PRÁCTICA CLÍNICA

PSICOTERAPIA BASADA EN *MINDFULNESS*: UN ANTIGUO MÉTODO PARA UNA NUEVA PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2010; 6; 4: 465-471)

Leonor Irarrázaval¹

Desde hace algunos años la comunidad científica occidental viene manifestando un creciente interés por las prácticas de meditación que remontan sus orígenes en la cultura oriental, particularmente en la tradición budista. Lo que se conoce hoy como psicología budista es la expresión del conocimiento acumulado durante miles de años por la práctica de la observación directa de la mente a través de técnicas de meditación. La práctica de *mindfulness* está teniendo cada vez mayor aplicación en los contextos de la psiquiatría y la psicología clínica en todo el mundo. Se han desarrollado variados modelos psicoterapéuticos que integran la práctica de *mindfulness* en el tratamiento de distintos cuadros clínicos. Algunos de estos modelos psicoterapéuticos se han sistematizado en programas manualizados y cuentan con evidencia empírica. Los programas basados en *mindfulness* habitualmente se realizan en grupos, condición que puede favorecer la relación costo-beneficio de este tipo de intervenciones.

La práctica de meditación o *mindfulness* en la tradición budista no es una práctica religiosa sino más bien una forma de observar y conocer la naturaleza de la propia mente y el modo en que cada cual concibe su realidad. *Mindfulness* es el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes de meditación derivadas de la tradición budista, y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia (Kabat-Zinn, 2003a).

Los principios de este enfoque de meditación se originan en el momento en que después de un largo recorrido en la búsqueda por comprender el sufrimiento humano, Buda Gautama decide simplemente sentarse

y ser honesto en relación con lo que estaba pasando en su vida en ese instante en particular (hace aproximadamente 2.500 años). El objetivo de su meditación no fue otro que estar dispuesto a observar directamente lo que estaba sucediendo en ese momento de su vida, sin ninguna demanda en particular, ni siquiera la de encontrar algún tipo de respuesta; simplemente estar dispuesto a ver las cosas tal cual eran en esa circunstancia (Warren, 2003).

Chögyam Trungpa (1983) señala que lo que el Budismo tiene realmente que enseñar a la psicología occidental es el cómo relacionarse de un modo más cercano con la propia experiencia, con su frescura, su

¹ Doctora (c) en Psicoterapia, Universidad de Chile. Becaria CONICYT. leonor.fidelio@gmail.com

plenitud y su inmediatez. Aclara a los psicólogos occidentales que no hace falta convertirse en budista para estudiar Budismo, y al mismo tiempo advierte a los interesados que es ciertamente posible estudiar sólo la teoría de la psicología budista, pero sin la dimensión experiencial que entrega la práctica de *mindfulness* se corre el riesgo de acabar haciendo interpretaciones occidentales, meramente intelectuales, de las nociones budistas fundamentales.

No existe en castellano una traducción consensuada de la palabra inglesa *mindfulness*. Su nombre en idioma pali es *sati* y en sánscrito es *smriti*. Algunos autores la traducen frecuentemente como “conciencia plena”; otros como “atención plena” y otros prefieren no traducirla y dejar el término en inglés (como se utilizará en este artículo). Tradicionalmente esta práctica de meditación involucra dos aspectos que son complementarios: el estar plenamente presente, volviendo permanentemente la atención a la experiencia directa momento a momento (*shamatha*), y el darse cuenta o tomar conciencia de las construcciones de sentido atribuidas a la propia experiencia (*vipashyana*) (Chögyam Trungpa, 1991; 1997).

PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS DE *MINDFULNESS*

La práctica de *mindfulness* está orientada principalmente al entrenamiento de fijar la atención en forma deliberada hacia la experiencia en primera persona que surge en el momento presente, sin emitir juicios de valor (Kabat-Zinn, 2003a). Como señala Baer (2003), se trata de la observación sin juicio de la corriente continua de los estímulos internos y externos, tal como éstos van surgiendo en la conciencia. En este sentido, los fenómenos mentales que durante la práctica de meditación entran en el campo de la conciencia (como las percepciones, las cogniciones, las emociones o las sensaciones físicas) se observan cuidadosamente pero sin evaluar su contenido; son aceptados sin calificarlos como buenos o malos, justos o falsos, sanos o insanos, importantes o poco importantes (Bondolfi, 2004).

