

María Teresa Miró  
Vicente Simón

–Editores–

# MINDFULNESS

en la práctica clínica

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER





**MINDFULNESS  
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**



MARÍA TERESA MIRÓ BARRACHINA - VICENTE SIMÓN PÉREZ (Eds.)

# **MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
DESCLÉE DE BROUWER**

© María Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.), 2012

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2012

Henao, 6 – 48009 Bilbao

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

[info@edesclee.com](mailto:info@edesclee.com)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain - Impreso en España

ISBN: 978-84-330-2551-7

Depósito Legal: BI-622/2012

Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

# Índice

---

Prólogo	9
<i>M<sup>a</sup> Teresa Miró Barrachina y Vicente Simón Pérez</i>	
1. Mindfulness y auto-observación terapéutica . . . . .	15
<i>M<sup>a</sup> Teresa Miró Barrachina</i>	
2. Formación en mindfulness para psicoterapeutas . . . . .	51
<i>Vicente Simón Pérez</i>	
3. Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad	81
<i>Marta Alonso Maynar</i>	
4. Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión . . . . .	141
<i>Dr. Ausiàs Cebolla i Martí</i>	
5. Mindfulness en el tratamiento del trastorno obsesivo- compulsivo . . . . .	169
<i>M<sup>a</sup> Teresa Miró Barrachina y Joaquín Pastor Sirera</i>	
6. Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness . . . . .	209
<i>Carmen Bayón Pérez y Victoria Bonan</i>	

7. Atención plena (mindfulness) en el tratamiento del dolor crónico y el trauma . . . . .	241
<i>Batriz Rodríguez Vega y Ángela Palao Tarrero</i>	
8. Mindfulness en los trastornos de la personalidad . . . . .	271
<i>Azucena García-Palacios y M<sup>a</sup> Vicenta Navarro Haro</i>	
Anexo 301	
Índice analítico . . . . .	303

# Prólogo

---

En el marco de la investigación científica actual, mindfulness (o Atención Plena) se ha definido como la conciencia no prejuiciosa de la experiencia inmediata (sensaciones, emociones, sentimientos o pensamientos) tal y como es en el momento presente (1). Así, mindfulness hace referencia, sobre todo, a la conciencia por la cual el simple vivir se transforma en experiencia.

Desde un punto de vista histórico, mindfulness cuenta con una tradición milenaria que se remonta al Buda que vivió hace más de 2.500 años y ha sido cultivada desde entonces en las diversas escuelas budistas. Pero, recientemente y desde un punto de vista psicológico, mindfulness se ha despojado de toda referencia religiosa y se ha entendido como una habilidad psicológica que consta de dos componentes centrales: el primero hace referencia a la regulación de la atención para mantenerla centrada en la experiencia inmediata y, el segundo consiste en una actitud u orientación de curiosidad, apertura y aceptación hacia esa experiencia, independientemente de que tenga una valencia positiva o negativa (2). Aunque estos componentes forman parte de la estructura psicológica de casi todas las personas, en la mayoría sólo están presentes de un modo intermitente y

superficial. Además, la aceleración del ritmo de vida que se ha producido con el uso de las nuevas tecnologías, favorece el contacto intermitente y superficial con una abrumadora e ingente cantidad de contenidos comunicativos o informativos. No es sorprendente, por tanto, que la práctica de mindfulness se esté extendiendo en la sociedad actual como una forma valiosa de contrarrestar el estrés y fomentar el bienestar.

A la hora de comprender cómo se ha producido esta expansión de la práctica de mindfulness en el mundo actual, es importante tener en cuenta el trabajo pionero de Jon Kabat-Zinn. En 1979, este autor fundó la “Stress Reduction Clinic” en el marco del “University of Massachusetts Medical Center”, en donde puso en marcha el programa de “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR), dirigido a pacientes crónicos en los que las técnicas de la medicina convencional no resultaban demasiado efectivas. En este programa, se cultivan prácticas tradicionales de meditación –inspiradas principalmente en la tradición del Budismo Theravada– y de yoga, con la ayuda de soportes como CDs u otros que facilitan la práctica en casa. Este programa ha tenido un éxito enorme y en la actualidad se está ofreciendo a pacientes en más de 250 hospitales de Estados Unidos (y en otros repartidos por el mundo entero). Además, Kabat-Zinn, junto con Richard Davidson, Daniel Goleman y Daniel Siegel, entre otros, también ha contribuido a la investigación neurocientífica sobre los efectos y los mecanismos neurobiológicos de mindfulness. El resultado más visible de estos trabajos de investigación se ve en el hecho de que el número de publicaciones científicas que llevan la palabra mindfulness en su título está creciendo de modo exponencial en nuestros días.

En el campo de la psicoterapia, la práctica de mindfulness ha sido incorporada, como componente principal o como coadyuvante, a todos los modelos de tratamiento psicológico, desde el psicoanálisis –como se muestra, por ejemplo, en el libro “The present moment in psychotherapy and everyday life” (2003) de Daniel Stern (3) –a la terapia de conducta– como se aprecia en la propuesta de Hayes, Strosahl y Wilson en “Acceptance and Commitment Therapy” (1999 / 2012) (4). También la Terapia Cognitiva ha generado un modelo pro-

pio para prevenir las recaídas en depresión basado en mindfulness “Mindfulness Based Cognitive Therapy (2002) (5). Así mismo, la propuesta de Marsha Linehan de Dialectical Behaviour Therapy (1993) para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad ha sido pionera y ha jugado un papel especialmente importante en la introducción de mindfulness en la psicoterapia actual (6). Por otro lado, sin adscribirse a ningún modelo terapéutico específico, pero ilustrativo de la toma de conciencia por parte de los terapeutas de que mindfulness es una herramienta terapéutica valiosa, cabe citar el libro editado por Christopher Germer, Ronald Siegel y Paul Fulton, titulado “Mindfulness and Psychotherapy” (7). Este texto fue el resultado visible de un proceso que había estado gestándose en la sombra durante 20 años: el intercambio de conocimientos de un grupo de clínicos que practicaban a la vez la psicoterapia y la meditación y que habían estado reuniéndose todos los meses para compartir sus experiencias en el intento de unir mindfulness y psicoterapia.

En España nos encontramos todavía al comienzo de este proceso de introducción de mindfulness en la práctica de la psicoterapia. Al igual que en Estados Unidos, pero con menor penetración todavía, se extiende poco a poco en nuestro país la enseñanza del MBSR (siglas que se vierten al castellano como REBAP). En lo referente a la aplicación de mindfulness en la práctica clínica, creemos que este libro va a ser la primera contribución sistemática y seria en castellano a la difusión de mindfulness en el tratamiento de varios trastornos psicológicos. El origen de este texto fue un curso presencial que organizó la Asociación Mindfulness y Salud (AMYS) en Valencia, durante el curso 2010-2011 y que a fecha de hoy, se encuentra en su tercera edición (una segunda en Valencia y la tercera en Barcelona). El curso, en su versión original, constaba de 8 jornadas presenciales de 8 horas de duración cada una. El libro refleja estas ocho jornadas que se han transformado en otros tantos capítulos. Tras dos capítulos para iniciar al lector en lo que es mindfulness y en su relación con la actividad terapéutica (“Mindfulness y auto-observación terapéutica” y “Mindfulness para terapeutas: la práctica”), siguen los capítulos que se ocupan de trastornos específicos: la ansiedad, la depresión, el

TOC, los trastornos de la conducta alimentaria, el dolor y el trauma y, por último, los trastornos de la personalidad. Somos conscientes de que la lista podría ser con facilidad más larga, pero no hemos pretendido ser exhaustivos, sino tan sólo cubrir lo que parecía más esencial y necesario en la práctica clínica.

Nuestra humilde pretensión es que los lectores en lengua española tengan a su disposición un texto escrito por profesionales de nuestro país y que sea de utilidad, no sólo para quienes realicen el curso de AMYS, sino para todos aquellos terapeutas que comienzan a introducirse en el mundo novedoso y prometedor de mindfulness. Además del texto escrito, los autores han preparado unas grabaciones en audio para facilitar la práctica tanto para el terapeuta como para el paciente; se puede acceder a ellas en la web [www.amys.es](http://www.amys.es). Somos conscientes de que han quedado muchos temas por tratar y que, en los tratados, convendría profundizar mucho más de lo que hemos podido hacer aquí. Nos gustaría pensar que estas limitaciones sólo reflejan el hecho de que nos encontramos al comienzo de un camino apasionante en el que está casi todo por hacer y que, sin duda, serán muchos los terapeutas españoles que en los próximos meses comienzan a aplicar mindfulness en sus terapias y pronto estarán en condiciones de comenzar a llenar esos huecos que forzosamente han de encontrarse en este texto, modesto pero pionero. Para todos ellos, para orientarles y alentarles en su labor, ha sido escrito y a todos ellos va dedicado.

*María Teresa Miró y Vicente Simón  
Valencia, Diciembre de 2011*

## Referencias

- KABAT-ZINN, J. *Full catastrophe living*. Boston: Delta Publishing. 1990.
- BISHOP, S.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.D.; CARMODY, J.; SEGAL, Z.V.; ABBEY, S.; SPECA, M.; VELTING, D.; DEVINS, G. "Mindfulness: A proposed operational definition". *Clin Psychol Sci Prac*: 2004; 11: 230-241.

- STERN, D.N.; *The present moment in psychotherapy and every day life*. Nueva York: Norton; 2004.
- HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D. y WILSON, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press; 1999 / 2012.
- SEGAL, Z.V; WILLIAMS, J.M. y TEASDALE, J.D. *Mindfulness cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press; 2002.
- LINEHAN, M.M. *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993.
- GERMER, C.K.; SIEGEL, R.D. y FULTON, P.R. *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press; 2005.



# 1

## Mindfulness y auto-observación terapéutica

---

*M<sup>a</sup> Teresa Miró Barrachina*

*Psicóloga Clínica y Profesora Titular  
Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamientos Psicológicos  
Universidad de La Laguna*

## Esquema del capítulo

1. Introducción
2. La construcción del espacio terapéutico
  - 2.1. La relación terapéutica
  - 2.2. El espacio terapéutico como la interfaz entre la experiencia directa y su ordenamiento lingüístico
  - 2.3. La sensación de ser en el conocer
3. El canon del entrenamiento en *mindfulness*: el *Satipatthana Sutta*
  - 3.1. Cualidades mentales instrumentales para la práctica del *Satipatthana*
  - 3.2. La contemplación del cuerpo
  - 3.3. La contemplación de los sentimientos
  - 3.4. La contemplación de la mente
  - 3.5. El desarrollo de la práctica
4. Notas finales
5. Referencias bibliográficas

## 1. Introducción

*Mindfulness* es la puerta de entrada a la auto-observación terapéutica de la experiencia. Este es el mensaje residual que se explora en este capítulo. Para avanzar en esta dirección, comenzaré clarificando el significado de la expresión “auto-observación terapéutica”, porque no es muy habitual ver estas palabras juntas.

En la historia occidental, resulta un lugar común situar el inicio de lo que, en sentido amplio, cabe denominar “auto-observación” en la consigna del oráculo de Delfos –“Conócete a ti mismo/a”– que Sócrates transformó en método, que Platón plasmó en sus diálogos y que también fue cultivada por otros autores clásicos, como Séneca o Cicerón. El eco de esta consigna reverbera a lo largo de los siglos y encuentra acomodo en los contextos religiosos. En el Renacimiento, no obstante, con el desarrollo de la imprenta y la disponibilidad de libros, la auto-observación se emancipó de los contextos religiosos y se aplicó a la recién descubierta vida privada. Así, surgió un nuevo género literario que Montaigne –su inventor– denominó “*essays*”, ensayos, en el sentido de intentos o pruebas. En estos textos, se examinan cuestiones cotidianas sin pretensiones abstractas ni moralizantes; tampoco hay una intención de desarrollar una tesis o de hacer avanzar una trama; por tanto, son frecuentes los cambios de dirección e incluso las contradicciones. De hecho, da la impresión de que el único propósito de la escritura fuera el desarrollo de la atención a los detalles de la propia vida, es decir, la observación de la propia vida, la auto-observación; así, se escribe sobre lo que a uno/a le pasa, sobre lo que piensa o siente, captando los estados mentales a medida que suceden cuando se sienta a escribir. La publicación de “Los ensayos” de Montaigne en 1580 fue un éxito editorial inmediato y se ha convertido en un clásico de la cultura occidental. Pero ¿por qué un texto sin argumento y sin otra pretensión que hablar de si mismo se convierte en un clásico? Tal vez sea por la razón nada desdeñable de que ayuda a hacer visibles las vicisitudes de la propia vida. Es como si al escribir sobre si mismo, Montaigne hubiera creado un espejo en el que los lectores pueden reconocer su propia humanidad (1). Sin embargo, no había en ello ninguna intención terapéutica.

La utilización sistemática de la auto-observación en un contexto terapéutico se establece tres siglos más tarde. A finales del s. XIX, Freud desarrolló un método con plena intencionalidad terapéutica para observar los propios estados mentales a medida que suceden: la asociación libre. No obstante, este método forma parte de un esquema conceptual más amplio, el psicoanálisis, que ha contado con sus propios canales de autopropagación, al margen de la psicoterapia científica.

Durante la segunda mitad del s. XX, en el marco creado por la aplicación de la tecnología conductual a los problemas psicológicos, la auto-observación fue concebida como una estrategia de evaluación. Cuando el modelo del condicionamiento operante se extendió del exterior al interior, durante los años 70 y 80 –es decir, se entendió que los aspectos internos (cognitivos y emocionales) podían entenderse de modo análogo a los aspectos externos (las conductas) y se empezó a hablar de cosas tales como “conductas internas”, auto-control, auto-refuerzo, etc.–, la auto-observación se vio como una estrategia legítima de evaluación. No obstante, la investigación arrojó resultados contradictorios (2). En algunas ocasiones esta estrategia resultaba poco fiable y debía ser completada con observación directa (o hetero-observación); sin embargo, en otras ocasiones, lo que debía ser un simple procedimiento de registro para establecer una línea base tenía efectos reactivos y alcanzaba dimensiones terapéuticas, produciendo el cambio de conducta deseado. Pero al intentar investigar de modo sistemático estos efectos, los datos se hacían difíciles de interpretar y las fronteras entre evaluación e intervención se hacían difusas. Estos hechos venían a poner de manifiesto la insuficiencia conceptual del modelo conductual para abordar las “conductas internas” y cuestionaban también el esquema de tratamiento de evaluación primero e intervención después. No es sorprendente, por tanto, que dentro del marco conductista, resultara desaconsejable utilizar la auto-observación como técnica terapéutica y, si se utilizaba como estrategia de evaluación, convenía corroborar sus resultados por otros medios.

Veinte años después de los pioneros esfuerzos de los modelos del auto-control por acomodar la auto-observación en el marco de una

psicoterapia científica, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha actualizado el modelo operante y ha legitimado el valor terapéutico de la auto-observación (3). Pero lo ha hecho sin utilizar esa palabra. Acertadamente, ha utilizado el término *mindfulness* para hacer referencia a la observación de las propias “conductas internas” o, mejor dicho, de los “eventos privados”. Hoy sabemos que la auto-observación por si misma puede no ser terapéutica, e incluso puede ser perjudicial o “patologizante”, como en los procesos del pensamiento rumiador depresivo o en la preocupación ansiosa (4). Entonces, la cuestión relevante es: ¿qué diferencia la auto-observación patológica de la auto-observación terapéutica? o, en otras palabras, ¿bajo qué condiciones la auto-observación de la experiencia resulta terapéutica?

La respuesta a ambas preguntas es *mindfulness*. No sólo la Terapia de Aceptación y Compromiso sino también la mayor parte de los modelos psicoterapéuticos actuales, asignan un papel central, en la génesis de la psicopatología, a la sobre-reacción emocional que surge de la no aceptación de la experiencia (5). Cuando no deseamos o no nos gusta lo que nos pasa, cuando lo comparamos con el ideal pensado (o imaginado) de lo que nos debería pasar o cuando nos resistimos a aceptar la realidad de lo que hay en el presente, es muy probable que se activen procesos “patologizantes” como los implicados en los patrones de ansiedad o depresión. En estos casos, la observación de la experiencia se hace desde un estado mental reactivo de no-aceptación de la realidad. Es como empeñarse en abrir una puerta sin tener la llave. Se puede golpear la puerta, pero ésta seguirá cerrada.

Por el contrario, *mindfulness* es un estado de conciencia, no reactivo y no prejuicioso, de aceptación y observación de la experiencia tal y como es en el momento presente. Así, afirmar que *mindfulness* es la llave que abre la puerta de la auto-observación terapéutica significa afirmar que *mindfulness* ofrece las condiciones para que la observación de la experiencia sea terapéutica (6). Estas condiciones son: a) atiende a lo que ocurre en el presente, b) no compara el estado actual con un ideal, c) no juzga lo que observa y d) acepta la no permanencia de la experiencia. Puede parecer simple a primera vista, pero para cumplir estas condiciones hace falta un desarrollo elevado

de la capacidad de saber que sabemos –lo que en Terapia Cognitiva se denomina “meta-conciencia” y, en este capítulo, nos referimos como *mindfulness*. Por eso, para profundizar en la observación no-reactiva de la propia experiencia, se requiere entrenamiento.

El entrenamiento en *mindfulness* es una práctica milenaria que ha sido conservada a lo largo de generaciones y generaciones de practicantes, principalmente en el contexto budista. Pero en la actualidad, *mindfulness* –es decir, la capacidad de observar de un modo desapegado y no reactivo la propia experiencia a medida que sucede– ha sido conceptualizada como una habilidad psicológica y su entrenamiento se lleva a cabo en contextos clínicos. De hecho, durante los últimos años, la noción de *mindfulness* ha sido integrada en la mayor parte de los modelos psicoterapéuticos actuales (7).

Este capítulo tiene tres partes. En la primera parte, se explora la construcción del espacio terapéutico. Como punto de partida, se asume que la tarea central de la psicoterapia eficaz puede entenderse como la tarea de construir, por medio de la relación terapéutica, un espacio dentro del cual el paciente aprende a observar su experiencia problemática a medida que sucede, y, así mismo, aprende también los medios hábiles para transformarla. En este planteamiento, *mindfulness* resulta crucial, porque es la habilidad que permite la observación de la experiencia problemática. Por esta razón, resulta importante para un/a psicoterapeuta practicar *mindfulness* en su propia vida, así como saber dirigir la práctica en otros, no sólo para trabajar con grupos, también para trabajar de modo individual.

En la segunda parte de este capítulo, se revisan los principios que rigen el entrenamiento en *mindfulness*. Estos principios fueron establecidos por el Buda hace unos 25 siglos, en el discurso conocido como *Satipatthana Sutta* (8). Este texto constituye el canon en el que se especifican las instrucciones para llevar a cabo la contemplación del cuerpo, los sentimientos, los estados mentales y las categorías mentales (o *dhammas*). Aunque este texto merece una seria y profunda consideración por todos aquellos interesados en entrenar *mindfulness*, dados los límites de este capítulo, sólo será posible hacer una breve aproximación.

Por último, al final del capítulo, se ofrecen algunas ideas sobre la relevancia de *mindfulness* en la psicoterapia individual, así como en el marco de la transformación cultural que atravesamos en la actualidad.

## **2. La construcción del espacio terapéutico**

El proceso terapéutico puede ser concebido como la paulatina construcción de un espacio terapéutico, dentro del cual se va haciendo visible lo que requiere ser transformado y/o sanado en la vida del cliente. El primer paso en este proceso consiste en el establecimiento de la relación terapéutica como un lugar seguro en el que el cliente pueda explorar los aspectos problemáticos de su vida. El segundo paso consiste en la construcción del espacio terapéutico propiamente dicho. Esta tarea requiere que el terapeuta sepa diferenciar bien, en su propia experiencia y en la de sus clientes, entre los dos niveles de la experiencia, a saber, el nivel de la experiencia directa o inmediata (nivel 1) y el nivel de su reordenamiento lingüístico (nivel 2). Esta distinción resulta muy útil, de modo que cuando los pacientes aprenden a utilizarla en el manejo de su propia experiencia, suele producirse una mejoría que tiene su origen en una mayor capacidad de desactivación de los automatismos problemáticos (9). Sobre la importancia de esta distinción en la construcción del espacio terapéutico, volveremos más abajo. A continuación, nos centramos en el primer paso: la construcción de la relación terapéutica.

### **2.1. La relación terapéutica**

La primera tarea de toda psicoterapia eficaz consiste en construir una buena relación terapéutica, porque este es el factor más claramente relacionado con un buen resultado terapéutico, independientemente del marco teórico que se utilice. No es sorprendente que esto sea así, porque la relación terapéutica es el vehículo a través del cual se implementa cualquier técnica terapéutica. Además, en si misma es también un valioso recurso para el aprendizaje relacional, que suele

ser una parte importante de lo que los clientes necesitan. Pero ¿qué hay que hacer para construir una buena relación terapéutica?

La respuesta a esta pregunta suele hacerse desde la teoría del apego, porque esta teoría es la que resulta más valiosa para comprender los elementos importantes en una buena relación personal (10). Se trata de construir la relación terapéutica utilizando como modelo la relación de apego seguro. Para fomentar una relación de apego seguro el aspecto más importante es la sintonización emocional; esto requiere poder leer correctamente el estado emocional en el que el otro/a está y poder relacionarse con él de un modo receptivo, abierto y flexible. En la tradición fenomenológica de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers, se solía hacer hincapié en esta cualidad receptiva de la conciencia del terapeuta diciendo que el terapeuta debía prepararse para la sesión asegurándose de estar vacío de sus propios asuntos personales. También se hablaba, entonces, de la necesidad de que el terapeuta ofreciera al paciente las condiciones terapéuticas que se consideraban necesarias y suficientes para el cambio. Aunque algunos han cuestionado que estas condiciones sean suficientes, pocos cuestionan que sean necesarias. A través de su relación con el cliente, el terapeuta entrenado ofrece las condiciones que hacen que la relación sea terapéutica; éstas son: la aceptación incondicional, la empatía y la congruencia (11).

De igual modo, en la actualidad, teniendo en cuenta los datos respecto a las neuronas espejo y los circuitos sociales del cerebro, para promover una sintonización adecuada con el cliente, se recomienda que el terapeuta esté en un estado de receptividad libre de interferencias personales para que pueda centrar su atención en el mundo del paciente. Al hacer esto, se entiende que las neuronas espejo del terapeuta perciben las señales que llegan de la otra persona e inician cambios en estructuras sub-corticales que, a su vez, conducen a cambios corporales en el terapeuta. Estos cambios se procesan de modo interno por medio de la creación de mapas neuronales y, después, estos mapas son interpretados por estructuras de la corteza pre-frontal. Aunque esta descripción del proceso de sintonización empática resulta demasiado esquemática e inespecífica, no obstante, sirve para

poner de manifiesto que conectamos con los demás “leyendo” los cambios en nuestro propio cuerpo que se producen de un modo espontáneo por medio de los mecanismos de las neuronas espejo. De este modo, se inicia entre el cliente y el terapeuta un proceso de resonancia emocional dentro del cual se produce la danza de la relación terapéutica (12). No obstante, este proceso no está exento de dificultades, especialmente cuando se han sufrido relaciones de apego inseguro o desorganizado. En estos casos, es probable que el terapeuta sea visto con el mismo tipo de modelo mental respecto al apego que el cliente posee y esto puede ser, a la vez, una fuente de malentendidos o conflictos, así como una fuente de valiosas experiencias de aprendizaje relacional, en función de la pericia del terapeuta para abordar la situación a medida que sucede. Además, conviene no perder de vista que la sintonización intersubjetiva es un proceso recursivo, en el cual no solamente se produce una lectura de lo que el cliente está sintiendo en un primer momento, sino que también, en un segundo momento, hay que atender a cómo el cliente se siente sentido por el terapeuta, es decir, cómo experimenta la imagen de sí que el terapeuta le devuelve (13). En realidad, la intersubjetividad es un proceso de ida y vuelta, una calle en la que el tráfico circula en ambos sentidos; en síntesis, lo que se aprende a discriminar en uno mismo/a, también se puede aplicar a los demás.

Antes de finalizar este apartado sobre la relación terapéutica, conviene indicar que en la actualidad se ha producido un creciente interés entre los psicoterapeutas por practicar *mindfulness*; entre otras cosas, este hecho implica un reconocimiento de que no es posible transmitir calma, si uno/a no la siente. Así mismo, ha crecido el interés por utilizar *mindfulness* dentro de la relación terapéutica (14). En mi experiencia, la forma más eficaz de promover *mindfulness* en la relación terapéutica consiste en pedirle al cliente que, si puede, llegue al lugar donde se lleva a cabo la terapia, unos diez o quince minutos antes y que dedique este tiempo a practicar *mindfulness* antes de entrar a la sesión. En cualquier caso, tanto si el cliente ha podido disponer de esos minutos extras para practicar antes de la sesión como si no, cuando el terapeuta lo saluda y reci-

be, establece, a continuación, unos minutos de silencio precedidos por unas instrucciones breves y claras, por ejemplo:

*Vamos a tomarnos un momento para crear espacio para esta sesión y para sentir nuestra presencia aquí, abiertos a la novedad y a la lucidez de la conciencia. Aprovechamos para conectar con el cuerpo y con la respiración, sintiendo la postura corporal y sintiendo el entrar y el salir del aire en nuestro cuerpo. Conectamos también con la intención fundamental que anima nuestro trabajo conjunto y le damos la bienvenida al silencio durante unos instantes.*

La intención de esta práctica es que, al inicio de la sesión, terapeuta y paciente creen conjuntamente un trasfondo de “silencio terapéutico” desde el que iniciar la sesión y al que volver con una actitud receptiva cada vez que se requiera. Este trasfondo de silencio funciona como un anclaje, un soporte, siempre presente y siempre disponible, al que regresar y en el que morar cuando haga falta.

