

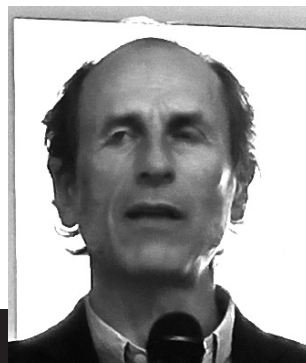


Mindfulness para entrenar una mente sana, bella y eficaz

- 24 de setembre del 2020 a les 20.00 h
- Sala d'actes del Centre Cultural La Llacuna, Andorra la Vella

Andrés Martín i Asuero

Llicenciat en Ciències (Univ. de Navarra), MBA per la Univ. de Deusto, diplomat en Gestió Internacional per INSEAD i doctor en Psicologia (UAB), director de l' Institut esMindfulness



▲ Currículum

Llicenciat en Ciències per la Universitat de Navarra, MBA per la Universitat de Deusto, diplomat en Gestió Internacional per INSEAD i doctor en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona.

Durant 16 anys va desenvolupar una carrera en diverses empreses internacionals com a directiu, rebent en dos ocasions la medalla d'or de la Càmera de comerç. Buscant una nova orientació professional, va estudiar Reducció d'Estrès mitjançant Mindfulness (MBSR), al Centre Mèdic de la Universitat de Massachusetts (EEUU) obtenint el grau de Professor Certificat. Introduïdor del Programa MBSR a Espanya el 2004 sobre el que ha realitzat diverses investigacions. Va rebre l'Acreditació de IMTA (www.imta.org) com a Formador de Professionals en Mindfulness. Fundador i Director de l'Institut esMindfulness (www.esmindfulness.com). També és cofundador de l'Asociación Española de Instructores de MBSR (www.mbsrinstructores.org). Autor dels llibres: "Plena Mente, Mindfulness o el arte de estar presente" (2015), "Aprender a cambiar con Mindfulness" (2011) i "Con Rumbo Propio, disfruta de la vida sin estrés" (2008), així com de mitja dotzena d'estudis científics publicats sobre la reducció d'estrès en l'àmbit sanitari. Especialitzat en programes de Mindfulness per a Reducció d'Estrès, Lideratge i Aprenentatge Organitzatiu. Col·labora amb Empreses, Hospitals i Universitats en docència i investigació. Imparteix cursos i tallers a més de mil persones cada any, a més a més de conferències com la de TEDx, amb més d'un milió de visites.

https://www.youtube.com/watch?v=g6OY_jTsQXg&feature=youtu.be

www.esmindfulness.com

‘Mindfulness’ para entrenar una mente sana, bella y eficaz

El programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) de la facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets, EE. UU.

Introducción

En 1979, un profesor de biología de la facultad de Medicina, practicante de meditación y profesor de yoga, concibió la idea de aplicar sus conocimientos de estas disciplinas al tratamiento del estrés. El doctor Jon Kabat-Zinn fundaba así la Clínica de Reducción de Estrés, una de las iniciativas más innovadoras en el campo de la medicina mente/cuerpo en EE. UU., que adquirió fama nacional en un programa de la serie de televisión *Healing and the Mind* editado también en forma de libro (Moyers, 1993).

Según cuenta Kabat-Zinn, la idea nació como respuesta “a las personas que no estaban satisfechas con el trato que recibían en el sistema sanitario, ya fuera porque los tratamientos médicos no conseguían curarles o porque no recibían en el hospital el tipo de tratamiento que buscaban. El desafío era crear una clínica...que sirviera como una red de seguridad capaz de recoger a aquellos que se caían por las grietas del sistema de salud, y motivarles, en el buen sentido, para ver si había algo que podían hacer por si mismos, que complementara lo que la medicina intentaba hacer por ellos” (1999, pág. 229).

Desde entonces, miles de pacientes han acudido a la Clínica de Reducción de Estrés y también muchos profesionales han asistido a los cursos de formación en esta técnica, extendiéndose así a otras instituciones de Europa y Norteamérica que también ofrecen este programa. Además de los pacientes con estrés o con dolor crónico, para los que inicialmente se diseñó, MBSR ha sido aplicado también a otras áreas de la medicina conductual, al entrenamiento de deportistas de élite o introducido en las instituciones penitenciarias. Existen más de 10.000 artículos científicos, monografías o capítulos de libros que tratan sobre esta técnica, o sus derivadas, describiendo aplicaciones y los resultados obtenidos.