Los programas psicoterapéuticos que integran la práctica de *mindfulness* destacan la importancia de la aceptación de los síntomas y de las sensaciones físicas o emocionales desagradables (incomodidad, dolor, pensamientos negativos, etc.), sin intentar modificarlos o evitarlos. En los pacientes con Trastorno de Personalidad Límite, por ejemplo, la práctica de *mindfulness* puede mejorar sus capacidades de tolerar estados emocionales negativos y ayudarlos a enfrentarlos más que a evitarlos, entendiendo que esta última actitud conduce

habitualmente en estos pacientes a repetir patrones disfuncionales de comportamiento (Linehan, 1993).

La práctica de *mindfulness* puede favorecer el proceso de “reestructuración cognitiva”. Al asumir una actitud sin juicio hacia los propios pensamientos se facilita la toma de conciencia de que los “pensamientos son sólo pensamientos”; más que considerarlos como hechos objetivos que reflejan una realidad o una verdad determinada. En el programa de Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*, desarrollado especialmente para la prevención de las recaídas de la Depresión Crónica, la práctica de meditación permite adoptar una actitud de “descentramiento” frente a los patrones automáticos de pensamiento rumiador, que refuerzan el mantenimiento de los Episodios Depresivos y que se consideran responsables de desencadenar las recaídas (Segal, Williams & Teadale, 2002). Además, esta práctica favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación a la experiencia frente a las de evitación, razón por la que se ha preferido para el tratamiento de los Episodios Depresivos (Segal, Williams y Teadale, 2002; Williams *et al.* 2007).

La depresión habitualmente lleva a un alejamiento de la experiencia para evitar el dolor emocional. Este retiro priva a la persona de la posibilidad de vivir aquello que sólo es posible encontrar en la experiencia directa. Morgan (2005) señala que la práctica de *mindfulness* permite a la persona volverse a mirar la experiencia que tiene a la mano y que el terapeuta provee íntima compañía en este territorio.

La aplicación de técnicas de meditación budista puede resultar útil en la regulación del componente cognitivo-emocional de los Trastornos de Ansiedad, como son las anticipaciones catastrofistas y la intolerancia a la incertidumbre (Pérez & Botella, 2006). Los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, por ejemplo, tienden a centrarse predominantemente en su ansiedad anticipatoria, adelantando la experiencia de acontecimientos futuros percibidos como potencialmente peligrosos. La práctica de meditación permite el tratamiento de estas “anticipaciones ideoaffectivas automáticas” al focalizar la atención en “el aquí y el ahora”; la observación directa permite que se vuelvan “no automáticas” y más flexibles (Bondolfi, 2004).

En otras palabras, lo que se intenta hacer en la práctica de meditación es entrenar el estado de sincronización de la mente y el cuerpo (Chögyam Trungpa, 1986). Se hace el movimiento inverso al habitual, dejar el cuerpo “sentado”; literalmente, en un lugar y traer la mente hacia donde está el cuerpo. El cuerpo es el punto de referencia que le dice a la mente dónde

está la realidad; en este contexto “la realidad” es el presente (Guzmán & Hast, 2008). “La sincronización entre mente y cuerpo no es un concepto o una técnica pensada al azar para la mejoría personal. Al contrario, es un principio básico de cómo ser un ser humano y de cómo utilizar tus percepciones de sentido, tu mente y tu cuerpo juntos” (Chögyam Trungpa, 1984; pág. 38).

También existe evidencia de que la práctica de *mindfulness* favorece la regulación emocional de la ira y la agresividad, habituales en los Episodios Depresivos, y es especialmente favorable para reducir la impulsividad característica de los Trastornos Alimentarios y de los Trastornos de Personalidad Límitrofe (Pérez & Botella, 2006). No obstante que la relación entre *mindfulness* y relajación es compleja, es posible sostener que la práctica frecuente de meditación puede inducir estados de relajación (Baer, 2003).

La psicología budista enfatiza las nociones de impermanencia o transitoriedad inherentes a la existencia, puestas en la práctica de meditación como un constante “tocar y soltar” la propia experiencia que se acompaña de los ritmos naturales de la respiración. Desde esta perspectiva, los problemas son vistos como procesos temporales y superficiales posibles de transformar en situaciones de aprendizaje y de autoconocimiento (Chögyam Trungpa, 1983; Wegela, 1988). Este principio de “no-aferramiento” que se ejercita permanentemente aumentando la conciencia de “soltar”, puede servir de ayuda especialmente a las personas con tendencia a la depresión, facilitando enfrentar y aceptar la experiencia de pérdida a la que habitualmente son altamente sensibles (Guidano, 1994; Arciero, 2005; Irarrázaval, 2005).

