (1990) y se define como el estado mental operativo en el que una persona está completamente inmersa en la actividad que ejecuta. No hay estudios que confirmen que el estado de *flow* aumente los niveles del mindfulness, que podría considerarse un estado de *flow* aplicable a cualquier actividad de la vida diaria. Por el contrario, sí que parece que la práctica del mindfulness incrementaría el estado de *flow*. En el capítulo 2, dedicamos la sección 10 a analizar las diferencias entre mindfulness y *flow*.
e) Mediante realidad virtual. Un estudio de nuestro grupo demuestra que la realidad virtual puede sustituir la enseñanza y la práctica del mindfulness permitiendo desarrollar niveles de mindfulness similares (Navarro-Haro y cols., 2017).

## 4. ¿Cuáles son los diferentes tipos de meditación existentes?

Existen múltiples clasificaciones de los diferentes tipos de meditación. Durante años, la clasificación que más se utilizó fue la de Goleman (1988), quien describía dos tipos de meditación: atencionales (o *mindful*) y concentrativas, dependiendo de cómo se dirigía el proceso de la atención. Se asume que muchas técnicas meditativas se distribuyen en un continuo entre ambos polos (Wallace, 1999). Las concentrativas sitúan la atención en un objeto, como una imagen o un mantra, excluyendo cualquier fuente de distracción. Sin embargo, las atencionales se asocian a una conciencia abierta y que no juzga los contenidos de conciencia, permitiendo el desarrollo de metacognición (Ospina y cols., 2007). Estas meditaciones se han denominado atención focalizada y monitorización abierta. Esta clasificación ha sido criticada porque hay autores que consideran que derivan de una errónea interpretación del concepto de meditación (Rapgay y Bystrisky, 2009).

El modelo más complejo y completo, que es el que vamos a utilizar en esta sección, es el de Dahl y sus colaboradores (2015). Divide las prácticas meditativas en tres grandes grupos muy diferenciados:

1. Atencionales.
2. Constructivas.
3. Deconstructivas.

### 1. Prácticas de tipo atencional

Buscan manipular la orientación y apertura (foco amplio frente a foco más estrecho) de la atención, así como monitorizarla y detectarla, desenganchándola de los distractores para reorientarla hacia el objeto elegido. Estas técnicas desarrollan metacognición, que sería la función cognitiva que permite ser consciente del proceso de conciencia. En ausencia de metacognición, uno queda fundido con la experiencia («fusión experiencial»). El ejemplo sería cuando vemos una película interesante: si estamos absortos en el argumento y parece que somos parte de la película, como si fuese algo real, eso es fusión experiencial. Pero cuando tomamos distancia y so-

mos conscientes de que solo es una película con actores y una trama inventada, eso es metacognición. Se subdividiría en (Hasenkamp y cols., 2012; Jha y cols., 2007; Lutz y cols., 2015):

- ***Atención focalizada (AF):*** pretende estrechar el foco de la atención para desarrollar concentración unidireccional en un único objeto. La diferencia con la atención que se produce cuando se mantiene una apasionante conversación o se juega a algo interesante es que en la AF existe metacognición. Existirían varios tipos:

  – AF centrada en la direccionalidad de la atención: su objetivo es desarrollar la capacidad de elegir a voluntad un anclaje donde dirigir la atención.
  – AF centrada en la apertura de la atención: busca implementar la habilidad de poder modular la atención trasladándola desde un objeto que requiera un campo de atención más amplio (por ejemplo: todo el cuerpo) hacia un campo de atención más focalizado (por ejemplo: fosas nasales).
  – AF centrada en la regulación de la atención: permite variar la intensidad de la atención a voluntad.
  – AF centrada en el entrenamiento de la atención sostenida: pretende desarrollar la capacidad de mantener una misma intensidad de la atención durante todo el tiempo.
  – AF centrada en la detección de la atención: facultad para observar cuándo aparece y desaparece la atención o cuando y con qué intensidad varía.
  – AF centrada en la capacidad de retirarse de elementos distractores y reorientar la atención hacia un objeto elegido.

- ***Monitorización abierta (MA):*** se divide a su vez en dos aspectos:

  – MA orientada a objetos: consiste en dirigir la atención a los pensamientos, percepciones y sensaciones que aparecen en la consciencia.

– MA orientada a la persona: hace referencia al reconocimiento sostenido de la calidad de la atención como tal que desarrolla el individuo.

Las prácticas de tipo atencional buscan entrenar la metacognición, que es el proceso cognitivo por el que somos conscientes de nuestra propia consciencia. Produciría un incremento del bienestar porque reduciría el proceso de la mente errante, ya que este fenómeno supone el 50% de nuestro tiempo despierto y está intensamente relacionado con el bienestar psicológico (Killingsworth y Gilbert, 2010). También facilitaría la regulación de las emociones evitando su perseverancia.

Aunque la metaconciencia y los procesos autorreferenciales son difíciles de operativizar, a nivel neuroanatómico hay estudios que demuestran que estas prácticas producirían una regulación con hipoactividad del córtex prefrontal medial y del córtex cingulado posterior. Desde el punto de vista clínico, el entrenamiento atencional sería útil en patologías que cursan con desregulación de la atención como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), las adicciones, los trastornos de ansiedad, o los trastornos depresivos, entre otros.

Ejemplos de estas prácticas en las tradiciones contemplativas serían los siguientes (Dahl y cols,. 2015):

- ***Atención focalizada:*** Jhana (Theravada), contar respiraciones (Zen), consciencia corporal (tibetana, Zen), Samatha o calma mental con apoyo (tibetana).
- ***Monitorización abierta:***

  – Orientada a objetos: meditación de elección sin objeto (tibetana), cultivo de la atención (filosofía grecorromana), MBSR y los componentes del mindfulness de MBCT, terapia de aceptación y compromiso y terapia dialéctico-conductual (psicoterapia).
  – Orientada a la persona: Samatha o calma mental con apoyo (tibetana).

## 2. Prácticas constructivas: la reevaluación cognitiva, la toma de perspectiva y los autoesquemas

En todas las tradiciones contemplativas se considera imprescindible desarrollar cualidades virtuosas. En las prácticas constructivas se necesita metacognición, pero el objetivo es modificar los contenidos mentales, no simplemente observarlos. Este tipo de práctica meditativa busca sustituir los esquemas cognitivos no adaptativos por otros más adaptativos, incrementando así el bienestar. En psicología cognitiva se definen como tal las creencias latentes y las concepciones sobre el yo que subyacen y conforman los pensamientos y emociones (Beck, 2005). A diferencia de las prácticas de tipo atencional, que suelen estar centradas en la observación o monitorización de los patrones cognitivos y afectivos, las meditaciones constructivas buscan modificar el contenido de los pensamientos y/o de las emociones.

Puede tener diferentes objetivos y por eso se considera que existen tres grandes familias dentro de este tipo de meditación:

1. ***Orientada a las relaciones:*** busca desarrollar relaciones armoniosas con otras personas. Uno de los modelos pretendería cultivar determinadas cualidades del individuo, como la paciencia o la ecuanimidad, para poder sobrellevar mejor los eventos estresantes del día a día. El otro gran modelo consistiría en desarrollar cualidades pro sociales, modificando los objetivos y el estilo de las relaciones interpersonales, a través del entrenamiento de la bondad y de la compasión.
2. ***Orientada a los valores:*** busca consolidar un marco ético y reestructurar los valores y las prioridades, consiguiendo una reorientación de la mente hacia lo que es verdaderamente importante en la vida, es decir, identificar el sentido de la vida. Una práctica frecuente es la de observar la propia mortalidad, lo que permite tomar una mayor perspectiva de nuestra vida.
3. ***Orientada a la percepción:*** intentan modificar los hábitos perceptivos habituales como una forma de inducir cambios en los esque-

mas cognitivos implícitos. La práctica de este tipo más conocida es la práctica tibetana de los estados de desarrollo del Yidam. Emplea la imaginación y utilizan como objeto de la atención las divinidades del panteón budista (Kozhevnikov y cols., 2009). Su objetivo es alterar la percepción de los objetos sensoriales, así como de la percepción subjetiva como tal. Para ello, uno se imagina a sí mismo como la encarnación de la compasión (por ejemplo), y ve a los demás individuos y a su entorno desde esa perspectiva. Esta práctica incrementaría los recursos de procesamiento visual-espacial.

En este tipo de prácticas, se activan dos procesos cognitivos principalmente: la reevaluación cognitiva y la toma de perspectiva. La primera hace referencia al proceso de cambiar la forma en que se piensa acerca de situaciones y acontecimientos, de tal manera que se altera la respuesta a ellos. Constituye una estrategia importante en la regulación de las emociones. Por otra parte, la toma de perspectiva es una técnica típica en las prácticas de compasión, así como para desarrollar emociones sociales. Es el proceso mediante el que se intenta que una persona analice cómo se sentiría ella misma u otra persona en una situación particular. Este proceso es especialmente importante para incrementar la experiencia de las emociones sociales. Esta técnica sería útil para disminuir los prejuicios sociales y, en el campo clínico, como tratamiento de las psicopatías.

El ejemplo más frecuente del uso de ambas técnicas sería la transformación de la empatía en compasión. El entrenamiento en compasión busca responder a estímulos aversivos, de forma automática, con una preocupación altruista. Por ejemplo, oír llorar un bebé en un avión produce inicialmente malestar, seguido de aversión. Tomar perspectiva de los sentimientos de la madre del bebé, hace que desarrollemos compasión hacia ella, modificando una sensación de malestar y aversión en afecto y bienestar.

Respecto a la base neuroanatómica, la reevaluación cognitiva, una importante estrategia de regulación emocional, se relaciona con el córtex prefrontal ventrolateral y el córtex dorsolateral y dorsomedial, así como

con el córtex parietal posterior. Respecto a la toma de perspectiva, no hay un mecanismo neural simple que se relacione con ella, ya que intervienen diferentes redes cerebrales.

Las prácticas constructivas han sido menos investigadas que las atencionales, aunque en los últimos años existe una explosión de estudios sobre compasión. Ejemplos de estas prácticas en las tradiciones contemplativas serían los siguientes (Dahl y cols., 2015):

- ***Orientada a las relaciones:*** bondad y compasión (Theravada, tibetana), *Bodhicitta*/voto del *bodhisattva* (Zen, tibetana), oración centrada (cristiana), protocolos de compasión CCARE (Universidad de Stanford) y CBCT (Universidad de Emory) (psicoterapia).
- ***Orientada a valores:*** los seis recuerdos (Theravada), los cuatro pensamientos que orientan la mente al despertar (tibetana), meditaciones sobre la muerte (Theravada, tibetana, Zen, filosofía grecorromana-Platón), terapia del bienestar (psicoterapia).
- ***Orientada a la percepción:*** práctica del Yidam (tibetana), meditación sobre la impureza (Theravada).

### 3. Prácticas deconstructivas: autocuestionamiento (*self-inquiry*) y autoconocimiento (*insight*)

Las prácticas deconstructivas usan el autocuestionamiento para desarrollar autoconocimiento respecto a la naturaleza y la dinámica de la experiencia consciente. Tienen como objetivo eliminar patrones cognitivos disfuncionales mediante la exploración de la dinámica de la percepción, la emoción y la cognición, y la generación de autoconocimiento sobre los modelos internos que hemos desarrollado a lo largo de la vida sobre uno mismo, sobre los otros y sobre el mundo.

Se han identificado tres tipos de prácticas deconstructivas:

- ***Orientadas al objeto:*** investigan los objetos de la conciencia. Por ejemplo, notar las sensaciones o la respiración y ver cómo cambian continuamente.

- ***Orientadas al sujeto:*** investigan la naturaleza de los pensamientos, la percepción y otros procesos afectivos y cognitivos. En esta práctica uno puede, por ejemplo, diseccionar pensamientos y emociones en sus diferentes partes constitutivas.
- ***No duales:*** pretenden producir un giro en la experiencia, de modo que las estructuras cognitivas «yo/los otros» y «sujeto/objeto» no sean nunca más el modo predominante de la experiencia. A menudo, estas prácticas enfatizan la importancia de no controlar, dirigir o alterar la mente de cualquier forma. Sirven para deshacer la reificación de un «observador» testigo separado de los objetos de consciencia.

El objetivo de estas prácticas no es solo aumentar la metacognición, como en las prácticas atencionales, sino obtener experiencia directa, autoconocimiento experiencial de la naturaleza y dinámica de la conciencia. Un mecanismo central en este tipo de prácticas es el proceso de investigación de la dinámica y la naturaleza de la experiencia consciente. Estas prácticas enfatizan la importancia de evitar cualquier intento de controlar, dirigir o alterar la mente de cualquier forma y sirve para desmontar la reificación de un «observador» separado de los «objetos» que percibe la conciencia.

En muchas meditaciones, sobre todo budistas, la diana primaria de muchas prácticas de autocuestionamiento es la reificación cognitiva, la creencia implícita de que nuestras emociones, pensamientos y percepciones son una descripción ajustada de la realidad. En esta tradición, las prácticas deconstructivas van dirigidas a desafiar la visión del yo como duradera y unitaria, dado que el sentido reificado del yo se encuentra en la base del sufrimiento. Por lo tanto, las prácticas deconstructivas budistas suelen explorar la experiencia de la subjetividad, inquiriendo sobre los diferentes componentes que componen el yo u observando cómo interaccionan el yo como observador y los objetos observados.