Terminología y fundamentos

MBSR, acrónimo de Mindfulness-Based Stress Reduction, se podría traducir como *reducción de estrés mediante la atención consciente*. En este texto hemos querido respetar el acrónimo inglés porque figura citado frecuentemente en la literatura científica.

La práctica de la atención consciente es una de las dos principales clases de meditación budista (Goleman 2003), y se utiliza tanto en la tradición Theravada, donde se conoce como *sattipatana vipassana*, como en la tradición Mahayana, en la escuela Soto Zen y en el *lag-tong* del Vajrayana. Esta técnica de meditación se atribuye al Buda histórico, quien la enseñó hace 2.500 años en la India, como se recoge en dos textos del canon budista –*Anapanasati Sutra*, o sutra sobre la atención en la respiración (Nhat Hanh, 1997) y en *Mahasatipattana sutra* o gran sutra sobre la atención consciente (Thera, 1962)–. En estos textos, la palabra que describe el proceso de la atención consciente es el término *satti* (lengua pali), que en inglés se traduce como *mindfulness*. A diferencia de algunas escuelas de meditación, que comienzan con un entrenamiento en concentración mental, mediante mantras o visualizaciones, MBSR sigue las técnicas de la escuela Vipassana en las que se desarrollan paralelamente la atención y la concentración

(Kabat-Zinn, 1996). El objeto de concentración utilizado en esta técnica, asequible a cualquier persona, es la respiración natural y las sensaciones del cuerpo. Este enfoque permite que personas no familiarizadas con la meditación y que viven en entornos tan distintos de los monasterios como son las ciudades actuales puedan practicar fácilmente esta técnica (Kabat-Zinn, 1996).

La práctica de la atención consciente se ha conceptualizado como un estado en el que el individuo es altamente consciente y enfoca la realidad del momento presente, aceptándola, sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas (Kabat-Zinn, 1990). Este estado se consigue mediante la observación desvinculada de la realidad, es decir sin juzgar o involucrarse, realizada momento a momento (Kabat-Zinn 1982). Para ello se parte de un objeto primario (generalmente la sucesión respiratoria de inhalaciones y exhalaciones) hasta que se obtiene una atención relativamente estable desde la que abordar otras manifestaciones corporales y mentales. Una vez estabilizada la atención, se va incluyendo en su foco las sensaciones del cuerpo, los pensamientos, las emociones y las fantasías, tal y como aparecen en tiempo real y como van siendo sustituidas unas por otras. Esta progresión de la atención se enseña gradualmente en varias sesiones.

El desarrollo de esta habilidad proporciona al paciente la posibilidad de desvincularse en cierta medida del dolor y sentirlo como una sensación corporal por fuerte o desagradable que esta sea, lo que facilita su aceptación. Con la práctica, parece producirse un desacoplamiento de los componentes sensoriales del dolor con los componentes afectivos y cognitivos (reacción de alarma) (Kabat-Zinn 1982). En el caso del estrés, la observación desvinculada por el paciente de sus sensaciones, emociones y pensamientos le permitirá evitar las espirales de preocupaciones o otros patrones de pensamientos negativos, que, mediante ciclos reactivos, contribuyen a crear un estado emocional alterado (Bishop, 2002).

Aunque MBSR induce a la relajación, no es este su objetivo y por ello difiere de otras intervenciones que basan el tratamiento del estrés en la relajación, como la desarrollada por Benson (1975). El objetivo de MBSR es que el paciente aprenda a vivir más conscientemente de lo que ocurre, centrándose en el presente, aceptando la realidad y respondiendo a esta conscientemente en vez de reaccionar automáticamente (Bishop 2002).

MBSR también difiere de otras terapias que tratan el estrés desde el plano cognitivo ya que no enfatiza que el paciente juzgue sus emociones como positivas o negativas, ni intente modificar ciertas creencias consideradas irracionales o des-adaptativas. El modelo de MBSR aboga por ser consciente de nuestro pensamiento, pero observarlo de forma desvinculada, sin juzgarlo, siendo consciente de su naturaleza efímera y de su capacidad de arrastrarnos en las diferentes ocasiones (Martin 2020).