## ***2.2. El espacio terapéutico como la interfaz entre la experiencia directa y su ordenamiento lingüístico***

La distinción entre los niveles de la experiencia no es difícil de establecer. Por ejemplo, imaginemos que intentamos explicar el sabor del azúcar a una persona que nunca antes la ha probado. Podríamos decir que el sabor del azúcar es muy dulce y, a continuación, citar cosas dulces como la miel o los caramelos de fresa y decir cosas como que el sabor del azúcar es parecido, pero sólo parecido, porque, en realidad, no es como el sabor de la miel ni tampoco como el sabor de los caramelos de fresa. Podríamos seguir describiendo otros objetos dulces y no importa cuán larga fuera la lista de objetos o de palabras que utilizáramos que la persona no podría conocer de este modo el sabor del azúcar. El punto clave es que ninguna descripción puede sustituir a la experiencia directa de probar el azúcar.

En el momento en que se prueba el azúcar, se tiene una experiencia directa, inmediata, no-conceptual y no-verbal del sabor del azú-

car. Al probarlo, se tiene una experiencia directa del azúcar. Ahora se sabe cómo es el sabor del azúcar, se puede decir si te gusta o no, mientras que antes se tenía un montón de palabras y metáforas, pero en realidad no había una experiencia directa del azúcar. Lo mismo podríamos decir de la experiencia del olor del incienso de madera de sándalo, del color del cielo cuando rompe el alba o de cualquier otra experiencia, es decir, podríamos decir muchas cosas, pero ninguna de ellas equivaldría o podría sustituir a la experiencia directa; de modo que cabe decir que las cualidades fenoménicas que experimentamos en nuestro vivir –lo que los filósofos llaman *qualias*– son, en último término, inefables (15). Por esta razón, se puede decir que el nivel de la experiencia directa versus el nivel de la experiencia reordenada por medio del lenguaje son niveles disjuntos.

La distinción entre el nivel 1 y el nivel 2 de la experiencia se ha realizado de muchas otras formas. Por ejemplo, la distinción entre el nivel no-verbal versus el verbal, entre lo no-conceptual versus lo conceptual, entre el conocimiento tácito versus el explícito o entre conocimiento por familiaridad versus conocimiento por descripción (16). En todos estos casos, es la formulación lingüística la que marca la diferencia y la que hace posible que la realidad adquiera una forma manifiesta. Pero para que esto suceda, tiene que haber una experiencia fenoménica tácita, no verbal y no-conceptual, previa a la cual el lenguaje se refiere; en otras palabras, tiene que haber una *praxis del vivir*. De igual modo, en psicoterapia esta distinción entre los niveles de experiencia se ha establecido de muchas maneras. Por ejemplo, las instrucciones que Freud daba a sus pacientes para que llevaran a cabo la asociación libre estando tumbados en el diván, les obligaba a abandonar el nivel 2 del intercambio lingüístico convencional, de modo que tenían que poner la atención en el nivel 1 o, mejor dicho, en la zona intermedia entre el nivel 1 y el nivel 2. Esta zona intermedia entre ambos niveles es la que hemos llamado el espacio terapéutico.

Otra forma de establecer el espacio terapéutico consiste en recurrir al lenguaje del procesamiento de la información. En este contexto, lo que hemos denominado nivel 1, se denomina procesamiento de

abajo-arriba y lo que hemos denominado nivel 2, se llama procesamiento de arriba-abajo. Este último es conceptual, abstracto y verbal, mientras que el primero es sensorial, concreto y no-verbal. En ocasiones, los pacientes identifican el nivel 1 con “abajo”, el enraizamiento, el nivel concreto de la vida en su dispersión y el nivel 2 con “arriba”, irse a las alturas, el nivel abstracto de la búsqueda de sentido o de unidad en la propia vida.

Desde el punto de vista terapéutico, el aspecto importante reside en que la reconstrucción terapéutica de la experiencia vivida que se lleva a cabo en la sesión, debe abarcar ambos niveles. Si la reconstrucción del episodio problemático sólo incluye el nivel 2, entonces se corre el riesgo de caer en la charlatanería pseudo-psicológica, que no debe ser confundida con el estudio del tipo de atribuciones, explicaciones o reordenamiento lingüístico de su experiencia que el cliente lleva a cabo y que el terapeuta entrenado debe ser capaz de discriminar. De igual modo, si la reconstrucción de la experiencia problemática sólo incluye el nivel 1, la narración puede convertirse en una historia interminable de detalles sin conexión. Mientras en el nivel 1 la experiencia sucede de un modo holista y directo que sólo es accesible desde la perspectiva de la primera persona, en el nivel 2, la experiencia puede ser analizada, por decirlo así, desde fuera, observándose a uno mismo/a como si se tratara de una tercera persona (17). Entonces, la situación problemática puede ser analizada como una secuencia en la que se pueden separar distintos componentes: sensaciones, emociones, pensamientos, etc. En el marco conductista, este análisis secuencial se lleva a cabo desde la metodología del análisis funcional. En la terapia cognitiva, se investiga la secuencia de los pensamientos automáticos. El aspecto clave, no obstante, reside en no confundir el nivel 1 con el nivel 2. Gran parte de la destreza del terapeuta al guiar la reconstrucción de los eventos de interés psicoterapéutico, consiste en distinguir ambos niveles y dirigir la atención del paciente hacia uno u otro nivel. Se trata de que el paciente pueda observar: a) de qué está hecha la experiencia, es decir, qué elementos destacan en su percepción de la misma y b) cómo se forma la experiencia y cómo se

desvanece, es decir, qué condiciones contribuyen a su formación, cambio y disolución. Desde el punto de vista práctico, para abordar esta tarea, resulta crucial no dar por supuesto aquello que hay que comprender. Por ejemplo, imaginemos un paciente que consulta por un problema de ansiedad. Cuando la ansiedad se trata en el nivel 2 de la experiencia, se construye como si fuera algo, como si fuera una cosa de la que uno/a quisiera verse libre. Pero en este nivel de la experiencia la ansiedad no es más que un concepto que manejan los psicoterapeutas o los pacientes. En el contexto de la sesión terapéutica, lo que interesa es preguntarse, cuando el paciente habla de ansiedad, ¿a qué se refiere?, ¿cómo es su experiencia de sentir ansiedad?, ¿qué estímulos o circunstancias activan la ansiedad?, ¿dónde la siente?, ¿en qué partes del cuerpo?, ¿cómo se da cuenta de que siente ansiedad?, ¿percibe algún indicio?, ¿es capaz de hacer algo en el momento en que se da cuenta de que está sintiéndose ansioso para reducir la ansiedad?, ¿cuánto tiempo dura?, ¿cómo se da cuenta de que la ansiedad ha desaparecido?, etc. En efecto, cuando la ansiedad no se da por supuesta, las preguntas que se pueden hacer respecto a ella son prácticamente ilimitadas. Cuando el terapeuta pregunta de un modo adecuado, el paciente puede empezar a situar su experiencia en el espacio terapéutico. Desde este planteamiento, el objetivo de la terapia puede ser formulado como alcanzar una comprensión de la experiencia problemática que todavía no tenemos.

Si se sitúa el nivel 1 en la parte inferior y el nivel 2 en la parte superior de una superficie, permitiendo que surja un espacio entre ellos, entonces tendremos una representación gráfica del espacio terapéutico. Pero, en el marco de la sesión terapéutica, este espacio, en realidad, es un espacio temporal creado por el terapeuta al ir pidiendo clarificaciones y ayudando al paciente a permanecer en el nivel 1 y a moverse en la narración entre el nivel 1 y el nivel 2. Por otro lado, entre estos niveles debe haber una pausa temporal que permita el procesamiento y la articulación en palabras de la información nueva. Cuanto mayor sea la activación de la curiosidad genuina, mayor será la posibilidad de que el cliente aprenda de la auto-observación.

vación de su experiencia en la sesión. Aquí, es importante que el terapeuta sepa manejar las pausas de silencio, porque son ellas las que permiten un procesamiento nuevo de la experiencia vivida. Además, conviene tener en cuenta que la presencia de estas pausas hace que la conversación terapéutica tenga un ritmo diferente a una conversación convencional.

La conversación terapéutica no es similar a una conversación entre amigos. Este aspecto es muy importante y con frecuencia se pasa por alto. La conversación terapéutica tiene como propósito producir un nuevo aprendizaje y una nueva comprensión de la situación problemática. Para ello, el camino más directo consiste en poner en marcha, desde el principio, una nueva forma de conversar, cuyo propósito es que el cliente aprenda a narrar su experiencia de un nuevo modo, más lento y pausado, incluyendo en la narración la distinción entre el nivel 1 y el nivel 2. Al hacer esto, con la ayuda del terapeuta, el cliente aprende a discriminar las sensaciones corporales de las emociones, de los sentimientos y de los pensamientos. También aprende a observar cómo estos elementos emergen en las situaciones problemáticas, en condiciones interpersonales concretas y específicas. De este modo, el cliente puede prestar atención a aspectos que antes permanecían en la sombra o no eran reconocidos como propios y puede, así, ir integrando su experiencia de un modo más rico y complejo.

La mayor parte de los modelos psicoterapéuticos facilitan este proceso, aunque después cada modelo lo traduce a su propio lenguaje y pone un énfasis especial en uno u otro elemento. No obstante, este proceso puede considerarse como el núcleo de la “curación por la palabra” y su “misterio” reside en que dentro del espacio terapéutico, el contenido representacional de los estados mentales problemáticos, que antes podían suceder sin conexión con el nivel personal de agencia, gracias a la conversación terapéutica, se tornan objeto de la atención consciente.

Desde este planteamiento, la práctica de *mindfulness*, tanto en el terapeuta como en el cliente, resulta útil, porque facilita la observación no-reactiva de los estados negativos y no deseados, por un lado, y por otro, contribuye a detener la tendencia a la evitación. Ambas

cosas son necesarias para poder ver la experiencia problemática a medida que surge en el nivel 1. Este aspecto es muy importante, porque el *insight* que resulta valioso para transformar la experiencia – implementando los medios hábiles adecuados a la situación– es el que ocurre en el momento en el que sucede la experiencia. Es ahí, en el momento, cuando hay que reconocer el impulso (la emoción o la reacción problemática) y decidir si seguir un curso de acción u otro. Este es el darse cuenta que nos hace libres. En cambio, cuando el darse cuenta sucede después de haber actuado, entonces es más probable que se siga el camino de la sobre-reacción emocional, si *mindfulness* no está presente. Por otro lado, es importante no confundir este darse cuenta, *mindfulness*, con los pensamientos acerca de las situaciones problemáticas. No son los pensamientos en si mismos, es decir, descontextualizados, lo que es relevante para transformar la experiencia, sino el ser capaz de darse cuenta de ellos en el momento en que surgen y ser capaz también de darse cuenta de su conexión con las sensaciones y las emociones (18). A medida que se va aumentando la capacidad de ver las reacciones problemáticas en su formación y disolución, el cliente se va haciendo más capaz de liberarse de condicionamientos y automatismos no deseados.

Este planteamiento es genérico, de modo que resulta compatible con la mayor parte de los modelos terapéuticos. Así mismo, resulta consonante con la tradición milenaria del entrenamiento en *mindfulness*, que puede ser entendido como el primer procedimiento sistemático en articular las condiciones para la observación terapéutica de la experiencia. Por esta razón, más abajo exploramos el texto fundacional de este entrenamiento, el *Satipatthana Sutta*. No obstante, antes de revisar este texto, conviene hacer una parada en las neurociencias actuales.

### **2.3. La sensación de ser en el conocer**

El conocido neurólogo, Antonio Damasio, ha utilizado la expresión “*la sensación de ser en el conocer*” para llamar al atención sobre el hecho de que la conciencia no sólo genera una “*película*” del mundo que tiene tantos *qualia* como entradas sensoriales tiene nuestro

sistema nervioso (vista, sonido, gusto, olfato, tacto, sentidos internos, etc.), sino que genera también otra “*presencia*”: la presencia de uno mismo/a como observador, propietario y actor potencial dentro de la película del cerebro. Es decir, el cerebro, no sólo engendra pautas mentales para hacer posible el conocimiento de los objetos, sino que “*engendra también una sensación de ser en el acto de conocer*” (19). Esta sensación de ser se configura desde una perspectiva concreta, la de la persona en la cual se forma, y no desde una perspectiva canónica que pudiera servir para todo el mundo. Se sitúa en lo que hemos denominado el nivel 1 de la experiencia.

Damasio se pregunta cómo construye el cerebro el sentido de que hay un propietario/a de su propia película. Vale la pena comentar brevemente la solución que aporta este autor, porque ha contribuido enormemente a la emergencia del modelo de cognición corporeizada en las neurociencias actuales. Esta propuesta consiste en sostener que el organismo está representado en el cerebro y que esa representación está ligada al mantenimiento del proceso vital. En palabras de este autor:

*He llegado a la conclusión de que el organismo, tal y como está representado en nuestro propio cerebro, es un precursor biológico posible de eso que es la escurridiza sensación de ser. Las raíces profundas del ser, incluyendo el ser complejo que abarca la identidad y la personalidad, habrán de encontrarse en el conjunto de los artefactos cerebrales que mantienen de modo continuo e inconsciente el estado del cuerpo vivo dentro del rango estrecho y de la relativa estabilidad que se requieren para la supervivencia (19).*

Esta perspectiva resulta interesante en este contexto, porque pone de manifiesto que cuerpo y mente están inextricablemente interrelacionados, por un lado. Pero, por otro lado, nos ayuda también a darnos cuenta de que los principios que rigen el entrenamiento en *mindfulness* resultan consonantes con esta visión emergente en la neurociencia cognitiva actual. En este campo, una metáfora muy utilizada para explicar la actividad del cerebro –y que ya utilizamos al hablar de la relación terapéutica– consiste en referirse a ésta como un pro-

ceso de cartografía, es decir, que el cerebro, de un modo continuo, en diferentes niveles y de un modo recursivo, construye mapas de los cambios que suceden en el cuerpo, tanto a partir de la realidad externa como de la interna. Entonces, la actividad que llamamos conocer vendría a ser el resultado de la lectura de los múltiples mapas que el cerebro construye en su incesante actividad. Ahora bien, como sabe cualquiera que se haya encontrado perdido en una ciudad desconocida, el mapa no sirve de nada si uno/a no puede encontrar en él una pequeña flecha roja que diga: “usted está aquí”. *Mindfulness* es esa pequeña flecha roja.

Utilizando el lenguaje de la neurociencia actual, *mindfulness* es mantenerse en contacto con la propia presencia mental consciente o, en otras palabras, con la sensación de ser en el acto de conocer. Como no podía ser de otro modo, los procedimientos conservados por la tradición para entrenar *mindfulness*, coinciden con la dirección apuntada en la neurociencia actual respecto a la relevancia del cuerpo y las emociones en los procesos de simulación corporeizada que constituyen el significado (20).

A continuación, revisamos sucintamente el esquema de entrenamiento en *mindfulness*, recogido en el *Satipatthana Sutta*.

### **3. El canon del entrenamiento en mindfulness: el *Satipatthana Sutta***

En pali –la lengua, hoy extinguida en la que están recogidas las enseñanzas budistas– la palabra *Satipatthana* es un compuesto de *sati*, que en inglés se ha traducido como *mindfulness* y en español se suele traducir como Atención Plena, y *upatthana*, que literalmente significa “situar cerca de” y que en el presente contexto, siguiendo a Analayo (8), significa “presencia de *mindfulness*” o “atender con *mindfulness*”. Aunque también se ha traducido como “fundamentos” –y siguiendo la tradición contemplativa española, cabría decir “moradas”–, estas versiones parece que son menos fieles al sentido original de la expresión en el contexto de las enseñanzas budistas (21). Este

texto pertenece al budismo temprano y constituye el canon en el que se establecen las instrucciones sobre cómo entrenar *mindfulness*. Por tanto, revisar este canon resulta interesante como fuente de ideas para fomentar la auto-observación terapéutica y también como guía sólida para la práctica. Además, como ya se ha dicho, desde el punto de vista de la psicoterapia actual, este texto puede ser considerado como el primer entrenamiento sistemático en *mindfulness*. Cuando se tiene en cuenta la cantidad de métodos que se han generado a lo largo de la historia para hacer frente al sufrimiento, por un lado, y por otro, se asume que la evolución cultural no conserva trivialidades sino sólo lo que resulta valioso y útil, entonces parece claro que nos encontramos ante un camino universal que ha sobrevivido a los siglos y a los contextos culturales. Su abordaje, no obstante, no está exento de dificultades.

La principal dificultad proviene de que se trata de un texto que proviene de la tradición oral, aunque se trate de un texto escrito. Esta afirmación pueda parecer contradictoria a simple vista, pero no lo es. La tradición budista es principalmente una tradición oral, en la que las enseñanzas se han transmitido de maestros a discípulos, en el marco de múltiples escuelas que, aunque se apoyaran en textos, descansaban en la oralidad. Además, el Buda histórico no escribió textos, sino que impartió sus enseñanzas de manera oral. Después de su muerte, sus discípulos, a partir de la rememoración de lo escuchado, confeccionaron los textos budistas, que están recogidos en pali y en sánscrito –lenguas extinguidas en la actualidad, que son dominio exclusivo de eruditos y académicos. Pero, como sabemos hoy gracias a los estudios sobre la transición de la oralidad a la escritura, en una cultura oral, la memoria, y los procesos cognitivos, funcionan de manera diferente a como lo hacen en una cultura escrita (22). Este aspecto que con frecuencia se olvida, sin embargo, resulta crucial a la hora de acercarse a las enseñanzas budistas. Por ejemplo, el texto que comentamos tiene una estructura propia del lenguaje oral. En él, abundan las reiteraciones y existe también una estrofa que se repite después de cada conjunto de instrucciones hasta un total de trece veces a lo largo del texto. Mientras que para

la mentalidad letrada estas repeticiones pueden resultar reiterativas, en el marco oral resultan cruciales para recordar los aspectos importantes de la práctica.

En el discurso del *Satipatthana* se pueden diferenciar seis partes distintas, siendo la primera y la última una introducción y una conclusión. Las cuatro partes centrales describen las instrucciones para contemplar el cuerpo, los sentimientos, la mente y los *dhammas* o categorías mentales. En el marco de este capítulo obviaremos este último aspecto, por razones de espacio, para centrarnos en los elementos más directamente relacionados con la auto-observación terapéutica.

En la parte introductoria del *Satipatthana*, se sitúa al Buda histórico dirigiéndose a los practicantes y se describe el entrenamiento en *mindfulness* como una camino de extraordinario alcance y profundidad. En concreto, se dice:

*Este es el camino directo para la purificación de los seres, para superar la pena y la aflicción, para la desaparición del sufrimiento y el descontento, para adquirir el método verdadero, para la realización del Nirvana, a saber, los cuatro satipatthanas. (8)*

Así, desde el mismo principio se establece con total claridad que el cultivo de los cuatro *satipatthanas* es el camino directo para la transformación y sanación de la experiencia humana (23). En este contexto, directo significa que conduce de un modo recto al objetivo; no obstante, algunos comentaristas también han indicado que significa que no hace falta recurrir a creencias, autoridades u otro tipo de intermediarios distintos de la propia experiencia directa. Después de la declaración del propósito, en el texto se establece un resumen introductorio de los cuatro *satipatthanas*. El término contemplar aquí hace referencia a mirar algo repetidamente o a observarlo de cerca. Después de la introducción de cada *satipatthana*, se repiten las actitudes o cualidades mentales que resultan instrumentales para el entrenamiento en *mindfulness*. A continuación, comentamos brevemente estas cualidades mentales.

### **3.1. Cualidades mentales instrumentales para la práctica del Satipatthana**

Las cualidades mentales instrumentales para la práctica citadas en la introducción del *Satipatthana* son: “la diligencia, la clara comprensión, *mindfulness* y el estar libre de deseos y de descontento en relación al mundo”. Estas cualidades hacen referencia a practicar con energía, sabiduría, *mindfulness* y concentración. Resulta relevante reparar en que todas estas cualidades se consideran importantes para la práctica.

La primera actitud mental, la diligencia, se refiere a que el practicante debe perseverar en la práctica. En ocasiones, esta actitud se ha descrito como una actitud ardiente, que da un mayor sentido de dedicación constante y cuidadosa. Se trata de un componente motivacional y energético que está estrechamente unido a la intención última del practicante, si ha comprendido la práctica del *Satipatthana* como un camino directo para la superación del sufrimiento inútil y la realización del potencial humano. Esta comprensión se traduce, entonces, en un compromiso con la práctica. Cuando la práctica se entiende de este modo, es menos probable que se tambalee por los inevitables vaivenes del ánimo o la fortuna.

Como cualidad mental, la diligencia se entiende como una aplicación equilibrada y sostenida de la energía, retornando al objeto de meditación cuando se pierde. Al principio del entrenamiento, esta aplicación de la energía se lleva a cabo con esfuerzo, mientras que con la práctica avanzada se convierte en una inclinación natural de la mente. En la tradición, este carácter equilibrado de la energía se ha comparado al afinar las cuerdas de un laúd o una guitarra. Para que suenen bien, no deben estar ni demasiado tensas ni demasiado laxas, sino en su justo equilibrio entre ambos extremos. Este principio de equilibrio entre dos extremos se repite con frecuencia; no en vano, el Buda histórico se refirió a sus enseñanzas como “la vía de en medio”.

La segunda cualidad, la clara comprensión, se refiere a un factor de conocimiento o sabiduría. En el marco del discurso, se hace referencia al practicante diciendo que “conoce” y el contenido de este

conocimiento sigue una progresión gradual, desde conocer que una inhalación es larga o breve, hasta saber que uno/a está entrando en un estado de sopor o letargo. La clara comprensión también se menciona como la aplicación de la claridad mental a las actividades cotidianas de la vida, comprendiendo su propósito y su realidad. En otras palabras, se trata de ser consciente y conocer lo que pasa en el momento en el que pasa. En el texto que comentamos, se dice del practicante:

*...cuando va y vuelve actúa con clara comprensión; cuando mira al frente o hacia atrás actúa con clara comprensión; cuando se dobla y extiende sus brazos actúa con clara comprensión; cuando se pone el hábito y viste su toga y lleva su cuenco actúa con clara comprensión; cuando come, bebe, traga comida y saborea actúa con clara comprensión; cuando defeca y orina actúa con clara comprensión; cuando camina, está de pie, está sentado, se duerme, se despierta, habla y se mantiene en silencio, actúa con clara comprensión. (8)*

La tercera de las actitudes mentales es *mindfulness*. Como ya hemos indicado, en pali la palabra con la que se designa *mindfulness* es *sati* que es un término al que se han dado varias connotaciones, en función de las lecturas de los discursos escritos en los que aparece. En ocasiones, se ha indicado que *sati* hace referencia a recordar y, por tanto, tendría que ver principalmente con la memoria. Pero esta interpretación no es del todo exacta, porque más que a la actividad de recordar en si misma, a lo que *sati* hace referencia es a la presencia mental que facilita el recuerdo. Si *sati* está presente, lo que sucede puede ser aprehendido y, de este modo, más tarde puede ser recordado (8). Como estado mental, *sati* es un estado de observación receptiva o pasiva, con un foco amplio, en contraposición a estrecho o reducido. Si se compara la mente a una cámara, podemos decir que en *mindfulness* el zoom está abierto, mientras que en el estado de concentración el zoom está cerrado sobre un solo objeto. En este sentido, como “amplitud de mente” puede entenderse que *sati representa la habilidad de mantener simultáneamente en la propia mente varios*

*aspectos y elementos de una situación particular. Esto puede aplicarse tanto a la facultad de la memoria como a la conciencia del momento presente* (8). En ocasiones, este aspecto se nombra con la expresión “conciencia sin elección”.

En estrecha conexión con la amplitud mental, *sati* hace referencia también a la presencia mental o a la conciencia en su estado natural, despierta y cognoscente, sin artificios ni interferencias, sin prejuicios ni juicios. Por un lado, en estas características se pone de manifiesto que *mindfulness* no es algo diferente del estar alerta y consciente cuando estamos despiertos. En realidad, más que hacer algo para practicar *mindfulness*, hay que dejar de hacer, es decir, hay que dejar de evitar lo que no nos gusta o dejar de desear estar en otro lado o haciendo otra cosa. En síntesis, hay que dejar de interferir activamente con el estado mental en curso. Se trata de dar un paso atrás para observar pasiva o desapegadamente, a cierta distancia. Este aspecto de no interferencia con lo que sucede en la mente es muy importante en la práctica del *Satipatthana* y también en la utilización de *mindfulness* en el marco de la psicoterapia. Supone una actitud de observación desapegada de la propia experiencia, como un espectador que asiste a una obra de teatro sin participar en ella. Conviene, no obstante, clarificar este aspecto. Si se entendiera que *sati* participa en la fase de intervención para cambiar un estado de cosas, entonces necesariamente perdería su estatus como observación desapegada. Por esta razón, las enseñanzas budistas distinguen entre un primer momento de observación en calma y clara comprensión de una situación, y un segundo momento de intervención, en el que se implementan los medios hábiles adecuados a la situación. Esto no impide que *mindfulness* participe también en la supervisión de los medios hábiles empleados para el cambio. Otra forma de expresar este aspecto consiste en afirmar que *mindfulness per se* no cambia la experiencia, sólo la hace consciente y permite profundizar en ella.

Esta función de *mindfulness* de profundizar en la experiencia desde una perspectiva objetiva y desapegada resulta crucial, para poder observar la formación de las propias reacciones problemáticas, así como las motivaciones que las acompañan. En este sentido, constitu-

ye un camino para superar los patrones cognitivos de auto-engaño. Esta actitud desapegada pero receptiva implicada en el cultivo de *mindfulness* también puede ser vista como una “vía de en medio” entre la supresión y la evitación o distorsión de aquello que resulta discrepante con la propia auto-imagen. Con frecuencia, este proceso se lleva a cabo de modo inconsciente, debido no sólo al olvido de *mindfulness*, sino también a la inversión afectiva en la propia imagen de uno mismo/a.

