

Diálogo con atención plena: integrando *mindfulness* y narrativas

Dialogue with full attention: integrating mindfulness and narratives

BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA^a, CARMEN BAYÓN PÉREZ^a, ÁNGELA PALAO TARRERO^a,
AINOA MUÑOZ SAN JOSÉ^a, BLANCA AMADOR SASTRE^b, SUSANA CEBOLLA
LORENZO^a, MARTA TORRIJOS ZARCERO^b, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA^c

(a) *Psiquiatra. Hospital Universitario la Paz, Madrid. IdiPAZ. Universidad Autónoma de Madrid.*

(b) *Psicóloga clínica. Hospital Universitario la Paz. IdiPAZ, Madrid.*

(c) *Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid). Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España.*

Correspondencia: Beatriz Rodríguez Vega (Beatriz.rvega@uam.es)

Recibido: 24/09/2019; aceptado con modificaciones: 31/10/2019

Resumen: Se desarrolla una propuesta de integración de narrativas y *mindfulness* basándonos en la naturaleza lingüística del ser humano y su capacidad de apertura al campo de la conciencia. Se describen otros programas psicoterapéuticos en el mundo que han integrado *mindfulness*. Se aportan datos de investigación a nivel nacional e internacional. Se comparte la experiencia de nuestro grupo al trabajar en la clínica e investigar con esta perspectiva en la sanidad pública española. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar programas de formación para los profesionales de la salud mental que sean rigurosos y profundos.

Palabras clave: narrativas, *mindfulness*, sanidad pública española, programas de formación.

Abstract: A proposal to integrate narratives and mindfulness based on the linguistic nature of human beings and their ability of openness to the consciousness field is made. Other international psychotherapeutic programs that have integrated mindfulness into their practice are described. Research evidence from both national and international studies is provided. In this paper we share our experience working from this perspective both in research and in the clinical practice. The importance of developing rigorous and in-depth training programs for mental health professionals is pointed out.

Key words: narratives, mindfulness, public health care system, training programs.

BASE TEÓRICA

SOMOS SERES “LENGUAJEANTES”, como decía Maturana (1), y estamos constituidos por cuerpo y lenguaje. A través del lenguaje simbolizamos y construimos historias. Estas historias, a su vez, nos constituyen; y ese mismo proceso de constitución va dando forma, o generando de modo recursivo, nuevas y diferentes historias. Somos narradores y constructores de historias, que, a su vez, conforman nuestra vida. No es que “creemos historias” acerca de quiénes somos o acerca de nuestra vida de la misma forma que mantenemos ideas políticas u opiniones sobre qué hacer o no hacer en una determinada situación, sino que nos identificamos y nos volvemos esas mismas historias (2). Vivimos en historias y nos convertimos en esas historias que sostenemos.

Las narrativas que nos constituyen surgen de la confluencia de múltiples variables que se extienden en un amplio y diverso espectro y que incluyen tanto los condicionantes biológicos como los discursos de la cultura y el ecosistema de origen, el grupo familiar y las relaciones que mantenemos –ya sean de apego y seguridad o de aversión y rechazo– o los discursos de marginalización y de poder sostenidos por nuestro entorno (3).

Es decir, los discursos sociales y familiares en los que crecemos inmersos tienen un relevante papel para conformar las narraciones que sostenemos sobre nosotros mismos. Pero dichas narraciones no solo dependen de esos condicionantes externos, sino que están, también, sostenidas por el condicionamiento de la naturaleza del ser humano como especie y como individuo dentro de la especie (4). Eso significa que esa historia que nos contamos está también construyéndose en base a la sensación, el pensamiento o la emoción que experimentamos en el momento presente en cada instante de nuestra vida. Como señala Wilson (5), los humanos estamos restringidos y limitados a percibir dentro de una corta “burbuja sensorial”. Y este nivel de procesamiento biológico y sensorial, sometido a la corta información

que procesan nuestros sentidos, es el primer nivel de dependencia perceptiva de la condición humana.

El segundo nivel de dependencia biológica tiene que ver con los reflejos y con las pautas de acción que el organismo humano establece de forma automática en respuesta a un estímulo. Es un hecho conocido que el ser humano está preparado biológicamente para la supervivencia y que, para ello, su percepción se sesga hacia la anticipación de un futuro negativo precisamente para intentar evitarlo.