El autocuestionamiento implica el análisis discursivo o el examen directo de la experiencia consciente y, frecuentemente, incluye la exploración de los procesos relacionados con el yo. Identifica las asunciones que

subyacen en la reificación (el proceso de creer que algo es real) de un objeto o experiencia particular para, posteriormente, cuestionar la consistencia lógica de esas asunciones. Por ejemplo, si uno está ansioso, puede identificar las asunciones de miedo que subyacen en la ansiedad para, posteriormente, cuestionarse la base racional de ese pensamiento. En este tipo de práctica suele escogerse una emoción/sensación, dividirla en partes y darse cuenta de cómo los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que componen la emoción/sensación están cambiando constantemente. El autocuestionamiento (*self-inquiry*) lleva al autoconocimiento (*insight*), que se ha definido como un cambio en la conciencia, a menudo repentino, que consiste en la sensación de conocimiento, comprensión o percepción de algo de lo que, previamente, no éramos conscientes.

Indagar en la naturaleza del yo es una práctica importante en una variedad de tradiciones contemplativas, incluyendo tanto la meditación budista como los ejercicios contemplativos grecorromanos. Una de las principales funciones del yo es la narrativa personal continua que conecta todos los aspectos de nuestra vida, dando lugar a una experiencia coherente y unificada. Este yo narrativo puede ser contrastado con la experiencia subjetiva en primera persona, denominado el «*self* mínimo», y no está influenciado por la biografía, es pura percepción (Blanke y Metzinger, 2009). Las investigaciones sobre neuroimagen confirman que el autocuestionamiento va ligado a diferencias hemisféricas, existiendo una estimulación directa facilitadora del córtex derecho frontotemporal, así como estimulación inhibitoria de la región correspondiente del hemisferio izquierdo, lo que incrementa la capacidad de resolución de problemas. Uno de los aspectos clave de nuestro sentido del yo es la narrativa personal continua que teje los diferentes eventos de nuestra vida en forma de una experiencia coherente y unificada (el yo biográfico). Esta experiencia va ligada a la actividad del hemisferio cerebral izquierdo y del córtex prefrontal medial y el córtex cingulado posterior. Este yo biográfico contrasta con la experiencia subjetiva en primera persona que no se extiende en el tiempo, lo que se ha denominado «yo mínimo o ípsico». Se cree que se relaciona con la actividad cortical en regiones relacionadas con la interocepción, como la ínsula anterior, la unión temporoparietal, el hipotálamo

y otras regiones subcorticales asociadas con el funcionamiento homeostático.

A pesar de que se utilizan en una amplia gama de prácticas contemplativas incluidas dentro de las deconstructivas, estas no han recibido mucha investigación científica. Algunos datos ponen de relieve la posibilidad de utilizar la meditación para manipular deliberadamente los aspectos fundamentales de la identidad, aunque no está claro si la idea de la naturaleza de la experiencia altera los procesos rígidos y/o no adaptativos relacionados con el yo.

Ejemplos de estas prácticas en las tradiciones contemplativas serían los siguientes (Dahl y cols., 2015):

- ***Visión orientada objetivamente:*** primer y segundo fundamento del mindfulness (Theravada, tibetana), Vipassana/*insight* (Theravada), meditación analítica (tibetana), *koan* (Zen), componente mindfulness de la MBCT (psicoterapia).
- ***Visión orientada subjetivamente:*** tercer y cuarto fundamento del mindfulness (Theravada, tibetana), meditaciones analíticas Mahamudra y Dzogchen (tibetana), *koan* (Zen), terapia cognitivo-conductual (psicoterapia).
- ***Visión doblemente no orientada:*** Muraqaba (sufí), Mahamudra y Dzogchen (tibetana), Shikantaza (Zen), autoindagación (Vedanta Advaita).

## 5. ¿Cuáles son las psicoterapias de tercera generación?

### Introducción

Según Hayes (2004a), las terapias conductuales de primera y segunda generación surgen como un intento de desarrollar técnicas específicas y rigurosas basadas en principios validados empíricamente. A diferencia del psicoanálisis, terapia que predominó hasta 1950, las terapias conductuales mostraban un enfoque práctico y racional, directamente dirigido al alivio

de los síntomas. La primera ola de terapias incluía técnicas que producían cambios directos y se focalizaban en el condicionamiento clásico y en el aprendizaje operante. Sin embargo, la asociación estímulo-respuesta y el análisis de la conducta no eran suficientes para explicar la compleja conducta humana, el lenguaje o la cognición, por lo que las terapias conductuales se hicieron conscientes de la necesidad de abordar pensamientos y sentimientos (Hayes, 2004b).

Así, las terapias cognitivo-conductuales (TCC) de segunda generación, que se iniciaron en las décadas de los 1960 y 1970, se desarrollaron con el objetivo de evaluar y tratar las disfunciones cognitivas de una forma directa y se focalizaban en el procesamiento de la información. Se identificaban las creencias irracionales y los pensamientos negativos; y paciente y terapeuta trabajaban conjuntamente para modificar los patrones de pensamiento desadaptativos, sustituyéndolos por otros más realistas. Las terapias cognitivo-conductuales han sido las predominantes desde los años sesenta hasta la actualidad, y han demostrado ser eficaces y coste-efectivas en gran cantidad de enfermedades. Sin embargo, estas terapias también han sufrido críticas (Hayes, 2004a): por ejemplo, los hipotéticos mediadores cognitivos frecuentemente no explicaban los resultados de la TCC o los modelos teóricos mostraban ciertas debilidades, siendo la eficacia (medida por el tamaño del efecto en los metaanálisis) débil en algunas indicaciones.

Bajo el paraguas de «terapias de tercera generación» se desarrolló un grupo de TCC que representaban una extensión y una innovación de la TCC clásica. Surgen hacia 1990 y están menos focalizadas en reducir los síntomas psicológicos, ya que eso lo consideran un beneficio colateral. Están basadas en un modelo contextual, alternativo al modelo biomédico, modelo que tiene tres dimensiones que se refuerzan mutuamente: entorno, relación terapéutica y persona (Pérez-Álvarez, 2012). Una definición clásica es la de Hayes (2004a, pp. 5-6): «Basadas en principios empíricos, las terapias de tercera generación son sensibles al contexto y a la función de los fenómenos psicológicos, y no solo a su forma, y enfatizan las estrategias de cambio contextuales y experienciales, además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos buscan construir repertorios amplios,

flexibles y eficaces, más que una aproximación restringida a un problema definido. La tercera generación reformula y sintetiza generaciones previas de TCC y las proyecta hacia delante, contestando cuestiones, temas y dominios que habían sido abordados previamente por otras tradiciones, esperando mejorar tanto su comprensión como sus resultados».

Las terapias de tercera generación comparten mecanismos de cambio. Por ejemplo, ponen gran énfasis en la aceptación, cuyo objetivo es cambiar la relación del sujeto con las conductas problemáticas y aceptar los pensamientos negativos sin necesidad de cambiarlos, lo que a su vez disminuye el nivel de evitación experiencial e incrementa la flexibilidad psicológica. También se focalizan en el momento presente, lo que permite ser más consciente de las interacciones terapéuticas y previene del pensamiento rumiativo. Además, utilizan estrategias conductuales clásicas para ayudar a los individuos a realizar el cambio conductual para aproximarse a sus valores.

Según Dimidjian y sus colaboradores (2016), desde 2004 a 2015, la tercera generación de terapias se ha ligado a las siguientes técnicas:

- Existe amplio acuerdo sobre su inclusión en este grupo:
  1. Terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés), (Hayes y cols., 1999).
  2. Dialectical Behavior Therapy (DBT), (Linehan, 1993).
  3. Functional Analytic Psychotherapy (FAP), (Kohlenberg y Tsai, 1991).
  4. Extended Behavioral Activation (BA), (Martell y cols., 2001).
  5. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), (Segal y cols., 2002).

- No existe acuerdo sobre su inclusión en este grupo:
  1. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP), (McCullough, 2000).
  2. Compassion-focused Therapy (CFT), (Gilbert, 2009).
  3. *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), (Kabat-Zinn, 1982).

4. *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP), (Bowen y cols., 2011).
5. *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT), (Kristeller y Hallett, 1999).
6. Metacognitive Therapy (MCT), (Wells, 1995).
7. Integrative Behavioural Couple Therapy (IBCT), (Jacobson y Christensen, 1996).

Las terapias escritas en cursiva se consideran del grupo de terapias relacionadas con el mindfulness y serán descritas en el apartado «¿Cuáles son los protocolos del mindfulness?» de este capítulo. Aquí describiremos las otras terapias ampliamente aceptadas de tercera generación. Hayes y sus colaboradores (2011) propusieron cambiar el nombre de terapias de tercera generación, debido a la crítica y debate que suscitaba este nombre, por el de «terapias cognitivo-conductuales contextuales», pero no ha tenido éxito esta denominación. Hay que insistir en que las nuevas generaciones de terapias no parten de cero, sino que emplean muchas técnicas y fundamentos de las generaciones anteriores.

Dimidjian (2016) realizó un metanálisis de la eficacia de estas terapias. Se demostró que ACT es superior a las intervenciones control, sin embargo la eficacia comparativa entre ACT y TCC difería según los metaanálisis. La DBT no parece mostrar un beneficio claro sobre las terapias de primera o segunda generación. La MBCT sí parece mostrar una disminución significativa del riesgo de recaída en la depresión. Finalmente, la BA extendida no parece mejorar los efectos de la TCC clásica.

## Descripción de las terapias de tercera generación ampliamente aceptadas

***1. Terapia de aceptación y compromiso (Acceptance & Commitment Therapy o ACT)***, (Hayes y cols., 1999): se basa en el modelo de flexibilidad psicológica y considera el comportamiento humano desde una perspectiva contextual y pragmática funcional. La flexibilidad psicológica incluye seis componentes: aceptación, defusión cognitiva (desmantelamiento del

pensamiento), estar en el presente, «yo» como contexto, dirección guiada por valores y acción comprometida. La flexibilidad psicológica es un proceso de persistencia de comportamiento o cambio que no es evasivo, sino consciente y centrado en objetivos. No está excesivamente dominado por pensamientos y sentimientos, y es más consistente con los resultados que ofrecen las situaciones. ACT incluye una amplia variedad de métodos que fomentan la flexibilidad psicológica, generalmente incluyendo la exposición basada en la metáfora, la atención plena y la activación conductual más convencional o el entrenamiento de habilidades.

A-Tjak y sus colaboradores (2015) revisaron 40 publicaciones que describían 39 estudios y encontraron que el ACT global superó las condiciones de control en la evaluación posterior al tratamiento (magnitud del efecto (me) = 0,54) y en el seguimiento (me= 0,36). ACT superó las condiciones de control en las medidas de resultado primarias tanto en «muestras completas» (me= 0,64) como en muestras por intención de tratar (me= 0,44). ACT fue también superior a las condiciones de control a lo largo del tiempo en las medidas de resultado secundarias (me = 0,30), medidas de satisfacción/calidad de vida (me= 0,37) y medidas del proceso (me= 0,56). A través de diferentes tipos de condiciones de control, ACT fue superior a la lista de espera (me= 0,82), al placebo psicológico (me= 0,51) y al tratamiento habitual (me= 0,64). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ACT y tratamientos activos establecidos (me= 0,32). Los hallazgos de los metanálisis fueron robustos contra los sesgos.

***2. Terapia dialéctica conductual (Dialectic Behavioural Therapy o DBT)***, (Linehan, 1993): es un tratamiento modular y jerárquico que combina psicoterapia individual, entrenamiento de habilidades grupales, *coaching* telefónico y consulta con un equipo de terapeutas. DBT fue desarrollada originalmente para tratar pacientes con un alto riesgo de suicidio, diagnosticados de trastorno límite de la personalidad o *borderline* (TLP). La terapia se basa en el modelo biosocial del TLP, lo que sugiere que la característica central del trastorno es la disfunción del sistema de regulación emocional. Desde este enfoque, los comportamientos disfuncionales son intentos de regular las emociones o son consecuencias

naturales de la disregulación emocional (Linehan, 1993). La DBT está arraigada en el conductismo y los principios basados en la aceptación derivados del Zen.

El tratamiento tiene como objetivo lograr una síntesis entre estos dos componentes –cambio y aceptación– y, por lo tanto, una amplia gama de estrategias de cambio dirigidas a la solución de problemas se combinan con estrategias de aceptación basadas en la validación. Como los pacientes con TLP suelen tener un alto riesgo de suicidio y tienden a presentar una amplia gama de trastornos del Eje I que ocurren conjuntamente (por ejemplo, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de sustancias), el tratamiento proporciona una jerarquía de qué tratar y cuándo tratarlo. Los objetivos se agrupan en etapas de tratamiento, organizadas jerárquicamente de acuerdo con la gravedad y la complejidad del problema. La dialéctica entre cambio y aceptación también se refleja en el entrenamiento de habilidades grupales, en el cual dos módulos de habilidades están dirigidos a cambiar los comportamientos disfuncionales (es decir, la regulación emocional y la efectividad interpersonal), mientras que los otros dos (es decir, la atención y la tolerancia) están centrados en el aumento de la aceptación. Al igual que en otros enfoques de la tercera generación, la atención plena es fundamental para la TLP y, por lo tanto, estas habilidades se etiquetan como las habilidades «básicas».

***3. Psicoterapia analítico funcional (Functional Analytic Psychotherapy o FAP)***, (Kohlenberg y Tsai, 1991): es un enfoque conductual basado en principios empíricamente apoyados sobre maximizar el poder y el potencial de la relación terapéutica. Desde la premisa de que cuanto más cercano en el tiempo y lugar es el comportamiento a sus consecuencias, mayor será el efecto de esas consecuencias, la relación cliente-terapeuta se utiliza como una oportunidad de enseñanza *in vivo* para subrayar los procesos que se producen durante la terapia y hacer un vínculo entre estas situaciones y la vida cotidiana de los pacientes (Kohlenberg y cols., 2002). Hasta la fecha, no hay estudios controlados aleatorizados que evalúen la eficacia de la FAP. Solo un estudio piloto (15 pacientes, 4 psicoterapeutas) que compara a los terapeutas que agregan FAP a la terapia cognitiva durante un año sin agregar FAP aportó alguna evidencia de la eficacia de

la FAP (en términos de mejorar el funcionamiento general e interpersonal del paciente) (Kohlenberg y cols., 2002).