Otra acepción del término *sati*, conectada con las anteriores, tiene que ver con la atención pura (o desprendida de conceptos) en el nivel de la percepción. Este aspecto es el que se recoge en la expresión “mente de principiante”. El poeta Fernando Pessoa ha expresado magistralmente este aspecto diciendo: “*ver pudiendo prescindir de todo menos de lo que se ve*”<sup>1</sup>. En el ámbito de la percepción, este aspecto de atención pura ha sido señalado como los primeros momentos en la formación de la percepción de un objeto, antes de que éste sea identificado y asimilado a lo ya conocido, por un breve espacio de tiempo tenemos acceso al objeto tal y como es. *Mindfulness*, en este sentido, sería la extensión de este tipo de atención pura,

---

1. El poema se denomina “Vive” y dice así:

Vive, dices, en el presente,  
Vive sólo en el presente.

Pero yo no quiero el presente, quiero la realidad;  
Quiero las cosas que existen, no el tiempo que las mide.

¿Qué es el presente?

Es una cosa relativa al pasado y al futuro.

Es una cosa que existe en virtud de otras cosas que existen.

Yo quiero sólo la realidad, las cosas sin presente.

No quiero incluir al tiempo en mi esquema.

No quiero pensar las cosas como presentes; quiero pensar en ellas como cosas.

No quiero separarlas de sí mismas, tratándolas de presentes.

Yo ni por reales las debería tratar.

Yo no las debería tratar de nada.

Yo debería verlas, apenas verlas;

Verlas hasta no poder pensar en ellas,

Verlas sin tiempo, ni espacio,

Ver pudiendo prescindir de todo menos de lo que se ve.

Es ésta una ciencia de ver, que no es ninguna.

no adulterada por proyecciones o conceptualizaciones. Este “ver las cosas como son” a nivel de la percepción es un aspecto clave en la des-automatización de hábitos mentales nocivos.

Por último, *sati* también se ha descrito como un guardián en la entrada de una ciudad que recibe a todos los que llegan a la puerta y deja pasar a los que pertenecen a la ciudad, mientras impide el paso a los extranjeros. Esta metáfora cuenta con numerosas variantes. Por ejemplo, en otra variante, los visitantes son mensajeros que tienen que hacer llegar un mensaje urgente al rey, entonces *sati*, el guardián de la puerta, les indica el camino más corto para llegar al rey. Estas analogías resultan útiles para expresar la función vigilante de *sati*, como un guardián en las puertas de los sentidos; esta función también resulta central en la desactivación de automatismos nocivos.

Por último, la cuarta cualidad mental que resulta instrumental para la práctica del Satipatthana está expresada como “*estar libre de deseos y de descontento en relación al mundo*”. Teniendo en cuenta el contexto, esta expresión hace referencia a estar libre tanto de apego como de aversión, de modo que la mente pueda morar en calma y pueda concentrarse. Para concentrar la mente y conseguir una atención estable y no oscilante, es importante cerrar el foco de la atención situándola en un solo soporte u objeto, por ejemplo, la respiración. Cuando la atención se desvía, con *sati* se retorna al soporte. Al principio de la práctica, mantener la atención asentada en el soporte sin oscilaciones cuesta un esfuerzo considerable. Pero a medida que se practica y la atención se va haciendo más estable y potente, se puede ampliar el foco atendiendo a lo que va emergiendo en la experiencia. Así, entre concentración y *mindfulness* debe haber también un justo equilibrio. Pero estos aspectos sólo son discernibles desde dentro de la práctica ya que la experiencia del practicante va cambiando a medida que progresa. El discurso del *Satipatthana* también ofrece instrucciones sobre el desarrollo de la práctica, pero sobre ellas volveremos después. Ahora centramos la atención, en la parte central del texto, en la que se establecen instrucciones para contemplar cada uno de los *satipatthanas*.

### 3.2. *La contemplación del cuerpo*

Como se indicó más arriba, al tener en cuenta la visión de las neurociencias actuales de la cognición corporeizada, es posible apreciar con mayor profundidad el enorme alcance de establecer el cuerpo como el primer *satipatthana* a contemplar. En efecto, el cuerpo es el punto de partida, más simple, directo, y disponible para practicar la Atención Plena. Se considera el anclaje fundamental, porque aún en medio de estados de ansiedad, estrés o depresión siempre es posible volver al anclaje del cuerpo, ya sea en la puerta de la respiración, en la toma de conciencia de la postura corporal o al darse cuenta del siguiente paso al caminar. En la tradición budista, se considera que aprender a contemplar el cuerpo representa un refugio seguro y firme ante la adversidad de cualquier signo, así como un vehículo para el fortalecimiento de la concentración y también una fuente de alegría y serenidad. Al avanzar en la práctica, se aprende a estar presente en el cuerpo y a descansar la atención en él de un modo natural, sin esfuerzo. Pero, hasta llegar ahí ¿cómo hay que practicar la contemplación del cuerpo?

En el discurso del *Satipatthana*, se ofrecen instrucciones precisas para contemplar el cuerpo. Estas instrucciones abarcan las distintas formas en las que podemos ser conscientes del cuerpo: la respiración, la respiración en todo el cuerpo, las posturas del cuerpo, sus acciones, sus partes, sus elementos, así como su descomposición. No podemos entrar en detalle en la revisión de todas las instrucciones, sólo indicaremos que éstas siguen una progresión de lo más simple a lo más complejo. A modo de ejemplo, para dar una idea de estas instrucciones, comentaremos las instrucciones para contemplar la respiración.

Las instrucciones para contemplar la respiración se ofrecen después de recomendar al practicante que se retire a un lugar tranquilo y se siente con la espalda recta y establezca *mindfulness* delante de él, es decir, que formule la intención o el firme propósito de permanecer en *mindfulness* o, en otras palabras, estableciendo presencia mental. En la actualidad, sabemos que este aspecto de establecer una intención firme al principio de la práctica es un aspecto importante desde

el punto de vista neurofisiológico para activar procesos de sincronización interna (12). A continuación, se dan una serie de instrucciones para contemplar la respiración, que tienen un carácter progresivo y están encaminadas a ir refinando la atención en la respiración. Primero, se empieza por la conciencia más simple de la respiración: el practicante “*cuando inhala, es consciente de que está inhalando y cuando exhala, es consciente de que está exhalando*”. Después, se da otra instrucción que supone un mayor refinamiento de la atención para notar si la inhalación es profunda, si es larga o si es corta y de igual modo con la exhalación. A continuación, se da otra instrucción un poco más compleja que consiste en observar la respiración en todo el cuerpo, de manera que al inhalar se es consciente de las sensaciones en todo el cuerpo y lo mismo al exhalar. Después de estas instrucciones sobre la contemplación de la respiración, viene un estribillo que se repite hasta trece veces en el discurso y que comentaremos más abajo. A continuación, se dan más instrucciones para contemplar los aspectos del cuerpo antes mencionados.

Como es sabido, ser consciente de la respiración momento a momento es una instrucción universal para calmar los estados de agitación y profundizar en la concentración y en la estabilidad mental. En la psicoterapia actual, *mindfulness* de la respiración, así como *mindfulness* de las sensaciones corporales (*body scan*) son prácticas comunes (24). Pero no siempre están indicadas; por ejemplo, en las personas con tendencia a los ataques de pánico, éstas prácticas pueden desatar, al principio, reacciones de ansiedad. Si eso ocurre, tal vez sea mejor utilizar otro tipo de práctica, como *mindfulness* de los sonidos o del movimiento al caminar. En otros casos, como en pacientes con una historia de abuso sexual o en otros casos de estrés post-traumático, la práctica de *mindfulness* de la postura corporal y el enraizamiento corpóreo puede ser muy útil para estabilizar las reacciones problemáticas, retirando la atención de los recuerdos traumáticos y retornándola a la realidad del presente a nivel del cuerpo (25). Por otro lado, en otros casos de problemas de control de impulsos, por ejemplo, puede ser muy recomendable practicar *mindfulness* de actividades cotidianas puntuales, desarrollando clara comprensión (26).

La práctica de la meditación caminando, por citar otro ejemplo, puede ser también muy útil ante la tendencia al letargo, la tristeza y la depresión. Todos los casos citados representan ejemplos en los que la contemplación del cuerpo, en sus múltiples formas, puede ser utilizada al servicio de la auto-observación terapéutica.

### **3.3. La contemplación de los sentimientos**

El término sentimientos en este *satipatthana* en ocasiones ha sido traducido como sensaciones e incluso como emociones. Pero estas traducciones no son muy exactas; en realidad, a lo que se hace referencia aquí es a la tonalidad afectiva, es decir, si un fenómeno es agradable (o positivo), si es desagradable (o negativo) o si es neutro, es decir, ni una cosa ni otra. Así, las instrucciones en este *satipatthana* recomiendan contemplar con presencia mental o *mindfulness* si un fenómeno es agradable, desagradable o neutro. La importancia de este *satipatthana* reside en que si no se activa la presencia mental, es decir, en ausencia de *mindfulness*, cuando el encuentro con un objeto resulta placentero, entonces, en un segundo momento, de un modo natural se activa la tendencia hacia el apego o hacia querer más, y uno/a no se da cuenta. Lo contrario sucede si el contacto resulta desagradable: se activa la tendencia a la aversión. Así, las reacciones mentales automáticas que siguen al agrado o al desagrado representan las raíces de los automatismos condicionados de la mente y tienen su origen en la forma en la que el cerebro funciona (27). Por esta razón, *mindfulness* de los sentimientos se ha utilizado como técnica para prevenir las recaídas en el tratamiento del abuso de sustancias (haciendo *surf* con la ola del deseo) (28). En cambio, cuando se es capaz de mantener la presencia mental ante el agrado, el desagrado o lo neutro, esta misma tonalidad afectiva se convierte en una puerta de entrada para el conocimiento de uno mismo/a. Esto significa que a la hora de practicar *mindfulness* de los sentimientos, es importante mantener la atención centrada en la experiencia original de agrado, desagrado o neutra, tal y como es en el nivel 1 de la experiencia, es decir, sin dejarse arrastrar por la tendencia mental al apego, al rechazo o a la ignorancia. Vale la pena enfatizar este último aspecto de que

la ignorancia y el auto-engaño, con frecuencia, van de la mano de las reacciones neutras, en las que no hay una discriminación clara de agrado o desagrado.

En el discurso del *Satipatthana*, las instrucciones recomiendan que el practicante discrimine con *mindfulness* cuándo el sentimiento es agradable, desagradable o neutro y cuándo se origina en el cuerpo o en la mente.

### **3.4. La contemplación de la mente**

En este caso, las instrucciones invitan a la exploración tanto de la presencia como de la ausencia de determinados estados mentales. La primera discriminación que se hace es entre estados mentales sanos y beneficiosos versus estados mentales nocivos y perjudiciales. En este sentido, los estados mentales más relevantes son: el deseo, la ira y la ignorancia. Es importante no quedarse en las palabras a la hora de pensar en estos estados, sino contemplarlos en términos amplios. Por ejemplo, en sentido amplio, el estado de deseo implica cierto sentido de carencia que da lugar a una amplia gama de matices tales como, el ansia, la ambición, el anhelo, la codicia, avaricia, etc. De igual modo, el estado de ira u odio incluiría el rencor, la aversión, el desprecio, la rabia, la fobia, etc. En relación a la ignorancia, habría que incluir también aspectos tales como el olvido, la ineptitud, la inconsciencia, el desconocimiento, etc. En este *satipatthana*, las instrucciones concretas animan a mantener la presencia mental ante estos estado; por ejemplo, se dice: “*cuando su mente está desando, el practicante es conciente con mindfulness de que su mente está deseando*”. Y sigue así con los otros estados mencionados.

Después de instruir al practicante en la observación con *mindfulness* de estos estados nocivos de la mente, el discurso del *Satipatthana* recomienda, de un modo progresivo, también la investigación en la experiencia directa de los estados de contracción mental y de distracción. Éste último hace referencia a los momentos de excesiva agitación en la práctica de *mindfulness*, en los que el objeto no puede ser adecuadamente observado, mientras que aquel hace referencia a los

momentos de excesiva laxitud o sopor que igualmente impiden la correcta observación del objeto. En ambos casos, se trata de reconocer el estado de modo que la inclinación de la mente se pueda corregir, empleando los medios hábiles adecuados, y retornar al equilibrio meditativo.

Desde un punto de vista práctico, el aspecto importante es poder reconocer estos estados desde la experiencia directa; por esta razón, resulta interesante ver en la propia experiencia cómo el estado de deseo, por ejemplo, implica una postura de inclinación, de ir hacia el objeto deseado, mientras que el estado de odio, aversión o ira, supone la tendencia contraria, una inclinación a alejarse del objeto. La confusión o la ignorancia, en cambio, puede ser sentida como un andar dando vueltas sobre el mismo punto. Cuando uno/a se da cuenta de la presencia de estas tendencias, puede hacerse la pregunta simple y clara de qué es lo que pasa y está pasando ahora en mi mente. La respuesta a esta pregunta conduce a la apertura a lo que ya está sucediendo y, sin embargo, todavía no está siendo plenamente aceptado. De igual modo, practicar *mindfulness* de los estados de la mente resulta muy útil para familiarizarse con los estados de ánimo que, con frecuencia, son difíciles de detectar porque no son puntuales y sin embargo, pueden colorear un día entero o más, con un color emocional específico (29).

Desde el punto de vista psicoterapéutico, resulta útil concebir el estado mental como un patrón que abarca una manera de sentirse, a nivel corpóreo y emocional, una manera de pensar y también una manera de ver a los otros, al mundo y a uno mismo/a. Por ejemplo, cuando uno se siente deprimido/a, siente cierto tipo de sensaciones concretas en su cuerpo, emocionalmente está triste o enfadado/a, piensa que “la vida es injusta” o que “no deberían haberme hecho lo que me hicieron”, o cosas así, percibe a los demás como poco comprensivos o cariñosos, ve el mundo como un lugar hostil y se percibe a sí mismo como alguien indigno o poco valioso. El punto interesante aquí es que cuando sucede esta experiencia en el nivel 1, sucede como una globalidad, aunque después podamos distinguir los mencionados aspectos. Pero, la ventaja de considerar distintos aspectos, reside en que cualquiera de ellos puede servir de anclaje para mante-

ner la presencia mental, o en otras palabras, cualquiera de ellos es una puerta para practicar *mindfulness*. Ante un estado mental problemático como el comentado en el ejemplo, resulta aconsejable mantener *mindfulness* en observar cómo cambia el estado problemático; esto es, cómo surge y cómo desaparece. No obstante, para poder hacer esto, se tiene que haber pasado el nivel introductorio en la práctica. Sobre este aspecto, nos centramos a continuación.

### ***3.5. El desarrollo de la práctica del Satipatthana***

Como hemos venidos indicando, en el discurso que comentamos hay un estribillo que se repite hasta trece veces. La razón de este énfasis reside en que contiene las instrucciones para desarrollar la práctica. Dada su importancia, vale la pena reproducirlo, aunque solo podamos comentarlo sucintamente. En este caso, el estribillo se refiere al primer *satipatthana*, el cuerpo; en el resto de los casos se mantiene igual aunque cambia la referencia:

*De este modo, en relación al cuerpo se abisma contemplando el cuerpo internamente, o se abisma contemplando el cuerpo externamente, o se abisma contemplando el cuerpo tanto interna como externamente.*

*Se abisma contemplando la naturaleza del surgir en el cuerpo o se abisma contemplando la naturaleza del desaparecer en el cuerpo, o se abisma contemplando la naturaleza de ambos del surgir y del desaparecer en el cuerpo.*

*Mindfulness de que “hay un cuerpo” se establece en él en la medida necesaria para la clara comprensión y la continuidad de mindfulness.*

*Y se abisma independiente, sin aferrarse a nada en el mundo (8)*

Obsérvese que en esta traducción del *Satipatthana* se utiliza el término abismarse que no suele ser muy habitual. Hace referencia al estado contemplativo o meditativo en el que se traspa el sentido habitual del tiempo sucesivo. En la vida humana, el abismo es el tiempo.

En síntesis, estas instrucciones pueden resumirse en cuatro aspectos: El primero, recomienda practicar tanto interna como externamente, es decir, tanto en uno mismo/a como en los demás; este aspecto es remarcable por varias razones: Por un lado, se trata de un aspecto que no suele ser mencionado en los manuales al uso de entrenamiento en *mindfulness*. Este “olvido” resulta incomprensible y con toda probabilidad ha servido para fomentar una visión solipsista de la práctica de *mindfulness* que, teniendo en cuenta el lugar que esta instrucción ocupa en el canon, está muy lejos de ser cierta. Pero, por otro lado, este “olvido” pone de manifiesto también la falta de visión de la coherencia de esta instrucción con la naturaleza intersubjetiva de la conciencia y la naturaleza corpórea de la cognición, que las neurociencias actuales propugnan. No obstante, el hecho de que sea la primera recomendación para desarrollar la práctica indica que ésta va mucho más allá de la meditación formal y representa un modo de vida.

La segunda instrucción recomienda contemplar los fenómenos en su devenir, es decir, en su formación y su disolución. De este modo, si la instrucción anterior extendía la práctica en el espacio, con esta instrucción, la contemplación se extiende en el tiempo.

La tercera instrucción recomienda mantener el conocimiento del objeto en el nivel de la experiencia directa con clara comprensión y *mindfulness*, de modo continuo. Esta instrucción tiene como propósito facilitar el conocimiento del origen co-dependiente de los fenómenos, es decir, de otros factores que surgen a la vez que surge el objeto principal de la contemplación, de modo que ésta se va haciendo más completa.

Por último, la cuarta instrucción recomienda al practicante no aferrarse a nada y permanecer independiente de todo. Esta instrucción viene a ser una declaración de autonomía que es a lo que la práctica conduce. En la tradición, este estado de autonomía se denomina “realización” y más que un estado cabría decir que es un “no-estado”, en el sentido de que en la tradición siempre se señala desde el lado de “lo que no es”, ya que, en último término se trata de algo que está más allá del lenguaje. En términos de la práctica meditativa, no obstante, significa el cultivo de la ecuanimidad.

#### 4. Notas finales

Igual que la tercera premisa de un silogismo viene a ser su conclusión, en esta tercera parte de este capítulo intentaremos juntar las piezas sobre las que hemos venido trabajando.

En el pasado, la relación entre *mindfulness* y psicoterapia ha tendido a ser vista como la relación entre la práctica formal de meditación, que el cliente puede llevar a cabo por si mismo, y la psicoterapia, que se lleva a cabo en el marco de la conversación con el profesional (30). Pero, si tenemos en cuenta el planteamiento seguido en este capítulo, esta relación puede ser vista de otro modo. Teniendo presente el canon para practicar *mindfulness* contenido en el *sati-patthana*, parece claro que la cuestión no puede reducirse a cómo y cuándo practicar una técnica de meditación. El cultivo de *mindfulness* es algo más que eso. Si se tienen en cuenta la estrecha relación entre el cultivo de *mindfulness* y la auto-observación terapéutica, entonces parece claro que *mindfulness* afecta a la *praxis del vivir*. Mantener la continuidad de *mindfulness* requiere practicar formal e informalmente. En otras palabras, incorporar la práctica a la vida cotidiana. En síntesis, vivir despiertos es vivir manteniéndonos en contacto continuo con la experiencia vivida.

Además, teniendo en cuenta el planteamiento que hemos seguido en este capítulo respecto a la construcción del espacio terapéutico, vale la pena mencionar que, en ocasiones, también resulta viable ayudar al cliente a observar su experiencia problemática a medida que sucede, entrando por la puerta de atrás, es decir, planteando la exploración de los momentos de “*mindlessness*”, olvido, inconsciencia o cómo el cliente entra “en trance”, y disminuye su nivel de conciencia manteniendo ciertos aspectos de su experiencia segregados del resto.

Entremos por la puerta principal o por la puerta de atrás, la cuestión relevante es que el cultivo de *mindfulness* requiere mantenerse en contacto continuo con la experiencia vivida. En mi opinión, esto es lo que *mindfulness* aporta de novedoso a la psicoterapia actual.

Durante los más de cien años de existencia de la psicoterapia como profesión, se han desarrollado múltiples procedimientos valiosos para facilitar el *insight*, cambiar la conducta, modular las emociones o desarrollar la conciencia meta-cognitiva. Estos desarrollos han sido útiles para hacer frente a los problemas psicológicos que han ido surgiendo en un marco cultural moderno o post-moderno. Pero ya no estamos en la modernidad, ni tampoco en la post-modernidad. Gracias a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, nos encontramos atravesando una transformación cultural de extraordinario alcance y profundidad. Dentro de este marco, parece claro que necesitamos una nueva forma de relacionarnos con la realidad que no haga de las cosas simples objetos para la manipulación y el control, sino que permita la contemplación cuidadosa de “lo que hay” en su permanente devenir. Este es el papel de *mindfulness* en el siglo XXI.

El único “otro” momento en la historia de la humanidad comparable con el actual, es el momento de la invención de la escritura que transformó la conciencia humana (31). Entonces, pasaron más de trescientos años entre la nueva tecnología y la emergencia de un Platón que fijara por escrito los nuevos logros de la mente conceptual. En la actualidad, las cosas son más rápidas y es seguro que no habrá que esperar tanto tiempo para que seamos testigos de una nueva transformación de la conciencia humana. Ya está aquí.

Si se argumenta, como hace Simón (32), que *mindfulness* comenzó a existir en el momento en el que el ser humano pudo hacerse consciente de los contenidos de su conciencia, también es posible argumentar que ante la superabundancia de información y de “contenidos” que sufrimos en el mundo actual, la práctica de *mindfulness* se está convirtiendo en una necesidad de este momento histórico que traspasa el campo específico de la psicoterapia. Hoy por hoy, en ningún ámbito del vivir es posible avanzar sin estar en contacto permanente con esa pequeña flecha roja que dice: “usted está aquí”.

## 5. Referencias bibliograficas

1. BACKWELL, S. *How to live, or, A life of Montaigne in one question and twenty attempts of an answer*. Londres: Other Press; 2010.
2. KANFER, F. “Métodos de auto-gestión”. En KANFER, F.H.; GOLDSTEIN, A.; editors. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclée Se Brower; 1986.
3. HAYES, S.C.; STROSAHL, K.; WILSON, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Guildford; 1999
4. NOLEN-HOESKEMA, S. “Responses to depresión and their effects on the duration of depressive episodes”. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 569-582.
5. WILLIAMS, M. *Mindfulness and psychological processes*. Emotion. 2010; 10: 1-7.
6. WATKINS, E.; TEASDALE, J.D. “Adaptative and maladaptative self-focus in depresión”. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 82: 1-8.
7. MIRÓ, M.T. “La Atención Plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia”. *Revista de Psicoterapia*. 2006; 66/67: 31-77.
8. ANALAYO, B. *Satipatthana, the direct path to realization*. Cambridge: Windhorse; 2003.
9. GUIDANO, V. *The self in process*. Nueva York: Guilford; 1991.
10. WALLIN, D.J. *Attachment in Psychotherapy*. Nueva York: Guilford; 2007.
11. FEIXAS, G. y MIRÓ, M.T. *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós; 1993.
12. SIEGEL, D.S. *The mindful brain*. Nueva York: Norton; 2007.
13. HICK, S.F. y BIEN, T. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. Nueva York: Guilford; 2008
14. STERN, D.N. *The present moment in psychotherapy and every day life*. Nueva York: Norton; 2004.
15. METZINGER, T. *The ego tunnel*. New York: Basic Books; 2009.
16. MIRÓ MT. *Epistemología Evolutiva y Psicología, implicaciones para la psicoterapia*. Valencia: Promolibro; 1994.

17. METZINGER, T. *Being no one*. Cambridge: The MIT Press; 2000.
18. TEASDALE, J.D. "Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders". *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6: 146-155.
19. DAMASIO, A. *La sensación de lo que ocurre*. Madrid: Debate; 2001.
20. RIZZOLATTI, G.; SINIGAGLIA, C. *Mirrors in the brain, how our minds share actions and emotions*. Nueva York: Oxford University Press; 2006
21. NIANAPONIKA, T. *El corazón de la meditación budista*. Madrid: Ed. Jaguar, 2006.
22. OLSON, D.; TORRANCE, N. Editors. *Literacy and Orality*. Boston: Cambridge University Press; 1991.
23. NHAT HANH, T. *Transformación y Sanación, el Sutra de los cuatro fundamentos de la conciencia*. Barcelona: Paidós; 1990.
24. SIEGEL, D. *Mindsight, The new science of personal transformation*. New York: Random House; 2010.
25. LEVINE, P.A. *In an unspoken voice, How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley: Nort Atlantic Books; 2010.
26. HUXTER, M.J. "Mindfulness as Therapy from a Buddhist Perspective". En Einstein, D.A. Editor. *Innovations and Advances in Cognitive Behavior Therapy*. Sindney: Australian Academic Press; 2007.
27. HANSON, R.; MENDIUS, R. *Buddha's Brain, The practical neuroscience of hapinnes, love and wisdom*. Oakland, CA: New Harbiner; 2009.
28. MARLATT, G.A. et al. "Vipassana Meditation as a Treatment for Alcohol and Drug Use Disorders". En HAYES, S.; FOLLETTE, M.V.; LINEHAN, M.M. Editores. *Mindfulness and Acceptance, expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford; 2004: 261-288.
29. GOLDSTEIN, J. *Abiding in mindfulness*. Denver: Sounds True; 2007.
30. GERMER, C.K. "What is it? What does it matter?". En GERMER, C.K.; SIEGEL, R.D.; FULTON, R.P. Editores. *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford; 2005: 3-28.