Un tercer nivel de dependencia, entre lo biológico y lo cultural, tiene que ver con el lenguaje. Con la revolución cognitiva (6), en torno a setenta mil años atrás, el ser humano desarrolló la capacidad de lenguaje, la habilidad de comunicarse a través de signos sonoros que forman palabras. Y, sin duda, esa fue otra ventaja evolutiva. Nos permitió una comunicación más rápida, más precisa y de mayor alcance que la obtenida a través de gestos y gruñidos. Pero, junto con esta ventaja, aparecieron también nuevos retos y dificultades.

A través del lenguaje el ser humano empezó a ser capaz de trascender el momento presente, de salirse del “aquí y ahora” y de perderse en las ensoñaciones y proyectos de la mente. El lenguaje verbal está formado por palabras y las palabras forman conceptos: lo bueno, lo malo, lo bello, lo feo... Y esos conceptos no son más que abstracciones de la realidad. Cuando utilizamos conceptos, simplificamos la realidad, olvidamos las diferencias y, de forma no intencionada, la falseamos. El lenguaje crea historias basadas en esos conceptos y, basándose en la experiencia del pasado, ilumina solo una de entre muchas posibilidades de lo que está sucediendo en el presente.

TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA

Como otras propuestas psicoterapéuticas, la terapia narrativa fomenta la capacidad de mentalización, es decir, de ser capaz de verse a sí mismo o al otro como un otro con mente, con intenciones, objetivos y deseos distintos (7). A través de la relación y de las intervenciones psicoterapéuticas, la persona es invitada a explorar sus narrativas personales o autonarrativas, ya sea en un contexto de análisis individual, familiar o grupal. Conversando acerca de su historia, la persona contacta con la emoción. Podríamos decir que esta exploración se produce en el campo del lenguaje, verbal o no verbal, y que el sentido de dicha exploración va desde la historia hacia la emoción. Sería un ejemplo de los abordajes de “arriba hacia abajo”.

Con la integración de la atención plena o *mindfulness* en psicoterapia se abre un nuevo campo de exploración de la mente y de la conciencia somatosensorial. A través de la atención plena, la investigación se traslada al campo de la conciencia, al campo de una conciencia que es anterior al lenguaje (8). Podría ser un ejemplo de

los abordajes de “abajo hacia arriba”. La atención plena o *mindfulness* trabaja en el presente, acogiéndolo tal y como es, sin cambiar nada, aceptando lo que surja sin aferrarse a ningún contenido ni empujar nada fuera de la conciencia.

Se postula que *mindfulness* facilita el desacople de vías neuronales que habitualmente van emparejadas (9,10). Así, al integrar la práctica de *mindfulness* en nuestra vida, cuando surge tensión, nos invitamos a hacer una pausa para traer la atención plena a ese momento de contracción y rigidez que se dispara en una situación determinada. Al hacer una pausa con conciencia y amabilidad, surge la oportunidad de generar un espacio donde poder abrirse con una mirada inocente, con una mirada que no juzga ni critica, a esta situación nueva.

Se hipotetiza que la corriente narrativa (por ejemplo, “a esta persona no le gusto”) y la corriente somatosensorial (por ejemplo, “tensión en el pecho y respiración entrecortada”) están acopladas (9,10). Sabemos, por una regla básica de la neurobiología, la llamada regla de Hebb, que “las neuronas que se disparan juntas tienen tendencia a seguir conectándose juntas” (*fire together wire together*). Al repetirse durante muchas veces un determinado patrón de acción, aumenta la fuerza de la conexión o de acople entre estas vías neuronales, y la respuesta, por ejemplo, la defensa de evitación, se va afianzando y fortaleciendo, lo mismo que el sufrimiento y el malestar.

¿Cómo ayuda *mindfulness*? En *mindfulness* se invita amablemente a “mirar de nuevo” (“*look again*”). Con la repetición, tanto en prácticas formales como informales, de este movimiento de traer la conciencia sin juzgar, este giro amable de la conciencia, una y otra vez a lo que sucede aquí y ahora, sin perderse en la historia de lo que sucedió allí y entonces, traemos también información nueva, fresca, que ayuda a interrumpir este ciclo mental repetitivo entre el pasado que ya no es y la anticipación del futuro que no es todavía. Traer la mente al presente nos permite recoger esa información nueva, “ahora nadie me está juzgando, es mi mente la que está criticando”, “ahora estoy segura aquí, en este momento”, para ir suavizando ese ciclo de estrés y de sufrimiento. Y esos cambios no solo se producen de forma momentánea, sino que se afirma que con la práctica va sucediendo una transformación de lo que son “estados mentales” hacia lo que son “rasgos, tendencias o disposiciones de la mente” (11).