***4. Activación conductual extendida (Extended Behavioural Activation o Extended BA)***, (Martell y cols., 2001): se deriva del trabajo de Lewinsohn (y cols., 1973), en el que se resalta la relevancia del refuerzo positivo en la comprensión de los síntomas depresivos, y del trabajo de Ferster (1973), en el que se destacan las características del comportamiento más allá de su topografía. Con base en un marco analítico funcional, la activación conductual es radicalmente diferente de los modelos médicos tradicionales de depresión, destacando los factores contextuales involucrados tanto en el inicio como en el mantenimiento de la depresión. Desde esta perspectiva, la intervención se centra en identificar los acontecimientos que tuvieron lugar en la vida del individuo y la respuesta del individuo a estos eventos, que usualmente son evasión, inactividad y agotamiento (Jacobson y cols., 2001). Estos patrones de comportamiento a menudo proporcionan alivio a corto plazo, pero, a largo plazo, evitan la oportunidad de contactar con las fuentes de refuerzo y el repertorio de conductas del individuo se vuelve cada vez más estrecho.

Para romper este círculo, la activación conductual extendida se enfoca en redirigir los comportamientos de evitación, aumentando la cantidad de actividad en la vida del individuo, lo que también aumentará la posibilidad de recibir refuerzo positivo. Después de presentar el modelo a los pacientes y acordar los objetivos del tratamiento, se realiza un análisis funcional de los eventos diarios para evaluar los desencadenantes y la respuesta disfuncional del cliente a los desencadenantes. Un plan para experimentar con un nuevo comportamiento y evaluar su resultado es diseñado por el cliente y el terapeuta, y si es eficiente, al cliente se le anima a continuar con este nuevo comportamiento. El establecimiento de una rutina es fundamental, ya que se requieren intentos repetidos para establecer un nuevo repertorio de comportamientos (Jacobson y cols., 2001). Finalmente, como en la mayoría de las intervenciones para la depresión, se discute un plan para prevenir la recaída.

## Terapias en las que no existe consenso sobre su inclusión como terapias de tercera generación

***1. Psicoterapia de análisis de sistemas cognitivo-conductual (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy o CBASP)***, (McCullough, 2000): es una terapia analítica conductual creada específicamente para tratar la depresión mayor crónica. Aunque la CBASP se desarrolló originalmente como una terapia individual, también se ha adaptado al formato de grupo (Michalak y cols., 2015). Según McCullough (2003), es posible que la depresión crónica esté relacionada con eventos adversos tempranos, los individuos que la padecen presentan un funcionamiento social deteriorado, con rasgos de niños preoperacionales, lo que conlleva un déficit en la resolución de problemas sociales y dificultades en la comunicación interpersonal. La CBASP se centra en estos comportamientos problemáticos y está dirigida a aumentar la consciencia de las consecuencias adversas y generadoras de depresión de los comportamientos interpersonales del individuo. La CBASP incluye las siguientes técnicas terapéuticas: análisis situacional específico, construcción de otra historia significativa, participación personal de manera disciplinada y aplicación de prácticas de discriminación interpersonal. Una revisión reciente que incluyó seis estudios (N = 1.510 pacientes) señaló un efecto positivo pequeño y significativo de la CBASP sobre las condiciones de control en el tratamiento de la depresión mayor crónica; también mostró que la combinación de la CBASP y la monoterapia antidepresiva proporciona beneficios sobre la monoterapia antidepresiva (Negt y cols., 2016).

***2. Terapia focalizada en la compasión (Compassion Focused Terapy o CFT)***, (Gilbert, 2009): los principios de la terapia focalizada en la compasión se extraen de una amplia gama de campos, incluyendo modelos de motivación y emoción, neurociencia, psicología evolutiva y enfoques cognitivos y conductuales. Además, la CFT se centra en el desarrollo de competencias y sistemas cerebrales (de cuidado y altruismo, entre otros) que desempeñan papeles importantes en la regulación de la amenaza, el bienestar y el comportamiento prosocial (Gilbert, 2014). La CFT se desarrolló inicialmente para ayudar a las personas con problemas crónicos de salud

mental vinculados a altos niveles de vergüenza y autocrítica. Mejora la consciencia, el autocuidado y el bienestar, y aumenta la sensibilidad sobre las necesidades personales. Esto ayuda a los individuos a crear sentimientos afiliativos hacia ellos mismos y a desarrollar una voz interior más compasiva. También promueve la calidez y comprensión hacia sí mismos. Gilbert (2014) señala que mientras muchas terapias se centran en reducir los sistemas negativos directamente, la CFT se enfoca en la necesidad de desarrollar capacidades para experimentar y tolerar motivos y emociones de afiliación. Las intervenciones terapéuticas pueden incluir ejercicios de escritura compasiva, construcción de imágenes compasivas, examinar el comportamiento compasivo y explorar maneras de pensar compasivas. Además, las técnicas de atención plena pueden ser introducidas para ayudar al cliente a centrarse en el momento presente, en lugar de rumiar sobre acontecimientos pasados o futuros. Varios estudios apoyan la eficacia de la CFT en diferentes trastornos mentales y su relación entre compasión y psicopatología (depresión, ansiedad y estrés) (Leaviss y Uttley, 2015). También hay estudios que han explorado las relaciones entre la autocompasión y el bienestar (Leaviss y Uttley, 2015) y no solo la relación con la psicopatología.

***3. Terapia metacognitiva (Metacognitive Therapy o MCT)***, (Wells, 1995): es una terapia diseñada para tratar varios trastornos psicológicos y se centra en el cambio de creencias metacognitivas disfuncionales estables que están asociadas con la vulnerabilidad al trastorno emocional. Según la MCT, el acceso a estas creencias aumenta la posibilidad de un síndrome transdiagnóstico llamado síndrome cognitivo-atencional (*cognitive-attentional syndrome*, CAS), (Fergus y cols., 2013), que se caracteriza por la preocupación perseverante y la rumiación, la vigilancia activa de las amenazas internas o externas y los intentos contraproducentes de afrontamiento que preservan el autoconocimiento disfuncional y que están en la base de múltiples trastornos emocionales. La MCT utiliza varias técnicas enfocadas a la reducción de la vulnerabilidad de la persona al CAS, como experimentos conductuales dirigidos a metacogniciones o entrenamiento de atención, que consiste en ejercicios de atención auditiva enfocados externamente o ejercicios de mindfulness. En un metanálisis (Norman y cols., 2014), analizaron 14 estudios sobre la eficacia de la MCT que mostraron resultados

significativamente más efectivos (magnitud del efecto = 1,81) que el grupo de control en el tratamiento de varios trastornos psicológicos, como trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada o depresión.

***4. Terapia de pareja conductual integrativa (Integrative Behavioural Couple Therapy o IBCT)***, (Jacobson y Christensen, 1996): es una terapia basada en la aceptación conductual enfocada al tratamiento de la angustia de pareja/matrimonio. Como existen limitaciones significativas en la importancia clínica y la durabilidad de los efectos de la terapia comportamental de pareja tradicional, Jacobson y Christensen (1996) comenzaron a utilizar la aceptación emocional en la terapia de pareja con el fin de fomentar el compromiso de colaboración entre los socios y aumentar el efecto de las técnicas tradicionales en terapia de pareja como la comunicación y la resolución de problemas. La terapia tradicional se centra en ayudar a las parejas a cambiar comportamientos problemáticos dentro de la pareja a la luz de las quejas de los cónyuges e implica una colaboración activa y un compromiso entre los socios. La IBCT también incluye estrategias para ayudar a las parejas a aceptar aspectos inmutables que se consideran inaceptables, utilizando estas cuestiones insolubles como vehículos para aumentar la cercanía y la intimidad dentro de la pareja. Aunque las técnicas tradicionales de comportamiento permanecen como parte de la IBCT, por lo general se aplican con mayor flexibilidad y se combinan con estrategias de aceptación. La eficacia de la IBCT se ha evaluado a través de tres ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Se ha demostrado que IBCT es superior a control, pero cuando se compara IBCT con terapia de pareja tradicional (Christensen y cols., 2010) ambas intervenciones son eficaces y hubo relativamente pocas diferencias entre ellas a los 2 y 5 años de seguimiento.

## 6. ¿Cuáles son los protocolos del mindfulness?

### Protocolos del mindfulness existentes

El primer protocolo del mindfulness, con el que surge esta técnica como terapia, fue el MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*), (Kabat-

Zinn, 1982). Posteriormente se desarrolló la MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), (Segal y cols., 2002). En el momento de escribirse este libro, se han desarrollado otros cuatro protocolos más. A continuación describiremos los seis:

***1. El protocolo MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)***, (Kabat-Zinn 1982, 1990): el MBSR es un programa intensivo y estructurado, desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1979, en el Centro de Mindfulness, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. El MBSR es la técnica o el protocolo del mindfulness más frecuentemente utilizado, tanto en investigación como en clínica, ya que fue la pionera. Se desarrolló en un entorno hospitalario de psiquiatría de enlace/psicosomática y surgió como tratamiento complementario para ayudar a los pacientes con dolor crónico que no responden bien a los tratamientos médicos tradicionales. La aplicación de MBSR también se extendió rápidamente a otras enfermedades crónicas (por ejemplo, psoriasis, hipertensión arterial, cáncer, ansiedad o estrés). El programa consta de un curso de ocho sesiones semanales de entre dos y dos horas y media de duración, además de un día de retiro (siete-ocho horas), que se realiza alrededor de la sexta semana del programa. Se suele administrar en grupos de unas 30 personas de media y las tareas para casa son muy importantes, recomendándose un mínimo de 45 minutos de práctica diaria de mindfulness, seis días por semana. Inicialmente, se ofrecen audios con las prácticas grabadas para que el individuo las utilice en su casa como guía, pero se recomienda dejar de usar los audios a las pocas semanas.

Las principales prácticas que incluye el MBSR son: *body scan* o escaneo corporal (es un ejercicio de unos 45 minutos en el que el participante, con los ojos cerrados y tumbado en el suelo, pone la atención secuencialmente en las sensaciones de las diferentes áreas del cuerpo), meditación sentada (con los ojos cerrados y sentado en una postura relajada y erguida, el participante pone la atención en la sensación de respirar), *hatha yoga* (se usa para aprender a fijar la atención en los movimientos corporales, mientras se realizan posturas de yoga y estiramientos suaves). También se llevan a cabo prácticas de atención, durante las actividades rutinarias

diarias, como andar y estar de pie (lo que constituye la práctica de mindfulness caminando) o comer. La práctica de la pasa (atender progresivamente con todos los sentidos y degustar lentamente una pasa) se usa para entender la diferencia entre la mente en estado de mindfulness y el estado mental habitual. Por último, la práctica de los tres minutos es una breve meditación en tres fases que permite parar y prestar atención durante el día a día.

En todos los ejercicios se da la instrucción de focalizar la atención en el punto de anclaje (por ejemplo, respirar o andar) y hacerse consciente de él en cada momento. Cuando surgen sensaciones, emociones o pensamientos, son observados sin juicio. Si la mente divaga en pensamientos, memorias o fantasías, la atención vuelve al punto de anclaje, sin quedarse absorbida por el contenido de dichos fenómenos mentales (Kabat-Zinn, 1982). El MBSR enseña a los individuos a observar los eventos tanto internos como externos de forma no reactiva, sin emitir juicios y con aceptación. En este sentido, es importante mencionar que el MBSR no está dirigido hacia la reducción de síntomas, sino, fundamentalmente, hacia la alteración de la forma en que los procesos y contenidos mentales estresantes son experimentados, hacia una mayor consciencia, aceptación y tolerancia de los inevitables vaivenes de la vida, para disminuir, así, la reactividad emocional y mejorar la evaluación cognitiva que facilita un mayor bienestar psicológico, incluso en presencia de síntomas continuos. Más de tres décadas de investigación sugieren que la formación en mindfulness y MBSR, en comparación con la lista de espera y el tratamiento habitual del grupo control, puede reducir moderadamente el estrés, la depresión y la ansiedad y mejorar la calidad de vida y el funcionamiento tanto a nivel físico como mental en una serie de trastornos como el dolor crónico, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la depresión y los trastornos de ansiedad. También puede ser una intervención preventiva para adultos y niños sanos (Gotink y cols., 2015;. Khoury y cols., 2015).

***2. El protocolo MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)***, (Segal y cols., 2002): estos autores consideraron que el MBSR, con la inclusión de algunas técnicas cognitivas, podría ser útil en el tratamiento de la depresión mayor recurrente. Desarrollaron la teoría del procesamiento

de la información en la depresión, que sugiere que estos pacientes sufren recaídas porque los estados disfóricos leves reactivan los pensamientos depresivos disfuncionales y precipitan un nuevo episodio. La MBCT está estructurada en ocho sesiones, que se solapan al 80% con el MBSR. El 20% diferencial son elementos de psicoterapia cognitiva, que facilitan una visión de los eventos mentales sin identificarse con ellos, y que incluye afirmaciones como «los pensamientos no son hechos» y «yo no soy mis pensamientos». Esta no identificación se utiliza también con las emociones y con las sensaciones corporales. El objetivo es que los pacientes con depresión recurrente aprendan a observar sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos, y verlos simplemente como eventos mentales, que van y vienen, haciéndose conscientes de que no somos nuestros pensamientos, de forma que puedan prevenirse los patrones rumiativos. En este momento, la MBCT se está utilizando para el tratamiento de un gran número de patologías con bastante éxito. Su eficacia ha sido medida en diferentes indicaciones clínicas con ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA), habiendo una mejora del 34% en comparación con los controles. Estos ECA están recogidos en el metanálisis de Kuyken y sus colaboradores (2016) (con 1.258 participantes incluidos), que concluye que esta técnica es eficaz en la reducción de las recaídas en la depresión. Además se encuentra una reducción significativa de los síntomas primarios, así como de la rumiación de los pensamientos. Esto va unido a un incremento de la atención plena, de la metacognición y de la autocompasión.