Métodos

La intervención se presenta inicialmente a los pacientes en sesiones orientativas en grupo, en donde se dan a conocer los detalles del programa. En estas sesiones se rellena un formulario sencillo sobre su estado de salud y sobre su situación emocional usando el SCL-90R (Derogatis, 1977); también describen sus hábitos de salud en relación con sustancias excitantes, tabaco y alcohol. Finalmente indican tres razones por las que desean participar en el programa.

La mayor parte de los pacientes son referidos a la clínica por los servicios de salud y manifiestan un amplio rango de enfermedades que podemos agrupar funcionalmente en dos grupos: dolor crónico y estrés. En el estudio de Kabat-Zinn y Chapman-Walton (1988), con una muestra de más de 700 pacientes, el 27% correspondían al grupo de dolor crónico y el resto se agrupaba como estrés. Del grupo calificado de estrés, los síntomas más frecuentes eran ansiedad (40% del total), hipertensión (9%) y trastornos gastro-intestinales (6%). Los dolores más frecuentes eran de cabeza y cara (10%) y lumbares (8%). En este estudio, las mujeres duplicaban en número a los hombres y les superaban en todos los subgrupos, excepto en el de problemas cardíacos.

La intervención se realiza en grupo y todos los pacientes reciben el mismo tratamiento, independientemente de su etiología. Consta de ocho sesiones de 2,5 horas, una por semana, durante las que se proporciona 1) formación en técnicas de meditación y relajación; 2) se explican las bases del estrés y los comportamientos adaptativos, reactivos al mismo, y 3) se orienta a los pacientes en cómo aplicar las técnicas mencionadas a la vida cotidiana. Esta formación también incluye un trabajo personal, entre sesiones, diariamente durante 45 minutos, usando cintas de audio como soporte, durante la duración de la intervención.

Las técnicas de meditación y relajación que se imparten son meditación sentada, exploración del cuerpo y *hatha* yoga. Aunque las tres técnicas son diferentes en su formato, en todas se explica a los participantes que deben realizarlas con atención consciente, momento a momento, sin juzgar. También se enseñan otras aplicaciones de la atención, en el contexto de actividades rutinarias, que se pueden realizar con el mismo enfoque que las meditaciones formales, como sería al caminar, al lavarse o al comer. Este entrenamiento se engloba en un contexto de cambio conductual en el que se enfatiza al participante en la relajación y en generar respuestas adaptativas al estrés a partir de una atención consciente a las actividades y a las sensaciones del cuerpo (Kabat-Zinn 1997).

Por ello, una característica de este enfoque terapéutico es la exigencia de un esfuerzo considerable por parte del paciente tanto para asistir a las sesiones de grupo como para su práctica personal. Este alto grado de exigencia, sin embargo, no afecta al grado de adherencia al programa. Kabat-Zinn y Chapman-Walton (1988) estudiaron los pacientes que habían participado en su programa a lo largo de dos años y vieron que de 784 pacientes que iniciaron el curso un 76% lo terminó.

MBSR no es terapéutico, en el sentido de diagnosticar una enfermedad y proporcionar un tratamiento. Los instructores tampoco entran a valorar la situación personal del paciente en relación con el tratamiento que pueda estar tomando, ni alteran este tratamiento como se hace en las llamadas *terapias alternativas*. MBSR se considera una intervención complementaria, que deja al criterio del paciente y de su terapeuta aquellos temas relacionados con el tratamiento propuesto por este último. Por ello, si el paciente se encuentra con dificultades físicas para realizar algunos ejercicios, los instructores buscan la forma de evitarlos, insistiendo que cada uno debe saber donde están sus límites. En el caso de problemas psicológicos que surjan durante la meditación y el paciente no sea capaz de manejarlos, los instructores le recomiendan que consulte con su terapeuta habitual como tratar los mismos y quedan disponibles por si este solicita información u opinión al respecto.

El curso tiene una duración de ocho semanas, sin embargo dado que el paciente se ha acostumbrado a practicar las técnicas, se le anima a que continúe practicando en el futuro. Por ello, la Clínica de Reducción del Estrés en Massachussets invita a los pacientes *graduado* a sesiones de recuerdo periódicas para mantener activa su práctica personal. De esta forma se evita la dependencia del programa y del apoyo del grupo, pero se fomenta la práctica de la meditación a largo plazo (Kabat-Zinn, 1982).