Es conveniente tener en consideración que esta práctica puede no ser recomendable para pacientes con Esquizofrenia o con tendencia a los Trastornos Psicóticos (Michalon, 2001). El trabajo con pacientes psicóticos o con desórdenes graves habitualmente requiere hacer un esfuerzo por desarrollar un sentido del *self* que otorgue estabilidad, predictibilidad y continuidad personal a través del tiempo (Irarrázaval, 2003), en oposición a los planteamientos budistas que apuntan a nociones como “deconstrucción o disolución” del *self*, el “no-ego” o la “ayoidad”. Desde este punto de vista, puede resultar riesgoso exponer a estos pacientes a las prácticas de autoobservación de *mindfulness*, aunque ciertamente se requiere un estudio en profundidad para hacer las distinciones conceptuales entre las comprensiones del *self* de la psicología occidental y de la tradición budista para sostener con rigurosidad esta no-recomendación.

CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS DE *MINDFULNESS*

En la revisión que hace Simon (2006) es posible encontrar variada evidencia relacionada con los posibles efectos de *mindfulness* a nivel neurobiológico. En términos generales, los hallazgos en este ámbito sugieren que la práctica de *mindfulness* activa y fortalece diversas regiones cerebrales (especialmente de la corteza prefrontal), y que esta práctica sostenida provoca cambios estructurales en la corteza cerebral. Esta evidencia acumulada que relaciona *mindfulness* y neuroplasticidad cerebral permite corroborar que esta práctica de meditación se está revelando como una valiosa fuente de conocimiento para la psicoterapia.

Una de las actitudes fundamentales en la práctica de *mindfulness* es lo que Kabat-Zinn (2003b) denomina “mente de principiante”. Se pone en práctica la actitud de liberarse de todo conocimiento previo, de cualquier expectativa adquirida, con lo cual se abre la posibilidad de percibir la propia realidad como si fuera la primera vez que se observa; de este modo, se descubren aspectos de la experiencia inmediata antes no revelados. Si la autoobservación se mantiene durante un tiempo prolongado (como la práctica cotidiana y constante de *mindfulness* permite), llega un momento en que se pueden observar las características de los procesos *bottom down* implicados en la configuración de los procesos perceptivos, emocionales y cognitivos (Simon, 2006). Según este planteamiento se pueden observar, por ejemplo, las tendencias atencionales y mnemónicas de los pacientes depresivos hacia procesos de información ánimo-congruentes, incluyendo palabras tristes, desagradables y negativas, propuestas como “endofenotipos psicopatológicos” de la Depresión Mayor (Hasler *et al.*, 2004).

Se ha encontrado que los meditadores entrenados, en comparación con los no meditadores, experimentan un mayor incremento de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, un patrón que se asocia a la presencia de una disposición afectiva positiva (Davidson *et al.*, 2003). Estos resultados deben ser interpretados a la luz de la evidencia que sostiene una relación consistente entre los estados emocionales positivos y un predominio de la activación cerebral anterior izquierda, en comparación con los estados afectivos negativos y el predominio de la activación cerebral anterior derecha (Simon, 2006).

Esta relación entre la práctica de *mindfulness* y la asimetría cerebral sirve de puente para abordar otra posible área de influencia de la práctica de la meditación en los correlatos neurobiológicos: los mecanismos

inmunitarios. Simon (2006) postula que estos hallazgos no representan más que un comienzo en el estudio de la posibilidad de intervenir en el sistema inmunitario a través de la práctica de meditación. Cabe señalar que la activación excesiva o continuada del sistema de alarma provoca un aumento del cortisol y de sus consiguientes efectos inmunosupresores, y que los estados crónicos de activación y alarma se relacionan con Crisis de Ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Depresión (San Juan & Cases, 2005).