UNA FORMA DE TRABAJAR EN LA CLÍNICA COMO UN EJEMPLO

Desde esta perspectiva, la terapeuta cultiva su cualidad de presencia. Es también practicante de *mindfulness*. Esto significa estar plenamente consciente de lo que está sucediendo tanto dentro de ella como en la relación con la paciente. Esta conciencia es abierta, no juzga o critica lo que se va desplegando en el momento presente.

La persona que consulta viene con una historia que contar acerca de sí misma y de su relación con los otros y con el mundo. La terapeuta está atenta a los espacios que esa historia deja y que puedan ser el germen de historias alternativas, que, por ahora, son menos dominantes o visibles que la historia actual. Por ejemplo, una paciente dice: “Siento que no sirvo para nada ahora que esta enfermedad y esta enorme fatiga no me dejan hacer nada”. La terapeuta le puede responder que, pese a tener ese sentimiento de no servir, le ha contado que su hija le repite lo importante que era para ella su presencia en la casa. La terapeuta cuestiona con amabilidad que esa historia, esa autonarrativa, sea única: “Tú no eres solo esa historia que ahora te cuentas sobre ti misma”. Además, explora la corporeización de esa sensación, cómo se manifiesta en el cuerpo ahora, y explora e indaga acerca de la postura y los movimientos: “¿Cómo localizas ese sentimiento de minusvalía en tu cuerpo?, ¿y en tu mente?”; “¿Qué te dice esa sensación de pesadez o de falta de energía?”; “¿Has percibido cómo se ha colapsado tu postura cuando hablabas de la relación con tu pareja en aquella época?”. La terapeuta pregunta también cuándo aparece esa sensación y cuándo no: “¿En qué momentos la notas con más intensidad?”. También busca excepciones a la aparición de ese sentimiento: “¿Cuándo ocurre que en una situación determinada esperarías sentirte inútil y sin embargo no aparece ese sentimiento?”. Cuando durante el diálogo surgen voces críticas o descalificadoras, se anima a explorarlas, trayendo una actitud de amistad hacia sí mismo y de compasión.

La terapeuta anima a una exploración en el presente: “¿Cómo es ahora esa sensación?”. Y la invita a ir monitorizando instante a instante como señal de la fluidez de cualquier experiencia y de su capacidad de entrenar una mirada nueva: “¿Y ahora?”. Con los resultados de esa exploración indaga acerca de patrones antiguos y familiares o el surgimiento de algunos nuevos: “Ahora me estoy dando cuenta de que este sentimiento de no servir es más antiguo y no tiene que ver solo con la enfermedad”; “Me he pasado la vida sintiendo que yo valía solo si hacía algo por los otros”. La terapeuta puede seguir cuestionando: “¿Y de verdad tiene que seguir siendo así?”. Las prácticas formales de *mindfulness* se pueden incluir en la propia sesión, también como ejercicios que fomentan la discriminación de sensaciones o emociones sentidas en el cuerpo. Entre sesiones se invita a practicar tanto con prácticas formales de meditación como llevando la actitud de la conciencia plena a la vida cotidiana.

PSICOTERAPIAS BASADAS EN *MINDFULNESS*

En las últimas décadas se ha producido un interés creciente por las intervenciones psicoterapéuticas que integran *mindfulness*. Algunas de las que se citan a continuación son las representantes de programas terapéuticos que incluyen *mindfulness* en sus propuestas, ya sea como base o como ingrediente fundamental para el cambio.

Segal, Williams y Teasdale desarrollaron en 2002 la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT por sus siglas en inglés, Mindfulness-Based Cognitive Therapy) como tratamiento para reducir la tasa de recaída y recurrencia de la depresión crónica (12), con resultados que la sitúan como un tratamiento eficaz en la prevención de recaídas en personas con depresión recurrente, especialmente en aquellas con síntomas residuales más severos (13). La MBCT se basa en el programa original de reducción de estrés (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), pero integra elementos de la terapia cognitiva, como la psicoeducación de los pacientes, el énfasis en el papel de los pensamientos negativos y el modo en el que la rumiación, la evitación, la represión y la lucha contra las cogniciones y emociones inútiles perpetúan el estrés en lugar de resolverlo. La MBCT difiere de la terapia cognitiva en que, en lugar de dirigirse a cambiar el contenido de los pensamientos, se centra en la aceptación de estos, y en darse cuenta del efecto de los pensamientos negativos en nuestras sensaciones corporales.