Se ha encontrado también evidencia de esta terapia en el trastorno bipolar, dolor crónico, trastorno de ansiedad generalizada, hipocondría y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. Debido a la gran cantidad de evidencia de esta técnica, tanto el Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) como la *Guía de práctica clínica de psiquiatría* de la Real Universidad de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda recomiendan usar la MBCT para la prevención de la recaída en la depresión.

***3. El protocolo MB-EAT (Mindfulness-Based Eating)***, (Kristeller y Hallett, 1999; Kristeller y cols. 2006; Kristeller y Wolever, 2011): el MB-EAT incluye 12 sesiones grupales que buscan incrementar el conoci-

miento consciente de las conductas y experiencias relacionadas con la alimentación. Trata de aumentar los procesos de autorregulación relacionados con la ingesta, focalizándose principalmente en el proceso de saciedad, en la elección de los alimentos y en la regulación del estrés. En las sesiones, los pacientes practican: meditación de atención plena no específica (atención focalizada y monitorización abierta), meditaciones específicas de mindfulness y práctica informal de la atención a la hora de las comidas (consciencia de los sentimientos, pensamientos y sensaciones). El MB-EAT ha mostrado eficacia en dos estudios pilotos y tres ECA en episodios de atracón, el comer emocional en sobrepeso y obesidad, y en la autogestión de la diabetes tipo 2. También se ha comparado esta intervención con terapia psicoeducativa unida a cognitivo-conductual frente a grupo control, estudiando a 150 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos del trastorno de atracón. Los dos grupos de intervención mostraron una reducción significativa de los atracones y los episodios de depresión (Kristeller y cols., 2013). Además, el MB-EAT fue más eficaz en los cambios de estilos de la alimentación. En otro estudio, se comparó con un programa de educación para el autocontrol de la diabetes, mostrando sendos grupos eficacia para autocontrol de la diabetes.

***4. El protocolo MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive behaviours)***, (Bowen y cols., 2011): es una intervención grupal diseñada para tratar la recaída en los pacientes con trastornos por abuso de sustancias. Combina la terapia de prevención de recaídas clásica con una intervención mindfulness típica (MBSR o MBCT). Sus bases son la psicoeducación, donde se identifican las situaciones de riesgo, y el entrenamiento en habilidades de aceptación unido a técnicas de meditación y prácticas en casa. Tiene sustento empírico en varios estudios piloto y dos ECA que mostraron la eficiencia del programa en comparación con el tratamiento de elección, ya que hubo una mejora en los episodios de abstinencia y un decremento en el abuso de sustancias (Bowen y cols., 2009). También se comparó con el programa de 12 pasos unido a la intervención de recaídas, mostrando un menor número de días de consumo de drogas, así como menos episodios de consumo excesivo de alcohol en el grupo del MBRP.

***5. Mindfulness-Based Elder Care (MBEC)***, (McBee, 2008): se desarrolló para adaptar el MBSR a las características y necesidades de la población anciana y de sus cuidadores, con el objetivo de desarrollar la conciencia y la compasión. Entre las principales características de este protocolo que lo distinguen del MBSR, se destacan: 1) los grupos son más pequeños, 2) la duración de las sesiones es de 45 minutos, 3) se utiliza un lenguaje simple, concreto y repetitivo, y 4) los movimientos y estiramientos están adaptados para una cama o silla para personas con poca movilidad (McBee, 2012). Además, también se realizan adaptaciones específicas en aquellos casos en que los ancianos no pueden salir de casa, o incluso de la cama, o se encuentran en unidades de demencia. De igual modo que con el resto de programas basados en el mindfulness, la autora de este protocolo hace especial hincapié en que, para poder transmitir eficazmente estos conocimientos a las personas mayores, es imprescindible que el instructor practique mindfulness. De momento, solo existe una publicación sobre su eficacia, donde las medidas de depresión y estrés percibido se redujeron una vez finalizada la intervención, y dichos niveles se mantuvieron, al menos, hasta un mes después (Epstein-Lubow y cols., 2011).

***6. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP)***, (Bardacke, 2012): es otra adaptación del MBSR para mujeres embarazadas y para conseguir que la paternidad sea más consciente durante los primeros años de la vida de los niños. No solo va dirigido a la mujer embarazada, sino a ambos progenitores. En este protocolo se integra el aprendizaje del mindfulness, y su práctica, con los conocimientos relacionados con los procesos psicobiológicos que se dan durante el embarazo, el parto, la lactancia materna, el ajuste postparto y las necesidades del bebé (Veringa y cols., 2016). Está configurado en un total de nueve sesiones, una a la semana, de tres horas de duración cada una. Al igual que en otros protocolos clásicos, en este también hay un retiro de silencio, de siete horas, entre las semanas seis y siete. Además, en este programa también se propone la realización de una reunión, una vez que las madres hayan dado a luz, para que puedan reconectar de nuevo entre ellas, intercambiar reflexiones y aprendizajes derivados de la experiencia personal, así como compartir de qué manera están aplicado lo aprendido durante los primeros días de la

crianza de los hijos (Duncan y Bardacke, 2010). Existen estudios que demuestran su eficacia (Duncan y cols., 2014).

## 7. ¿Qué son las intervenciones basadas en el mindfulness y cuándo se utilizan?

### Introducción

Las intervenciones que utilizan el mindfulness, pero que no siguen los estrictos criterios de los protocolos más frecuentes (MBSR o MBCT) en cuanto a estructura y número de sesiones o en relación con los contenidos se denominan «intervenciones basadas en el mindfulness» (en inglés: MBI, Mindfulness-Based Interventions).

Son múltiples las razones por las que puede ser necesario o recomendable utilizar las MBI. Recordemos que el mindfulness nace en Estados Unidos, en un sistema sanitario privado, como una intervención cara y elitista, mayoritariamente utilizada en población de elevado nivel socioeconómico y cultural. Por eso, algunas de las razones para utilizar las MBI son las siguientes:

- ***Por el contexto en que se utiliza.*** En los sistemas sanitarios públicos y gratuitos, donde el nivel socioeconómico y cultural es más bajo, y donde la intervención se administra de forma gratuita, el compromiso y la capacidad de comprensión de los usuarios puede ser menor. Este tema ha sido descrito ampliamente por nuestro grupo (Demarzo y cols., 2015). La consecuencia es que las MBI tienden a estructurarse en menos sesiones (cuatro o seis), más cortas (de dos horas o menos), sin que se incluya un retiro de un día y con menor exigencia en el tiempo de práctica que se solicita en el domicilio (que es de 45 minutos/día en el MBSR y suele reducirse en estos entornos a 15-20 minutos/día).
- ***Por razones culturales.*** El mindfulness nace y se desarrolla en el contexto cultural anglosajón, por lo que algunos de sus principios

y forma de enseñar no se adaptan a otros entornos culturales. En el caso del contexto cultural latino, se han identificado una serie de aspectos clave diferenciales que hay que tener en cuenta a la hora de desarrollar las intervenciones. (Véase «¿Hay diferencias transculturales en la práctica del mindfulness?», en la página 329, donde se trata este tema de forma intensiva.)

- ***Porque se quiere enfatizar otros aspectos terapéuticos.*** En dependencia de la población a la que va dirigida la intervención, puede ser necesario incluir aspectos insuficientemente tratados en protocolos del mindfulness como el MBSR. Temas como la aceptación, los valores y el sentido de la vida o la compasión pueden resultar cruciales para los resultados que se quieren obtener y que no podrían conseguirse con los protocolos habituales del mindfulness (García Campayo y Demarzo, 2015a).

## Criterios de calidad de una intervención basada en el mindfulness

Lógicamente, esto no quiere decir que se pueda hacer cualquier intervención y llamarla mindfulness o MBI. Existen unos criterios mínimos de calidad que debe incluir una intervención en mindfulness o MBI y que han sido resumidos por algunos de los padres del mindfulness (Crane y cols., 2016). Los resumimos a continuación:

- ***En relación con la intervención:***
  - Está basada en teorías y prácticas que proceden de las tradiciones contemplativas y que se han estructurado con base en disciplinas científicas como la medicina, la psicología y la educación.
  - Se centra en un modelo de experiencia humana que se orienta a las causas del sufrimiento humano y a la forma de aliviarlo.
  - Desarrolla una nueva relación con la experiencia, caracterizada por focalizarse en el momento presente y en el desarrollo de la metacognición.

- Apoya el desarrollo de una mayor autorregulación atencional, emocional y conductual, así como de cualidades positivas como la compasión, la sabiduría y/o la ecuanimidad.
- Compromete al participante en un entrenamiento intensivo y sostenido en la práctica de la meditación mindfulness, en un aprendizaje experiencial basado en la indagación y en ejercicios para desarrollar *insight* y comprensión.

- ***En relación con el instructor:***
- Debe poseer competencias que le capaciten como instructor de mindfulness.
- Encarna las cualidades y actitudes del mindfulness durante el proceso de enseñanza.
- Ha realizado un entrenamiento adecuado y se compromete a adherirse a buenas prácticas clínicas.
- Forma parte del proceso de aprendizaje participativo con sus alumnos/clientes.

En nuestra opinión y basándonos en nuestra experiencia, los criterios podrían resumirse de una forma pedagógica en tres: a) La duración de la intervención; b) los contenidos de dicha intervención, y c) la formación del profesional que ofrece la intervención

***a) Duración de una intervención***

Se ha estudiado la duración mínima que debe tener una intervención en el mindfulness para ser efectiva. El MBSR, el primero de los protocolos de intervención desarrollados, consta de un mínimo 26 horas (a veces 28 horas) distribuidas en ocho sesiones semanales de dos horas y media, además de un retiro de un día (de entre seis y ocho horas).

Por tanto, es importante conocer la mínima dosis efectiva de la terapia de mindfulness. Carmody y Baer (2009) analizaron la magnitud del efecto de las variables psicológicas medidas en diferentes estudios que utilizaron intervenciones breves del mindfulness. Lo que encontraron es que no había correlación entre el número de horas de la intervención y su efi-

cacia, es decir, que la menor duración de la intervención no disminuía la eficacia, y esto ocurría tanto en sujetos enfermos como en la población general que no padecía ninguna enfermedad. De hecho, un estudio de nuestro grupo (Demarzo y cols., 2017) confirmó que no había diferencias entre dos intervenciones basadas en el MBSR de cuatro y de ocho semanas de duración. Por tanto, las adaptaciones de los programas breves del mindfulness estarían justificadas en poblaciones y entornos en los que las circunstancias lo requiriesen. Pese a estos resultados, se sigue recomendando, generalmente, ceñirse a los programas estándares de ocho semanas, porque son los que más evidencia científica tienen y podrían ser más eficaces en otras variables que no se han evaluado en los estudios analizados (Carmody y Baer, 2009).

***b) Contenidos de una intervención basada en el mindfulness***

Se han realizado adaptaciones de los programas de mindfulness incluyendo módulos y técnicas de otras psicoterapias, principalmente de las de tercera generación. Así, se han incluido aspectos de la terapia de compasión, valores y sentido de la vida que proceden de la terapia de aceptación y compromiso, aceptación radical cuyo origen es la terapia dialéctico-conductual. También se han incluido técnicas cognitivas (el protocolo MBCT es un ejemplo), técnicas de psicología positiva, o incluso de la psicoterapia dinámica u otras. En todos los casos, el contenido mínimo que se considera debe incluir una MBI son todas las prácticas básicas de los protocolos MBSR/MBCT: uva pasa, mindfulness en la respiración, escaneo corporal, mindfulness caminando, mindfulness en los movimientos corporales y la práctica de los tres minutos.

***c) Formación de las personas que lo imparten***

Este constituye un tema crucial. No cualquier persona con algo de formación puede administrar una terapia/formación en mindfulness. La calidad de los profesionales que imparten estas intervenciones puede ser evaluada mediante un cuestionario que sirve de guía para la formación de los profesores de mindfulness. Esta guía se denomina *Mindfulness-Based Interventions-Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC),* (Crane y cols., 2013).

Este cuestionario, que ha demostrado adecuada validez y fiabilidad, se usa de forma extendida en Gran Bretaña y Estados Unidos para evaluar a los instructores de mindfulness. Los modelos de formación que se están desarrollando en España, sobre todo en entornos universitarios, suelen ceñirse a estos criterios.

En resumen, los protocolos de mindfulness tipo MBSR o MBCT no deben ser considerados la panacea. Como ya hemos comprobado, intervenciones más cortas, sin retiro de un día o modificadas de otra forma en contenidos y/o estructura, suelen ser igual de eficaces. Si se usan más los protocolos clásicos tipo MBSR o MBCT, es porque se desarrollaron antes y existen más estudios sobre ellos. Pero el aspecto negativo es que pueden convertirse en una estructura piramidal de control, que además permite obtener pingues beneficios económicos a sus creadores. Esta es la base de la crítica más dura que ha recibido el mindfulness, denominada McMindfulness, y que analizaremos más ampliamente más adelante.