Otra investigación encontró que los sujetos con experiencia meditadora desarrollan oscilaciones de gran amplitud en la banda de frecuencias gamma, sobre todo en los electrodos laterales fronto-parietales, y que la generación de estas oscilaciones gamma era mucho mayor en los practicantes que en los controles (Lutz *et al.*, 2004). No obstante, la conclusión más importante a la que llegan los investigadores es que los procesos atencionales y afectivos son habilidades que pueden entrenarse, aunque todavía no se comprende claramente el papel funcional que desempeñan en el cerebro estas modificaciones en la banda de frecuencia gamma.

Una interesante relación surge de los mecanismos neurobiológicos postulados para la empatía y el estado mental de *mindfulness*. Simon (2006) establece que la sincronización gamma observada en los meditadores está probablemente relacionada con la actividad de los circuitos neuronales implicados en las respuestas empáticas. Otro aspecto que destaca este autor es el que sugiere la hipótesis de Siegel (2007) de la “sincronización interna”, esto es, que la empatía implica, en el caso de *mindfulness*, una sincronización interna con uno mismo, que facilita la integración de todos los sistemas neuronales para que el sistema nervioso en su conjunto funcione de una manera coherente.

MODELOS DE PSICOTERAPIA BASADOS EN *MINDFULNESS*

Los modelos de psicoterapia basados en *mindfulness* más conocidos son: Programa para la Reducción de Estrés Basado en *Mindfulness*, Terapia Conductual Dialéctica (TCD) y Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (TCBM). Estos programas de psicoterapia han sido manualizados y cuentan con evidencia empírica (Baer, 2003; Pérez & Botella, 2006).

Programa para la reducción de estrés de Kabat-Zinn

Jon Kabat-Zinn fue el primero que introdujo la práctica de *mindfulness* en el contexto hospitalario para el tratamiento del dolor crónico, así como para otras condi-

ciones psicosomáticas relacionadas con el estrés (Kabat-Zinn, 1982, 1990). Pionero en integrar las técnicas de meditación en la medicina y psicología occidentales, este programa se ha expandido ampliamente y ha permitido el desarrollo de un gran número de proyectos de investigación, de publicaciones y revisiones. Se imparte en numerosos hospitales y clínicas de Estados Unidos, y se considera un complemento para el tratamiento médico de patologías susceptibles de provocar estrés (soriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto, etc.).

El programa de Kabat-Zinn (1990) comienza con una sesión de orientación en la que se explican los fundamentos del programa (provenientes del Zen), así como los métodos que se van a utilizar. La práctica de *mindfulness* se realiza en casa durante 6 días a la semana, además de asistir a una sesión grupal semanal durante 8 semanas. Las tareas para practicar en casa consisten en meditaciones formales guiadas por medio de un CD, registros de las experiencias durante la meditación y ejercicios de yoga, así como también se dan instrucciones para extender la práctica de meditación formal a la vida cotidiana.

Terapia conductual dialéctica de Linehan

Mindfulness es el componente central de la Terapia Conductual Dialéctica, modelo de orientación cognitivo-conductual diseñado originalmente por Marsha Linehan para tratar el Trastorno Límite de Personalidad. TCD combina técnicas de aceptación y técnicas de cambio para ayudar a los pacientes a regular sus emociones, a aceptar sus emociones y a tolerar el malestar emocional, incluyendo también las emociones y conductas asociadas a la depresión. Se considera que utilizar sólo técnicas de cambio es insuficiente y muy difícil, por lo que se incorporan las técnicas de aceptación. Esta “dialéctica” se le plantea tanto al terapeuta como al mismo paciente (Linehan, 1993).

El planteamiento de la terapia es la aceptación de la situación clínica y vital del paciente en el momento presente y la necesidad de producir cambios con el fin de que el paciente pueda tener una vida que “valga la pena ser vivida”. Las técnicas básicas se estructuran en estrategias de aceptación (por ejemplo, validación, *mindfulness* y tácticas de tolerancia al malestar) y estrategias de cambio (por ejemplo, eficacia interpersonal y regulación emocional) (Morgan, 2005; García, 2006).

Terapia cognitiva basada en *Mindfulness*

Segal, Williams y Teadale (2002) han sistematizado un modelo de tratamiento en el que combinan el programa

de Kabat-Zinn (1990) con principios de la terapia cognitiva clásica. Este modelo de Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* se ha orientado principalmente a la prevención de recaídas en la depresión crónica. En ensayos clínicos controlados se ha demostrado que este modelo produce diferencias estadísticamente significativas para pacientes con tres o más episodios previos de depresión (Teasdale *et al.* 2000; Ma & Teasdale, 2004; Bondolfi *et al.*, 2009).