31. HAVELOCK, E. *The Muse Learns to Write. Reflections on Orality and Literacy from Antiquity to the Present*. Boston: Yale University Press; 1992.
32. SIMÓN, V. "Mindfulness y Neurobiología". *Revista de Psicoterapia*; 2006; 66/67: 5-30.

# 2

## Formación en mindfulness para psicoterapeutas

---

*Vicente Simón Pérez*

*Catedrático de Psicobiología*

*Universidad de Valencia*

## Esquema del capítulo

1. Ser un terapeuta *mindful*
2. El entrenamiento en *mindfulness*
  - 2.1. Asistencia a cursos
  - 2.2. La práctica cotidiana de la meditación formal
  - 2.3. La práctica de la meditación informal
  - 2.4. La práctica de la meditación en grupo
  - 2.5. La asistencia a retiros de meditación
  - 2.6. La lectura de textos relacionados con la meditación
3. En qué consiste la práctica
4. Dos consecuencias de la práctica: el testigo y la desidentificación
5. La presencia y la presencia terapéutica
6. Conclusión
7. Referencias

## 1. Ser un terapeuta *mindful*

Estamos viviendo un momento histórico muy peculiar para la psicología. Como afirman Rick Hanson y Richard Mendius (1), los enormes avances de la neurociencia en los últimos años están confluyendo con el descubrimiento de la sabiduría procedente de las tradiciones meditativas y con los conocimientos de la psicología occidental, lo cual nos está proporcionando nuevos métodos para influir sobre nuestra mente y aliviar el sufrimiento. Es por esta razón que el aprendizaje de *mindfulness* se está convirtiendo en un arma poderosa, tanto para transformar la propia mente como para ayudar a los demás a modificar la suya. *Mindfulness* está entrando en el mundo de la psicoterapia por la puerta grande y, como afirma Daniel Siegel (2) *la práctica de la atención plena puede considerarse el entrenamiento básico para la mente de cualquier terapeuta*.

La utilización de *mindfulness* en psicoterapia requiere que el o la terapeuta se hayan formado en *mindfulness* y practiquen de manera regular, es decir que sean terapeutas conscientes, o terapeutas '*mindful*'. La razón es que *mindfulness* no puede ser descrita como una técnica más, sino que, como afirma Jon Kabat-Zinn, *es una forma de vida*. Además, añadiría yo, es un estado de conciencia. Y desde ese estado de conciencia es posible abordar la relación con el paciente de manera distinta y utilizar ciertas habilidades que nacen de forma bastante espontánea si se han vivido las experiencias relacionadas con la práctica de *mindfulness*. Resulta imposible instruir a los pacientes sobre los ejercicios mentales que tienen que realizar sin que el terapeuta haya experimentado en sí mismo la experiencia de dichos ejercicios. Como sostiene Cayoun (3), *el llevar a cabo una terapia basada en mindfulness sin implicarse personalmente en la práctica regular es improductivo y debería desaconsejarse*.

El realizar terapias basadas en *mindfulness* no exige al terapeuta *mindful* de adquirir una formación terapéutica especializada. La formación terapéutica hace falta por dos razones. La primera es que es obviamente necesario conocer la psicopatología con la que tenemos que enfrentarnos. El ser *mindful* no nos otorga milagrosamente una

comprensión de la psicopatología. La psicopatología hay que estudiarla y recibir un entrenamiento adecuado para familiarizarse con ella. Si no, desconoceremos las particularidades más elementales de los seres humanos a los que pretendemos ayudar. La segunda razón es que, en este momento histórico, ya hay numerosos psicoterapeutas que poseen una considerable experiencia en los tratamientos inspirados en *mindfulness*, por lo que es razonable que procuremos aprender de su trabajo y nos ahorremos las equivocaciones que comete todo principiante.

Podríamos concretar diciendo que para ser un buen terapeuta *mindful*, se requieren al menos tres cosas. Primero, alcanzar un cierto nivel en la práctica de *mindfulness*. Segundo, ser expertos en la patología que tratamos de solucionar. Y tercero, aprender los procedimientos desarrollados por aquellos terapeutas que ya poseen experiencia en las psicoterapias que utilizan *mindfulness*. Desde luego, este camino permanece abierto a la investigación y en él se producen avances constantes, a medida que la experiencia adquirida va siendo cada vez más extensa.

Desde mi punto de vista, la práctica de *mindfulness* y la utilización de *mindfulness* en la psicoterapia son dos cosas distintas, aunque pueden coincidir en el tiempo en una misma persona. Con esto quiero decir que la motivación ideal para aprender *mindfulness* debe ser el deseo (o necesidad) de madurar personalmente y no ha de estar fundamentada exclusivamente en la intención de utilizarla con una finalidad profesional. Es decir, *mindfulness* no debe ser considerada un medio para obtener una finalidad diferente a la de la propia *mindfulness*. Aunque aquí me refiero concretamente a la utilización terapéutica, esta afirmación es válida para cualquier otro tipo de “finalidad” que pueda concebirse. *Mindfulness* es una forma de promover el desarrollo personal, no un medio para obtener fines concretos, por muy loables que sean estos. Si *mindfulness* se instrumentaliza, comienza a dejar de ser *mindfulness*.

Es cierto que muchas personas que empezaron a meditar impulsadas por una finalidad concreta (como puede ser la de encontrarse mejor física o psíquicamente) acaban descubriendo el verdadero

sentido de la meditación, independientemente de la motivación original que les impulsó a acercarse a ella. Por eso, aún siendo cierto que *mindfulness* no pretende conseguir metas concretas (en realidad, nada se pretende ni se desea), hay que comprender y aceptar que el concepto de *mindfulness* que se tiene al comenzar la práctica, va a irse transformando inevitablemente a medida que se avanza en ella. De ahí que convenga estar abierto inicialmente a las diversas motivaciones que presentan los principiantes. Esas motivaciones, aunque luego resulten desacertadas, han cumplido la misión de ser el reclamo necesario para que esa persona concreta comenzara a practicar.

Desde la perspectiva del terapeuta, resulta obvio que al aceptar a una persona en terapia, el o la terapeuta persigue una finalidad relativamente concreta; que el paciente vea disminuidos los síntomas y experimente un aumento de su bienestar mental. En este sentido, el proceso terapéutico va a beneficiarse de las habilidades concretas que ese terapeuta posea y de su experiencia en el tratamiento de casos similares. Ahora bien, en el supuesto de que la ayuda recibida no se muestre efectiva (bien por la gravedad de la patología o incluso por la insuficiente preparación del terapeuta) ha de ponerse de manifiesto la existencia de otro nivel más profundo en esa relación y que va más allá de la pura efectividad. Es el nivel que puede existir en toda relación humana y que se basa en la compasión. Si el terapeuta tiene una actitud compasiva hacia el paciente, que incluye el deseo de ayudarlo y de aliviarle el sufrimiento, esta actitud no ha de estar supeditada a los resultados de la terapia, sino que se basa en la disposición personal del terapeuta. Sea cual sea el resultado de la terapia, existirá la disposición compasiva como un componente fundamental de la relación terapéutica. (En el capítulo 1 de este volumen, Mayte Miró trata más detenidamente el tema de la relación terapéutica, al que yo también me refiero al final de este capítulo).

A continuación, voy a exponer brevemente cómo puede aprender *mindfulness* un psicoterapeuta, un quehacer similar al de cualquier persona (sea o no terapeuta) que desee adentrarse en la experiencia *mindfulness*.

## 2. El entrenamiento en *mindfulness*

El entrenarse en *mindfulness* requiere una inversión de tiempo. No basta con acudir a un curso de fin de semana (o de una semana o incluso de un mes), aunque esto sea perfectamente válido y forme parte del proceso de aprendizaje. Entrenarse en *mindfulness* supone, como antes he mencionado, un cambio en la forma de vivir y en el estado de conciencia. En definitiva, un cambio en el funcionamiento cerebral, para lo cual suele ser necesario que transcurra un cierto tiempo para que dichas modificaciones puedan producirse. Aunque han existido casos excepcionales de transformaciones aparentemente muy rápidas, lo habitual es que tengamos que dedicar bastantes horas a la práctica, a fin de que los hábitos establecidos a lo largo de muchos años vayan dando paso a nuevas formas de funcionamiento cerebral.

Por ello, el introducirse en *mindfulness* suele ser un proceso gradual, que no puede planificarse con precisión, como si de estudiar una carrera se tratara. Podría compararse más bien al camino que hay que recorrer para llegar a ser un deportista de elite (ya sea en el tenis, en el golf, o en cualquier otro deporte). Lo que se requiere es una dedicación continuada, en un ambiente favorable y en contacto con otras personas con las mismas metas y con maestros que pueden orientar al aspirante en el proceso de aprendizaje (los entrenadores en el símil deportivo).

El periodo formativo en *mindfulness* debería incluir idealmente los siguientes ingredientes: 1. Asistencia a cursos de introducción y luego, a cursos más avanzados. 2. La práctica cotidiana de la meditación en casa. 3. La práctica de la meditación informal. 4. La práctica de la meditación en grupo (lo que se conoce con el nombre de *sangha*). 5. La asistencia a retiros de meditación, idealmente una o dos veces al año. 6. La lectura de textos relacionados con la meditación. Aunque este último punto es teóricamente prescindible, en la práctica resulta recomendable y es imposible de evitar para quien vaya a utilizar su entrenamiento en el desempeño de su actividad clínica. Comentaré brevemente todos estos apartados.

### **2.1. Asistencia a cursos**

Es conveniente asistir a los cursos de introducción a la práctica de *mindfulness* que, cada vez con mayor frecuencia, vienen ofreciéndose, tanto para profesionales de la salud mental como para el público general. En estos cursos (que a veces pueden adoptar la forma de retiros cortos), el principiante comienza a familiarizarse con las técnicas de meditación y a recibir unos rudimentos teóricos que son útiles para orientarle intelectualmente en el camino que está iniciando.

A la hora de elegir estos cursos, hay que atender especialmente a la seriedad y calidad humana de las personas que los imparten. Pueden ser profesionales de la salud mental con especial entrenamiento en *mindfulness* o maestros budistas de prestigio (o de otras tradiciones meditativas).

La función de estos cursos va a ser la de proporcionar al principiante los primeros contactos con el mundo de la meditación, es decir, guiarle en los primeros pasos que va a dar para conocer su mente y descubrirse a sí mismo.

A medida que se adquiere experiencia meditativa, es conveniente entrar en contacto con más de una forma de meditación. Mediante la exploración de diversas orientaciones o escuelas es posible descubrir aquellos aspectos de las enseñanzas que mejor se acoplan a la personalidad de cada uno/a. Desde luego, esto no es una regla universal, ni hay que abusar de esta forma de “peregrinaje espiritual”. Lo fundamental es descubrirse a sí mismo y la forma de hacerlo debe subordinarse a esa finalidad básica, pudiendo ser las trayectorias individuales para conseguirlo muy variadas. Hay maestros de meditación muy prestigiosos que permanecieron en la escuela en la que inicialmente se formaron y otros que se han formado experimentando con varias orientaciones espirituales.

### **2.2. La práctica cotidiana de la meditación formal**

La consecuencia lógica de asistir a uno o más cursos de iniciación es comenzar con la práctica diaria de la meditación en la vida coti-

diana. Lo aconsejable es practicar una o dos veces al día, comenzando con una duración de 15 a 20 minutos cada vez. El momento del día más adecuado para la práctica depende de cada persona. Para muchos, las primeras horas de la mañana son las mejores, mientras que otros prefieren meditar por la tarde, antes de cenar. En realidad no hay reglas. Los únicos momentos en que no resulta aconsejable la práctica es inmediatamente después de las comidas y cuando se tiene mucho sueño. Este tipo de meditación, en el que se adopta una postura concreta y para la que se reserva un tiempo específico, es lo que se llama “meditación formal”. (Como veremos, la meditación formal ha de complementarse con la meditación informal).

Es esta práctica constante y continuada la que va a producir cambios apreciables, no sólo en el cerebro, sino en la vida cotidiana del practicante. Hoy día sabemos que en 8 semanas de práctica se producen cambios cerebrales apreciables con neuroimagen (4), pero las personas experimentadas acumulan varios miles de horas de meditación a lo largo de los años (5).

El mantenimiento de la práctica cotidiana es lo que nos confirma nuestro compromiso con la meditación y con el desarrollo de una actitud *mindful*. Poco a poco se va convirtiendo en una costumbre que nos cambia la vida.

Por supuesto, el terapeuta *mindful* es alguien que practica con asiduidad y aunque es fácil que haya temporadas en las que flojeemos porque las obligaciones externas nos hacen difícil encontrar el tiempo necesario, siempre volvemos a la práctica, sobre todo porque nos damos cuenta de que nos va mejor cuando practicamos que cuando no lo hacemos.

### ***2.3. La práctica de la meditación informal***

Ya he comentado que la meditación formal es aquella que se hace de manera reglada, reservando un tiempo definido y adoptando una postura concreta para realizarla. Pero el tomar conciencia de nuestra actividad mental, es algo que debe ir extendiéndose a todas las actividades vitales y no limitarse a espacios de tiempo acotados. Se trata

de que la habilidad adquirida durante las sesiones de meditación vaya generalizándose a todos los momentos de la vida y a todas las actividades que realizamos a lo largo del día.

Para comenzar con la meditación informal es conveniente escoger una o dos actividades cotidianas durante las que nos proponemos mantenernos conscientes. Por ejemplo, al preparar el desayuno o al desplazarnos hacia el trabajo. Esas actividades en las que nos mantenemos especialmente conscientes pueden ir variando, hasta que poco a poco, el hábito de la conciencia vaya calando en nosotros.

Como resulta obvio, la meditación informal no requiere dedicar un tiempo especial a la meditación. Siempre podemos practicarla y la falta de tiempo no puede convertirse en una excusa. Como dice Ajahn Chah (6), *si tienes tiempo para respirar, tienes tiempo para practicar el Dharma*.

En cierta forma, meditamos para no meditar, es decir, para que el hábito de la mente meditativa se extienda a lo largo de toda la vigilia y no sea necesario el dedicar tiempos especiales para la meditación, aunque la mayoría de meditadores avanzados nunca abandona la práctica formal, por mucha experiencia que posean.

#### **2.4. La práctica de la meditación en grupo**

Todos los meditadores saben que meditar en grupo constituye una experiencia especial. Se alcanzan estados de contemplación más profundos y la presencia silenciosa de los compañeros influye de manera notable, creando un ambiente muy propicio para la práctica.

El reunirse una vez a la semana o cada dos semanas con un grupo de meditadores afines y que vivan relativamente cerca unos de otros es una costumbre muy recomendable. Además de los beneficios directos para la meditación, el grupo se convierte en una fuente de apoyo que nos motiva para seguir practicando y nos ayuda en los momentos difíciles. Estos grupos han recibido el nombre de *kalyana mitta* (amigos espirituales) y podríamos decir que son la versión occidental de la *sangha*, es decir, del grupo de discípulos que se reúnen alrededor de un maestro.

### ***2.5. La asistencia a retiros de meditación***

La realización de al menos uno o dos retiros al año (pueden ser más, desde luego), es una parte imprescindible del proceso de formación. En los retiros experimentamos dos cosas que son muy difíciles de obtener en la vida normal, tanto en el trabajo como en las vacaciones. Me refiero, al silencio y a lograr un número elevado de horas de práctica al día (una alta “densidad” de meditación).

El silencio es muy importante, ya que nos evita las innumerables interferencias mentales que habitualmente sufrimos en un día “normal”, derivadas, sobre todo, de la interacción con otras personas. Asegura el quedarse a solas con uno mismo y el poder concentrarse en la observación de la propia mente. Se producen, desde luego, intromisiones internas en forma de múltiples distracciones mentales, pero, al menos, hemos eliminado la importante fuente de injerencias que supone el constante parloteo con los demás.

Importa que el silencio se prolongue durante un cierto tiempo, varios días o una semana, ya que es entonces cuando más se notan sus efectos. El silencio va calando poco a poco y esa especie de ayuno de información exterior (el silencio incluye idealmente el abstenerse de leer y escribir) va haciendo sus efectos. La privación de esa fuente de distracción contribuye al sosiego de la mente y permite que las sesiones de meditación se realicen en unas condiciones de salida mucho más óptimas. Se parte ya desde la calma, en lugar de hacerlo desde el torbellino de una mente agitada por los problemas cotidianos.

Como antes decía, la otra gran ventaja que proporcionan los retiros es que permiten conseguir altas densidades de meditación, es decir, que podemos meditar varias horas al día (seis o siete horas de meditación en un día de retiro es algo habitual). En esas circunstancias, la mente va entrando con mucha más facilidad en niveles profundos de concentración y de absorción. De hecho, para la mayoría de personas, muchos de esos niveles resultan inalcanzables llevando una vida “normal”.

La soledad interior que vivimos en el retiro viene compensada por la presencia física del grupo que nos anima a practicar y hace que

nos sentimos acompañados en nuestro empeño de meditar. Se crea así una especie de *sangha* transitoria y, al final del retiro, se siente la hermandad surgida de la práctica y del silencio compartidos.

Los retiros se convierten en verdaderos “motores” de la práctica. Nos permiten vivir experiencias que nos motivan y nos cargan de energía para seguir practicando en la vida diaria.

## ***2.6. La lectura de textos relacionados con la meditación***

Leer sobre la meditación puede ser beneficioso y útil, pero no es meditar y no hay que olvidar que, en este quehacer, lo más importante es la práctica.

Los libros pueden aportarnos dos cosas. En primer lugar nos ponen en contacto con maestros que vivieron intensamente la experiencia espiritual. Y este contacto, aunque sea en la distancia y a través de un texto, resulta efectivo y da lugar a una verdadera “transmisión” de las enseñanzas. Se produce una especie de “contagio” del entusiasmo del autor que va impregnando al espíritu del lector. Esa comunicación íntima y callada acabará dando sus frutos.

El otro aspecto que los libros nos ofrecen son instrucciones prácticas sobre las técnicas de meditación. A través de su lectura podemos aprender matices que nos costaría más tiempo descubrir por nosotros mismos. Así, es posible recibir de diversos expertos, a los que obviamente no podríamos tener acceso, orientación y consejos para encauzar nuestra meditación personal.

Asunto aparte son los libros que versan sobre la aplicación de *mindfulness* en psicoterapia. Aquí la lectura se convierte en prácticamente imprescindible, ya que es una de las maneras más fáciles de tener acceso a los conocimientos de los terapeutas más experimentados. Por supuesto, la realización de cursos dirigidos por esos terapeutas, o, aún mejor, el trabajar directamente con pacientes bajo su supervisión, son formas ideales de aprender a ser terapeutas hábiles en la utilización de técnicas inspiradas en *mindfulness* o que impliquen la práctica de *mindfulness*.

Se comprenderá mejor ahora, por qué decía al principio que la formación en *mindfulness* es algo que necesita tiempo y que no se puede hacer como si fuera una carrera. Es un proceso personal que ha de ir desarrollándose según las circunstancias individuales de cada uno o cada una. Requiere tiempo, dedicación, esfuerzo y es, en cierta forma, una aventura, un viaje en el que no podemos adivinar, ni cómo va a transcurrir ni a dónde nos acabará conduciendo.

### 3. En qué consiste la práctica

En el budismo suelen describirse tres fases o procesos en el camino hacia la liberación: *sila* (virtud o moral), *samadhi* (concentración, calma) y *panna* (sabiduría). Aunque aquí voy a hablar sobre todo de la segunda habilidad, la de la concentración, quiero decir algunas palabras sobre la primera, *sila*, ya que, a pesar de ser el principio del camino, se omite en muchos manuales de meditación, probablemente porque se da por sentado que el practicante ya posee un nivel de *sila* suficiente para meditar.

Podríamos decir que *sila* es un prerrequisito para que la práctica sea fructífera. La idea es que si en la vida de una persona no existe un mínimo de moderación y de disciplina, su mente no va a ser capaz de concentrarse ni de tranquilizarse lo suficiente para alcanzar el segundo nivel, el *samadhi*. Si queremos concretar en qué consiste *sila*, podemos recurrir a la descripción de los llamados, en el lenguaje budista, los “Cinco Preceptos”. Estos preceptos son:

1. No hacer daño a otros deliberadamente.
2. Respetar los derechos de los demás, es decir, no robar.
3. Moderación en las relaciones sexuales.
4. Ser honesto en el lenguaje, es decir, no mentir y no hablar mal de los demás.
5. Abstenerse de tomar sustancias tóxicas, especialmente psicoactivas, que nublan la mente e impiden el alcanzar estados elevados de conciencia.

Es evidente que la aplicación de estos preceptos vendrá modulada por el entorno cultural en que cada uno o cada una vivan, pero el hecho irrefutable que subyace a la conveniencia de cumplir los Cinco Preceptos es que sin una vida externa regida por un cierto orden y moderación es imposible que la mente trabaje con eficacia. Hacer meditación y, al mismo tiempo, incumplir claramente los Cinco Preceptos, es una contradicción práctica que sólo consigue deshacer por un lado lo que intentamos hacer por otro. Como decía el monje tailandés Ajahn Chah (6), *Si haces un retiro en silencio de siete días, en donde no puedes hablar ni relacionarte con nadie y luego comienzas a parlotear, cotillear y a consentirte todo tipo de complacencias durante otros siete meses, ¿cómo vas a sacar un beneficio real y duradero de esos siete días de meditación?*

Pasemos ahora a ver lo que es *samadhi*. Siguiendo a Ajahn Brahm (7), podemos decir que *samadhi* es la *quietud atenta que es capaz de mantener la atención en una cosa*. En *samadhi*, la mente está concentrada y atenta en una sola cosa (*one-pointed*), siendo capaz de mantener este estado durante mucho tiempo. Para acceder al *samadhi* suele requerirse constancia y persistencia en la práctica y es más fácil que aparezca en los periodos en que logramos una gran “densidad” meditativa, como pueden ser los retiros que antes he descrito.

A su vez, el *samadhi* es el camino hacia la sabiduría (*panna*). La mente concentrada y tranquila se encuentra en situación de ver la verdad de las cosas. Es capaz de contemplar las cosas como son y esto es la fuente de la sabiduría, que es aquello que nos permite discernir (a un nivel profundo) entre lo que nos conviene y lo que nos perjudica. En realidad, la sabiduría es el resultado tanto de *sila* como de *samadhi*. *Sila*, *samadhi* y *panna* se ayudan y refuerzan mutuamente, porque la propia sabiduría nos conduce a la observancia de *sila* y ambas se potencian con el estado de *samadhi*.

Es posible que el lector se esté preguntando, ¿y dónde aparece aquí *mindfulness*? La respuesta es que para entrar en *samadhi* hay que practicar *mindfulness* y de *mindfulness* es de lo que voy a hablar a continuación.

*Mindfulness* es la palabra inglesa con la que se traduce *sati*, una palabra *pali* que significa *conciencia, atención y recuerdo* (8). *Mindfulness* no tiene una fácil traducción al castellano, empleándose habitualmente las expresiones de “atención plena” o “conciencia plena”. Tanto *mindfulness* como atención plena son términos que se utilizan cuando estos conceptos se tratan de forma académica o científica. En la vida cotidiana, el término más empleado para referirse a la práctica de *mindfulness* es el de meditación.

Existen numerosas definiciones de *mindfulness*, casi todas acertadas y correctas, pero aquí sólo voy a citar un par de ellas. La que es probablemente más conocida es la de Kabat-Zinn (9): *mindfulness* significa prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar. Un maestro de meditación, Guy Armstrong (10), la define como *saber lo que estás experimentando mientras lo estás experimentando*. Esta capacidad de saber lo que experimentamos mientras lo estamos experimentando es una capacidad humana universal. Lo que sucede es que la utilizamos relativamente poco. De ahí la necesidad de desarrollarla de manera intencionada y, en general, con cierto esfuerzo.

Dado que la finalidad de este capítulo es eminentemente práctica, no voy a entrar en precisiones conceptuales, sino que pasaré directamente a dar unas sencillas instrucciones para que el principiante pueda disfrutar cuanto antes de experiencias meditativas. Además, conviene resaltar que los conceptos, aunque útiles como medio de transmisión y de orientación, son una actividad de la mente conceptual y no es precisamente ésta la capacidad mental que más tratamos de favorecer cuando practicamos *mindfulness*. Lo que hacemos al practicar es poner en reposo a la mente conceptual y concentrarnos en la experiencia, es ser plenamente conscientes de la vivencia que en ese momento estamos experimentando. Por tanto, los párrafos que vienen a continuación, tratarán de contestar lo más claramente posible a la pregunta: ¿Qué tengo que hacer para ponerme a meditar?

Ante todo, se hace necesario crear las condiciones ambientales apropiadas. Hay que elegir un lugar acogedor y tranquilo y hacer uso de él en un momento en que esperemos no ser molestados. Lo ideal

es tener en casa un rincón destinado a esta finalidad. También hace falta elegir una postura idónea, que será ligeramente diferente para cada persona. Aunque es posible meditar en cualquier postura (y eso es lo que hacemos en la meditación informal, de la que he hablado antes), es cierto que para la meditación formal es recomendable adoptar una postura que nos proporcione estabilidad. Requiere poderla mantener durante periodos de tiempo relativamente prolongados, sin que sea perjudicial para el cuerpo, o sea, sin que nos produzca lesiones al adoptarla con asiduidad. Muchas personas necesitarán probar varias posturas antes de dar con la más adecuada y, en algunas ocasiones, será recomendable que pidan consejo a una persona experta para que les ayude a encontrar su postura ideal. Por último, aunque no imprescindible, resulta práctico tener un temporizador, que nos indica cuándo ha transcurrido el tiempo que nos hemos propuesto meditar en cada ocasión.

Imaginemos que ya nos encontramos sentados en la posición elegida, en un momento de calma ambiental y que hemos puesto el reloj para que suene transcurridos veinte minutos. ¿Qué hacemos ahora?