Es habitual, por lo tanto, que los pacientes continúen la práctica de la meditación posteriormente, lo que mantiene los beneficios obtenidos en el curso, como se recoge en varios estudios, (Miller, 1977; Kabat-Zinn, 1986). Estos autores concluyen que la mayoría de los pacientes que tenían trastornos de ansiedad seguían meditando mayoritariamente tres años después y mantenían así las mejoras obtenidas en el curso.

Resultados

MBSR ha demostrado su eficacia en situaciones muy variadas, siempre dentro de lo que podríamos describir como medicina mente/cuerpo (Kabat-Zinn, 2003). De estos ejemplos citaremos aquellos que están mejor documentados en la literatura científica, desde los casos ya mencionados del dolor y estrés hasta otros más específicos como la soriasis o la prevención de depresiones.

El tratamiento del dolor ofrece resultados bastante positivos e interesantes. Un trabajo realizado con 90 sujetos que sufrían distintos tipos de dolores corporales muestra que tras un programa de diez semanas de MBSR se registran reducciones significativas en la sensación personal de dolor, imagen negativa del cuerpo, sintomatología y en las implicaciones del dolor en el estado anímico del paciente. Además, se observa una reducción de las necesidades de medicación para el tratamiento del dolor. Mientras, el grupo control de 21 pacientes, con tratamientos tradicionales, no registra mejoras significativas. Un seguimiento posterior a estos pacientes durante 15 meses muestra que casi todas las ventajas se mantienen durante este plazo. (Kabat-Zinn, 1985).

Un posterior estudio del mismo autor, con 225 pacientes, confirma estos resultados y hace un seguimiento que llega hasta 48 meses en algunos casos. La mayoría de los pacientes mantienen durante el seguimiento los beneficios obtenidos en la intervención, aunque hay indicadores que tienden a volver al punto inicial (Kabat-Zinn, 1986).

En el tratamiento de la ansiedad, Kabat-Zinn (1992) estudió a 22 sujetos con trastornos de ansiedad o pánico. Al finalizar el curso, 20 pacientes experimentaron una reducción significativa en sus niveles de ansiedad o depresión, tanto al finalizar el curso como durante el periodo de tres meses de seguimiento.

Otro campo especialmente interesante es el tratamiento de personas con cáncer y en la recuperación de pacientes que han sufrido esta enfermedad. En un estudio con 90 enfermos de cáncer, Speca, Carlson, Goodey y Angen (2000) demostraron que el estado de ánimo de la mayoría de los pacientes que habían seguido el programa MBSR mejoraba significativamente en comparación del grupo control. En concreto, se produjo una disminución del 65% en el índice general de malestar emocional y una reducción en las subescalas de depresión, ansiedad, rabia, y confusión, y un incremento en la subescala de vigor del cuestionario POMS (McNair

1975), que consta de 65 adjetivos y está diseñado para valorar estados afectivos cambiantes. Kabat-Zinn (1998) demuestra que MBSR puede servir de tratamiento de apoyo a las intervenciones tradicionales en psoriasis. En un estudio de Kabat-Zinn, y col. (1998), 37 pacientes que están recibiendo tratamiento convencional de rayos ultravioleta para la psoriasis son divididos en dos grupos al azar, el primer grupo escucha una cinta que enseña a los pacientes cómo meditar mientras recibe el tratamiento de ultravioletas, el segundo no. El primer grupo cura sus lesiones cutáneas bastante más rápido que el grupo que no escuchaba la cinta de meditación guiada durante las sesiones de rayos.

Otro ejemplo de complementariedad se pone de manifiesto en la rehabilitación de enfermos con problemas respiratorios, de enfisema a obstrucciones pulmonares crónicas (Kabat-Zinn, 1993). En estos casos los enfermos que aprendieron MBSR manifestaron una reducción en la frecuencia y en la intensidad de los ataques de asfixia y aumentaron su confianza en su capacidad de control sobre los mismos.

Con relación a las depresiones recurrentes, Teasdale y col. (2000) utilizaron una modificación de MBSR que incluía un mayor componente cognitivo, que denominaron MBCT. Esta técnica, al igual que MBSR, difiere de las terapias cognitivas en la no-necesidad de cambiar los pensamientos negativos por otros positivos, simplemente en ser consciente de ellos. En su estudio sobre 145 pacientes durante 60 semanas, concluyeron que MBCT permite reducir la recaída en pacientes con más de tres episodios de depresión en sus vidas.