A diferencia de las terapias cognitivas clásicas que se centran en cambiar el “contenido” de los pensamientos de los clientes, TCBM entrena a los pacientes para cambiar el modo de “relacionarse” con sus pensamientos. Se trata de que tomen conciencia de sus pensamientos y emociones negativos, que dejen de considerarlos como hechos objetivos, con lo cual se facilita el proceso de “descentramiento”. De este modo los pacientes se hacen menos evitativos y reactivos a su propia experiencia emocional, y se hace posible intervenir sobre los circuitos automáticos del pensamiento rumiador que retroalimentan los estados depresivos (Morgan, 2005; Williams *et al.* 2007).

PSICOTERAPIA COGNITIVA CONSTRUCTIVISTA

Los planteamientos generales de la tradición budista respecto a la comprensión del sufrimiento, al tratamiento y al cambio en psicoterapia confluyen con la perspectiva epistemológica de los modelos constructivistas de la psicoterapia cognitiva desarrollados principalmente en Europa. Al percatarse de estas coincidencias los expositores de este modelo de psicoterapia han comenzado a aproximarse a un mayor entendimiento de la práctica de *mindfulness* y de sus fundamentos (Bondolfi, 2004; Miró, 2006; Pérez & Botella, 2006).

Desde hace aproximadamente una década comienza a emerger un interesante diálogo entre los psicoterapeutas provenientes de estas tradiciones de la psicología occidental y oriental, que se pone de manifiesto inicialmente en el 8º Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia llevado a cabo en Italia en el 2003. Evidentemente no es simple coincidencia que, seguidamente, el 9º Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia haya tenido como acto inaugural una conversación entre el Dalai Lama y Aaron Beck.

A grandes rasgos, ambas perspectivas consideran el enfrentamiento del sufrimiento como el motor del cambio y sostienen que el alivio sintomático se produce al alcanzar niveles más abstractos de autoconocimiento (Villegas, 1992; Guidano, 1994; Feixas & Villegas, 1998; Irrázaval, 2005). Chögyam Trungpa (1998) señala que

la práctica constante de prestar atención (estar plenamente presente) implica al mismo tiempo ir tomando conciencia de una manera global, más amplia; en otras palabras, permite adquirir una visión panorámica de estar en el mundo.

Cabe destacar que el énfasis en el tratamiento del “cómo” ocurre la experiencia, de observar y tomar conciencia del modo en que el paciente se relaciona con sus pensamientos y emociones, más que el “qué” de sus contenidos, es un componente central en el método de auto-observación del modelo Cognitivo Posracionalista propuesto por Guidano (1994).

PSICOTERAPIAS CONTEMPLATIVAS

En este encuentro con la tradición budista ha surgido un movimiento que se identifica como “Psicoterapias Contemplativas”, las cuales se basan en los fundamentos de la psicología budista, más que en la incorporación de *mindfulness* sólo como una “técnica” (Guzmán & Hast, 2008). En este sentido, la terapia contemplativa es un modelo centrado en un “camino” que podría servir de espacio tanto para el desarrollo espiritual, el crecimiento personal, así como para la psicoterapia. La principal distinción con los modelos de Psicoterapia Basados en *Mindfulness* es que éstos incluyen básicamente esta técnica de meditación en intervenciones clínicas específicas, sin mayor consideración por los fundamentos en que tiene origen ni por su utilización en poblaciones “no-clínicas”.

Desde el punto de vista de las disciplinas contemplativas, las personas tienen una naturaleza “búdica”, que también se conoce como “salud intrínseca” o “salud fundamental”. La tarea del psicoterapeuta consiste básicamente en ayudar al paciente a “reconectarse” o “redescubrir” esta naturaleza inherente de salud y cordura. La instrucción en la práctica de meditación es aceptar lo que sea que surja en el espacio de la propia mente, con un “toque” momentáneo, asumiendo una actitud que promueve la autoconfianza y el sentido de dignidad personal. Además, para la práctica de meditación se utilizan ejercicios contemplativos que forman parte de las tradiciones espirituales más antiguas (Wegela, 1988; Thich Nhat Hanh, 1990; Guzmán & Hast, 2008).