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT por sus siglas en inglés, Dialectical Behavioral Therapy) (14) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés, Acceptance and Commitment Therapy) (15) utilizan ejercicios de atención plena que no se basan en la meditación. La DBT ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de la ideación suicida y en la regulación emocional en adultos con síntomas depresivos y ansiosos transdiagnósticos (16,17). La ACT ha mostrados resultados favorables en dolor crónico (18), en cuadros ansiosos y depresivos (19), y ha arrojado resultados discretos en los síntomas positivos en psicosis (20).

Algunas corrientes se han focalizado sobre todo en promover la compasión e incluyen de forma explícita el desarrollo de la compasión hacia uno mismo y hacia los demás como elemento fundamental en el proceso terapéutico. Algunas están directamente relacionadas con tradiciones budistas (21), pero otras están basadas en la psicología evolutiva (teoría del apego), la neurociencia social o la regulación afectiva (22).

Los programas de alimentación consciente (*mindful eating*) han presentado resultados positivos en el cambio en los patrones de alimentación, el tratamiento de los atracones o de la obesidad (23–25). Las intervenciones basadas en *mindfulness* también se han relacionado con mejoría de dolor, de la sintomatología depresiva y la calidad de vida en personas con dolor crónico, cáncer o esclerosis múltiple (26–29).

Nuestros grupos de trabajo en el Hospital Universitario la Paz y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, en Madrid, cuentan con una larga trayectoria de práctica y enseñanza en psicoterapia y *mindfulness*, que se ha reflejado en iniciativas docentes como los tres títulos propios de la Universidad de Alcalá, que actualmente desarrollan una propuesta basada en la integración de *mindfulness* y narrativas.

A partir del año 2010 comenzamos a integrar explícitamente elementos de *mindfulness* tanto en el trabajo con los pacientes como en el modo de entender la práctica de la psicoterapia, lo que se tradujo en diversos textos que se condensaron en un manual de terapia narrativa basada en *mindfulness* en 2012 (30).

La propuesta de psicoterapia basada en la atención plena ha dado lugar a varios trabajos de investigación que han permitido aportar datos sobre su eficacia en el tratamiento de trastornos depresivos en personas con cáncer (27), con esclerosis múltiple (31) o con trastornos psicóticos (32). Los grupos de dolor crónico basados en programas de *mindfulness* y compasión han demostrado resultados igualmente eficaces a otras terapias bien establecidas para esta patología, como es la terapia cognitivo conductual (33-36).

OPORTUNIDADES Y DIFICULTADES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS BASADOS EN *MINDFULNESS* EN LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA

Trabajando en el Sistema Nacional de Salud, los profesionales tenemos la posibilidad de acceder y participar en la vida de miles de personas y de tomar la decisión de comprometernos para hacer de cada encuentro una influencia beneficiosa en la vida de los demás y en la propia.

El trabajo en la sanidad pública es un contexto que invita a flexibilizar nuestra perspectiva para poder atender a una diversidad muy grande de experiencias. Requiere también de intervenciones que sean eficaces y eficientes (coste-efectivas) a las que puedan acceder gran número de personas, y para ello han de poder ser transmisible y fáciles de difundir, respetuosas e integradoras de la diversidad de experiencias e historias. La perspectiva narrativa basada en la atención plena permite el trabajo individual y grupal en diversos contextos, tanto con personas hospitalizadas, atendidas en programas de enlace o en consultas ambulatorias en los centros de salud mental.