La relación entre reducción de estrés y fortalecimiento del sistema inmune es recogida en Davison y col. (2003) En esta se mide el electroencefalograma y la respuesta a la vacuna de la gripe de un grupo de 25 personas que siguieron un curso de MBSR frente a un grupo control de 16 individuos en lista de espera. Davison obtuvo dos resultados muy interesantes producidos por la intervención. Por un lado, una mayor activación de la región frontal izquierda del cerebro, frente al grupo control. Por otro lado, los meditadores obtienen un mayor título de anticuerpos que el grupo control frente a la vacuna de la gripe, es decir la meditación les proporcionó un mayor grado de inmunidad frente a la enfermedad. Con ello concluye que MBSR afecta positivamente al desarrollo del sistema inmune, probablemente activando la zona frontal izquierda del cerebro.

Otro experimento interesante es utilizando MBSR con una dieta específica en la prevención del cáncer de próstata recurrente. Saxe y col. (2001) utilizando esta combinación encontraron una mejoría en 8 de los 10 sujetos objeto del estudio. Aquí se postula que MBSR pudo contribuir a la mejoría a la vez que facilitó que los pacientes se adhiresen al cambio de dieta propuesto. MBSR también es aplicable al tratamiento de conductas adictivas, ya que desarrolla en los pacientes una mayor conciencia de sus impulsos, lo que les permite establecer estrategias para responder a estos con un mayor control, en vez de reaccionar de forma automática. Un ejemplo es la aplicación de MBSR en trastornos alimenticios de tipo psicológico como la bulimia (Kristeller y Hallet, 1999).

Un campo especialmente interesante es su aplicación a la reducción del estrés o *burnout* de los profesionales de la salud. En un estudio realizado con 68 profesionales de atención primaria, se demuestra que un entrenamiento de *mindfulness* tipo MBSR reduce la alteración emocional un 30%, aumentando su actividad y reduciendo su fatiga (Martin y cols 2014).

En España se han realizado ya cientos de programas de *mindfulness* MBSR y se ha comprobado que un entrenamiento en *mindfulness* reduce significativamente el estrés o malestar psicológico un 50% y los síntomas médicos asociados al estrés (MSCL). Asimismo, los participantes muestran una mayor conciencia sobre la importancia de su salud y sobre su capacidad para influir en ella positivamente (Martín y col. 2010, 2013).

También en España desde hace años se realizan intervenciones MBSR en formato *online* con resultados excelentes, igual de eficaces en reducir el malestar que el formato presencial aunque son menos eficientes, ya que el número de personas que lo completan es menor, como es natural. No obstante, estos resultados están muy por encima de otros programas *online* que cifran el porcentaje de graduados en un 29%.* Atribuimos esta diferencia al hecho que el programa MBSR *online* está tutorizado y los asistentes lo hacen de forma particular (Sard-Peck 2019).

Discusión

A pesar del evidente interés por investigar y por documentar los experimentos de MBSR de la forma más científicamente posible, no es posible establecer relaciones de causa-efecto tan claras como en otras áreas de la medicina donde se valoran reacciones fisiológicas. Ello se debe a varias razones, primero tendríamos el hecho que no se cuenta aún con instrumentos para medir el grado de atención consciente desarrollado por los pacientes. La Clínica de Reducción del Estrés en Massachussets está actualmente trabajando con la Universidad de Toronto con objeto de resolver esta cuestión (Carmody 2003). Seguidamente existen limitaciones en el alcance de algunos trabajos por diseños experimentales con grupos control inadecuado como son las *lista de espera*, o escaso número de individuos (Bishop, 2002). Por otro lado, la intervención incluye elementos difíciles de aislar, que contribuyen al resultado positivo, pero que no son exclusivos de esta técnica, como sería la relajación y el impacto del trabajo en grupo. No hay que descartar tampoco el efecto placebo en algunos casos y la dificultad de disponer de un número suficiente de individuos lo suficientemente homogéneo para tener validez estadística. Es evidente que MBSR es una intervención compleja, que implica varias prácticas y que sus mecanismos de actuación son múltiples.