El trabajo con las emociones en la psicología de tradición budista se orienta a la relación con su sustancia fundamental o cualidad abstracta, entendiendo que su esencia es puramente energía que forma parte de un proceso natural. No se trata de reprimir, eliminar o dejarse llevar por las emociones, sino observarlas tal como son y de este modo poder transmutar (como en

la alquimia) sus aspectos confusos en trascendentes. Se promueve el reemplazo de la urgencia de la acción por la curiosidad del auto-descubrimiento, y el compromiso de no-agresión por la posibilidad de vivir lo cotidiano como un “arte auténtico” (Levine, 1992; Chödrön, 1998; Chöygam Trungpa, 1997, 2001).

CONSIDERACIONES FINALES

Paradójicamente, *mindfulness* se enmarca en un planteamiento que no implica un objetivo de éxito terapéutico y, por lo tanto, no debe ser considerada como la última técnica aparecida en el mercado de la psicoterapia para facilitar la resolución de cualquier tipo de sintomatología. De acuerdo a Bondolfi (2004), se trata más bien de una invitación que puede permitir a cada cual conocer más precisamente dónde se encuentra y conocer mejor el mundo interno que se vuelve accesible momento a momento a través de la práctica de la observación directa de la propia experiencia.

Los hallazgos empíricos deben ser interpretados con cautela, como advierten Pérez & Botella (2006), ya que en muchos casos corresponden a estudios preliminares con deficiencias metodológicas, como el tamaño reducido de la muestra, las evaluaciones pre-post o la asignación no aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento y de control. Sin embargo, desde un punto de vista cualitativo e integrativo de la salud, *mindfulness* parece ofrecer importantes beneficios. Por lo mismo, puede resultar relevante que futuras investigaciones se desarrollen utilizando esta última metodología.

La integración potencial de la práctica de *mindfulness* a distintos enfoques psicoterapéuticos es ciertamente interesante; no obstante, es necesario salvar ciertas consideraciones “éticas”. Debe procurarse que sea guiada por psicoterapeutas que tengan una comprensión profunda de los problemas clínicos que se pretende atender, que hayan adquirido un adecuado entrenamiento en la práctica de *mindfulness*, así como un conocimiento acabado de los fundamentos de esta práctica milenaria.

El Budismo para un “terapeuta contemplativo”, aclaran Guzmán & Hast (2008), no es una teoría a la cual se adscribe o en la que cree, sino que el resultado de su propia experiencia en la práctica de meditación como fuente válida de conocimiento. Desde esta perspectiva, no se trata de sentar a los pacientes a meditar, aunque puede hacerse eventualmente, sino que la práctica de la psicoterapia contemplativa surge de la visión que cultiva el terapeuta desde su propia práctica de meditación y es esa visión la que guía el camino del proceso terapéutico.

REFERENCIAS

1. Arciero G. (2005) *Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal. Reflexiones sobre la Experiencia Humana*. Segunda Edición. Amorrortu, Buenos Aires
2. Bondolfi G. (2004) Les Approches Utilisant des Exercices de Méditation de Type “Mindfulness” Ont-Elles Un Rôle À Jouer ? Santé Mentale au Québec, Vol. 29, N° 1, P. 137-145
3. Bondolfi G, Jermann F, Der Linden Mv, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget Bw, Myers-Arrazola L, Gonzalez C, Baer RA. (2003) Mindfulness Training as a Clinical Intervention. A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10,2, 125-143
4. Chödrön P. (1998) No hacer Daño. *Cuando Todo se Derrumba*. Ed. Gaia
5. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. (2003) Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570
6. Feixas G, Villegas M. (1998) *Constructivismo y Psicoterapia*. PPU, SA. Barcelona
7. García A. (2006) Mindfulness en la Terapia Dialéctico-Comportamental. *Mindfulness y Psicoterapia. Revista de Psicoterapia*. Vol. XVII- N° 66/67, págs. 121-132
8. Guidano V. (1994) *El Sí Mismo en Proceso*. Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista. Paidós, Barcelona
9. Guzmán V, Hast S. (2008) A Personal Journey with Buddhist Psychotherapy. *Brilliant Sanity: Buddhist Approaches to Psychotherapy*. University of the Rockies Press
10. Hasler G, Drevets W, Manji And HK, Charney DS. (2004) Discovering Endophenotypes for Major Depression. *Neuropsychopharmacology*. 29, 1765-1781
11. Irrázaval L. (2003) Estado Psicótico Maniacal. Una aproximación Posracionalista. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVI, N° 56, págs. 63-82
12. Irrázaval L. (2005) Un Marco Narrativo-Histórico para la Terapia Posracionalista: Actualización de los Principios Psicoterapéuticos. *Revista de Psicoterapia*. Vol. 16, N°. 63-64, págs. 155-178
13. Kabat-Zinn J. (1982) An Outpatient Program in Behavioural Medicine For Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47
14. Kabat-Zinn J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacorte Press
15. Kabat-Zinn J. (2003a) Mindfulness-Based Intervention in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 144-156
16. Kabat-Zinn J. (2003b) *Vivir con Plenitud las Crisis. Cómo Utilizar la Sabiduría del Cuerpo y de la Mente para Afrontar el Estrés, el Dolor y la Enfermedad*. Kairós. Barcelona
17. Levine S. (1992) Permanecer con la Rabia. *Ordinary Magic*. Shambala Publicacions Inc., Massachusetts
18. Linehan M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York
19. Lutz A, Greischar L, Rawlings N, Ricard M, Davidson RJ. (2004) Long-Term Meditators Self-Induce High-Amplitude Gamma Synchrony During Mental Practice. *Pnas*, 101: 16369-16373
20. Ma S, Teasdale JD. (2004) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *J. Consult. Clin. Psychol.* 72, 31-40