## 8. ¿Existe relación entre el mindfulness y el estilo de apego?

### Concepto de apego y su relación con otras variables psicológicas

Bowlby (1969) desarrolló la teoría de apego, en la que propuso que los seres humanos, para facilitar su supervivencia, poseen un sistema de apego que se desarrolla con la evolución, y que permite que los niños busquen la proximidad de cuidadores más fuertes y sabios (padres o sus sustitutos, cuando aquellos no existen) para protegerles del peligro. Cuando los cuidadores están accesibles y son sensibles y responsables, los niños experimentan sentimientos de seguridad. Por el contrario, cuando esto no ocurre, los niños desarrollan estrategias inseguras como mecanismo de adaptación. El sistema de apego está activo a lo largo de toda la vida y modula la forma que tenemos de relacionarnos con otras personas. También influencia la imagen que tenemos de los otros seres humanos (si podemos fiarnos de

ellos o no) y la imagen que tenemos de nosotros mismos respecto al afecto (es decir, si nos sentimos dignos de ser queridos o no). Existen varias clasificaciones de los tipos de apego, siendo una de las más sencillas la de Ainsworth y sus colaboradores (1978), que lo divide en tres tipos: seguro, ansioso y evitativo.

En los adultos, el apego inseguro se definiría (Fraley y cols., 2000) como niveles elevados de estas dos variables psicológicas:

- ***Ansiedad de apego (attachment anxiety):*** miedo al rechazo y al abandono, así como gran preocupación por las relaciones interpersonales que suponen una enorme fuente de malestar.
- ***Evitación (attachment avoidance):*** tendencia a sentirse incómodo con la intimidad y la cercanía en las relaciones interpersonales.

El apego inseguro (elevada ansiedad de separación y evitación) se ha asociado, de forma consistente, con pobre adaptación psicosocial. Por el contrario, el apego seguro (baja ansiedad y evitación) se correlaciona con variables de bienestar psicológico como adecuada regulación emocional o satisfacción en las relaciones interpersonales (Mikulincer y Shaver, 2007).

## Relación entre mindfulness, apego y psicopatología

Los primeros estudios no solo confirmaron que el mindfulness y el apego seguro mostraban correlaciones positivas (Cordon y Finney 2008; Walsh y cols., 2009), sino que se asocian a los mismos resultados positivos: baja reactividad al estrés, mejor salud física y psicológica y mejora en la autorregulación conductual (Shaver y cols., 2007; Ryan y cols., 2007, Brown y cols., 2007; Koole, 2009). Por esta razón, hipotetizaron que el apego seguro podría ser uno de los factores relacionados con el entorno social que facilitase el desarrollo del mindfulness rasgo. En este sentido, hay estudios que confirman que la metacognición se asocia a un estilo de apego seguro, por lo que técnicas como el mindfulness, que mejoran la metacognición, se espera que aumenten el apego seguro (Linares y cols., 2016). Se cree que uno de los mecanismos terapéuticos del mindfulness, en la

depresión pero también en otras patologías, podría ser la facilitación de un apego más seguro. De hecho, algunos estudios sugieren que el miedo a experimentar emociones positivas, debido a un estilo de apego inseguro, está fuertemente correlacionado con patología psiquiátrica, y media el vínculo entre alexitimia (dificultad para expresar emociones) y depresión (Gilbert y cols., 2014).

Esto se observa también en otras patologías. Así, Fossati y sus colaboradores (2011) analizaron si el mindfulness mediaba la asociación entre las dimensiones de apego y las características clínicas del trastorno límite de personalidad (TLP) en una muestra no clínica de estudiantes de instituto italianos. Se confirmó que existía una asociación negativa entre niveles de mindfulness y síntomas de TLP. Los estudios de mediación confirmaron que el mindfulness mediaba totalmente la relación entre necesidad de aprobación y TLP. Por tanto, se confirmaba que los síntomas de TLP estarían mediados por déficits de mentalización, que podría ser operativizado como bajos niveles de mindfulness. También, en las relaciones hostiles, parece que el mindfulness sería mediador entre este tipo de relación y el estilo de apego, ya que sobre todo mediaría en la ansiedad de apego (Saavedra y cols., 2010).

## Aumentar el mindfulness para facilitar el apego seguro

Los estudios correlacionales muestran que los individuos con apego seguro como rasgo reportan niveles de mindfulness más elevados que los que presentan apego inseguro (Goodall y cols., 2012). Cuando se realizan estudios (Pepping y cols., 2015) para evaluar si existe relación causal entre estilo de apego estado y mindfulness estado, se comprueba que los incrementos de mindfulness estado no producen cambios en el estilo de apego seguro estado. Viceversa, incrementar el estado de apego seguro no produjo cambios en los niveles de mindfulness estado. Esto sugiere que no existe una relación causal inmediata y directa entre ambas variables, por lo menos cuando se modifican con técnicas breves experimentales. En el futuro habría que evaluar si intervenciones de más larga duración son capaces de producir este cambio.

En otro estudio (Davis y cols., 2016), se analizó la relación entre apego, bienestar y mindfulness mediante una encuesta *online*. Se confirmó que el malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés) se correlacionaba intensamente con el estilo de apego del individuo. Sin embargo, el bienestar psicológico solo se correlacionaba con la ansiedad de apego. En suma, los resultados confirman que el mindfulness es un moderador importante que disminuye el efecto negativo del apego inseguro en el bienestar psicológico.

Pero quizá el estudio más definitivo en este sentido es el de Pepping y sus colaboradores (2014), en el que se analiza la relación entre el mindfulness y el estilo de apego, tanto en meditadores como en no meditadores, ya que la intensidad de esta asociación podría variar según la experiencia meditativa de los participantes. Se confirma que el mindfulness y el apego están intensamente relacionados en ambos grupos, pero la ansiedad de apego y la evitación conjuntamente explican dos veces más la varianza en los niveles de mindfulness en meditadores experimentados cuando se compara con personas sin experiencia meditativa. La relación entre ansiedad de apego y mindfulness es mucho mayor en meditadores experimentados, porque está mediada por la experiencia meditativa. Por tanto, la práctica de mindfulness mejoraría tanto el mindfulness rasgo como la ansiedad de apego, confirmando que las terapias de mindfulness facilitarían desarrollar un apego seguro.

## Apego y compasión

Compasión, un constructo relacionado con el mindfulness y que se considera una terapia complementaria a la del mindfulness, también se ha estudiado en relación con el apego. Un estudio de Moreira y sus colaboradores (2015), realizado con madres de niños en edad escolar, confirma que el estilo de apego de la madre condiciona el estilo de cuidado parental respecto a los hijos de dos formas diferentes: a) la evitación del apego tiene un efecto directo, produciendo un estilo parental poco *mindful*, mientras que b) la ansiedad de apego también disminuye los niveles del mindfulness parental mediado por una baja autocompasión. En

suma, aumentar los niveles de compasión es importante para mejorar el estilo parental, sobre todo en las personas con apego inseguro. También se ha demostrado que la autocompasión es un mediador entre la ansiedad de apego y la apreciación del cuerpo (Raque-Bogdan y cols., 2016). Esto es muy importante porque la apreciación del cuerpo es crucial para unas adecuadas relaciones interpersonales, así como en la relación del individuo consigo mismo. También otros estudios encuentran que la autocompasión se asocia a mayor apego materno fetal (Mohamadirizi y cols., 2016).

Uno de los aspectos más importantes en relación con el apego y la compasión es que la práctica de la compasión previamente a la práctica del mindfulness aumentaría la adherencia a esta última. Pese a sus beneficios, para muchas personas es difícil practicar mindfulness y se desaniman. Esto parece más frecuente en personas con estilos de apego inseguro, ya que se autocritican cuando la práctica «no les sale bien» según sus expectativas. Hay estudios que demuestran que «cebar» o producir una impresión previa (*to prime* en inglés) con compasión antes de practicar mindfulness facilitaría el mantenimiento de la práctica, porque aumentaría los niveles del mindfulness estado (Rowe y cols., 2016).

Inducir previamente compasión es una práctica reciente en investigación. Leary (2007) fue el primero en hacerlo; pidió a los participantes que pensaran en alguna situación familiar de una manera autocompasiva. Esta inducción se ha utilizado como práctica meditativa habitual (Hofmann y cols., 2011) y como terapia (Gilbert 2009). Lo que muestran Rowe y sus colaboradores (2016) es que la compasión puede ser inducida y aumenta el deseo de seguir practicando mindfulness. Se cree que la razón es que la compasión puede convertir un ejercicio desafiante, como es la meditación, en algo más accesible. Curiosamente, el mindfulness rasgo no modera esta asociación. Cabría esperar que individuos con bajo mindfulness rasgo se beneficiarían más, pero esta muestra tenía niveles elevados de mindfulness rasgo, por lo que sería necesario repetir el estudio en individuos con bajo rasgo de mindfulness. En suma, la adherencia al mindfulness va a incrementarse con una práctica inicial de compasión, algo que la tradición budista, sobre todo la tibetana, ya recomendaba.

Esta gran relación entre compasión, apego y mindfulness es una de las razones por las que nuestro grupo ha desarrollado un modelo específico de compasión denominada terapia de compasión basada en los estilos de apego (García Campayo y Demarzo, 2015). Hemos realizado varios estudios que demuestran su eficacia en enfermedades tipo fibromialgia y en la población general no clínica.

## 9. ¿Qué es el mindfulness interpersonal?

### Mindfulness y relaciones interpersonales

Los seres humanos somos animales sociales. Las relaciones sociales constituyen un elemento básico en nuestras vidas. Las prácticas meditativas habitualmente utilizadas, tanto en la tradición budista como en el mindfulness, son (Kramer y cols., 2008):

- Prácticas formales realizadas de modo individual o en grupo (con el denominado *Sangha*, en la tradición budista), en las que se evita la interacción entre los meditadores.
- Prácticas informales fuera del contexto de la práctica meditativa (por ejemplo: lavarse, cocinar, lavarse los dientes, vestirse, andar, etc.).

En suma, el concepto de meditación está asociado a situaciones de no relación interpersonal. La meditación tradicional, aunque no es su intención, tiende a enfatizar la idea de la existencia de un yo autónomo e independiente. De hecho, uno de los efectos no esperados más frecuentes producidos por la meditación es la sensación de aislamiento de otras personas, de separación, lo que hemos denominado «la enfermedad del meditador» (García Campayo y Demarzo, 2015). Por tanto, se considera que es difícil vincular la práctica del mindfulness a la vida diaria o a la actividad terapéutica, que están basadas en las relaciones interpersonales.

## Antecedentes

Los trabajos iniciales de Gregory Kramer con maestros de meditación de tradiciones contemplativas asiáticos y el estudio de la psicología budista (el *Abhidharma*) permitieron desarrollar las primeras ideas sobre el mindfulness interpersonal (Kramer, 1999), que posteriormente se fueron desarrollando tras la realización de múltiples talleres y retiros sobre el tema, hasta plasmarlo en el libro que resume este programa (Kramer, 2007). El autor describe cómo se produce el desarrollo del mindfulness interpersonal en uno de sus textos (Kramer y cols., 2008).

En el libro *The mindful brain*, Siegel (2007) acuña el término de neurobiología interpersonal, un área interdisciplinar que tiene como objeto analizar el impacto de las relaciones interpersonales en el cerebro. Los estudios de neuroimagen destacan el papel de la corteza prefrontal en los individuos que practican mindfulness. Esta región cerebral está involucrada en la planificación de comportamientos cognitivos complejos, en las características de la personalidad, en los procesos de toma de decisiones complejas y en el control y conducta social idónea. En el aspecto relacional, las funciones de la corteza prefrontal, sobre todo medial, serían las siguientes: regulación corporal, comunicación sincronizada con otras mentes a través de procesos de resonancia, equilibrio emocional, flexibilidad de respuesta, empatía, autoconocimiento, modulación del miedo, intuición y moralidad. Todas ellas se desarrollarían adecuadamente si el individuo ha estructurado un modelo de apego seguro (véase apartado 8 de este capítulo sobre el mindfulness y el apego). Sobre estas bases neurobiológicas y de la psicología occidental y budista, se estructura el mindfulness interpersonal.

## Insight Dialogue

Basado en el Vipassana o en las prácticas de *Insight Meditation*, el Insight Dialogue (ID) rompe los esquemas tradicionales de meditación privada e individual, cultivando el mindfulness en la relación interpersonal. Existen varias formas de desarrollar el ID: grupos semanales, retiros de prác-

tica, diálogo *online* (tanto en tiempo real como asincrónico) y, sobre todo, el Interpersonal Mindfulness Program (IMP).

El IMP está basado, de una forma laxa, en el MBSR, que presenta los elementos básicos del ID como un curso estructurado diseñado para ser accesible a las personas que no tienen una base o interés en el budismo. Aunque tanto el IMP como el ID utilizan las mismas prácticas, se han desarrollado de forma diferente.

Una práctica típica de ID/IMP sería de la siguiente forma: se inicia con una corta meditación para calmarse y hacerse consciente de las sensaciones corporales en el presente. Se introduce una de las instrucciones de meditación (por ejemplo: pausa). El instructor describe la instrucción y realiza alguna meditación para entender cómo se puede integrar. Posteriormente, el grupo se divide en pares y se asigna un tema (por ejemplo: el envejecimiento), que será desarrollado por el instructor. El grupo comenta en pares ese tema, focalizándose en la instrucción que se pretende desarrollar en esa sesión (por ejemplo, la pausa). La discusión empieza con un toque de campana y, durante el proceso, el instructor puede tocar ocasionalmente la campana para que se haga un corto silencio y se recupere la instrucción de meditación. También puede haber breves charlas por parte del instructor y alguna práctica de movimiento físico. La sesión se cierra con una práctica de compasión hacia las otras personas. El papel del instructor es compartir las instrucciones, crear en entorno de práctica adecuado y servir de modelo con su conducta al relacionarse con los otros.