Aunque MBSR se enseña en un centro médico, el enfoque que se practica no es el habitual. Ello se debe a que MBSR nace de una nueva forma de entender la práctica médica que se caracteriza en que la distinción entre cuerpo y mente no es tan clara como se supone en la medicina moderna (Kabat-Zinn, 1999 y 2000). En este nuevo paradigma, la personalidad y el comportamiento de las personas tienen más importancia en las causas que desencadenan algunas enfermedades, como son el cáncer o los problemas cardiovasculares. Por ello se defiende que el tratamiento de estas dolencias debe incluir no solo aspectos del cuerpo sino también de la mente.

Además de la Clínica de Reducción del Estrés hay otros autores que defienden estas ideas como una forma de enriquecer a la práctica médica. Cassell considera que las ideas de Descartes que distinguían mente y cuerpo fueron útiles filosóficamente en su momento, ya que permitieron despegar a la ciencia como disciplina que se ocupaba del cuerpo y separada de la religión, que se ocupaba de la mente o del alma (Cassell, 1982). Esta distinción, sin embargo,

tiene sus limitaciones cuando queremos considerar la naturaleza del sufrimiento humano y vemos que la dimensión física no proporciona una explicación suficiente. Este autor postula que quien sufre no es el cuerpo, sino la persona y que esta entidad engloba la dicotomía mente-cuerpo. Tendríamos aquí otra vía por la que justificar una intervención del tipo MBSR, como estrategia para aliviar el sufrimiento inherente a algunas enfermedades.

Conclusiones

MBSR es una técnica que ha demostrado su eficacia aliviando estrés, dolor y otros muchos problemas de tipo psicósomático. Proporciona al enfermo la posibilidad de participar activamente en su recuperación y es una intervención complementaria al tratamiento médico y psicológico que esté recibiendo. Además, ofrece mejoras en calidad de vida para aquellos problemas para los que la medicina no tiene solución, como las enfermedades crónicas, o para aquellos casos en los que es necesario un cambio de comportamientos para mejorar la salud, como son las enfermedades cardiovasculares o los desórdenes alimentarios, por citar los casos más obvios. El hecho que MBSR se imparta en una facultad de medicina de un centro universitario de primer orden facilita el acceso a personas que, en otro caso desconfiarían de la técnica. Además, la proximidad de equipos de investigación ha permitido que MBSR haya sido ampliamente estudiado con rigor científico, aunque aún no se hayan identificado por completo los mecanismos por los que opera.

Esta es una sencilla técnica que permite tratar a un grupo alto de personas, de forma simultánea y con un bajo coste. No se conocen contraindicaciones o efectos secundarios nocivos, salvo en casos de enfermedades mentales graves en los que no se aconseja.

Es por tanto una herramienta importante para resolver algunos de los problemas de salud de la vida moderna, recuperando a la persona como participante activo en su salud, reduciendo también la escalada de costes que suponen la aplicación indiscriminada (¿?) de nuevas tecnologías de la salud.

Bibliografía

- BENSON, H. (1975) *The relaxation response*, Morrow. New York.
- BISHOP, S. (2002) What do we really know about MBSR. *Psychosomatic Medicine* (64), 71-84.
- CARMODY, J. (2003) "New areas of Research within MBSR". Personal communication.
- CASELL, E. (1982) "The nature of suffering and the goals of medicine", *New England J. of Medicine*. (306) 639-645.
- DAVISON, R. *et al.* (2003) "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation". *Psychosomatic Medicine*. (65) 564-570.
- DEROGATIS, L (1977) *SCL-90R Manual*. Baltimore, Johns Hopkins Univ., School of Medicine.
- GOLEMAN, D. (2003) *Destructive emotions. A scientific dialogue with the Dalai Lama*. Bantam Books. New York.
- KABAT-ZINN, J. (1982) "An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation". *General Hospital Psychiatry*, 4 (1), 33-47.
- KABAT-ZINN, J., LIPWORTH, L. & BURNEY R. (1985) "The Clinical use of Mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain". *J. Behav. Med.* (8) 163-190.
- KABAT-ZINN, J. (1986) "Four year follow up of meditation-based program for the self regulation of chronic pain. Treatment Outcomes and compliance". *Clinical Journal Pain*. (2): 159-173.