En nuestra experiencia de más de una década integrando *mindfulness* en psicoterapia, nos hemos encontrado con resultados que nos han animado a continuar por este camino. Al explorar desde el punto de vista de la experiencia de los participantes, destacamos los informes de los participantes sobre su satisfacción con el entrenamiento en *mindfulness* en las terapias individuales o grupales, su potencial de no estigmatización y de permitir que la persona se vuelva a encontrar con su naturaleza de ser humano y no con una etiqueta diagnóstica. Los grupos de los programas basados en *mindfulness* admiten un número de participantes alto, entre 15 y 30 aproximadamente y dependiendo de la población. Algunos de estos programas, como el MBSR (Reducción de Estrés Basada en *Mindfulness*), se definen como psicoeducativos y, en ese sentido, son considerados programas con un alto potencial

para la prevención. La oportunidad de mantener grupos de programas basados en *mindfulness* que se desarrollan en paralelo con otras intervenciones psicoterapéuticas refuerza y normaliza las intervenciones.

Después de décadas de dominio de posiciones más cognitivas y positivistas en el campo de la psicoterapia, la integración de *mindfulness* también ha acarreado prejuicios o desconfianza ante una práctica que se basa en lo experiencial y no solo en la actividad puramente intelectual.

Se ha hablado también de los efectos perjudiciales de la práctica de *mindfulness*. Las experiencias adversas pueden estar relacionadas con varios factores entrelazados, como son los dependientes del profesor o clínico, los dependientes del programa y los dependientes de la persona participante (37). Los factores dependientes de la profesora o del clínico tienen que ver con la falta de formación rigurosa en *mindfulness* y la falta de experiencia clínica (37). La rápida expansión de los programas ha facilitado el surgimiento de prácticas poco sedimentadas o rigurosas. También los efectos adversos pueden tener que ver con factores que dependen del programa; por ejemplo, no es suficiente con traer la conciencia al momento presente si esta no va acompañada de una actitud de amabilidad y compasión. Y, por último, con factores que tengan que ver con la condición previa de la persona participante. Se ha señalado que las personas más vulnerables pueden ser las que más se beneficiarían de estos programas, pero que se necesitan profesores y clínicos expertos en *mindfulness* y en la condición clínica determinada y más datos provenientes de la investigación sobre la adaptación de los programas a las necesidades de la población que atienden. En esta población se ha informado de efectos adversos en una proporción desde 0 al 10% (37) y en muchos casos no se ha establecido claramente la relación con la práctica de *mindfulness*.

Si revisamos la literatura existente sobre los efectos de los programas basados en *mindfulness* sobre la salud de poblaciones clínicas, hay un gran número de investigaciones de buena calidad y se puede decir que sus resultados están bien establecidos; sobre todo, para la disminución de síntomas de ansiedad y depresión (38,39). Se resalta también la importancia de recoger e informar de modo sistemático la posible aparición de efectos adversos.

La formación de los futuros profesores de *mindfulness* es larga, costosa y consumidora de gran cantidad de tiempo. Se necesita el compromiso de los gestores para organizar una formación de calidad en la práctica de psicoterapia y en particular de la psicoterapia basada en *mindfulness* en la sanidad pública (40).

En nuestros grupos de trabajo hemos aprendido que, trabajando con población clínica, es necesario cuidar las dosis de las intervenciones y ofrecer los programas ajustándonos a las necesidades de las personas. Saliendo al encuentro de la persona, tal como se dice en *mindfulness* y en narrativas, allí donde ella esté.

ALGUNAS CONCLUSIONES

La integración de *mindfulness* y narrativas permite que el proceso terapéutico salga de una óptica de daño y patologización hacia una de curiosidad, interés y respeto por la historia que la persona trae, con sus recursos y sus dificultades, tal y como es. La incorporación de *mindfulness* en psicoterapia facilita la evolución narrativa a través de la apertura de esa historia limitada por el lenguaje al infinito campo de la conciencia.

Hay suficiente evidencia empírica que avala la eficacia de los programas terapéuticos basados en *mindfulness*.