## Guías para la meditación y temas de reflexión

Las guías para la meditación del ID y del IMP son las siguientes:

- ***Pausa:*** parada temporal de los pensamientos habituales y actitud mindful hacia la experiencia del momento presente. Se detienen los procesos que condicionan las relaciones interpersonales.
- ***Relajación:*** calmar el cuerpo y la mente, lo que permite aceptar los sentimientos difíciles que puedan surgir.
- ***Apertura:*** toma de conciencia de los otros con aceptación.

- ***Surgimiento de la confianza:*** entrar en la relación interpersonal sin una agenda preconcebida, lo que genera flexibilidad mental.
- ***Escuchar profundamente:*** implica una presencia *mindful* que permite atender tanto a las palabras como a los otros elementos de la interacción, lo que disminuye los sesgos de interpretación.
- ***Hablar la verdad:*** expresar de forma veraz nuestra experiencia subjetiva. Se basaría en el discernimiento sobre qué hablar y en mantenerse atento mientras se habla.

El segundo elemento clave en ID/IMP son los temas de reflexión, que se obtienen de la tradición budista o de otras tradiciones de sabiduría. Algunos de estos temas serían el envejecimiento, la enfermedad, la muerte, la compasión, el placer y el sufrimiento, etc. Sirven para reevaluar nuestras asunciones sobre nuestros patrones de conducta. Son temas que excepcionalmente se comentan con otras personas. Las guías para la meditación y los temas de reflexión trabajan de forma sinérgica para cambiar la visión del mundo y las conductas interpersonales de los participantes. El IMP ofrece solo cuatro de estas seis guías (apertura y surgimiento de la confianza están implícitas, pero no se explicitan como tal). La forma actual de este programa se estructura en seis sesiones semanales y un retiro de un día. Las características distintivas de esta formación son: romper el grupo en subgrupos, cambiar el tamaño de los grupos durante el retiro, incluir yoga para facilitar el bienestar corporal, meditar en la naturaleza para incrementar una suave apertura de la consciencia y el uso ocasional de la meditación caminando asociada al diálogo.

## Eficacia del mindfulness interpersonal

Se ha utilizado en diferentes ámbitos:

***a) Educación parental:*** en este entorno se han desarrollado programas como el Mindfulness-Enhancing Strengthening Families (MESF), que incluyen ciertos aspectos del mindfulness interpersonal (Duncan y cols., 2009):

1. Escuchar con atención a los niños y a los colegas.
2. Atención centrada en el presente sobre las emociones experimentadas por el yo durante las interacciones.
3. Apertura y aceptación sin juicio respecto a los pensamientos y sentimientos de los niños.
4. Baja reactividad en relación con la conducta de niños y adolescentes.
5. Tomar consciencia y responder a las necesidades individuales de los alumnos, buscando los momentos para enseñar en que sean más receptivos.
6. Compasión hacia uno mismo y hacia los estudiantes.

Se ha demostrado que el MESF produce, de forma inmediata y al año de seguimiento, mejora en el mindfulness interpersonal, en el cuidado parental, la calidad de la relación padre-hijo, el manejo de las conductas del joven y el bienestar psicológico de los padres. Hay otros programas como el Mindful Parenting Program que se centran, principalmente, en las relaciones padres-hijos tras el divorcio (Altmaier y Maloney, 2007).

***b) En las relaciones de pareja:*** en el campo de las relaciones de pareja también se ha evaluado el mindfulness interpersonal: Carson y sus colaboradores (2004) realizaron un ensayo controlado randomizado, estudiando el efecto de una nueva intervención denominada Mindfulness-Based Relationship Enhancement, diseñada para mejorar las relaciones de parejas normales y relativamente felices. Se confirma que el mindfulness interpersonal incrementa la satisfacción, la autonomía, la cercanía y la aceptación mutua, a la vez que disminuye el estrés. A nivel individual, mejora el optimismo, la espiritualidad y la relajación. Estos beneficios se mantienen a los tres meses de seguimiento. La intensidad de la mejoría se correlaciona con la práctica del mindfulness. En un estudio posterior, Carson y sus colaboradores (2007) confirmaron que las habilidades que permiten esta mejoría es la sensación de ambos miembros de la pareja de que, durante la terapia, estaban participando en actividades de autoexpansión interesantes.

Barnes y sus colaboradores (2007) confirman que elevados niveles basales del mindfulness rasgo predecían mayor satisfacción en la relación, mayor capacidad para responder constructivamente al estrés relacional, cuando se usaba un paradigma de conflicto predecía menor estrés emocional y una percepción más positiva de las relaciones antes y después del conflicto. El mindfulness estado se correlacionaba con mejor comunicación durante la discusión. Wachs y Cordova (2007) analizaron cuáles eran los mediadores de esa mejor relación marital y descubrieron que era un incremento en el repertorio emocional, concretamente en la capacidad de identificar y comunicar emociones y de regular la expresión de la ira.

***c) En estudiantes universitarios:*** son escasos los estudios sobre el tema. Uno de los primeros lo realizaron Cohen y Miller (2009) con estudiantes de psicología, aplicando el protocolo Interpersonal Mindfulness Training (IMT) de seis semanas. En un estudio pre-post los estudiantes mostraron significativamente mayor conexión social, inteligencia emocional y bienestar interpersonal, así como menos ansiedad y estrés.

## 10. ¿Qué es la mente errante? ¿Es diferente del piloto automático? ¿Hay aspectos positivos en la mente errante? ¿Qué es la conciencia *fringe*?

### La mente errante

Se define como un proceso mental durante el que la atención se distrae de la tarea que se está llevando a cabo para focalizarse en el contenido que la mente produce de forma intrínseca (Smallwood y Schuller, 2006). Esta tendencia espontánea de producir pensamientos y dejar vagabundear nuestra mente, pese a los estímulos externos, se considera una característica típica de la mente humana (Smallwood y Schuller, 2006). Este es un concepto medible; de hecho, existe un cuestionario para evaluar la mente errante, específicamente en adolescentes (véase «¿Es posible medir el mindfulness en la infancia y la adolescencia?, p. 227).

Se calcula que pasamos entre el 10 y el 50% del tiempo en este estado mental (Kane y cols., 2007). Uno de los estudios más concluyentes sobre la mente errante es el de Killingsworth y Gilbert (2010), quienes entrevistaron, mediante una aplicación móvil, a 2.250 voluntarios en períodos aleatorios. Les preguntaron lo felices que eran, qué estaban haciendo y qué estaban pensando (si su pensamiento se centraba en lo que estaban haciendo o sobre otro tema; y si este era agradable, desagradable o neutro). Confirmaron que los seres humanos permanecemos de media el 46,9% de nuestro tiempo despierto pensando en algo diferente a lo que estamos haciendo. En ninguna actividad, por atractiva que sea, pasamos menos del 30% del tiempo con mente errante, excepto cuando practicamos sexo.

A diferencia de otros animales, los humanos podemos permanecer mucho tiempo pensando en lo que no ocurre: sucesos del pasado, lo que podría ocurrir en el futuro o, incluso, circunstancias que sabemos que nunca van a ocurrir. En suma, parece que la mente errante es la forma de funcionar de nuestra mente «por defecto». Nuestra actividad mental está invadida por lo que no está presente. Estos autores afirman que «la capacidad de pensar en lo que no está ocurriendo es un desarrollo cognitivo que tiene un coste emocional». Confirmaron que cuando más feliz es la gente es cuando hace el amor, practica ejercicio físico o está en una conversación agradable. Sin embargo, es menos feliz cuando descansa, trabaja o usa el ordenador. En suma, la mente errante está negativamente asociada a la felicidad. Las veces que nos vamos del presente y a dónde nos vamos constituye un mejor predictor de felicidad que la actividad que estamos haciendo en ese momento. De hecho, los investigadores calculan que lo que uno está haciendo en un momento dado solo explica el 4,6% de su felicidad, mientras que el hecho de no tener mente errante (sino estar atento a lo que se está haciendo sin importar lo que esto sea) explicaría el 10,8% de la felicidad. Por otra parte, la mente errante sería la causa, y no la consecuencia, de la infelicidad.

## Mente errante y memoria de trabajo

Otro estudio de Kane y McVay (2012) analiza el proceso de la mente errante y confirma que la memoria de trabajo es un elemento clave en su

aparición. La memoria de trabajo describe las estructuras y procesos usados para el almacenamiento temporal (memoria a corto plazo) y el procesamiento de la información. Sobre la base de estudios de laboratorio y evaluaciones en la vida diaria, se sabe que las personas con menor memoria de trabajo es más probable que desarrollen mente errante, al menos mientras realizan tareas que demanden gran atención y, por tanto, que cometan más errores. Estos autores defienden que el análisis de la mente errante puede aportar datos de cómo funciona la red de control cognitivo y cuándo falla. Los estudios confirman que el entrenamiento en mindfulness disminuye la mente errante y que la aceptación es un factor clave en este proceso (Rahl y cols., 2017).

Otros investigadores (Levinson y cols., 2012) se preguntaron qué papel desempeña la memoria de trabajo en la mente errante, si inhibe o fomenta el pensar fuera de la tarea que se está realizando. Pidieron a voluntarios que realizasen una de dos tareas simples: apretar un botón en respuesta a la aparición de una letra en una pantalla o hacer *tapping* con el dedo simultáneamente con cada respiración. Una de ambas tareas se realizaba a la vez que se evaluaba la tendencia de las personas a que su mente divague. Son tareas sencillas que no requieren toda nuestra atención y se quería comprobar cómo se empleaban los recursos cognitivos sobrantes. Durante la tarea, los investigadores comprobaban periódicamente si la mente se mantenía en la tarea o estaba errando. También midieron la capacidad de trabajo de cada individuo (evaluada mediante la capacidad de recordar letras intercaladas entre preguntas sencillas de matemáticas). En ambas tareas había una clara correlación entre elevada memoria de trabajo y reportaje de mente errante durante las tareas sencillas, todo ello siempre que la eficacia de la tarea no se viese afectada. El resultado es el primer estudio que confirma que una elevada memoria de trabajo facilita que el pensamiento se aleje de la tarea. Es decir, que si las tareas son sencillas los sujetos con mucha memoria de trabajo tienden a emplear sus recursos cognitivos sobrantes en pensar cosas distintas a las que están haciendo. Sin embargo, cuando se les ponía distractores sensoriales simples (como letras de formas parecidas), el vínculo entre menta errante y memoria de trabajo desaparecía.

La memoria de trabajo se correlaciona con medidas generales de inteligencia como la comprensión lectora o el coeficiente intelectual. Los resultados del estudio, según consideran los autores, demuestran la planificación que hacemos los seres humanos en el día a día: cuando están en la ducha, yendo en bicicleta o en el autobús. Su cerebro trata de dedicar recursos a los problemas que producen más presión. La consecuencia es que uno puede llegar a casa sin recordar el camino que ha seguido o haber leído varias páginas de un libro sin recordar qué decían. La mente errante puede ser un indicio de las prioridades de la memoria de trabajo. El mindfulness permite usar toda la memoria de trabajo para hacer que si la prioridad es realizar una tarea específica cuando esta es prioritaria.

## Aspectos negativos de la mente errante

Altos niveles de mente errante se relacionan con bajo ánimo (Killingsworth y Gilbert, 2010) y pensamientos negativos (Smallwood y cols., 2007). El incremento de pensamientos negativos en relación con la mente errante se ha asociado con niveles de depresión (Marchetti y cols., 2012). Se cree que la causa es porque al aparecer más pensamientos se incrementa la atención a los propios pensamientos, emociones y experiencias (Smallwood y Schooler, 2015). Esto aumenta la probabilidad de autoevaluación, lo que se ha asociado a emociones negativas (Mor y Winquist, 2002). En suma, los pensamientos repetitivos aumentarían el riesgo de trastornos emocionales mediante la aparición de la preocupación y la cavilación obsesiva (Aldao y cols., 2010).

Hay estudios que demuestran que tener mente errante mientras se conducen vehículos hace que sea mucho más probable tener un accidente (Galera y cols., 2012). Las distracciones externas, como los teléfonos móviles, se sabe que producen accidentes, pero la inatención que surge por distracciones internas, como las preocupaciones, no se había estudiado. Se entrevistó a 955 conductores que habían tenido un accidente y que estaban siendo atendidos en urgencias y se les pidió describir sus pensamientos antes del accidente, evaluando hasta qué punto eran disruptivos. También se analizaron circunstancias atenuantes como las condiciones

del tráfico, el entorno de la carretera, la dificultad para conducir en ese momento o la obediencia a las órdenes de tráfico. También se estudiaron los niveles de alcoholemia. Así se categorizó al 47% como «responsables» del accidente y al 53% como «no responsables». Alrededor del 52% presentaba algo de mente errante antes del accidente, y en el 13% los contenidos del pensamiento eran muy disruptivos. Una intensa mente errante se asociaba con mayor responsabilidad en el accidente (un 17% de los conductores eran «responsables» del accidente mientras que solo un 9% de los conductores «no eran responsables» del accidente). Los autores concluyen que una mente errante facilita cometer errores que serán la causa de accidentes (Galera y cols., 2012).

## ¿Es diferente la mente errante del piloto automático? Aspectos positivos de la mente errante

Hay estudios que demuestran que no todo en la mente errante es negativo. La mente errante disminuye el estrés prediciendo sucesos futuros para adaptarse mejor al entorno (Bar, 2009). Permite sistematizar la información que no puede ser analizada cuando aparece un estímulo, porque no se puede realizar la manipulación semántica de la información (Binder y cols., 1999), lo que se asocia a un afrontamiento más eficaz (Greenwald y Harder, 1995) y a la creatividad (Sio y Ormerod, 2009). Esta capacidad de anticipación y planificación permite resolver problemas de forma creativa (Baird y cols., 2012).