Scott Bishop y colaboradores (11), de la Universidad de Toronto, han propuesto un modelo teórico de *mindfulness* en el que distinguen dos componentes: *la autorregulación de la atención para mantenerla en la experiencia inmediata y una orientación particular hacia la experiencia del momento presente*. Creo que esta propuesta de Bishop es una forma útil de analizar los componentes esenciales de *mindfulness* y por eso voy a basarme en su modelo para describir lo que hacemos al practicar.

El primer componente de Bishop es lo que yo llamo la “instrucción fundamental”. ¿Qué es lo que he de hacer al ponerme a meditar? Pues mantener la atención centrada en el presente, en la experiencia inmediata. Ajahn Chah (12) lo expresa así: *Aparezca lo que aparezca* (en la mente), *simplemente obsérvalo*. (El paréntesis es mío). Parece sencillo de hacer y realmente lo es si nos limitamos a cortos espacios de tiempo (segundos). Lo que no nos resulta nada fácil es mantener esa atención en la experiencia inmediata durante periodos de tiempo más largos (minutos). Podemos hacer la prueba. Que el lector o lec-

tora cierre los ojos por unos momentos y que trate de mantener la atención en un objeto mental o corporal cualquiera. Por ejemplo, en la respiración, o en las sensaciones procedentes de las manos, o atento al silencio de la habitación. Pronto verá que, sin darse cuenta, se descubre con la atención orientada hacia un objeto distinto del que inicialmente se había propuesto. La mente se ha despistado, se ha distraído, “se le ha ido el santo al cielo”.

Cuando eso sucede en la meditación, lo que hay que hacer es darse cuenta de lo que ha pasado (ayuda poner nombre al fenómeno mental que nos ha distraído; pensamiento, emoción, recuerdo...) y volver con suavidad y sin enfado a llevar la atención al objeto que nos habíamos fijado como ancla atencional. Y así, una y otra vez, ya que la mente no cesa de distraerse una y otra vez. Sucede que existe una gran presión por parte de diversos contenidos mentales que pugnan por entrar en el foco de la conciencia y es difícil resistirse a esa fuerza y mantener la atención en el objeto inicial. Esa es la dificultad con la que nos encontramos cuando, en las primeras sesiones de meditación, tratamos de mantener la atención centrada en un objeto. Sólo la práctica constante y reiterada va venciendo esa tendencia tan arraigada de cambiar el foco de atención y acaba manteniéndola fija en el objeto elegido. Cuando esto se logra (como sucede en el *samadhi*), se llama “atención centrada en un punto” (*one-pointedness*).

Por tanto, quien se ponga a meditar por vez primera, ya sabe lo que tiene que hacer: llevar a cabo la instrucción fundamental. Pero, ¿a qué objeto debemos prestar atención? Aunque en principio puede elegirse cualquier objeto, sea externo o interno, el más recomendado y utilizado por la mayoría de practicantes (por lo menos, al principio) es la respiración. La respiración tiene muchas ventajas. La primera es que siempre está ahí. Siempre la llevamos con nosotros y no es algo que haya que ir a buscar. Otra gran ventaja de la respiración es que ocupa un privilegiado lugar entre el cuerpo y la mente. Se encuentra a caballo entre los dos. Cuando la respiración se va calmando, se calma, no sólo el cuerpo, sino también la mente. La respiración ocupa también un lugar equidistante entre lo que es voluntario y lo involuntario. Podemos controlarla a voluntad (dentro de cier-

tos límites), pero si nos olvidamos de ella y la dejamos en paz (como sucede durante el sueño), seguiremos respirando con toda normalidad, sin intervención alguna por parte de nuestra actividad volitiva.

Yo recomiendo que quien comience a meditar tome la respiración como ancla de su atención y que se mantenga en ese ejercicio durante muchas sesiones meditativas. Quisiera apuntar que existe un pequeño número de personas que pueden tener problemas con la respiración. Por ejemplo, es el caso de quienes han padecido de patologías respiratorias como el asma, especialmente en la niñez. En estos casos es mejor tomar otro objeto para iniciarse en la meditación (por ejemplo, una parte del cuerpo). Pero para la mayoría de meditadores lo más aconsejable es iniciarse centrandó la atención en el movimiento rítmico de la salida y la entrada del aire en los pulmones. (Sobre otros posibles objetos para anclar la atención, véase el capítulo de Miró, en este mismo volumen).

Vamos a fijarnos ahora en el segundo componente del modelo de Bishop, que antes mencionaba. Se trata de esa *orientación particular hacia la experiencia del momento presente*, a la que me referiré como la “actitud”. Habitualmente, al principiante, se le presenta la actitud como algo a lo que tiene que aspirar, una disposición mental que pretende alcanzar o un talante que trata de imitar. Me parece bien y es ciertamente la forma más práctica de hablar de la actitud a los que empiezan, pero es conveniente saber que la actitud refleja algo mucho más profundo. La actitud es, en realidad, el resultado de la transformación de la conciencia, una vez ésta se ha producido. Por tanto, cuando al principiante se le indica que trate de imitar esa actitud, se le está en cierta forma presentando cuál es el resultado de la transformación que pretende desencadenar en su propia mente.

Como los rasgos que caracterizan a la actitud reflejan un estado de conciencia diferente al habitual, es fácil que resulten chocantes para quienes por primera vez se acercan a ellos. No es de extrañar que parezcan incluso contrarios a la lógica o al sentido común. Lo cual no es sorprendente, porque responden a otra lógica y a otro sentido común; los propios de ese otro estado de conciencia que, de alguna manera, se pretende alcanzar.

Aunque de forma breve, voy a describir los rasgos esenciales de la actitud. El llevar a cabo la instrucción fundamental (recordemos que era observar lo que aparece en la mente en cada momento), nos conduce a “estar plenamente” en el presente. Y de ese “estar en el presente” es de donde se derivan los distintos aspectos que forman parte de la actitud apropiada para meditar. La propiedad que considero más importante (y también la que más suele desconcertar a quien se le explica por primera vez) es la aceptación. La aceptación es una consecuencia directa de vivir el presente con plenitud y de estar en él con todas sus consecuencias. El aspecto que presenta la realidad en un momento determinado es algo que ya está ahí. Es innegable e irrefutable. Sólo nos queda aceptarlo o resistirnos a ello. Y la resistencia es, desgraciadamente, la alternativa equivocada.

En la vida ordinaria, nuestra tendencia más habitual es, precisamente, la de resistirnos. Al suceder algo que contraría nuestros deseos o expectativas, nos ponemos en guardia y surge en nosotros una reacción de oposición a lo que ya se ha producido, un sentimiento de rechazo y de repulsa hacia aquello que ya es una realidad. No queremos que las cosas sean como son y nos resistimos a ellas empleando diversos mecanismos, como la negación, la evasión, la racionalización o la represión.

Pero esta resistencia trae consigo serios inconvenientes. La actitud de oposición que adoptamos nos impide ver con claridad cuál es el estado de la cuestión. Nos impide, por emplear un símil médico, hacer un buen diagnóstico de lo que está pasando. Y claro, si el diagnóstico no es bueno, el tratamiento será deficiente o inapropiado para la naturaleza del “trastorno”. La resistencia, además de dificultarnos el hallazgo de la solución idónea, nos entorpece su implementación. Aunque pueda parecer paradójico, quien no niega la existencia de un problema, se encuentra en mejor situación para resolverlo que aquel que lo niega o se resiste a él. La aceptación es el reverso de la resistencia. Aceptar significa que permitimos que las cosas sean como son, que decimos sí a lo que es y que nos alineamos con la realidad, disponiéndonos a responder con sabiduría al reto que nos plantea.

Muy relacionada con la aceptación se encuentra la actitud de apertura ante la realidad que estamos viviendo en un momento dado. En lugar de cerrarnos a la experiencia, nos abrimos a ella, sea ésta cual sea. Abrimos el corazón a lo que hay, incluso al sufrimiento. Nos abrimos a la forma que adopta el presente y lo observamos con curiosidad, con interés, con respeto, con lo que suele llamarse “mente de principiante”. Contemplamos el mundo como si fuera la primera vez que lo vemos, sin la carga que supone el aprendizaje previo, carga que conlleva un condicionamiento y una reacción preprogramada ante lo que sucede. En lo posible, nos liberamos de ese condicionamiento y, al ver las cosas con ojos nuevos, como los de un niño, podemos descubrir muchos aspectos de la realidad que éramos incapaces de vislumbrar a través del oscuro velo del condicionamiento,. Se crea así un espacio abierto y novedoso en el que puede surgir la creatividad.

Otra de las consecuencias de vivir del todo en el presente es que nuestra actitud hacia el futuro cambia de manera radical. Es frecuente que los hombres y mujeres de nuestro tiempo vivan más en el futuro que en el presente. La razón es que nos sentimos descontentos con lo que somos o con lo que tenemos (sea mucho o poco) y nos imaginamos que la felicidad nos aguarda en algún recodo del incierto futuro, en forma de poder o de riqueza. Es una actitud no respaldada por la experiencia, pero es la que predomina en la humanidad de nuestros días. En ella, se toma el momento presente como un mero trámite para llegar al momento siguiente, al futuro, y en lugar de vivir la riqueza del presente, nos entretenemos con el espejismo del porvenir. Un porvenir que nunca será nuestro (ya que siempre se vive únicamente en el presente) y cuyo contenido, además, es desconocido y azaroso, pues las cosas no suelen suceder como las habíamos imaginado. En otras ocasiones, el futuro no nos promete un escenario feliz y deseado, sino que, por el contrario, se nos manifiesta bajo la forma amenazadora de una desgracia. Entonces, al ser humano le invade el miedo a lo que pueda suceder y queda sobrecogido y abrumado.

En ambos casos, el ser humano se pierde el presente y, escapándose hacia el futuro, vive zarandeado y dando bandazos entre el deseo y el temor. No es una forma de vida muy halagüeña, pero es la que

soportamos la mayoría de nosotros. Quien, por el contrario, vive el presente con plenitud, se ha logrado desprender tanto del temor como del deseo. La experiencia del presente es tan rica en sí misma, tan plena, si se sabe aprovechar, que ya no se tiene necesidad de colocar la felicidad en un futuro incierto, ni se sufre inútilmente por eventuales desgracias, que probablemente nunca llegarán a hacerse realidad. En el presente se vive sin afán, sin esperanza, sin temor y sin deseo.

Nuestra exagerada confianza en las promesas del futuro nos suscita un excesivo afán por acumular cosas (bienes, relaciones, poder) y, consecuentemente, nos aferramos con vehemencia a todo aquello que poseemos. Sin embargo, una de las características básicas de la realidad es lo que en el budismo se conoce con el nombre de “impermanencia” (*anicca*). Todas las cosas de este mundo (como todos sabemos, aunque nos cueste mucho reconocerlo), tienen una duración limitada. Todo sigue un ciclo temporal. Hay un principio, una duración y un final. Todo es pasajero, transitorio, impermanente. En palabras de Machado (13): *Todo queda y todo pasa, pero lo nuestro es pasar*. De ahí que ese hábito tan nuestro de aferrarnos a las cosas haya de verse forzosamente contrariado. Y la separación no prevista ni deseada produce dolor y sufrimiento. El hombre o la mujer sabios, que viven en el presente, están dispuestos a soltar, a no aferrarse a las cosas y encuentran natural que pasen, que se terminen, que se acaben. Es la ley de la vida y de la realidad. Soltar, no agarrarse a las cosas ni a las personas es otra de las características importantes de la actitud meditativa.

Nuestra mente ha sido educada en el dualismo dominante en nuestra cultura. Cuando nos encontramos con cualquier objeto o persona, de manera casi automática, lo calificamos de bueno o malo, de bonito o feo, de alto o bajo, de justo o injusto... Este hábito mental está profundamente arraigado y se desarrolló, evidentemente, en aras de la supervivencia. Pero esas divisiones son ciertamente artificiales. El mundo entero, el universo, forma una unidad en que todo está íntimamente conectado e interdependiente. Como podemos leer en el Tao Te Ching (14):

*Ser y no ser se engendran mutuamente.  
Lo difícil y fácil se forman entre sí.  
Lo largo y lo corto se transforman mutuamente.  
Lo alto y lo bajo se completan entre sí  
Sonido y silencio se armonizan mutuamente.  
Delante y detrás se suceden entre sí.  
Es la ley de la naturaleza.*

Las separaciones son más bien un producto del dualismo de nuestra mente que divide al mundo en fragmentos artificiales y luego los clasifica en buenos o malos, de acuerdo con lo que supone que va a servir mejor a sus intereses (los de la mente egoica). Al adoptar la actitud meditativa, en la que se tiende a superar la dualidad y acercarnos a la no-dualidad, lo que hacemos es abstenernos de juzgar y contemplar las cosas con ecuanimidad. Nuestra mente, debido al arraigado entrenamiento que posee, emite los juicios de manera automática, sin que lo podamos evitar. Cuando esto sucede (que es, prácticamente todo el tiempo, por lo menos al principio) lo que debemos hacer es dejar pasar el juicio sin implicarnos en él. El juicio es un pensamiento más, que pronto será sustituido por otro. Lo importante es no dejarse arrastrar por su energía motivadora que persigue que actuemos de acuerdo con su dictado. Nos mantenemos ecuanímenes, sin reaccionar a la provocación que el juicio supone.

Otro aspecto de la actitud meditativa digno de ser comentado es cómo posicionarnos frente al pasado. El pasado –al igual que el futuro– no existe, es sólo algo imaginario. Pero en los seres humanos, ciertas experiencias pretéritas dejan profundas huellas emocionales en el cerebro, huellas que cuando son activadas por estímulos apropiados, ejercen una poderosa influencia sobre los afectos y las conductas del presente. En los casos extremos, como sucede en el estrés post-traumático, dichas influencias alteran tan gravemente la vida de la persona, que requieren de tratamientos especializados. Pero también en la gente “normal” el pasado suele dejar cicatrices que perduran en el tiempo y hacen que no actuemos con libertad,

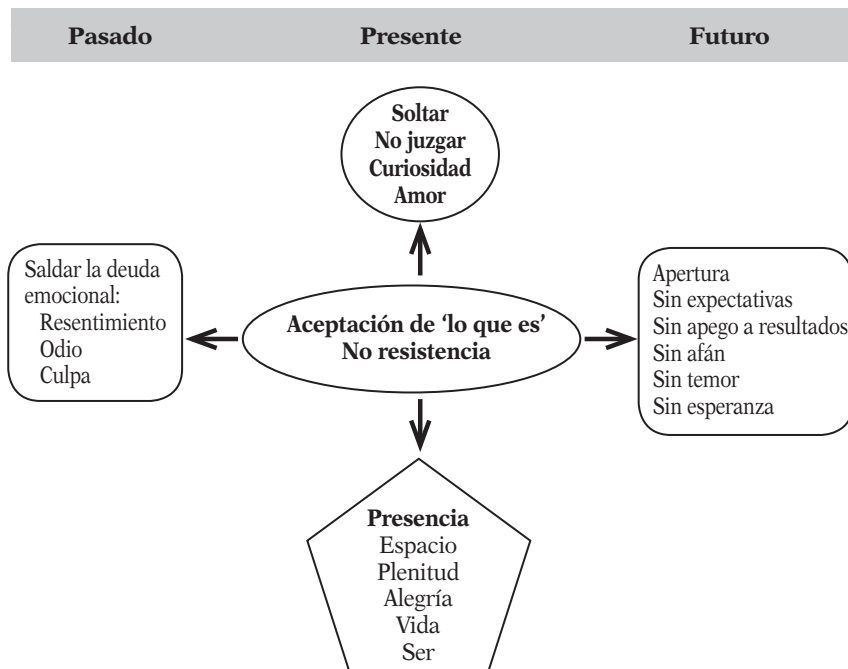
sino motivados por lo que sucedió en aquel pasado, más o menos remoto. Es lo que en un artículo mío (15) denominé la “deuda emocional”. Es fácil que esa deuda emocional se manifieste en forma de resentimiento, de odio o de culpa. Para los casos en que la deuda emocional es menos pronunciada, suele bastar la propia observación de los sentimientos durante la meditación para hacer que las huellas emocionales vayan perdiendo su fuerza y su capacidad motivadora. El comprender que el pasado sólo es pasado y que ya nada podemos hacer (una de las formas que adopta la sabiduría) también contribuye a que esas huellas vayan borrándose o, al menos, se debiliten de tal forma que ya no ejerzan una influencia apreciable en nuestras vidas.

Por último, quiero dedicar algunas palabras a un aspecto extraordinariamente importante de la actitud, ya que debe de impregnar toda la actividad de meditar. Me refiero a lo que podríamos designar como amor, amabilidad, cariño, bondad, compasión o afecto. En *pali*, le llamaríamos *metta*. Sucede con frecuencia que, dada la forma habitual de enseñar a meditar, en la que se pone tanto énfasis en el mantenimiento la atención en un punto, se acaba considerando la meditación como una tarea predominantemente cognitiva. Y no es que no lo sea, pero hay otro aspecto, el afectivo, que es igualmente importante. Lo esencial de ese talante afectivo es que al examinar los contenidos de la mente (sean éstos cuáles sean), esa observación debe realizarse con cariño, con simpatía, con compasión. La monja budista Pema Chödrön (16) lo describe muy bien cuando dice: ... *todo el proceso de la meditación consiste en crear una buena base, una cuna de bondad amorosa, en donde podamos ser nutridos*. Si logramos crear esa base, esa cuna de bondad amorosa, cada sesión de meditación se convierte en un regalo de afecto, en una ocasión para darnos cariño a nosotros mismos y curarnos de las heridas del pasado. De hecho, ya existe bastante evidencia científica que demuestra que la compasión hacia uno mismo (auto-compasión) posee efectos beneficiosos, tanto para la mente como para el cuerpo (17). Quiero subrayar que el ejercicio de la compasión y de la auto-compasión deben ocupar un lugar eminente en la práctica meditativa y, aunque no pueda

ahora extenderme en este tema, sí que quiero animar a los lectores a que se informen sobre la forma de realizar estas prácticas. Véase, por ejemplo, el libro de Germer (18), que en castellano ha aparecido con el título de *El poder del 'mindfulness'*, aunque versa predominantemente sobre la auto-compasión.

A modo de resumen, puede consultarse la figura 1, tomada de mi libro "Aprender a practicar *mindfulness*" (19), que trata de resumir los distintos aspectos de la actitud, relacionándolos con su ubicación temporal. En la figura puede observarse que la flecha inferior señala hacia la "presencia". Sobre la presencia volveré a hablar en el apartado 5 de este capítulo. Pero antes, quiero comentar algunas de las consecuencias de la práctica de *mindfulness*, comentarios que constituyen el contenido del siguiente apartado.

**Figura 1**



(Reproducida, con autorización, del libro "Aprender a practicar *mindfulness*") (19).

#### 4. Dos consecuencias de la práctica: el testigo y la desidentificación

Al practicar *mindfulness* con cierta asiduidad, comienzan a producirse algunos procesos psicológicos que es conveniente conocer, sobre todo si, como clínicos, vamos a fomentar la práctica en otras personas para utilizarla como herramienta terapéutica. Aquí voy a describir brevemente dos de estos procesos que están muy relacionados entre sí: el desarrollo del testigo y la desidentificación. (Dejaré para el próximo apartado el tema de la presencia, que más que un proceso, es un estado mental).

¿A qué llamamos testigo u observador? A medida que pasamos un cierto tiempo observando los contenidos de nuestra mente, va fortaleciéndose en nosotros la instancia mental que suele llamarse el testigo u observador. Lo más interesante del observador es que él mismo no puede ser observado. El observador siempre observa, pero es imposible de observar, ya que ¿quién podría observar al observador? Esa instancia que observa es, ella misma, inobservable. Como escribió Deikman (20), *El self observador es el centro transparente, el que se da cuenta. Sea cual sea la experiencia que tengamos, nada es tan central como el self que observa. Y, como señala el propio Deikman, resulta curioso que la ciencia occidental ha olvidado esta característica del observador y siempre ha asumido, hasta ahora, que el observador y lo observado se encontraban en el mismo plano y que, por tanto, podía estudiarse al observador como algo objetivo. Sin embargo, al self observador sólo podemos experimentarlo. Podemos serlo, pero no observarlo.*

Para desarrollar el testigo no hace falta realizar ningún esfuerzo especial. Ni siquiera hay que saber que este proceso existe o se está produciendo en nosotros. Basta con que llevemos a cabo la instrucción fundamental, es decir, basta con que prestemos atención a los contenidos de la conciencia, para que la instancia del observador o testigo vaya cobrando fuerza en nuestra mente. Al principio del proceso, el observador suele ser muy débil. Se encuentra poco desarrollado, ya que apenas lo hemos ejercitado en la vida “normal”. Sin embargo, a medida que nos pasamos horas contemplando el comportamiento de nuestra mente y fijándonos en sus contenidos con

actitud ecuánime y curiosa, percibiremos que la observación nos va costando menos esfuerzo. Es señal de que el testigo ha ido adquiriendo entidad. Ha crecido y se ha hecho fuerte.

Aquí he empleado la terminología de “el observador” y “lo observado”. Pero pueden utilizarse otras expresiones equivalentes. Podemos hablar de la conciencia (el observador) y de los contenidos de la conciencia (lo observado). O también del yo y de los objetos que el yo percibe.

Conforme el testigo va afianzándose, no sólo nos resulta más fácil la observación, sino que nos damos cuenta de que vamos decantándonos cada vez más del lado del observador, en lugar de estar del lado de lo observado. Este cambio de posicionamiento nos lleva a considerar el otro aspecto que quiero comentar; el proceso de desidentificación.

Para explicar la desidentificación, es conveniente tener claro lo que entendemos por su contrario: la identificación. En el estado de conciencia habitual, el yo se identifica con los contenidos de la conciencia, es decir, se cree que es idéntico a ellos. Es a ese “creerse igual o idéntico a” a lo que llamamos “identificación”. Se entiende que es el yo quien se identifica. O dicho de otra manera, que nos creemos ser aquello que aparece en nuestra mente en ese momento. Pongamos un sencillo ejemplo. Si nos enfadamos intensamente con alguien o algo, surge en nosotros la emoción de la ira. Si la emoción es muy fuerte, es fácil que nos sintamos completamente identificados con ella y que no podamos distanciarnos, sino que reaccionemos siguiendo los impulsos que de ella emanan. Podría decirse que, en esos momentos, nos creemos la ira, somos la ira. Sin embargo, si somos capaces de distanciarnos de la emoción y de no seguir sus impulsos, significa que comenzamos a desidentificarnos de ella. En la desidentificación, ya no nos creemos ser los contenidos de la conciencia, sino que nos damos cuenta de que somos más que eso. Somos, en realidad, la conciencia en la que aparecen esos contenidos. En el estado de desidentificación podemos decir que “tenemos” una experiencia pero “no somos” la experiencia. Tenemos ira, pero no somos la ira. Nuestra relación con los contenidos de la conciencia (sean éstos cuales sean) cambia por completo.

En la desidentificación, el observador va cayendo en la cuenta de que no puede ser lo observado y, por tanto, comienza a distanciarse

de todo aquello que es capaz de observar. A más observación, más desidentificación. Ahora bien, no es un proceso fácil, ya que existen fuertes vínculos afectivos con muchos de los contenidos mentales observados, vínculos que se van rompiendo progresivamente conforme avanza el proceso de desidentificación. Y esta ruptura entraña sufrimiento, pues el yo cree (erróneamente) que esos contenidos constituyen su propia identidad.

A largo plazo, el desarrollo del testigo y la desidentificación subsiguientes tienen como consecuencia que nos vayamos desprendiendo de los diversos condicionamientos adquiridos a lo largo de los años. Y ese desapego de los condicionamientos es lo que nos hace libres. Nos liberamos del pasado, de las convenciones, de los temores y de los deseos. La libertad va surgiendo en el seno de la desidentificación, al irse desligando de las ataduras que nosotros mismos nos impusimos en diversos momentos de nuestro desarrollo.

## 5. La presencia y la presencia terapéutica

Cuando practicamos *mindfulness* de manera continuada, nos hacemos progresivamente conscientes de que las experiencias que vivimos surgen en el seno de la conciencia. Es decir, no sólo nos damos cuenta de lo que pasa sino de en dónde pasa. No sólo percibimos los contenidos de la conciencia, sino la conciencia misma. A este tener presente a la propia conciencia es a lo que llamamos “estado de presencia” o, simplemente, “presencia”. Otra forma de expresarlo es diciendo que no sólo nos damos cuenta de lo que observamos, sino que tenemos presente la existencia del observador y sabemos que somos ese observador, esa conciencia en la que aparecen todos los contenidos. Como he escrito en otro lugar (19): *Podríamos decir que nuestro ser no queda agotado en las cosas que vivimos, en las formas que percibimos o experimentamos, sino que, aun viviendo y experimentando esas formas, seguimos conscientes de ese alguien que las vive o experimenta, del ser que ese alguien es y que todo lo presencia.*

Una de las metáforas más utilizadas para expresar lo que es la presencia es la metáfora del espacio. En ella se asimila la conciencia al

espacio y, al igual que en la conciencia aparecen contenidos, el espacio es el ámbito en donde se dan las formas, los objetos, todo lo que podemos conocer o experimentar. El espacio no sólo es un espacio físico, en donde aparecen los objetos físicos. También es un espacio mental en el que surgen fenómenos mentales de todo género, como sensaciones, percepciones, recuerdos, pensamientos, etc.