A los clínicos nos queda el reto de seguir refinando nuestra práctica y desarrollando nuevos programas que permitan acceder, desde una actitud de humanidad compartida, a la diversidad de la experiencia y condición humana. Esta forma de hacer es una invitación a aceptar el reto de emprender un viaje de ida y vuelta desde lo común de todos los seres al respeto por lo diverso de cada ser y desde lo único de cada uno al sentimiento de formar-parte-de.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Maturana H. *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, 1996.
- (2) White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York: Norton, 1990.
- (3) Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework [Internet]. 2018 [Citado 15 julio 2019]. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/PTM%20Main.pdf>
- (4) Sapolsky RM. *Behave: the biology of humans at our best and worst*. Nueva York: Penguin Press, 2017.
- (5) Wilson EO, Ros J. *Los orígenes de la creatividad humana*. Barcelona: Planeta, 2018.
- (6) Harari YN. *From animals into gods: a brief history of humankind*. Scotts Valley, CA: CreateSpace, 2012.
- (7) Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy* 2014; 51(3):372–80.
- (8) Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Conscious Cogn*. 2014;28:64–80.
- (9) Farb N, Segal Z, Mayberg H, Bean J, Mc-Keon D, Fatima Z, et al. Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2007; 2:313–22.
- (10) Farb NAS, Anderson AK, Segal ZV. The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Can J Psychiatry*. 2012;57(2):70–7.
- (11) Goleman D, Davidson RJ. *Altered traits: science reveals how meditation changes your mind, brain, and body*. Nueva York: Avery Publishing Group, 2017.
- (12) Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press, 2002.
- (13) Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565.
- (14) Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press, 1993.
- (15) Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press, 1999.
- (16) Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014;59:40–51.
- (17) Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):475.
- (18) Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(1):5–31.

- (19) Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(4):751–70.
- (20) Shawyer F, Farhall J, Thomas N, Hayes SC, Gallop R, Copolov D, et al. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2017;210(02):140–8.
- (21) Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol.* 2013; 69(8):856–67.
- (22) Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014; 53(1):6–41.
- (23) Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev.* 2017;30(02):272–83.
- (24) Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med.* 2015;38(2):348–62.
- (25) Dunn C, Haubenreiser M, Johnson M, Nordby K, Aggarwal S, Myer S, et al. Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Curr Obes Rep.* 2018;7(1):37–49.
- (26) Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med.* 2017; 51(2):199–213.
- (27) Rodríguez Vega B, Bayón Pérez C, Palao Tarrero A, Fernández Liria A. Mindfulness-based narrative therapy for depression in cancer patients. *Clin Psychol Psychother.* 2014;21(5):411–9.
- (28) Muñoz San José A, Oreja-Guevara C, Cebolla Lorenzo S, Carrillo Notario L, Rodríguez Vega B, Bayón Pérez C. Psychotherapeutic and psychosocial interventions for managing stress in multiple sclerosis: the contribution of mindfulness-based interventions. *Neurología.* 2016;31(2):113–20.
- (29) Simpson R, Mair FS, Mercer SW. Mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis- a feasibility randomised controlled trial. *BMC Neurol.* 2017; 17(1):94.
- (30) Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. *Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
- (31) Muñoz San José A. *Eficacia de una intervención basada en mindfulness sobre la calidad de vida, depresión, ansiedad, fatiga y cognición social en pacientes con esclerosis múltiple* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2017. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681238/munnoz_san_jose_ainoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (32) Mediavilla R, Muñoz-SanJosé A, Rodríguez-Vega B, Bayón C, Lahera G, Palao A, et al. Mindfulness-based social cognition training (SocialMind) for people with psychosis: a feasibility trial. *Front Psychiatry.* 2019;10:299.
- (33) Palao Tarrero A, Rodríguez Vega B. Intervenciones basadas en *mindfulness* para el dolor crónico. *Rev Psicoter* 2016;27(103):21–35.
- (34) Rodríguez Vega B, Bayón Pérez C, Fernández Liria A. Intervenciones basadas en *mindfulness*: tratamiento de las personas supervivientes de trauma. *Rev Psicoter* 2016; 27(103):7–20.

- (35) Torrijos Zarcero M. Eficacia de un programa de *mindfulness* y compasión para la mejora de la calidad de vida, compasión, autocuidado y malestar emocional del paciente con dolor crónico: ensayo clínico aleatorizado. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2020. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/687382>
- (36) Tarrero ÁP, Zarcero MT, Muñoz-Sanjosé A, González CR, Vidal-Villegas MP, Mediavilla R, et al. Compassion in the treatment for chronic pain: an ethical imperative with neurobiological effects. *Mindfulness* (NY) 2019; 1–2.
- (37) Baer R, Crane C, Miller E, Kuyken W. Doing no harm in mindfulness-based programs: conceptual issues and empirical findings. *Clin Psychol Rev.* 2019;71:101-114.
- (38) Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;59:52–60.
- (39) Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011;187(3):441–53.
- (40) Rodríguez Vega B, Melero-Llorente J, Bayón Pérez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, et al. Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychother Res.* 2014;24(2):202–13.