Un estudio de Axelrod y sus colaboradores (2015) demuestra cómo un estímulo externo eléctrico de bajo nivel puede cambiar la forma en que pensamos, produciendo un aumento mensurable en la tasa de ensoñaciones diurnas (pensamientos y asociaciones espontáneos y autodirigidos). Parece ser que las ensoñaciones ofrecen un «escape mental» a las tareas aburridas, pero también muestran un efecto simultáneo positivo en la realización de tareas. Es el primer estudio en demostrar cómo un estímulo externo genérico, no relacionado con la percepción sensorial, dispara una actividad cognitiva específica. A los participantes se les administró estimulación eléctrica transcraneal, un procedimiento no invasivo e indoloro, que usa electricidad

de bajo nivel para estimular regiones cerebrales específicas. Durante el tratamiento se pidió a los participantes seguir y responder a números que aparecían fugazmente en una pantalla de ordenador. A la vez se les pedía describir hasta qué punto experimentaban pensamientos espontáneos no relacionados con la tarea numérica, en una escala de intensidad de 1 a 4. El estímulo transcraneal se realizó en el lóbulo frontal porque esta región había sido previamente implicada en el proceso de mente errante y también porque es la sede principal de la red de control ejecutivo, que nos permite planificar el futuro. Se sospechaba que había una conexión entre ambas. También se aplicó al lóbulo occipital (el centro de procesamiento visual). En ambos casos se aplicaba estímulo eléctrico y como control se usaba estimulación *sham* (se aplicaba, aparentemente, estimulación transcraneal, pero no había estímulo eléctrico). En el lóbulo occipital no aumentaba la mente errante ante estímulo eléctrico o ante *sham*, mientras que en el lóbulo frontal el estímulo eléctrico incrementaba la mente errante (la estimulación sham no), confirmando la asociación entre lóbulo frontal y mente errante. Curiosamente, el aumento de la mente errante no dificultaba la realización de la tarea. Los autores hipotetizan que este sorprendente resultado ocurre porque en la misma región coinciden la red de control ejecutivo y la mente errante (que son ensoñaciones diurnas autodirigidas) y que es una actividad liberadora de pensamientos. A diferencia de la red de control (que se localiza en el lóbulo frontal), la red que funciona por defecto y que gestiona la ensoñación y el pensamiento espontáneo involucra muchas áreas cerebrales (frontal incluida). Este entrecruzamiento cerebral podría facilitar procesos creativos y contribuir a activar la habilidad de estar exitosamente en tareas aburridas mientras la mente pone la atención fuera siguiendo su patrón habitual. Es posible que no sea cierto que los seres humanos tengamos una capacidad cognitiva limitada para prestar atención y que, simultáneamente, puedan incrementarse la mente errante y la capacidad de concentración, al menos hasta ciertos límites y ante tareas rutinarias.

En un estudio de Baird y sus colaboradores (2012) se diseñó un experimento en el que se pedía realizar una tarea de uso inusual, como decir diferentes usos inusuales de un ítem. Los participantes fueron divididos en cuatro grupos: a uno se le pidió una tarea demandante, a otro una tarea

no demandante, al tercero que descansase y al cuarto no se le dio descanso. Posteriormente, todos volvieron a hacer la tarea inusual. De los cuatros grupos, el único que mejoraba en la tarea fueron los que hicieron la tarea no demandante, los cuales describieron mayores cifras de mente errante que el resto. Esto sugiere que tareas sencillas que se asocian a la aparición de la mente errante podrían facilitar la resolución de problemas y actividades creativas. Este efecto sería muy diferente al habitual (y negativo) efecto de piloto automático.

## La conciencia *fringe*

James (1890) fue quien describió por primera vez el concepto de conciencia marginal. Se refirió a los aspectos transitivos, fugaces e inarticulados de la conciencia como *fringe consciousness*. Algunos ejemplos comunes de esta conciencia marginal son el sentimiento de «tener algo en la punta de la lengua», la novedad o familiaridad de una situación, los sentimientos de corrección o incorrección, etc. La conciencia marginal puede ser vista como una representación resumida de información que, en sí misma, es actualmente inaccesible a la conciencia, pero que, sin embargo, es importante para el contenido actual que ocupa la conciencia focal (es decir, lo que se le está prestando atención deliberadamente) (Mangan, 2001). La inaccesibilidad a la conciencia es percibida como sorprendente, porque ocurre en una situación en la cual la persona normalmente esperaría que hubiese acceso a la información en cuestión (Price y Norman, 2008). Mangan (2001) menciona que este tipo de conciencia podría tener una función de recuperación. Por lo tanto, dirigir la atención a estas sensaciones marginales o mantener la atención en ellas podría ayudar a dirigir la atención a la información que representan (Norman, 2002).

Elisabeth Norman (2017), en su artículo «Metacognition and Mindfulness: the Role of Fringe Consciousness», propone tres formas distintas de implicación que puede tener la conciencia marginal sobre el mindfulness:

1. ***Las metaexperiencias durante el mindfulness pueden tener las cualidades de la conciencia marginal.*** Si el mindfulness tuviera,

aunque fuese a veces, los atributos de conciencia marginal, implicaría que un entrenamiento en mindfulness podría aumentar este tipo de conciencia durante la experiencia *mindful* y también podría repercutir sobre la frecuencia y la calidad de estas experiencias marginales en otras situaciones. También podría plantearse que la frecuencia con la cual se podría experimentar la consciencia marginal depende de algunas características individuales, como, por ejemplo, la «apertura a la experiencia».

2. ***La práctica del mindfulness puede cambiar la actitud de las personas hacia los sentimientos marginales.*** Para una persona entrenada en mindfulness, es menos probable que un sentimiento de familiaridad sea percibido como inesperado o anómalo, y podría ser más fácilmente aceptado que algunos sentimientos que no estén acompañados por la información a la que apuntan. Esto puede influir de forma tanto positiva como negativa en la facilidad con la que el contenido cognitivo inconsciente pueda ser recuperado.
3. ***El mindfulness puede ser asociado con los sentimientos marginales de novedad.*** Los sentimientos de novedad podrían darse cuando hay un cambio de procesamiento de global a local (es decir, cuando se centra la atención en algo concreto, algo del ambiente inmediato) y también cuando los estímulos en la conciencia focal activan diferentes asociaciones que antes no eran conscientes. Por último, los sentimientos de novedad pueden verse como señales de cambio en la calidad de las representaciones cognitivas.

## Bibliografía

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1978.

Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. Clinical Psychology Review 2010; 30; 217-237.

Altmaier E, Maloney R. An initial evaluation of a mindful parenting program. Journal of Clinical Psychology 2007; 63, 1231-1238.

Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García Campayo J. Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión. Mindfulness & Compassion 2017; 2.

A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. Psychotherapy and Psychosomatics 2015; 84, 30-36.

Axelrod V, Rees G, Lavidor M, Bar M. Increasing propensity to mind-wander with transcranial direct current stimulation. Proc Natl Acad Sci USA 2015; 112: 3314-3319.

Baer R. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. Clinical Psychology: Science and Practice 2003; 10: 125-143.

Baird B, Smallwood J, Mrazek MD, Kam JW, Franklin MS, Schooler JW. Inspired by distraction: mind wandering facilitates creative incubation. Psychol Sci 2012; 23: 1117-1122.

Bar M. The proactive brain: memory for predictions. Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences 2009; 364: 1235-1243.

Bardacke N. Mindful birthing. Training the mind, body and heart for childbirth and beyond. New York: Harper Collins, 2012.

Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. Journal of Marital and Family Therapy 2007; 33: 482-500.

Beck AT. The current state of cognitive therapy. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 953-959.

Binder JR, Frost JA, Hammeke TA, Bellgowan PSF, Rao SM, Cox RW. Conceptual processing during the conscious resting state: a functional MRI study. Journal of Cognitive Neuroscience 1999; 11: 80-93.

Bishop SR, Lau M, Shapiro S, y cols. Mindfulness: A proposed operational definition. Clin Psychol Sci & Pract 2010; 11: 230-241.

Blanke O, Metzinger T. Full-body illusions and minimal phenomenal selfhood. Trends Cogn Sci 2009; 13: 7-13.

Boddhi Bhikku. The connected discourses of the Buddha: A translation of the Samyutta Nikaya. Boston, MA: Wisdom Publications, 2000.

Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Clifasefi S, Garner M, Douglass A, Larimer ME, Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Subst Abus 2009; 30: 295-305.

Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviours. New York: Guilford Press, 2011.

Bowlby J. Attachment and Loss, Vol 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969. Versión española: Bowlby J. El apego y la pérdida. Vol I: El apego. Barcelona: Paidós Ibérica, 1993.

Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychological Inquiry 2007; 18: 211-237.

Carmody J, Baer RA. How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. J Clin Psychol. 2009; 65: 627-638.

Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. Behavior Therapy 2004; 35: 471-494.

Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Self-expansion as a mediator of relationship improvements in a mindfulness intervention. J Marital Fam Ther. 2007; 33: 517-528.

Christensen A, Atkins DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2010; 78: 225-235.

Cohen JS, Liller L. Interpersonal Mindfulness Training for Well-Being: A Pilot Study With Psychology Graduate Students. Teachers College Record 2009; 111; 2760-2774.

Cordon SL, Finney SJ. Measurement invariance of the Mindful Attention Awareness Scale across adultu attachment style. Measurement and Evaluation in Cpunseling and Development 2008; 40: 228-245.

Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JM, Kuyken W. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. Psychol Med 2016; 29: 1-10.

Crane RS, Eames C, Kuyken W, Hastings RP, Williams JM, Bartley T, Evans A, Silverton S, Soulsby JG, Surawy C. Development and validation of the mindfulness-based interventions - teaching assessment criteria (MBI:TAC). Assessment. 2013; 20: 681-8.

Crescentini C, Capurso V. Mindfulness meditation and explicit and implicit indicators of personality and self-concept changes. Front Psychology 2015; 6: 1-4.

Csikszentmihalyi M. Flow: The Psychology of Optimal Experience. New York: Harper and Row, 1990.

Dahl CJ, Lutz A, Davidson RJ. Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. Trends in Cogn Sci 2015; 19: 515-523.

Davis TJ, Morris M, Drake MM. The moderation effect of mindfulness on the relationship between adult attachment and wellbeing. Personality Individ Dif 2016; 96: 115-121.

Demarzo M, Cebolla A, García Campayo J. The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. Gen Hosp Psychiatry 2015; 37:166-71.

Demarzo M, Montero-Marín J, Puebla M, Navarro M, Herrera P, Moreno S, Calvo S, Bafaluy L, García Campayo J. Efficacy of 8- and 4-session Mindfulness-based Interventions in a non-clinical population: A controlled study. Front Psychol 2017; 8: 1343.

DeVibe, Solhaug I, Tyssen R, Friborg O, Rosenvinge JH, Sorlie T, Halland E, Bjorland A. Does personality moderates the effect of mindfulness training for medical and pscyhological students. Mindfulness 2015; 6: 281-289

Dimidjian S, Arch JJ, Schneider R, Desormeau P, Felder JN, Segal ZV. Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of «Third Wave» Cognitive and Behavioral Therapies. Behavior Therapy 2016: 47: 886-905.

Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. J Child Fam Stud 2010; 19: 190-202.

Duncan LG, Coatsworth JD, Greenberg MT. A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. Child Clinical and Family Psychology Review 2009; 12, 225-270.

Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Mind in labor: Effects of mind/body training on childbirth appraisals and pain medication use during labor. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2014; 20: A17-A17.

Epstein-Lubow G, McBee L, Darling E, y cols. A pilot investigation of Mindfulness based Stress Reduction for caregivers of fraul elderly Mindfulness 2011; 2: 95-102.

Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Gier-Lonsway S, Jencius S. (2013). The cognitive attentional syndrome: examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. Psychiatry Research 2013; 210: 215-219.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. American Psychologist, 28, 857-870.

Fossati A, Feeney J, Maffei C, Borroni S. Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and Borderline Personality Disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents. Attach Hum Dev. 2011; 13: 563-578.

Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item-response theory analysis of self-report measures of attachment. Journal of Personality and Social Psychology 2000; 78: 350-365.

Galera C, Orriols L, Bailara KM, Laborey M, Contrand B, Ribéreau-Gayon R, Masson F, y cols. Mind wandering and driving: responsibility case-control study. BMJ 2012; 345: e8105.

García Campayo J, Demarzo M. Mindfulness y compasión. La nueva revolución. Barcelona: Siglantana, 2015b.

García Campayo J, Demarzo M. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. Barcelona: Siglantana, 2015a.

García Campayo J, Puebla-Guedea M, Labarga A, Urdánoz A, Roldán M, Martínez de Morentin X, Pulido L, Perdones A, Montero-Marín J, Mendioroz M. Genome-

wide DNA methylation patterns reveal underlying biological processes in mindfulness practice. Mindfulness 2018; en prensa.

Germer C, Siegel R, Fulton P. (Eds.) Mindfulness and psychotherapy. New York: Guilford Press, 2005. (Versión española: Germer C, Siegel R, Fulton P. (Eds.) Mindfulness y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2015.

Germer C. What is mindfulness? Insight Journal 2004; 3: 24-29.

Gilbert P, McEwan K, Catarino F, Baião R, Palmeira L. Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. Br J Clin Psychol 2014; 53: 228-244.

Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment 2009; 15, 199-208.

Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology 2014; 53: 6-41.

Giluk TL. Mindfulness,BigFivepersonality,andaffect:ameta-analysis. Pers. Individ. Dif. 2009*;* 47, 805-811.

Goleman D. The meditative mind: the varieties of meditative experience. New York: Perigee Books, 1988.