Al estar en presencia, no perdemos de vista la existencia del espacio, en el que todos los objetos y formas se manifiestan. El espacio acoge en su seno a todo aquello que podemos imaginar. El espacio no tiene límites, no se acaba, no se destruye, no puede desaparecer. Por eso, cuando nos reconocemos en el espacio (en la conciencia) nos damos cuenta de que somos invulnerables, de que no podemos ser dañados en lo esencial. El sufrimiento aparece porque habitualmente nos identificamos con las formas, que sí son vulnerables, que aparecen y desaparecen, que pueden ser destruidas, dañadas o, simplemente, perderse para siempre. Es nuestra identificación exclusiva con los contenidos del espacio (o de la conciencia) lo que nos hace susceptibles de padecer y de sufrir. Tenzin Wangyal (21) lo expresa así: *Si permanecemos en la naturaleza de la mente, fundidos con el espacio en lugar de identificarnos con lo que surge en él, hay un efecto en la vida. No hay nada que defender, ningún yo que necesitamos proteger, porque nuestra propia naturaleza es espaciosa y puede acomodarle todo. El vacío no necesita defensa. El espacio no puede ser dañado. Nadie puede afectarlo.*

Cuando hacemos extensivo el estado de presencia a la situación terapéutica, se habla de “presencia terapéutica”, siendo esta presencia un elemento crucial de la relación terapeuta-paciente. En la presencia terapéutica nos encontramos abiertos a los contenidos de la conciencia del paciente, sin saber lo que vamos a encontrar y sin reaccionar a ellos de manera inmediata. En la situación terapéutica entramos en sintonía con el paciente, es decir, percibimos su estado mental y afectivo a través de las sensaciones que experimentamos en nuestro propio cuerpo (para una detallada explicación de este proceso neurofisiológico, véase Siegel, 22). Y a partir de esa sintonía, puede producirse la resonancia, que Siegel define como *el acoplamiento de dos entidades autónomas en un todo funcional*. Es interesante resaltar que los mismos circuitos cerebrales implicados en la sintonía y la reso-

nancia son los que se activan durante la práctica de *mindfulness*. Por ello, puede decirse que *cuando practicamos mindfulness nos estamos preparando, de alguna manera, para hacer terapia y cuando hacemos terapia, estamos incrementando nuestra capacidad de practicar mindfulness* (23). De ahí que estén justificadas las palabras de Siegel que citaba al comienzo del capítulo cuando afirma que *la práctica de la atención plena puede considerarse el entrenamiento básico para la mente de cualquier terapeuta* (2).

Por tanto, entrar en el estado de presencia, no sólo nos coloca en una posición diferente respecto a nosotros mismos, sino que afecta de manera destacada nuestra relación con los demás y, en el caso de que seamos terapeutas, influye de manera decisiva en la relación terapéutica. El (o la) terapeuta *mindful* se encuentra abierto a las experiencias del paciente, acepta sus propias sensaciones corporales en respuesta a lo que el paciente le comunica y, no identificándose ni con unas ni con otras, está en disposición de producir una respuesta creativa a la situación, respuesta que puede ser un gesto, unas palabras, o simplemente una actitud de receptividad y contención. En resumen, el camino de la práctica de *mindfulness* nos hará desarrollar nuestra capacidad de estar presentes con el paciente y nos define y confirma como terapeutas creadores y eficaces.

## 6. Conclusión

Quisiera concluir este capítulo resaltando de nuevo lo que ya comentaba al principio. La necesidad del terapeuta de adquirir una formación sólida en *mindfulness* y la conveniencia de hacerlo de manera progresiva y continuada. Es fundamental comprender que dicho entrenamiento requiere tiempo, dedicación y constancia y que, cada uno o cada una, ha de confeccionarse un menú personalizado de experiencias *mindfulness*, con las que irá desarrollando sus capacidades, descubriéndose a sí mismo y recorriendo, en definitiva, su propio camino vital, que ha de ser, necesariamente, único y singular. Recorrer ese camino no es otra cosa que vivir, pero vivir con la plenitud que sólo es capaz de proporcionar la plena conciencia de que se vive y de lo que se vive.

## 7. Referencias

1. HANSON, R. y MENDIUS, R. *El cerebro de Buda: la neurociencia de la felicidad, el amor y la sabiduría*. Cantabria: Milrazones; 2011.
2. SIEGEL, D.J. *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós; 2010.
3. CAYOUN, B.A. *Mindfulness-integrated CBT*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
4. HÖLZEL, B.K.; CARMODY, J.; VANGEL, M.; CONGLETON, C.; YERRAMSETIA, S.M.; GARD, T. y LAZAR, S.W. "Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density". *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2011; 191:36-43.
5. LUTZ, A.; GREISCHAR, L.; RAWLINGS, N.; RICARD, M. y DAVIDSON, R.J. "Long-term meditators induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice". *PNAS*: 2004; 101: 16369-16373.
6. CHAH, A. *Being Dharma*. Boston & Londres: Shambhala; 2001.
7. BRAHM, A. *Mindfulness, Bliss and Beyond*. Somerville: Wisdom; 2006.
8. SIEGEL, R.D.; GERMER, C.K. y OLENDZKI, A. "Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?". En: DIDONNA, F. Editor. *Clinical Handbook of Mindfulness*. Nueva York: Springer; 2009.
9. KABAT-ZINN, J. *Wherever you go, there you are*. Nueva York: Hyperion; 1994.
10. ARMSTRONG, G. "Talk at the Mind and Life Institute". En BARRE, M.A. *Scientist's Retreat*, Insight Meditation Society; 2008.
11. BISHOP, S.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.D.; CARMODY, J.; SEGAL, Z.V.; ABBEY, S.; SPECA, M.; VELTING, D. y DEVINS, G. "Mindfulness: A proposed operational definition". *Clin Psychol Sci Prac*: 2004; 11: 230-241.
12. CHAH, A. *A Still Forest Pool*, Wheaton, IL: Quest Books; 2004.
13. MACHADO, A. *Poesías completas*. Madrid: Espasa Calpe; 1969.
14. TAO TE CHING. Barcelona: Oasis; 1997.
15. SIMÓN, V.M. "La deuda emocional". *Psicothema*: 2003; 15 (2): 328-334.

16. CHÖDRÖN, P. *La sabiduría de la no evasión*. Barcelona: Paidós; 1998.
17. NEFF, K. "The science of self-compassion". En GERMER, C.K.; SIEGEL, R. (Eds.) *Compassion and wisdom in psychotherapy*. New York. Guilford Press; 2012.
18. GERMER, C.K. *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós; 2011.
19. SIMÓN, V. *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial; 2011.
20. DEIKMAN, A.J. *The observing self*. Boston: Beacon; 1982.
21. WANGYAL, T. *La esencia pura de la mente*. México: Pax México; 2008.
22. SIEGEL, D.J. *The Mindful Therapist*. New York: Norton; 2010.
23. SIMÓN, V. *Mindfulness y psicología: presente y futuro*. *Información psicológica*: 2010; 100: 162-170.

# 3

## *Mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad

---

*Marta Alonso Maynar*

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y en Psicoterapia  
Directora de Global-C Psicólogos, Centro de Psicología  
Clínica, Valencia*

## Esquema del capítulo

1. Introducción
2. Mecanismos psicopatológicos subyacentes a los trastornos de ansiedad
  - 2.1. Naturaleza psicobiológica del miedo y la ansiedad. Procesos subyacentes a la ansiedad clínica.
  - 2.2. Ansiedad como evitación experiencial.
  - 2.3. Atención selectiva, sesgo interpretativo y pensamiento orientado hacia el futuro.
3. Aplicación Clínica de *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad
  - 3.1. Objetivos de *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
  - 3.2. La preparación del terapeuta y su rol en la relación terapéutica.
  - 3.3. La perspectiva del observador.
  - 3.4. La presencia consciente.
  - 3.5. La aceptación del miedo y la incertidumbre. Soltar el control.
  - 3.6. Desidentificación. Defusión cognitiva.
  - 3.7. Desliteralización.
  - 3.8. Regulación emocional.
  - 3.9. Exposición *mindful*.
  - 3.10. Bondad hacia uno mismo o autocompasión: sentirse seguro.
4. Programa de intervención individual en 12 sesiones
  - 4.0. Fundamentos del programa.
    - 4.1. Sesión 1: Historia clínica. *Setting*. Actitud del terapeuta.
    - 4.2. Sesión 2: Evaluación. Psicoeducación: mecanismos de ansiedad y evitación experiencial.
    - 4.3. Sesión 3: Psicoeducación: concepto de *mindfulness* y sus componentes. Lo que *mindfulness* no es.
    - 4.4. Sesión 4: Mecanismos de acción de *mindfulness*. Introducción a la práctica.

- 4.5. Sesión 5: El estado de presencia. Meditación del ahora. Anclaje 1º: práctica de la respiración focalizada en la espiración.
  - 4.6. Sesión 6: Aceptación vs. lucha y evitación. Anclaje 2º: la conciencia de las sensaciones corporales. Meditaciones en movimiento para situaciones agudas.
  - 4.7. Sesión 7: Práctica de barrido corporal adaptada a trastornos de ansiedad. Exposición *mindful* interoceptiva: práctica de *mindfulness* focalizando en las sensaciones corporales de ansiedad.
  - 4.8. Sesión 8: Defusión cognitiva. Desliteralización. Práctica específica para pensamientos de preocupación y/o temor.
  - 4.9. Sesión 9: Compasión o bondad amorosa hacia uno mismo. Trabajo con valores. Práctica de compasión para sentirse a salvo.
  - 4.10. Sesión 10: Exposición *mindful*: meditación de compasión de las emociones.
  - 4.11. Sesión 11: La paradoja de *mindfulness*. Práctica de exposición *mindful* interoceptiva: caminando hacia el miedo.
  - 4.12. Sesión 12: Cierre: Revisión del tratamiento. Plan de práctica post-tratamiento. Evaluación final.
5. Reflexiones finales y conclusiones
  6. Referencias bibliográficas
  7. Anexo 1: Guión completo de la Práctica de la Respiración Focalizada en la Espiración.

## 1. Introducción

El ser humano tiene la capacidad de vivenciar un tipo diferente de miedo al que tienen los animales, **el miedo psicológico**, el cual puede adoptar diversas formas: ansiedad, estrés, agitación, desazón, inquietud, preocupación, tensión, nervios, obsesión, temor, fobia, etc.; pero su gran peculiaridad es que no tiene nada que ver con ningún peligro real, objetivo e inmediato.

El miedo psicológico siempre se refiere, bien a **algo que podría pasar, bien a algo que ya pasó y podría volver a ocurrir**, no a algo que está sucediendo en este momento. El organismo de la persona que lo padece está en el “aquí y ahora”, mientras que su mente está en el futuro anticipando realidades posibles o nuevas repeticiones de realidades pasadas. Este estado disociado del presente y de la realidad objetiva es muy peculiar, ya que es en sí mismo ansiógeno.

Cuando observo dentro del coche los rostros de los demás conductores, parada en un semáforo, me doy cuenta de que habitualmente vivimos en ese doble nivel de “realidad”. Sus expresiones, hasta que toman conciencia de la realidad externa y ponen el coche de nuevo en marcha, delatan la existencia de un mundo paralelo: están en sus pensamientos, en un mundo mental totalmente alejado de lo que pasa en ese instante. El cuerpo está ahí, pero la mente está en cualquier otro lugar, recreando cualquier otra cosa, queriendo estar ya en otra parte (los que se impacientan), o bien recreando algo que ya sucedió o que desean que suceda (los que no arrancan). Al observar estas y otras muchas situaciones cotidianas, voy comprendiendo lo que es “**la enfermedad de pensar**” y considero que ese estado descoordinado de la mente y el cuerpo, yendo los pensamientos por un lado, las emociones por otro y las sensaciones físicas en una tercera dirección, es en sí mismo patológico. Sencillamente, no sólo no estamos en el presente sino que vivimos fragmentados, nuestra percepción de la realidad está dividida, dispersa y necesariamente aparece la distorsión, los sesgos atencionales e interpretativos y finalmente la patología ansiosa.

El cuerpo con su inteligencia natural es esclavizado por la mente que está desbordada por un intento continuo de control, de planificación, de previsión, de evitación, de discrepancia entre “**lo que es y lo**

**que debería o podría llegar a ser”**. De esta forma, la mente de la persona ansiosa tiene vida propia, vida separada del cuerpo y de la realidad objetiva. La mente ansiosa vive para evitar el peligro futuro, hasta tal punto, que el organismo acaba padeciendo diferentes trastornos de ansiedad.

En este capítulo pretendo explicar de forma clara y concisa, en primer lugar, cuales son los principales mecanismos terapéuticos en la práctica de *mindfulness*, que operan en la mejora de los distintos trastornos de ansiedad, Asimismo propongo, en segundo lugar, un programa de tratamiento individual, basado en *mindfulness*, para tratar pacientes con diferentes modalidades de patología ansiosa. Dicho programa ha sido aplicado por la autora en 42 casos de diferentes trastornos de ansiedad a lo largo de dos años (agorafobia con ataque de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, claustrofobia, fobia social y estrés postraumático) con buenos resultados terapéuticos incluso a largo plazo (1 año después del alta terapéutica) tras el cual, se mantenía la remisión sintomática y la calidad de vida de los pacientes había mejorado considerablemente. La estructura del programa se centra en diferentes prácticas de *mindfulness* que considero muy útiles para la intervención en el tratamiento de los trastornos de ansiedad e invito a los psicoterapeutas a que lo utilicen y lo adapten como mejor encaje en su práctica clínica, con el profundo deseo de que les sirva de apoyo en la misma.

## **2. Mecanismos psicopatológicos subyacentes a los trastornos de ansiedad**

Lo que se denomina ansiedad es un proceso bastante complejo en el que están interrelacionados la **fisiología** (sensaciones corporales debidas a un exceso de activación del sistema nervioso simpático, dolores, estrés agudo), **las emociones** (fundamentalmente el miedo y sus variantes: preocupación, inquietud, desasosiego, etc.) **el área cognitiva** (pensamientos negativos e incluso catastróficos sobre el futuro y elucubraciones sobre la forma de evitar que ocurran) y, por último, **la conducta**.

En este apartado vamos a exponer una breve descripción del funcionamiento de la ansiedad, desarrollando el concepto central de la evitación experiencial y de los diferentes sesgos que subyacen a la génesis de la patología ansiosa, sobre los que *mindfulness* ejerce una acción terapéutica directa.

### ***2.1. La naturaleza psicobiológica del miedo y la ansiedad. Procesos subyacentes a la ansiedad clínica***

El comportamiento de las personas ansiosas es especialmente interesante, porque utilizan una forma especial de respuesta: **la conducta evitativa**. Es decir, tratan de evitar situaciones que les producen reacciones fisiológicas displacenteras y pensamientos y emociones dolorosos.

La mente pone en marcha una curiosa reacción hacia estos sentimientos o pensamientos que intentamos sacar fuera de nosotros que se puede resumir en la frase: *aquello a lo que me resisto, persiste* (1). Y como resultado, de una forma inconsciente y constante, uno tiene que dedicar una gran cantidad de energía mental a mantener ciertos contenidos de la mente fuera de su conciencia. Lo que interesa destacar es el hecho de que cuando uno de estos pensamientos, emociones o impulsos se acercan a la conciencia del individuo, éste se pone ansioso. El sistema fisiológico de lucha-huída se activa debido al temor de que estos contenidos irrumpen en la conciencia, aunque no respondan a situaciones reales.

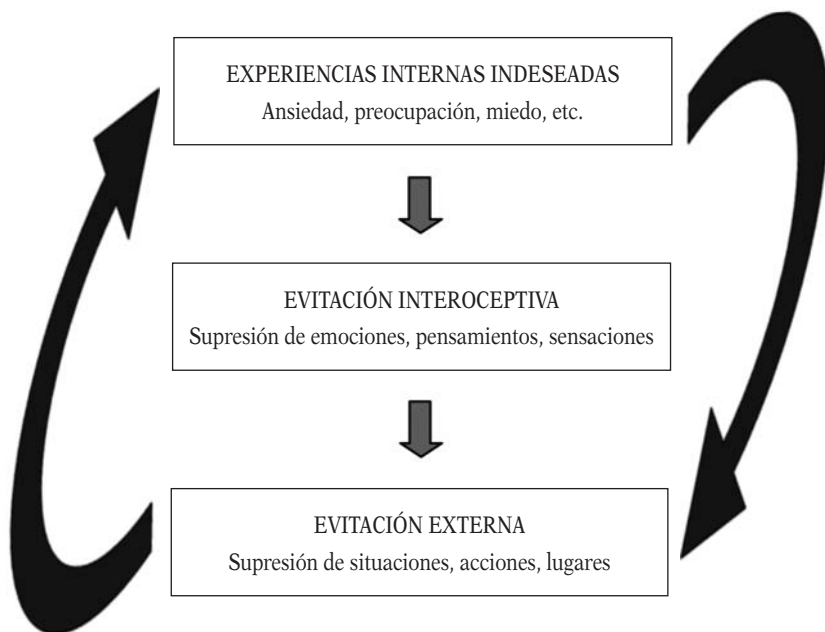
### ***2.2. La ansiedad como evitación experiencial***

A ese modo particular de comportarse que utilizan las personas que padecen ansiedad se le denomina “evitación experiencial” (2). Tiene tal importancia para el mantenimiento de los trastornos de ansiedad, que vamos a dedicarle un apartado específico.

La evitación experiencial ocurre cuando una persona no desea permanecer en contacto con experiencias determinadas (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos...) y, entonces, se

implica activamente en alterar la frecuencia y la forma de esos eventos así como de los contextos que lo ocasionan (3), provocando la supresión de emociones y pensamientos. La cuestión es que tales esfuerzos por evitar esas experiencias, conducen directamente a todo lo contrario: a exacerbarlas hasta llevar a a la persona a sentirse aún más fuera de control. Es decir, que el alivio inmediato que uno siente, tanto al evitar situaciones externas como contenidos internos displacenteros, conduce a reforzar negativamente la situación de la que huye y provoca una tendencia a repetir cualquier conducta de escape que minimice las sensaciones displacenteras.

De acuerdo con esto, los individuos con un patrón habitual de evitación conductual, tendrán muchas más probabilidades de desarrollar más miedo y más huída ante un ataque de pánico inesperado, que aquellos que aceptan mejor sus experiencias internas. Cualquier forma de ansiedad, miedo o preocupación, se convierte en una experiencia interna indeseada que conduce a intentos de evitación externa a fin de controlar la no ocurrencia de la primera, que a su vez conducen a un paradójico incremento de la severidad de los síntomas, tal y como ilustra el siguiente esquema:



La supresión de pensamientos y sentimientos contribuye claramente al desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada (4), fobias específicas (5) y al trastorno de estrés post-traumático (6).

En definitiva, las reacciones a las experiencias internas tales **como juzgarlas, identificarse o fusionarse con ellas, temerlas y/o evitarlas están asociadas con un incremento del malestar** y de reacciones disfuncionales. Estos factores se proponen como la clave en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

Como veremos más adelante, *mindfulness* trabaja de forma central con la **aceptación** versus la evitación. En tal aproximación se enseña a los pacientes a sentir las emociones y las sensaciones corporales plenamente y sin evitación, trabajando el proceso de observación de una forma desidentificada, amorosa y compasiva. También aprenden a focalizarse en el cambio de comportamiento hacia direcciones acordes con sus valores, en vez de centrarse en modificar pensamientos y sentimientos.

### ***2.3. Atención selectiva, sesgo interpretativo y pensamiento enfocado hacia el futuro***

Una de las características primarias comunes en todos los trastornos de ansiedad es la **atención selectiva** a estímulos amenazadores, un sesgo cognitivo que implica dirigir la atención hacia estímulos amenazadores potenciales (visión de túnel), o simplemente tener una hipersensibilidad hacia el medio interno o externo en cuanto a dichos estímulos. De manera que, por ejemplo:

Los individuos con **trastorno de pánico** atienden de forma selectiva a estímulos físicos relacionados con amenaza y exhiben una hipervigilancia ante ciertas sensaciones físicas.

Los individuos con **trastorno por estrés post-traumático** demuestran un sesgo atencional hacia los estímulos relacionados con su trauma en particular.

Los individuos con **fobia social** muestran un sesgo ante el reconocimiento de expresiones faciales que demuestran crítica o censura y una atención excesivamente centrada en sí mismos.

Los individuos con **trastorno de ansiedad generalizada** asocian la sensación de preocupación a un estado de peligro.

Debido a que la inflexibilidad y rigidez de la atención en estos pacientes puede derivar en la pérdida de información adicional importante, proveniente del medio y no relacionada con la ansiedad, puede ser muy útil **ayudarles a expandir y ampliar su percepción, atención y conciencia** de forma que puedan incorporar **todos los aspectos** de su medio interno y externo, sean amenazadores o no.

Además, los trastornos de ansiedad no sólo se caracterizan por estos sesgos atencionales, sino también por una interpretación de los estímulos como amenazadores; es lo que denominamos **sesgo interpretativo**. El trastorno de pánico, por ejemplo, se asocia con la interpretación catastrófica de ciertas sensaciones corporales que iban unidas a sus experiencias iniciales de ansiedad y pánico.

Además del sesgo interpretativo, existe otro rasgo común a los trastornos de ansiedad: un foco de **pensamiento orientado hacia un futuro** con expectativas de consecuencias negativas y catastrofistas.

Consideramos, pues, como esencial, tratar de **enseñar a los pacientes a refocalizar su atención en el momento** presente y a traer continuamente la atención de nuevo a sus experiencias actuales cuando notan que se han distraído con pensamientos futuros. Esta es la práctica básica de *mindfulness* y ayuda de forma evidente a disipar las consecuencias negativas asociadas a dicho repertorio de pensamientos negativos.

### **3. Aplicación clínica de *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad**

Las características más importantes, comunes a todos los trastornos de ansiedad, a las cuales se dirige directamente la práctica de *mindfulness* son:

- Evitación conductual o experiencial.
- Rigidez cognitiva.
- Repertorio rígido de respuestas conductuales.

Es este apartado se explican de forma concisa las diferentes variables terapéuticas de *mindfulness* que determinan el uso clínico del mismo en la patología ansiosa.

### ***3.1. Objetivos de mindfulness en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad***

La curación bajo mi punto de vista, es un proceso que consiste en **unir**. Para que esto ocurra, todas las partes separadas y aisladas o negadas deben ser integradas en la conciencia.

*Mindfulness*, dentro de las diferentes formas de incorporarlo en los modelos terapéuticos actuales basados en la aceptación, se apoya en tres objetivos fundamentales para el tratamiento de la ansiedad:

**Primero: Expandir la toma de conciencia** del paciente sobre sus experiencias. Se le enseña y motiva a observar sus respuestas emocionales con una claridad incrementada, a observar la función de sus experiencias internas, a ser más consciente de las acciones externas e internas evitativas que lleva a cabo, destinadas a controlar tanto la ansiedad como los pensamientos relacionados con ella, y a observar de una forma más aguda las consecuencias asociadas a tales acciones.

**Segundo: Provocar un cambio radical de actitud vital**, evolucionando de una actitud mental enjuiciadora y controladora hasta una actitud amorosa, compasiva y no enjuiciadora, aceptando todos los contenidos sean del signo que sean, y evitando etiquetas tales como “pensamientos irracionales” o “pensamientos racionales”.

**Tercero: Mejorar la calidad de vida del paciente en general**, enfatizando la flexibilidad cognitiva e implicándose completamente en su presente vital, para provocar cambios que enriquezcan de modo generalizado su vida.

De forma que, la práctica continuada de *mindfulness* en sus diferentes modalidades, se puede, a su vez, visualizar como tres procesos que se van desplegando progresivamente:

1. *Darse cuenta de todos los contenidos internos con una INTENSA LUCIDEZ, incluso siendo conscientes de nuestros impulsos antes de ser actuados.*
2. *AMPLIAR LA VISIÓN de uno mismo y tomar perspectiva y profundidad de lo que nos ocurre y de cuáles son las causas<sup>1</sup>.*
3. *PERMITIR conscientemente, en vez de bloquear, los fenómenos del pensamiento, emoción, recuerdo, sensación, imagen, etc.*

Permitiendo se produce, eventualmente, la disolución natural de dichos contenidos sin producir conflictos internos y sin dejar “residuos” o “huellas” en nuestra psique. El ciclo de disolución natural al que me refiero es como el de cualquier ser vivo: los contenidos aparecen ante nuestra conciencia observadora, se desarrollan y mueren. Dichos fenómenos entendemos que son producciones u objetos mentales. Dicho de otra forma, **no son realidades**.

De esto se desprende que la práctica de *mindfulness* nos ayuda a ver cómo nuestros pensamientos, emociones y sensaciones cambian rápidamente. Uno se da cuenta de que no hay forma de mantener y fijar los estados categorizados como “placenteros” y descartar definitivamente los estados categorizados como “displacenteros” (7).

### ***3.2. La preparación del “Terapeuta Mindful” y su rol en la relación terapéutica***

Según mi perspectiva, la experiencia de aproximarse a la vida de forma *mindful* solo puede ser comprendida a partir de la experiencia directa del individuo. Por más lectura o explicación que lleve-

---

1. Es decir, alcanzar una comprensión cada vez mayor de la naturaleza humana, lo cual va traduciéndose en un **estado de aceptación** de todos los fenómenos que acontecen en nuestra mente, independientemente de que hayan sido etiquetados con un signo positivo o negativo.

mos a cabo, ninguna de ellas llegarán a dar cuenta de la experiencia de *mindfulness* sino es a través de la práctica.

Como *mindfulness* es un estado netamente experiencial, no conceptual, por encima del procesamiento cognitivo intelectual habitual (basado en conceptos, palabras y pensamientos) entiendo que no es posible enseñárselo al paciente si el terapeuta no lo tiene integrado mediante la práctica intensiva y diaria del mismo.

De hecho, los instructores de *MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy)* (8) descubrieron que eran poco efectivos hasta que empezaron a meditar con regularidad. Además, existe evidencia empírica preliminar de que el terapeuta *mindful* es más eficaz que aquel que no practica *mindfulness* (9).