- KABAT-ZINN, J., CHAPMAN-WALTORP, A. (1988) "Compliance with an Outpatient Stress Reduction program: Rate and predictors of program completion". *Journal Behavioral Medicine*, (11) 333-352.
- KABAT-ZINN, J. (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delacorte Press. New York.
- KABAT-ZINN, J. et al, (1992) "Effectiveness of a Meditation –based Stress Reduction Program in the treatment of anxiety disorders". *American Journal Psychiatry* 149 (7), 936-943.
- KABAT-ZINN, J. (1993) "Mindfulness Meditation; Health benefits of an ancient Buddhist Practice". *Mind/Body medicine*. Goleman & Gurin (Eds). Consumer Report Books, New York.
- KABAT-ZINN, J. (1996) "Mindfulness Meditation, what is what isn't. HARUKI, Y.; ISHII, Y.; SUZUKI, M. (ed.) *Comparative and Psychological Study on Meditation*. Eburon, Netherlands.
- KABAT-ZINN, J. et al. (1998) "Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)." *Psychosomatic Medicine* (60) 625-632.
- KABAT-ZINN, J. (1999) "Ildra's net at work: Mainstream of Dharma practice in society". En G. WATSON; S. BATCHELOR; G. CLAXTON (ed.) *The psychology of Awakening: Buddhist, Science and our day to day lives*. Rider. Pág. 226-249. London.
- KABAT-ZINN, J. (2000) "Commentary: Participatory Medicine". In *Journal of European Academy of dermatology and venerology*. (14), 239-240.
- KABAT-ZINN, J. (2003) "MBSR interventions in context: Past, Present and Future". *Clin. Psychological Sci. Pract.* (10),144-156.
- KRISTELLER, J.; HALLET, C. (1999) "An explanatory study of a Meditation based intervention for binge eating disorder". *J. Health Psychol.* (4) 357-63.
- MARTÍN-ASUERO, ANDRÉS (2020) *Plena mente, Mindfulness o el arte de estar presente*. Ed. Diana, Barcelona.
- MARTÍN-ASUERO y col. (2014) "Effectiveness of a Mindfulness Education Programme in Primary Health Care Professionals. A Pragmatic Controlled Trial". *Journal Cont Educ Health Prof*, 34(1) 4-12.
- MARTÍN-ASUERO y col. (2013) "Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness para reducir el Burnout en profesionales de Atención Primaria". *Gaceta Sanitaria*; 27:521-8.
- MARTÍN-ASUERO, A.; GARCÍA DE LA BANDA (2010) "The Mindfulness-based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-related Psychological Distress in Healthcare Professionals". *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 895-903.
- MC NAIR, D.; LORR, M.; DROPPelman, L. (1975) *Profile of Mood states (POMS)*. Educational and industrial testing service. San Diego, California.
- MILLER, J.; FLETCHER, K.; KABAT-ZINN, J. (1977) "Three year follow up and clinical implications of Mindfulness meditation-based Stress Reduction intervention in treatment of anxiety disorders". *Mind/Body medicine* 2, (3), 101-109.
- MOYERS, B. (1993) *Healing and the mind*. Doubleday. New York.
- MUNFORD, G. (2003) "Interview with Tricycle". *Tricycle: The Buddhist Review*. The Bhuddist Ray Inc. New York.
- NHAT HANH, T. (1997) *Breathe! You are alive*. Full Circle, Delhi.
- THERA, N. (1962) *The heart of the Buddhist meditation*. Weiser: New York.
- SPECA, M. et al. (2000) "A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients". *Psychosomatic Medicine* (62), 613-622.
- *T. SARD-PECK; A. MARTÍN-ASUERO; M. T. OLLER; A. CALVO; O. SANTESTEBAN-ECHARRI (2019) "Estudio comparativo entre un programa de reducción del estrés basado en mindfulness presencial y online en población general española". *Psiquiatría Biológica*, 2019.
- SAXE G. A. et al. (2001) "Can diet in conjunction with stress reduction affect the rate of increase in prostate specific antigen after biochemical recurrence of prostate cancer?" *The Journal of Urolog*: 166, 2202-2207.
- TEASDALE, J. et al. (2000) "Prevention of Relapse/recurrence in Mayor Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy". *Journal of Cons. and Clin. Psychology*, 68, (4), 615-623.