21. Michalon M. (2001) Selfness in the Service of the Ego: Contributions, Limitations and Dangers of Buddhist Psychology for Western Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 94-102
22. Miró MT. (2006) La Atención Plena (Mindfulness) como Intervención Clínica para Aliviar el Sufrimiento y Mejorar la Convivencia. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVII-Nº 66/67, Págs. 31-76
23. Morgan S. (2005) Depression. Turning Toward Life. *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guildford Press, New York
24. Pérez MA, Botella L. (2006) Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVII-Nº 66/67, págs. 77-120
25. Sanjuán J, Cases N. (2005) Ansiedad y Depresión como Extremo de Reacciones Adaptativas. *La Profecía de Darwin: Del Origen de la Mente a la Psicopatología*. Editores Ars Medica, Barcelona
26. Segal Z, Williams M, Teasdale J. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford
27. Segal Z, Aubry Jm, Bertschy G. (2009) Depression Relapse Prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and Extension in the Swiss Health Care System. *Journal of Affective Disorders*. In Press
28. Siegel DJ. (2007) *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York. London
29. Simon V. (2006) Mindfulness y Neurobiología. *Mindfulness y Psicoterapia*. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVII- Nº 66/67, págs. 5-30
30. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. (2000) Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol* 68, 615-623
31. Thich Nhat Hanh (1990) Buddhism and Psychotherapy: Planting Good Seeds. *Journal of Contemplative Psychotherapy*. Vol. VII. The Naropa Institute, Boulder, Co
32. Trungpa C. (1983) Introductory Essay: The Meeting of Buddhist and Western Psychology. *Buddhist and Western Psychology*. *Journal of Contemplative Psychology*, Vol. IV. Prajna Press, Colorado
33. Trungpa C. (1984) *Shambala. The Sacred Path of The Warrior*. Shambala Publications, Inc., Massachusetts
34. Trungpa C. (1986) *La Senda Sagrada del Guerrero*. Kairós, Barcelona
35. Trungpa C. (1991) *The Heart of the Buddha*. Shambala Publications, Inc., Massachusetts
36. Trungpa C. (1997) *El Mito de la Libertad y el Camino de la Meditación*. Kairós, Barcelona
37. Trungpa C. (1998) *El Camino es la Meta: El Curso de Meditación del Gran Maestro Tibetano*. Ediciones Oniro, Barcelona
38. Trungpa C. (2001) El Arte de la Vida Diaria. *Dharma, Arte y Percepción Visual*. Ed. Mtm
39. Villegas M. (1992) Análisis del Discurso Terapéutico. *Revista de Psicoterapia*. Vol. 3, Nº. 10-11, págs. 23-66
40. Warren C. (2003) *The Life of Buddha*. Asian Educational Services, New Dehli
41. Wegela K. (1988) Touch and Go in Clinical Practice: Some Implications of the View of Intrinsic Health for Psychotherapy. *Journal of Contemplative Psychotherapy*. Vol. V. The Naropa Institute, Boulder, Co
42. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. (2007) *The Mindful Way Through Depression. Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. The Guilford Press, NY