Por otra parte, el uso de *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, puede requerir un cambio en la perspectiva por parte del psicoterapeuta, ya que la meta no es necesariamente reducir la ansiedad y los síntomas relacionados con ella, sino **cambiar la forma en la cual los pacientes responden y se relacionan con dichos síntomas**, ayudándoles a construir una vida que merezca la pena a pesar de su experiencia de ansiedad. Así pues la reducción de la ansiedad sería una consecuencia secundaria al tratamiento.

La bondad hacia el paciente y la aceptación de todas sus experiencias y acciones, es un pilar fundamental de la relación terapéutica *mindful*. En un esfuerzo por incrementar la compasión<sup>2</sup> del paciente hacia sus experiencias internas, el terapeuta modela la compasión genuina a través de la relación terapéutica, respondiendo consistentemente ante el malestar emocional, pensamientos extremos o sensaciones corporales desagradables como sucesos universales humanos. De esta premisa se puede deducir que los métodos y técnicas de *mindfulness* son tan relevantes para los pacientes como lo son para los terapeutas.

Para ampliar este apartado puede resultar muy interesante leer detenidamente el capítulo 1 de este manual, en el que se describe magistralmente la construcción del espacio terapéutico (punto 1) y se define qué es lo que aporta *mindfulness* a la relación terapéutica.

---

2. Término utilizado en el sentido budista de apoyo incondicional.

### 3.3. *La Perspectiva del Observador*

*Mindfulness* nos da una nueva perspectiva sobre nuestros procesos de pensamiento. La práctica de *mindfulness* revela que, independientemente de nuestras circunstancias, la mente continúa pensando sin descanso y que nuestros estados de ánimo siguen cambiando. Observamos que pensamientos y emociones placenteros y displacenteros continúan apareciendo indefectiblemente, como un río continuo lleno de objetos que flotan en él y discurren por la corriente (10).

La primera habilidad *mindful* que ayudamos a desarrollar en un paciente con un trastorno de ansiedad es la del **testigo u observador silencioso**. La mente se coloca en una posición en la que observa atentamente y de forma imparcial, todos los fenómenos que acontecen en el espectro de la conciencia. Como la inmensa mayoría de los pacientes nunca han practicado esta forma de observación, se utilizan una serie progresiva de ejercicios de *mindfulness* específicamente diseñados para desarrollar la cualidad de la observación consciente que mostraré detalladamente en el programa de intervención.

En última instancia se trata de llegar a darse cuenta de cómo el sujeto ha sustituido la realidad por los pensamientos sobre la realidad, sin embargo son sólo eso: **representaciones mentales más o menos distorsionadas de “LO QUE ES”<sup>3</sup>**.

### 3.4. *La Presencia Consciente*

Una variable terapéutica fundamental es la verdadera conciencia del momento presente como clave para transformar la relación con la ansiedad.

Para entrar en el presente es importante consolidar esa cualidad de atención vigilante en nosotros mismos y en el interior del cuerpo (11). Las sensaciones corporales, que tanto miedo producen en los

---

3. Por LO QUE ES nos referimos a la realidad objetiva. A la existencia tal y como es, en contraposición a la existencia tal y como la percibimos habitualmente de forma sesgada, desde nuestros filtros mentales, creencias y guiones emocionales.

trastornos de ansiedad, se convierten con la práctica de *mindfulness* en un anclaje perfecto con el momento presente.

Como veíamos en la introducción, en la persona ansiosa, ocurre habitualmente que su cuerpo está en el presente mientras que su mente se halla disociada del mismo, vagando en pensamientos catastróficos futuros o anticipatorios (ataque de pánico, fobias ansiedad generalizada) o bien recuerdos traumáticos pasados (estrés post-traumático) estrechando enormemente la experiencia de lo que ocurre en el presente. La persona no está en el único sitio donde verdaderamente estamos: **aquí, ahora**; así a partir de ese estado mental fragmentado, comienzan los procesos que generan la ansiedad.

La simple práctica de traer la mente a la realidad del presente y anclarla en el cuerpo y la respiración (que son dos factores que siempre y sólo ocurren en el presente) va produciendo una calma profunda en todos los sistemas, pues se produce un estado natural de armonía integrada de nuestras diferentes facetas cuerpo-mente.

En el instante en el que cesamos de desarrollar un pensamiento o de perdernos o identificarnos con él, surge un estado que podemos denominar “**Estado de Presencia**” y es un mecanismo central de cambio, subyacente a la práctica de *mindfulness*.

### **3.5. Aceptar el miedo y la incertidumbre Soltar el control**

Para trabajar la aceptación de las dos bestias negras de los trastornos de ansiedad, **el miedo y la incertidumbre**, se hace una distinción entre el dolor que es parte de la existencia humana, y el sufrimiento crónico e intenso que el paciente está experimentando como resultado de su resistencia a aquel.

En este sentido, es importante explicar al paciente que la aceptación no es una resignación que uno tiene que aprender para vivir con ese sufrimiento.

Aceptar se opone a reaccionar. La aceptación es el antídoto de la resistencia y por lo tanto del sufrimiento. Se trata de una actitud vital

que hay que hacer comprender una y otra vez a la persona que padece la ansiedad, explicándole que se desarrolla paulatinamente con la práctica constante de *mindfulness*. De forma que es tremendamente importante hacerle entender al paciente que cuanto más resistencia ejerza sobre sus pensamientos, emociones, recuerdos, etc, más se intensificarán dichos contenidos y más perdurarán, mientras que si es capaz de observarlos y “soltarlos”, es decir, dejarlos pasar para volver a centrarse en el momento presente, los contenidos efectuarán su ciclo natural en un breve espacio de tiempo, como si se tratase de una ola rompiendo en la orilla:



EMERGER ANTE LA CONCIENCIA- DESPLEGARSE-DISOLVERSE

Lograr una **maestría de la experimentación**, en vez de una maestría en el control de los contenidos de la conciencia

Aceptación en *mindfulness* significa contemplar las cosas exactamente como son en cada momento. No significa que a uno le tiene que gustar lo que ve o comportarse pasivamente acerca de todo. Simplemente se trata de observar con la atención y el deseo de ver las cosas tal y como son en este momento.

Aceptar significa, en última instancia, que uno llega a comprender la naturaleza real de los acontecimientos que le suceden: “Acepto porque comprendo totalmente lo que ocurre”. Podemos denominar a esos estados de comprensión súbita como *Insight*, o “**vislumbre**” en castellano. Se trata de estados de lucidez no mediados por conceptos o pensamientos, que van apareciendo a medida que se afianza la práctica y que suponen el estado mental contrario al estado de embotamiento e ignorancia en el que habitualmente nos hallamos sumergidos (la muy conocida “mente de mono” budista).

### 3.6. *Desidentificación. Defusión cognitiva*

Se trata de un mecanismo de cambio muy importante. Para entender este concepto, debemos exponer primero el concepto de Fusión Cognitiva (3) que se define *como el proceso por el cual la persona convierte en indistinguible su percepción de sí misma respecto de sus experiencias internas que se hallan sometidas a un cambio constante* (pensamientos, emociones, sensaciones corporales e imágenes). Desde una perspectiva clínica este modelo sugiere que la fusión cognitiva será asociada con un malestar psicológico crónico y una rigidez en las respuestas conductuales.

O sea, que la tendencia a identificarse con el miedo o la ansiedad aumenta a medida que se refuerzan las sensaciones. “Tengo ansiedad” o “Estoy asustado” pasa a ser no sólo una autodescripción sino una identidad. La reacción al dolor se convierte en la experiencia dominante de la vida.

La continua observación de experiencias internas como fenómenos pasajeros que están separados del sentido del *self*, promueve la defusión cognitiva, lo cual resulta en la reducción del impulso del paciente a la evitación experiencial.

Teasdale y colaboradores (8) hablan del término *decentering* que se suele traducir por “descentramiento de uno mismo” para referirnos a la supervisión metacognitiva o el proceso de experimentar pensamientos y emociones desde una perspectiva en la que la conciencia de uno mismo es amplificada y ampliada, viendo estos contenidos como un devenir, como fenómenos que transcurren y pasan de largo, a diferencia del *self* o la realidad, que permanece (“aquello que observa”).

Es fácil deducir, pues, que con la práctica continuada de *mindfulness* cambia, por lo tanto, nuestro sentido de identidad. Eventualmente uno se identifica cada vez menos con los contenidos del yo, como un organismo separado y siempre cambiante, y comienza a experimentar a sí mismo como esa conciencia que observa, formando parte de un universo más amplio. A este cambio en el sentido de identidad se le denomina desidentificación.

### ***3.7. Desliteralización***

Los pacientes con trastornos de ansiedad se pueden beneficiar enormemente aprendiendo a describir sus experiencias internas simplemente tal y como son, ayudándoles a desarrollar una comprensión de que dichas sensaciones o pensamientos no son inherentemente dañinos.

Tan importante como una observación plena de lo que ocurre, es la capacidad de etiquetar verbalmente las experiencias tal y como son: “una emoción es sólo una emoción, un pensamiento es sólo un pensamiento”, etc.

A esta capacidad la llamaremos desliteralización: tratar de cambiar el impacto de los eventos verbales modificando cómo uno se relaciona con dichos eventos y alterando el contexto funcional en el cual ocurren esos eventos (12). En vez de experimentar las palabras y pensamientos como iguales a los eventos que representan o responder a los pensamientos en términos de su literalidad, uno aprende que sus pensamientos y discurso verbal no tienen por qué ser verdad, ni responder a realidades, ni tampoco comportarse conforme a ellos.

### ***3.8. Regulación Emocional***

Dada una intensa respuesta emocional y una pobre comprensión de la misma, los sujetos ansiosos pueden experimentar las emociones como aversivas y ponerse ansiosos cuando ocurren.

Históricamente el término “Regulación Emocional” ha sido construido para denotar la capacidad de poder modular o controlar la intensidad de **la emoción**. No obstante, definiciones más contemporáneas reconocen que muchos esfuerzos por controlar son disreguladores y que **permitir o acentuar una emoción puede ser también regulador** (13).

Mennin y colaboradores (14) sugieren un modelo de disregulación emocional en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo con cuatro factores:

1. Intensidad emocional excesiva.
2. Comprensión pobre de los estados emocionales.
3. Reacción negativa al propio estado emocional.
4. Respuestas inadaptadas en el manejo de las emociones.

Estos cuatro factores tienen patrones predictores únicos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Fobia Social. Todos los trastornos de ansiedad muestran una relación con al menos uno de los factores excepto el Trastorno de Ansiedad Generalizada que demuestra una relación con todos los factores.

En realidad, todos los modelos basados en *mindfulness* han comenzado a enfatizar los fenómenos emocionales y todos ellos comparten la propuesta de permitir que ocurran todas las experiencias emocionales, incluso aquellas que son negativas o dolorosas. Roemer y Orsillo (15) afirman que la regulación emocional es inherente a la práctica de *mindfulness*.

*Mindfulness* puede facilitar la regulación emocional, puesto que mejora la atención sobre todos los acontecimientos cognitivos y emocionales tal como aparecen (16). Para estos autores, el mecanismo central de la conciencia plena, la reperiencia<sup>4</sup>, permite ir más allá de las emociones negativas, y verlas simplemente como estados que aparecen y después se pasan, cortando el eterno y autoperpetuado ciclo de evitación/control emocional y el malestar creciente asociado, que es común a todos los trastornos mencionados.

### 3.9. Exposición Mindful

El mismo principio de la Exposición con Prevención de Respuesta que se utiliza en la terapia conductual cognitiva, es decir, aproximarse a lo que tememos y permanecer frente a ello hasta que la ansiedad eventualmente es abatida, está en la base de la práctica de *mindfulness*.

---

4. Habilidad para desidentificarse de los contenidos de la propia conciencia y un cambio de perspectiva en donde lo que se observa es distinto de quien lo observa. La mente se convierte en objeto de observación en vez de sujeto.

La observación sostenida, sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin intentar escapar o evitarlas, puede reducir la reactividad emocional (17). En general, el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los afectos y a las situaciones aversivas (18).

Así pues, con *mindfulness* podemos generar deliberadamente una situación ansiógena y practicar el estar presente con ella, focalizando en la aceptación y en la compasión. Esto incrementa nuestra capacidad de sobrellevarla. Sabemos que la ansiedad requiere resistencia para mantenerse e incrementarse. El desafío es estar presente con ella lo suficiente.

De esta forma se puede intensificar el efecto de las técnicas de exposición tradicionales. Hay una serie de diferencias sutiles entre la exposición *mindful* y la exposición tradicional. Tales diferencias pueden incrementar la eficacia de esta última. Los modelos terapéuticos basados en la aceptación incluyen un número de métodos clínicos específicos que ya hemos definido (aceptación, defusión cognitiva, desliteralización, etc.) cuyo objetivo es directamente disminuir la evitación experiencial y aumentar la aproximación. Esto puede ayudar a pacientes muy evitativos que declinarían practicar la exposición tradicional.

### ***3.10. Compasión o Bondad hacia uno mismo en los Trastornos de Ansiedad: Autocompasión para sentirse seguro***

Culturas como la tibetana tienen la compasión como una práctica meditativa central. Utilizamos la palabra compasión en el sentido budista de empatizar con el sufrimiento propio y ajeno, y sentir amor bondadoso tanto por uno mismo como por los propios contenidos de la consciencia que han sido creados por aquél.

Más específicamente, la compasión puede entenderse como un poderoso sentimiento interior que implica la apertura a la simpatía y ternura de nuestro corazón en presencia de la aflicción. Junto a esta

apertura se da una sensación de conexión con el otro. Y, a menudo, tiene lugar un fuerte impulso para actuar y aliviar el dolor (19), para cuidarse, para darse apoyo pase lo que pase, hayamos hecho lo que hayamos hecho, nos guste o no lo que ocurre.

La compasión no es autoestima, si entendemos esta última como un modo de autoafirmación del yo. Es una disposición de cuidado, cariño, ternura y apoyo incondicional ante cualquier ser que sufre o ante una situación de sufrimiento. Se empieza desarrollándola para con uno mismo y se cultiva mediante la práctica hasta que se extiende hacia fuera, hacia todo y hacia todos.

En nuestra comprensión de *mindfulness* no podemos concebir un acto verdaderamente terapéutico sin cultivar consistentemente, tanto el paciente como el terapeuta, la compasión en todas sus dimensiones. Así que después de ejercitar la observación y desarrollar el estado de Presencia y la desidentificación, se entrena al paciente en cultivar la compasión y la apertura hacia todas sus experiencias.

Brantley (20) comenta que sostener el miedo, la ansiedad o el pánico con bondad y compasión es algo muy poderoso. Ese dolor que representa el miedo también demanda amor y compasión.

*En realidad Mindfulness es el arte de practicar el arte de LA ATENCIÓN  
AFECTUOSA hacia todo aquello que la vida nos ofrece.*

#### **4. Programa de intervención individual en 12 sesiones**

Existen multitud de opciones para trabajar con *mindfulness* en la modalidad de trabajo grupal, pero no en el contexto de psicoterapia individual para pacientes con patología ansiosa. Se da la circunstancia de que muchas veces bien el paciente, bien la institución, sólo pueden acogerse a sesiones individuales, pero no por ello vamos a privarles de los beneficios de una práctica sistematizada de *mindfulness*. Este programa ha sido desarrollado por la autora como un pro-

toloco orientativo de carácter muy práctico en el tratamiento para pacientes con trastornos de ansiedad bajo la modalidad de terapia individual. Aunque el programa se ha aplicado en todos sus pasos a 42 casos de diferentes modalidades de psicopatología ansiosa, se ha adaptado a cada paciente de una forma específica, pues la flexibilidad del mismo así lo permite, y ha variado en el número de sesiones manteniendo una media de 15.

Espero que pueda servir como una guía útil y práctica a la hora de incorporar *mindfulness* como enfoque clínico de base en los trastornos de ansiedad, por parte de aquellos facultativos que lo consideren como una opción terapéutica interesante.

#### **4.0. Fundamentos del programa**

El programa de intervención se basa en los cuatro pasos del Modelo de Barlow y Craske (21), pero utilizando los conceptos y ejercicios propios de *mindfulness*, es decir, **centrado en la aceptación del contexto y no en lograr el control de los síntomas**. Por ello considero que psicoterapeutas de cualquier enfoque clínico lo pueden adaptar dentro de sus sesiones y metodología como un recurso más.

Karekla (22) hipotetizó que integrar las técnicas de *mindfulness* con el tratamiento de Barlow y Craske, podía servir para mejorar la eficacia a corto y medio plazo del tratamiento del trastorno de pánico. Que ello ayudaría a incrementar la conciencia de todas las sensaciones y a promover la acción a pesar de pensamientos y emociones dolorosos, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Basándome en sus hipótesis he readaptado los cuatro pasos de la siguiente manera:

- 1. Psicoeducación respecto a la naturaleza de la ansiedad y los ataques de pánico.** Mientras que en el modelo clásico de Barlow y Craske se tratan estos tres puntos:
  - a. Propósito y función de la ansiedad y el pánico.
  - b. Los diferentes componentes en la respuesta de ansiedad.
  - c. Los costes de la ansiedad.

En la adaptación añado los siguientes puntos que ya se han descrito en los apartados anteriores de este capítulo y en el capítulo primero de este manual, a saber:

- d. Los efectos del mantenimiento de la evitación experiencial.
- e. Las dificultades de regulación emocional.
- f. Definición y componentes de *mindfulness*.
- g. Mecanismos de acción de *mindfulness*.

En el modelo Barlow y Carske se utiliza la **reestructuración cognitiva** como segundo paso para cambiar creencias incorrectas sobre las consecuencias del pánico, mientras que en esta adaptación se trabajan las creencias **observándolas como fenómenos mentales pasajeros** que no se juzgan como correctos ni incorrectos. Las creencias están sucediendo en todo momento pero al aceptarlas, observarlas desidentificadamente y dejarlas pasar, es decir, retornar siempre al momento presente, acaban por perder intensidad y dejan de tener tanto poder sobre el individuo. Una paciente mía que padecía claustrofobia lo definió maravillosamente con estas palabras: “A veces oigo una voz en mi mente que me intenta dar miedo: es la voz de mi pensamiento, pero yo le digo *sólo eres una nube que pasará, me intentas engañar pero en realidad no existes si yo no te doy fuerza*, y entonces se me pasa. Sé que son sólo pensamientos y que no son verdad.”

- 2. Exposición interoceptiva:** Se trata de la exposición repetida a sensaciones internas amenazadoras para debilitar las asociaciones hechas entre síntomas corporales específicos y reacciones de ansiedad. En este paso, el modelo clásico utiliza además técnicas de relajación y respiración diafragmática para aliviar los síntomas físicos.

En el modelo adaptado integrando *mindfulness*, **la respiración**, en vez de ser una técnica de relajación, se usa como una técnica de exposición centrada en el presente y en explorar las sensaciones internas. Más que relajarse, se trata de estar atento para ubicar las sensaciones de miedo, vergüenza o preocu-

pación en el organismo y tratar de inspirar y espirar con ellas. Se trata de “no ser ellas” sino “relacionarse con ellas” como un evento más de entre todos nuestros contenidos internos desarrollando una atención serena y concentrada ante la experiencia de cada momento.

En este sentido enseñaremos al paciente las siguientes prácticas de *mindfulness*:

- a. Práctica básica de la respiración focalizando en la espiración<sup>5</sup>.
- b. Meditación del ahora.
- c. Prácticas en movimiento para situaciones agudas.
- d. Barrido Corporal (Body Scan) adaptado a trastornos de ansiedad.
- e. Meditación de la compasión de las emociones.
- f. Práctica de exposición mindful: “Caminando hacia el miedo”.

La mayoría de ellas se pueden descargar en la página web de AMYS ([www.amys.es](http://www.amys.es)).

**3. Exposición situacional in vivo:** a las situaciones o lugares temidos para debilitar las relaciones entre los síntomas de ansiedad y las situaciones evitadas. En el modelo adaptado hablamos de la “Exposición *Mindful*” ya definida en el punto 3.9. del apartado anterior y que se presenta como una oportunidad para vivir conforme a los valores del paciente y a realizar acciones consistentes con esos valores a pesar de los sentimientos de ansiedad, en vez de presentarla como una habituación racional. Las prácticas adaptadas para este punto son:

- a. Práctica de los 3 minutos para momentos de estrés.
- b. Paseo meditativo.
- c. Práctica de *mindfulness* focalizando en las sensaciones corporales de ansiedad.
- d. Práctica de *mindfulness* para pensamientos de preocupación y temor.

---

5. Ver guión completo de esta práctica en el anexo 1 de este capítulo.

- e. Prácticas de compasión hacia uno mismo para sentirse a salvo.
- f. Plan personal de compasión hacia uno mismo.

Una vez planteados los fundamentos básicos del programa, paso a detallar su aplicación práctica sesión a sesión, teniendo en cuenta que cada una de ellas puede suponer más de una sesión con el paciente, según el caso y sus peculiaridades.

#### ***4.1. Sesión 1ª: Historia clínica. Actitud del psicoterapeuta***

Se lleva a cabo la historia clínica completa del paciente, el establecimiento del contrato terapéutico, la hipótesis diagnóstica y los objetivos terapéuticos, según los criterios habituales del facultativo. En esta sesión, como en todas las restantes, es muy importante que la actitud del psicoterapeuta hacia su paciente cumpla con los requisitos básicos de *mindfulness*: presente, atento, sereno, sin juicios, observando desidentificadamente, con aceptación y con bondad amorosa, tal y como hemos desarrollado en el punto 3.1. del apartado anterior. Recordemos que este estado de Presencia en el psicoterapeuta produce de forma implícita efectos terapéuticos en el paciente y facilita el modelado de *mindfulness* (9). Sugerimos leer de nuevo el capítulo 1 de este manual y revisar atentamente los conceptos de espacio terapéutico y relación terapéutica, que son esenciales en todas y cada una de las sesiones.

#### ***4.2. Sesión 2ª: Evaluación. Psicoeducación: mecanismos de la ansiedad. La evitación experiencial***

Aparte de los instrumentos para medir la ansiedad del paciente que cada psicoterapeuta utilice habitualmente, nosotros utilizamos los siguientes instrumentos específicos para medir distintos aspectos de *mindfulness* en el paciente antes del tratamiento y en la sesión de cierre:

- a) **MAAS**: “Mindfulness Attention and Awareness Scale” de Brown y Ryan (23). Mide a través de 15 ítems el factor “atención al presente” usando una escala tipo Likert con 6 rangos de respuesta.
- b) **FFMQ**: “Five Facet Mindfulness Questionnaire” de Ruth Baer (24). Mide cinco factores fundamentales a través de 39 ítems, usando una escala tipo Likert con cinco rangos de respuesta. Los cinco factores son: Observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar.
- c) **SCS**: “Self Compassion Scale” de Kristin Neff (25): Mide a través de 23 ítems en forma de afirmaciones, tres componentes fundamentales de la compasión hacia uno mismo:
  - a. Amabilidad y comprensión hacia uno mismo en vez de autocrítica y juicio.
  - b. Ver las experiencias individuales como parte de la experiencia humana universal en vez de sentirse aislado.
  - c. Ser capaz de sostener los pensamientos y sentimientos dolorosos de forma balanceada en vez de sobre identificarse con ellos.

Estas escalas se vuelven a pasar al final del tratamiento, para tener datos más objetivos acerca de la evolución del paciente.

Las dos primeras están disponibles en el capítulo 4 de este manual y validadas en castellano. La tercera está disponible en castellano en el material del curso “Aprendiendo a entender el Mindfulness”<sup>6</sup>. Todas han demostrado unos índices elevados de fiabilidad y validez.

El resto de la sesión se centra ya en psicoeducación explicando los **mecanismos de la ansiedad y el concepto de evitación experiencial** descritos en el apartado 2.2. de este capítulo.

A continuación se hace un escalado jerarquizado creciente desde situaciones que le producen menos ansiedad hasta las que le producen máxima ansiedad, pidiendo al paciente que describa todos los contenidos internos, así como las situaciones externas que evita.

---

6. En <http://www.viu.es/we/guest/cursos-online/mindfulness>. Apuntes del curso, página 15.

Para llevar a cabo dicha descripción resultarán de enorme ayuda, aparte de las plantillas de registro clásicas del Análisis Funcional usadas en el modelo Conductual-Cognitivo, las indicaciones que se dan en el capítulo 1 de este manual, en el apartado 1.2.: “*El Espacio terapéutico como la interfaz entre la experiencia directa y su ordenamiento lingüístico*”.

El escalado jerarquizado nos guía en los objetivos de exposición *mindful* que vamos a desarrollar a lo largo de las sesiones y, además, ayuda a comprender al sujeto que sus intentos de control basados en la evitación y el pensamiento catastrófico sólo le han conducido a restringir cada vez más sus acciones y a ser cada vez menos funcional y feliz, perdiendo incluso la capacidad de disfrutar de su vida.

#### **4.3. Sesión 3ª: Psicoeducación: concepto de mindfulness y sus componentes. Lo que mindfulness no es**

Se continúa con el primer paso del modelo, es decir, la psicoeducación, entrando ya de lleno en el concepto de *mindfulness* y sus componentes. Para ello se utilizan una serie de fichas educativas que se entregan al paciente cuyo contenido se puede extraer, por ejemplo, del capítulo segundo de este manual, apartado 3 cuando el autor habla de los componentes en la práctica de *mindfulness*.

En este punto es importante que el paciente comprenda que va a aprender una serie de prácticas y recursos para mejorar de forma generalizada su vida, lo cual le va a suponer un cambio de actitud vital. Se le indica que cada ejercicio será practicado conjuntamente con el terapeuta en las sesiones, que algunos se grabarán para que luego los pueda seguir practicando a lo largo de la semana y que registrará una serie de datos por escrito en torno a los ejercicios realizados.

También es importante en esta sesión introducir al paciente en lo que **no es** *mindfulness* y evitar ciertas confusiones y problemas de antemano. Para ello he elaborado la **Ficha 4.3.1.** (tomada de Germer, 32) que entregaremos al paciente.