Goodall K, Trejnowska A, Darling S. The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. Personality and Individual Differences 2012; 52: 622-626.

Gotink RA, Chu P, Busschbach J.J, Benson H, Fricchione GL, Hunink MM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. PLoS One 2015; 10: e0124344.

Greenwald DF, Harder DW. Sustaining fantasies, daydreams, and psychopathology. Journal of Clinical Psychology 1995: 51: 719-726.

Hanh TN. The miracle of mindfulness. Boston: Beacon Press; 1976. (Versión española: Hanh TH. El milagro de mindfulness. Madrid: Espasa, 2007).

Hart R, Ivtzan I, Hart. Mind the gap in mindfulness research: a comparative account of the leading schools of thought. Rev Gen Psychol 2013; 17, 453-466.

Hasenkamp W, y cols. Mind wandering and attention during focused meditation: a fine grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. Neuroimage 2012; 59, 750-760.

Hayes J, Gelso CJ, Hummel AM. Managing countertransference. Psychotherapy Theory Research Practice Training 2011; 48: 88-97.

Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En: Hayes SC, Follette VM, Linehan M (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition (pp. 1-29). New York: Guilford, 2004a.

Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. Behavior Therapy 2004b; 35: 639-665.

Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford, 1999.

Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. Clinical Psychology Review 2011; 31: 1126-1132.

Jacobson NS, Christensen A. Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships. New York: Norton, 1996.

Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. Clinical Psychology: Science and Practice 2001; 8: 255-270.

James W. The Principles of Psychology. New York, NY: Holt. 1890.

Jha A, y cols. Mindfulness training modifies subsystems of attention. Cogn. Affect. Behav. Neurosci. 2007; 7: 109-119.

Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2006; 10: 144-156.

Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. Gen Hosp Psychiatry 1982; 4: 33-47.

Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are. New York: Hyperion, 1994. (Kabat-Zinn J. Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás. Barcelona: Paidós, 2009.)

Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte, 1990. (Versión española: Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2016.)

Kabat-Zinn, J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. Hyperion, 2005.

Kane MJ, Brown LH, McVay JC, Silvia PJ, Myin-Germeys I, Kwapil TR. For whom the mind wanders, and when: an experience-sampling study of working memory and executive control in daily life. Psychological Science 2007; 18: 614-621.

Kane MJ, McVay JC. What Mind Wandering Reveals About Executive-Control Abilities and Failures.Current Directions in Psychological Science October 2012; 21: 348-354.

Khoury B, Knäuper B, Pagnini F, Trent N, Chiesa A, Carrière K. Embodied Mindfulness. Mindfulness 2018; DOI 10.1007/s12671-017-0700-7.

Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research 2015; 78: 519-528.

Kiken LG, Garland EL, Palsson OS. From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. Pers Individ Dif. 2015; 81: 41-46.

Killingsworth MA, Gilbert DT. A wandering mind is an unhappy mind. Science 2010; 330: 932.

Kohlenberg RJ, Kanter JW, Bolling MY, Parker CR, Tsai M. Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. Cognitive and Behavioral Practice 2002; 9: 213-229.

Kohlenberg RJ, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: A Guide for Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. New York: Plenum, 1991.

Kong F, Wang X, Song Y, Liu J. Brain regions involved in dispositional mindfulness during resting state and their relation with well-being. Soc Neurosci. 2016; 11: 331-343.

Koole SL. The psychology of emotional regulation: an inttegrative review. Cognition and Emotion 2009; 23: 4-41.

Khoury B, Knäuper B, Schlosser M, Carrière K, Chiesa A. Effectiveness of traditional meditation retreats: A systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res 2017; 92: 16-25.

Kozhevnikov M, y cols. The enhancement of visuospatial processing efficiency through buddhist deity meditation. Psychol. Sci. 2009; 20: 645-653.

Kramer G, Meleo-Meyer F, Turner ML. Cultivating mindfulness in relationship. Insight Dialogue and the Interpersonal Mindfulness Program. In: Mindfulness and the Therapeutic Relationship, es.d (S.F. Hick & T. Bien). New Tork, USA: The Guilford Press, 2008; pp. 195-214.

Kramer G. Insight Dialogue: The interpersonal path to freedom. Boston: Shambhala, 2007.

Kramer G. Meditating together, speaking from silence: The practice of Insight Dialogue. Portland, OR: Metta Foundation, 1999.

Kristeller JL, Baer RA, Quillian-Wolever R. Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: Mindfulness-based treatment approaches. A clinican's guide to evidence base and applications. (R. Baer ed.) San Diego, CA: Elsevier, 2006; pp. 75-91.

Kristeller JL, Hallet CB. An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. J Health Psychol 1999; 4: 357-63.

Kristeller JL. Wolever RQ. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation, Eating Disorders, 2011; 19: 1, 49-61.

Kristeller JL, Wolever RQ, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. Mindfulness 2013; 5: 282-297.

Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Segal, Z, y cols. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA Psychiatry 2016; 73: 565-574.

Langer EJ. Mindfulness. Cambridge, MA: DaCapoPress, Pirson, 1989.

Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, Carlson L, Devins G. The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. Journal of Clinical Psychology 2006; 62: 1445-1467.

Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. Journal of Personality and Social Psychology 2007; 92: 887-904.

Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychological Medicine 2015; 45: 927-945.

Levinson DB, Smallwood J, Davidson RJ. The Persistence of Thought: Evidence for a Role of Working Memory in the Maintenance of Task-Unrelated Thinking. Psychol Sci. 2012; 23: 375-380.

Lewinsohn PM, Graf M. Pleasant activities and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1973; 41: 261-268.

Linares L, Jauregui P, Herrero-Fernández D, Estévez A. Mediationg Role of Mindfulness as a Trait Between Attachment Styles and Depressive Symptoms. J Psychol 2016: 1-16.

Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY, US: Guilford Press, 1993.

Lutz A, y cols. Investigating the phenomenological matrix of mindfulness-related practices from a neurocognitive perspective. Am. Psychol. 2015; http://dx.doi.org/10.1037/a0039585

Mangan B. Sensation's Ghost. Psyche 2001; 7: 18.

Marchetti I, Koster EH, De Raedt R. Mindwandering heightens the accessibility of negative relative to positive thought. Consciousness and Cognition 2012; 21: 1517-1525.

Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. Depression in context: Strategies for guided action. New York: Norton, 2001.

McBee L. «A especial feeling»: mindfulness-based elder care. Nursing and Residential Care 2012; 14: 90-92.

McBee L. Mindfulness-based Elder Care. New York, Springer, 2008.

McCullough Jr., James P. Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Guilford Press, 2000

McCullough JP. Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Journal of Clinical Psychology 2003; 59, 833-846.

Michalak J, Schultze M. Heidenreich T, Schramm E. A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2015; 83: 951.

Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change. New York: The Guilford University Press, 2007.

Mohamadirizi S, Kordi M. The relationship between multi-dimensional self-compassion and fetal-maternal attachment in prenatal period in referred women to Mashhad Health Center. J Educ Health Promot. 2016; 5: 21.

Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: a metaanalysis. Psychological Bulletin 2002; 128: 638-662.

Moreira H, Carona C, Silva N, Nunes J, Canavarro MC. Exploring the link between maternal attachment-related anxiety and avoidance and mindful parenting: The mediating role of self-compassion. Psychol Psychother. 2015 Oct 23.

Navarro-Gil M, Escolano Marco C, Montero-Marin J, Minguez J, Shonin E, García Campayo J. Efficacy of Neurofeedback on the increase of mindfulness-related capacities in healthy individuals. Mindfulness 2018; en prensa.

Navarro-Haro MV, López-Del-Hoyo Y, Campos D, Linehan MM, Hoffman HG, García-Palacios A, Modrego-Alarcón M, Borao L, García-Campayo J. Meditation experts try Virtual Reality Mindfulness: A pilot study evaluation of the feasibility and acceptability of Virtual Reality to facilitate mindfulness practice in people attending a Mindfulness conference. PLoS One. 2017; 12: e0187777.

Negt P, Brakemeier EL, Michalak J, Winter L, Bleich S, Kahl KG. The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. Brain and Behavior 2016; 6: e00486.

Norman E. Metacognition and mindfulness: the role of fringe consciousness. Mindfulness 2017; 8: 95-100.

Norman E. Subcategories of «fringe consciousness» and their related nonconscious contexts. Psyche 2002; 8.

Normann N, Emmerik AA, Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. Depression and Anxiety 2014; 31: 402-411.

Nyklícek I, Van Beugen S, Denollet J. Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (type D) personality traits: a randomized controlled trial. J Behav Med 2013; 36: 361-370.

Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, Klassen TP. Meditation practices for health: State of the research. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2007; 155: 1-263.

Pepping CA, Davis PJ, O'Donovan A. The association between state attachment security and state mindfulness. PloS one 2015; 10: e0116779.

Pepping CA, O'Donovan A, Davis PJ. The differential relationship between mindfulness and at-tachment in experienced and inexperienced meditators. Mindfulness 2014; 5: 392-399.

Pérez-Álvarez M. Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. International Journal of Clinical and Health Psychology 2012; 12: 291.

Peters J, y cols. A Preliminary Investigation of the Relationships Between Dispositional Mindfulness and Impulsivity. Mindfulness, 2011. 2: 228-235.

Pirson M, Langer EJ, Bodner T, Zilcha-Mano S. The Development and Validation of the Langer Mindfulness Scale-Enabling a Socio-Cognitive Perspective of Mindful-

ness in Organizational Contexts 2012. (FordhamUniversitySchoolsof Business ResearchPaper). Available at: http://ssrn.com/abstract=2158921.

Price MC, Norman E. Intuitive decisions on the fringes of consciousness: Are they conscious and does it matter?. Judgment and Decision Making 2008; 3: 28.

Rahula W. Lo que el Buda enseñó. Buenos Aires: Kier, 1965.

Rapgay L, Bystrisky A. Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. Annals of the New York Academy of Science 2009; 1172: 148-162.

Raque-Bogdan TL, Piontkowski S, Hui K, Ziemer KS, Garriott PO. Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. Body image 2016; 19: 28-36.

Rowe AC, Shepstone L, Carnelley KB, Cavanagh K, Millings A. Attachment Security and Self-compassion Priming Increase the Likelihood that First-time Engagers in Mindfulness Meditation Will Continue with Mindfulness Training. Mindfulness 2016; 7: 642-650.

Ryan RM, Brown KW, Creswell JD. How integrative is attachment theory? Unpacking the mean- ing and significance of felt security. Psychological Inquiry 2007; 18: 177-182.

Saavedra MC, Chapman KE, Rogge RD. Clarifying links between attachment and relationship quality: hostile conflict and mindfulness as moderators. J Fam Psychol. 2010; 24: 380-90.

Samuel G. Mind, body and culture: Anthropology and the biological interface. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990.

Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press, 2002. (Versión española: Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión. 2.ª edición. Barcelona: Kairós, 2015.)

Shapiro SL, Brown KW, Thoresen C, Plante TG. The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. J. Clin. Psychol 2011; 67, 267-277.

Shaver PR, Lavy S, Saron CD, Mikulincer M. Social Foundations of the Capacity for Mindfulness: An Attachment Perspective. Psychological Inquiry 2007; 18: 264-271.

Siegel DJ. The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of wellbeing. Nueva York: Norton, 2007.

Siegel RD, Germer CK, Olendzki A. Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió? En: Manual clínico de mindfulness (ed. Fabrizio Didonna). Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009.

Sio UN, Ormerod TC. Does incubation enhance problem solving? A meta-analytic review. Psychological Bulletin 2009; 135: 94-120.

Smallwood J, O'Connor RC, Sudbery MV, Obonsawin M. Mindwandering and dysphoria. Cognition and Emotion 2007; 21: 816-842.

Smallwood J, Schooler JW. The restless mind. Psychological Bulletin 2006; 132: 946-958.

Smallwood J, Schooler JW. The science of mind wandering: empirically navigating the stream of consciousness. Annual Review of Psychology 2015; 66: 487- 518.

Soler J, Elices M, Franquesa A, Barker S, Friedlander P, Feilding A, Pascual JC, Riba J. Exploring the therapeutic potential of Ayahuasca: acute intake increases mindfulness related capacities. Psychopharmacology (Berl). 2016a; 233: 823-829.

Soler J y cols. Effects of mindfulness training on different components of impulsivityin borderline personality disorder: Results from a pilot randomized study. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation 2016b; 3: 1-10.

Soler, J y cols. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy 2012; 50: 150-157.

Tomlinson ER, Yousaf O, Vittersø AD, Jones L. Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. Mindfulness 2018; en prensa.

Veringa I, de Bruin E, Bardacke N, Duncan L, van Steensel F, Dirksen C, Bögels S. «I've changed my mind», Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. BMC Psychiatry 2016; 16: 377.

Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Plumb Vilardaga JC, Atkins DC, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. Behav Res Ther 2016; 77: 52-61.

Wachs K, Cordova JV. Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. Journal of Marital and Family Therapy 2007; 33: 464-481.

Walsh JJ, Balint MG, Smolira DR, Fredericksen LK, Madsens S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. Personality and Individual Differences 2009; 46: 94-99.

Wallace B. The Buddhist tradition of Samatha: Methods for refining and examining consciousness. Journal of Consciousness Studies 1999; 6: 175-187.

Waszczuk MA, Zavos H, Antonova E, Haworth CM, Plomin R, Eley TC. (2015). A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. Depression and Anxiety 2015; 32: 254-261.

Wells A. Metacognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1995; 23, 301-320.

Wheeler MS, Arnkoff DB, Glass CR. What is being studied as mindfulness meditation? Nat Rev Neurosci 2016; 17: 59.

Williams JMG. Mindfulness and psychological processes. Emotion 2010; 10: 1-7.