**FICHA 4.3.1.: LO QUE MINDFULNESS NO ES**

1. **No es dejar la mente en blanco:** no se trata de no pensar en nada sino de que nuestros contenidos mentales no nos perturben aunque acontezcan.
2. **No es buscar el éxtasis o la iluminación,** ni apartarse de la vida: mindfulness no entra en conceptos religiosos o místicos. Es una práctica laica que permite no tener que escapar ni huir de nuestra realidad presente. No significa estar en trance, no se trata de alterar o abandonar la experiencia en este momento; en su lugar intentamos ser uno con ella.
3. **No es escapar del dolor,** sino de la resistencia psicológica ante él la cual provoca una intensificación del mismo convirtiéndolo en sufrimiento.
4. **No es suprimir las emociones** sino aceptarlas y tratarlas con bondad amorosa.
5. **No es una técnica de control:** se trata de alcanzar un estado mental más allá del miedo en el que no hay necesidad de controlar permanentemente.
6. **No es una técnica de relajación:** Aunque con la práctica va surgiendo la calma y la serenidad, lo que se persigue es una conciencia incrementada que permite no reaccionar conforme a los automatismos habituales.
7. **No es “pensamiento positivo”:** vamos más allá de cualquier pensamiento y juicio de valor. Los pensamientos sean del signo que sean son tratados como meros eventos mentales pasajeros.
8. **No es autorreferencial:** Se puede ser muy consciente de sí mismo y no estar practicando mindfulness, el cual se realiza sin juicio ni expectativas. Los momentos de mindfulness no son conceptuales, no son verbales y no se enjuicia la experiencia. De hecho, a medida que se gana en conciencia y Presencia uno se hace más amoroso, atento y compasivo con todo lo que le rodea.

Por último, se le resumen de forma clara los efectos de *mindfulness* sobre la ansiedad. Nos ayudamos de la **Ficha 4.3.2.:**

### FICHA 4.3.2.: MINDFULNESS AYUDA EN LA REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD PARA:

1. *Desarrollar la observación sostenida, sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, **sin intentar escapar o evitarlas, y eso reduce la reactividad emocional.***
2. *Avisarnos de las reacciones desagradables, creando un espacio de libertad, un hueco de conciencia sin piloto automático para **desarmar las respuestas desadaptativas automáticas que llevan al estrés** y a los síntomas de ansiedad.*
3. *Advertirnos de las **asociaciones** que hacemos entre pensamientos, sensaciones, emociones, imágenes, **incrementando la autoconciencia y la autocomprensión.***
4. *Permitirnos estar presentes en las situaciones que nos generan ansiedad con mayor serenidad y tolerancia, **sin necesidad de evitarlas ni de reducir actividades significativas e importantes** para nuestra vida cotidiana.*

#### 4.4. Sesión 4ª: Mecanismos de acción de mindfulness. Introducción a la práctica

En esta sesión se explican al paciente los conceptos expuestos en el apartado 3 de este capítulo (*Aplicación clínica de mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*) y las reglas básicas para practicar *mindfulness*, enseñándole a diferenciar entre **la práctica formal y la informal**. Para ello se le dan las instrucciones fundamentales mediante las siguientes fichas de trabajo:

### FICHA 4.4.1.: LAS TRES INSTRUCCIONES FUNDAMENTALES DE LA PRÁCTICA

1. **Detenerse y recogerse** en uno mismo.
2. **Observar** la experiencia (interna/externa).
3. **Regresar** al momento presente usando los anclajes principales: Respiración, Sensaciones Corporales.

**PARAR-OBSERVAR-VOLVER AL PRESENTE**

#### FICHA 4.4.2.: REGLAS GENERALES DE PRÁCTICA DE MINDFULNESS:

1. *OBSÉVALO*
2. *HAZTE CONSCIENTE DE ELLO*
3. *PERMITE QUE OCURRA*
4. *APLÍCALE LA COMPASIÓN*
5. *SUÉLTALO, DÉJALO PASAR*
6. *VUELVE AL PRESENTE*

Se termina la sesión con una primera práctica breve como por ejemplo **el ejercicio de la pasa** (*mindfulness* informal) y el ejercicio **de *mindfulness* de 3 minutos** (*mindfulness* formal. Ficha 4.4.3.) aplicado a momentos de estrés, es decir, con respiración focalizando la atención en la espiración.

Según mi experiencia, es muy importante empezar con ejercicios fáciles y que sean muy cortos para que el paciente no se frustre rápidamente y vaya entrenando la atención de la forma más progresiva posible. De esta forma se mejora la adherencia al tratamiento.

#### FICHA 4.4.3.: MEDITACIÓN de 3 MINUTOS PARA MOMENTOS DE ESTRÉS

- *Se hace siempre que haya momentos desagradables de estrés o tensión.*
- *MINUTO 1: Me aísló y centro la atención en la **respiración, focalizando en la espiración, AQUÍ, AHORA.***
- *MINUTO 2: **Observo** mis pensamientos, emociones y sensaciones.*
- *MINUTO 3... O los que necesites: Permite que tu atención se expanda por todo el cuerpo, especialmente allí donde sientas malestar, tensión o resistencia. Entonces lleva tu conciencia allí y **envía allí tu respiración.** Respira sobre esas sensaciones de tensión ablandándolas y abriéndolas con cada espiración. Durante la espiración te dirás a mí mismo: “sentirme de esta forma está bien, sea lo que sea”. Permítete sentirlo.*

Se practican los dos ejercicios en la sesión guiado por el psicoterapeuta. Se graban para que el paciente se los lleve a casa y pueda seguir practicando.

**TAREAS PARA LA VIDA COTIDIANA:** Se practica este último ejercicio durante la semana, en todas las ocasiones que el paciente sienta un pico de estrés o ansiedad. Y como mínimo dos veces al día con la grabación.

Practica informal: comer un alimento al día tal y como hemos practicado en el ejercicio de la pasa.

Se entrega una plantilla de registros para el paciente de forma que vaya anotando lo que sucede en las prácticas. Suelo utilizar la hoja de registro de práctica diaria y semanal de mindfulness de Diane R. Gehart, disponible en castellano en la referencia bibliográfica 26.

#### ***4.5. Sesión 5ª: El estado de presencia. Meditación del ahora. Anclaje 1º: práctica de la respiración focalizando en la espiración***

A partir de esta sesión se comienza siempre revisando con el paciente los registros de las tareas asignadas en la sesión anterior y se resuelven todas las dudas que le hayan ido surgiendo.

En esta sesión se introduce el concepto del **Estado de Presencia** en oposición al estado de ansiedad y miedo con pensamiento focalizado en el futuro. Se clarifica el concepto de tiempo psicológico versus tiempo cronológico. El primero es un tiempo creado por la mente cuando entra en lo que se denomina el foco narrativo, es decir, cuando la mente empieza a contarse historias sobre uno mismo imaginando lo que pasará en función de lo que ya ha pasado. Mientras tanto la persona desconecta su percepción de lo que está pasando en ese mismo instante (el tiempo cronológico). Es muy importante que el paciente entienda que para acabar con la ansiedad hay que detener el hábito de escapar de lo único que realmente existe, o

sea, el presente, y dado que la mente está muy habituada a desplazarse continuamente a un futuro que no existe, le vamos a enseñar a lo largo de esta y la siguiente sesión, lo que denominamos **anclajes básicos al momento presente**, que son la **atención en la respiración y en las sensaciones corporales**. Dichos anclajes son recursos a los cuales el paciente siempre acudirá en las prácticas cada vez que se dé cuenta de que sus contenidos internos han vuelto a desplazarse hacia el futuro o pasado y se “ha despistado” de lo que hay en este momento: las instrucciones de una práctica guiada, las sensaciones de una práctica en movimiento, los espacios y contenidos de una práctica en silencio no guiada, o las experiencias cotidianas de una práctica informal.

De la misma manera que se recomienda empezar con prácticas muy cortas y sencillas, es importante en los primeros meses de tratamiento utilizar **prácticas guiadas** pues las instrucciones facilitarán al paciente poder desarrollar el estado de atención plena sobre el momento presente. A medida que tenga más experiencia podemos introducirle en las prácticas en silencio, abriendo su percepción consciente y estando presente a cuantos contenidos internos aparezcan y pasando a niveles de práctica más profundos. En ellos se va desplegando la **Mente Sabia**, tal y como la describe Marsha Linehan (27): *un estado de conocimiento, sabiduría y estar centrado, en donde las emociones y la razón se integran y funcionan de un modo unificado más allá de la suma de sus partes*. Para ampliar este concepto se recomienda leer el capítulo 8 de este manual.

En esta sesión, entrego y explico esta ficha informativa al paciente sobre el *Estado de Presencia*:

### FICHA 4.5.1.: EL ESTADO DE PRESENCIA

- En la práctica de mindfulness el Presente **tiene un sentido diferente** al usado habitualmente.
- Es importante **no confundir el Presente con lo que sucede en el presente**: lo que sucede en el presente es una forma y es temporal. El Presente en Mindfulness es el “espacio contenedor” en el cual las formas mentales surgen y se mueven en este mismo instante.(28)
- Para estar en el Presente es necesario **separarse de la voz que habla en nuestra mente**. En el instante en el que cesamos de perdernos o identificarnos con un pensamiento, surge ese estado en nosotros.
- Estar atento es estar presente, estar en el Ahora: Entrar en el flujo del Ahora a través de lo que percibimos. Esta calidad de atención es mindfulness.
- Al principio ese estado de atención puede **confundirse con la concentración**, que todavía es un estado mental muy dirigido y tiene una finalidad, un objetivo. Eso ya hace que esté proyectado hacia el futuro y no en el Presente, generando cierto grado de tensión.
- La atención de la que hablamos no es concentración: es **relajada, periférica, abarca toda la percepción, no tiene objetivos, habita el momento**. Es un estado vigilante de curiosidad, sin razón alguna, similar a la de un niño pequeño que escucha algo por primera vez.
- Cuando se percibe ese Presente que describimos, se produce el **“Estado de Presencia”**.

A continuación se guía al paciente en la **Meditación del Ahora**<sup>7</sup> y se graba. La versión que utilizo en el programa dura solo 5 minutos para que el paciente practique periodos aún breves.

Después enseñamos al paciente la **Práctica de la Respiración focalizando en la Espiración**. Se comienza con unos 10 minutos. Esta práctica es la elegida por la autora para incluir el guión completo de la misma en el **ANEXO** a este capítulo, debido a que se trata de una de las prácticas **más efectivas para la remisión de los síntomas de ansiedad**. Se utiliza de base para cualquier otra práctica posterior formal sentado, es decir, siempre se practica antes de cual-

7. Utilizamos el guión desarrollado por Simón, disponible en la web [www.mindfulnessvicesimon.com](http://www.mindfulnessvicesimon.com)

quier otro ejercicio, durante 10 o 15 minutos para estabilizar la atención y anclarla al momento presente.

En la misma se hacen inspiraciones normales y la atención se intensifica en las espiraciones, que se hacen más largas procurando soltar todo el aire. De esta forma, trabajando a fondo la exhalación se produce un estado calmado, sereno porque se incide en el concepto de **soltar**. La respiración es un **anclaje** para volver la atención al interior y conectar con uno mismo en el presente que es donde acontece aquélla. Suelo explicar al paciente que la atención se centra sobre todo en la espiración intensificando la misma porque, en general, ante una situación estresante paramos la respiración en un intento por controlar, contraemos el diafragma y restringimos la respiración.

Con la exhalación se **suelta** todo a lo que uno se aferra, uno se afloja y se vacía. Es necesario enfatizar que el problema de la ansiedad a nivel orgánico no radica en la falta de aire, como los pacientes suelen creer, sino en la retención excesiva del mismo, ya que la preocupación y el miedo producen un estado interno de parálisis y de hiperventilación que se traduce en esos estados de “contracción interna”, de ahogo, mareo y opresión tan conocidos por ellos, que son síntomas clásicos de ansiedad.

**TAREAS PARA LA VIDA COTIDIANA:** Practicar a diario la Meditación del Ahora y la Práctica de la Respiración focalizando en la Espiración. El paciente puede elegir los horarios de práctica que mejor le acomoden y puede hacer las dos prácticas seguidas o por separado, según le parezca. Se trata de plantear los ejercicios con la máxima flexibilidad posible, anticipándose a sus resistencias.

También se le propone que elija una práctica informal para ese periodo de tiempo entre sesiones. Puede ser conducir, ducharse, limpiar... estando totalmente presente.

Se continúa en todas las sesiones con el uso de los registros.

Se plantean objetivos situacionales de exposición *mindful* empezando por los que se han puntuado más bajos (ver apartado 3.9.) y se le pide al paciente que deliberadamente se exponga de forma siste-

mática a esas situaciones durante el espacio intersesiones focalizando en la aceptación, la espiración y la observación desidentificada de sensaciones y pensamientos desagradables. Más tarde incorporará a la exposición in vivo, la compasión.

#### ***4.6. Sesión 6ª: Aceptación vs. Lucha y evitación. Anclaje 2º: la conciencia de las sensaciones corporales. Meditaciones en movimiento para situaciones agudas***

En esta sesión trabajamos a fondo el concepto de Aceptación vs. Lucha y Evitación. Se trata de dejar el hábito de intentar cambiar las cosas que se perciben durante las prácticas y de dejar de intentar ser ninguna otra persona u otra cosa en ese momento. En realidad, se propone abandonar la resistencia **a LO QUE ES**, es decir, a como se despliega nuestra existencia en cada momento.

Después de ahondar en el concepto de aceptación, se continúa por **la aceptación de las sensaciones corporales** tal y como van surgiendo y se utilizan para volver al presente cada vez que la mente se identifica con otros contenidos mentales ubicados en el pasado, el futuro o la fantasía. De esta manera, el paciente va a tener dos anclas fundamentales que le van a permitir estar aquí y ahora con lo que sucede en cada instante: **la respiración y el cuerpo**. En esto, como en todo, existen muchas diferencias individuales. Hay pacientes que prefieren la respiración como anclaje principal. A otros les funciona mejor conectar con su cuerpo. Como regla general, si el paciente padece más ansiedad mental que física le irán mejor las prácticas que impliquen al cuerpo y al movimiento. En cambio, en pacientes con más síntomas físicos de ansiedad que mentales, les beneficiarán más las prácticas sentados y centradas en la respiración (29). Se trata de que el paciente pruebe, experimente con mente de principiante, con amable curiosidad, actitud lúdica y flexibilidad en la adaptación de cada práctica.

Después de introducirle en el concepto de aceptación, se le enseñan al paciente dos tipos de prácticas en movimiento, que se ejercitan con él durante la sesión:

#### *4.6.1. Meditación formal caminando adaptada a trastornos de ansiedad*

Ésta es una de las prácticas de elección para **estados de ansiedad agudos**. El guión clásico se puede encontrar en cualquier manual de MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) (29). En nuestra adaptación se le indica al paciente que lo utilice **siempre que se encuentre muy agitado y angustiado y/o siempre que le cueste mucho hacer las prácticas formales sentado**. Además se le indica que practique durante un periodo de entre 15 y 30 minutos y que puede empezar caminando a la velocidad que necesite pero plenamente consciente de las sensaciones corporales que se producen al caminar, y a medida que se vaya notando más sereno puede ir disminuyendo la velocidad hasta llegar a un caminar ralentizado, como ocurre en la versión clásica. De hecho, el propio organismo va a enlentecerse en sus movimientos de forma natural gradualmente, a medida que se observan los mismos con atención plena y se utilizan como anclaje a pesar del malestar. Se le indica que deje en paz a su malestar, como en un segundo plano, y que haga retornar su atención a los movimientos y sensaciones cinestésicas que se producen en las distintas partes del cuerpo al caminar. Hay pacientes con muy poca conciencia corporal. En ese caso podemos sugerir que se centren solo en las sensaciones de las plantas de los pies y, cuando hayan afianzado la práctica, se pueden ir aumentando las zonas sobre las que proyectan su atención: empeine, pantorrillas, muslos, caderas, etc.

Después de practicar esta meditación, se puede hacer cualquier otra formal sentado, en mejores condiciones o simplemente dejarla como práctica formal central.

#### *4.6.2. Paseo meditativo informal*

Esta práctica se utiliza para los mismos fines que la meditación anterior y es muy útil en casos de ansiedad aguda, especialmente cuando no se dispone del espacio o tiempo para la meditación formal caminando, que se hace en un circuito establecido. El paseo meditativo consiste en empezar a caminar por la calle, y mejor aún si es posible, en un entorno natural como la playa o la montaña. Es una

práctica ideal para combatir estados agudos de ansiedad. Se aconseja una duración de entre 20 y 30 minutos, como mínimo.

Antes de empezar a caminar se sugiere dedicar un par de minutos a hacerse consciente de la respiración y a continuación se empieza a caminar por el entorno elegido al ritmo que se necesite, pero focalizando la atención en las extremidades inferiores y las sensaciones corporales del movimiento. Cada vez que uno sienta que los pensamientos, preocupaciones o síntomas de la ansiedad nos arrollan (los podemos llamar interferencias), se vuelve de nuevo, suavemente y sin juzgar, al ancla de esas sensaciones corporales que ocurren en el presente.

Cuando pasen unos diez minutos iremos ampliando el foco de la atención al entorno, observando muy atentamente el paisaje que nos rodea. Podemos empezar por los elementos que hay en el suelo e ir subiendo paulatinamente como haciendo un escáner detallado de cuanto nos envuelve. Podemos detenernos si algún elemento nos llama la atención especialmente y dedicar un tiempo a la observación detallada del mismo. Seguirá habiendo interferencias y el anclaje consiste en volver de nuevo a sentir los movimientos de nuestro caminar y de ahí devolver la atención a lo que estábamos observando en ese momento. No importa si el paisaje es más o menos hermoso. No se trata de emitir juicios de valor sobre lo observado sino de percibir lo que hay con una actitud de plena **conciencia, curiosidad, aceptación y amabilidad**.

Si no se dan esas cualidades en la atención, no es *mindfulness*. Insistiremos una y otra vez al paciente sobre las mismas. Según mi experiencia clínica, si se llega a producir este cambio de actitud cualitativa en el paciente, todo lo demás está casi hecho.

La primera vez puede resultar muy útil hacer el paseo meditativo con el psicoterapeuta. Una vez dadas las instrucciones, lo realizan los dos juntos en silencio. Al acabar la práctica, el psicoterapeuta resuelve las dudas que hayan surgido durante la práctica y pide al paciente que le describa minuciosamente lo que ha percibido del paisaje y las sensaciones asociadas al caminar y al movimiento.

En pacientes con trastorno de agorafobia habrá que tener en cuenta que esta práctica se utiliza, sobre todo, como técnica de exposición *mindful* por razones obvias, y en este caso la dejaríamos para más adelante y, además, la podríamos secuenciar empezando por pequeños recorridos por lugares que le son familiares y gradualmente iríamos ampliando el recorrido y el tiempo de exposición, siendo una práctica tremendamente efectiva. Mientras tanto se puede perfectamente hacer el paseo meditativo por una habitación o dentro de casa.

**Es importante asentar las prácticas de la respiración focalizada en la espiración, la del ahora y la de la meditación formal/informal caminando antes de pasar a las siguientes.** Con estas prácticas básicas se van desarrollando los rudimentos de *mindfulness*: la atención sostenida en el presente y la observación desidentificada, amable, que acepta cualquier contenido interno y/o externo que aparezca. Dichos rudimentos son imprescindibles para trabajar la exposición *mindful* posteriormente.

**TAREAS PARA LA VIDA COTIDIANA:** Practicar a diario la meditación formal caminando. Practicar al menos dos veces a la semana el paseo meditativo. Practicar cualquiera de las dos siempre que haya agudizaciones. Luego se le pedirá una narración descriptiva detallada de lo que ha percibido en el paseo meditativo.

Se le sigue proponiendo que elija una práctica informal sobre una actividad cotidiana, para ese periodo de tiempo entre sesiones.

#### ***4.7. Sesión 7ª: Práctica de barrido corporal adaptada a trastornos de ansiedad. Exposición mindful interoceptiva: práctica de mindfulness focalizando en las sensaciones corporales de ansiedad***

Dedicamos otra sesión más a desarrollar la conciencia de las sensaciones corporales, o dicho de otra forma, a habitar el cuerpo de forma consciente, habida cuenta de la interacción absoluta que exis-

te entre las emociones y sus correlatos fisiológicos en los trastornos de ansiedad con el sesgo interpretativo, ya descrito en el apartado 2.3 de este capítulo. La práctica de barrido corporal permite eventualmente romper el círculo vicioso que se crea entre pensamientos-emociones-sensaciones y lleva a una conexión más profunda, consciente y real con uno mismo. Se pueden manejar las emociones mejor si se sabe lo que está sucediendo en el cuerpo. Ha demostrado ser uno de los ejercicios más efectivos para disolver el sesgo interpretativo de las sensaciones corporales y **lograr una percepción más objetiva y profunda sobre el propio cuerpo**. La clave es hacerle comprender al paciente que la práctica es experimentar el cuerpo, no pensar sobre él (20). Que no es una técnica de relajación y que no hay que intentar cambiar nada. Que pase lo que pase está bien y que vaya apoyando, o como nos gusta decir, “descansando” la atención en las diferentes partes del cuerpo a la vez que permanece conectado con la respiración.

#### *4.7.1. Adaptación del barrido corporal para pacientes con trastornos de ansiedad*

La experiencia clínica demuestra que hacer prácticas muy largas, de 40 minutos o más, suele resultar muy dificultoso para los pacientes ansiosos, al menos en un principio. En este programa se adapta la práctica de barrido corporal clásica (30) a los pacientes con ansiedad haciéndola más breve (de 20 a 30 minutos como máximo) y grabando también prácticas aún más breves (10 minutos) centrándonos sólo en algunas partes del cuerpo. Luego les indico que, en casa, empiecen a ejercitarla por partes. De esta otra forma, les resulta mucho más llevadero y ello supone una mejor adherencia al tratamiento.

Una segunda adaptación consiste en empezar por aquellas partes del cuerpo que el paciente siente como más calmadas e ir centrando paulatinamente la atención, unos días después, en aquellas partes del cuerpo en las que se perciben más síntomas de ansiedad. Al llegar a

este punto, estamos trabajando ya la exposición interoceptiva. A continuación se propone un segundo ejercicio de este tipo de exposición, el cual dirigirá el terapeuta, grabándolo durante la sesión.

#### **FICHA 4.7.2.: PRÁCTICA DE MINDFULNESS FOCALIZANDO EN LAS SENSACIONES CORPORALES DE ANSIEDAD**

1. Centrarse en la **respiración** durante dos o tres minutos.
2. Poner la **atención en aquella parte del cuerpo que está manifestando síntomas de ansiedad**. Si hay varias zonas, se comienza por aquella que posea menos intensidad.
3. Tomamos como **objeto de observación esos síntomas**, notando como se despliegan y expresan, **con actitud mindful**, es decir con mente de principiante, investigando lo que ocurre, sin intentar escapar a ninguna otra parte ni a ningún otro tiempo, con aceptación. Son fenómenos que pasan de largo ante el observador. Percibimos **como van cambiando** esos síntomas, sus matices, oscilaciones, etc., sin pretender otra cosa que percibir con todo detalle nuestro paisaje interior, igual que cuando hacemos el paseo meditativo.
4. Notamos como enseguida **aparecen “interferencias”** en ese presente: pensamientos, juicios, imágenes, ganas de evitar. Las observamos tomando conciencia de ellas y suavemente **retornamos a la respiración uno o dos ciclos completos y de ahí a los síntomas físicos** que estábamos observando. Así cuantas veces sea necesario.
5. Cuando los síntomas corporales vayan acallándose (lo cual ocurre sin duda con esta práctica como pasa con las técnicas de exposición) pasamos a la siguiente zona o terminamos con unos minutos de práctica centrada en la respiración focalizando en la espiración.

**TAREAS PARA LA VIDA COTIDIANA:** Realizar la práctica 4.7.1.(Barrido corporal adaptado a trastornos de ansiedad) por zonas corporales (una cada día). Después, realizar el ejercicio completo, recorriendo todo el cuerpo una vez a la semana. Realizar la práctica 4.7.2. (*Mindfulness* focalizando en las sensaciones corporales de ansiedad) siempre que aparezcan los síntomas habituales corporales de ansiedad del paciente.

#### 4.8. Sesión 8ª: Defusión cognitiva. Desliteralización. Práctica específica para pensamientos de preocupación y/o temor

En esta sesión se introduce el concepto de Defusión Cognitiva, que ya hemos definido en el apartado 3.6. de este capítulo, entregando al paciente la siguiente ficha.

##### FICHA 4.8.1.: DEFUSIÓN COGNITIVA: RECORDAR SIEMPRE QUE...

1. *Aquello que temes, te preocupa o te ansía **son contenidos internos pasajeros.***
2. *Los pensamientos, emociones, recuerdos, imágenes, sensaciones **son sólo fenómenos, objetos, eventos mentales.***
3. *Si no haces nada por alimentar todos esos objetos mentales, verás como simplemente **“pasan” de largo.***
4. *“Alimentar” esos objetos, significa **cualquier acción de resistencia que ejerzamos sobre ellos:** evitarlos, intentar disolverlos, aferrarse a ellos, negarlos, intentar controlarlos, etc.*
5. *Esos objetos mentales **“no son Yo”.** O dicho de otra forma: “Yo no soy mis pensamientos, emociones, sensaciones... siempre cambiantes” “Yo no soy los fenómenos que pasan por mi conciencia”. Yo “sigo ahí” mientras los contenidos transitan y pasan.*

En cuanto a la Desliteralización que explicábamos en el apartado 3.7., el psicoterapeuta invita al paciente a que describa sus experiencias tal y como son. A esto le llamamos **“etiquetar”**. Por ejemplo: “no puedo hacer esto” sería sustituido por “tengo en este momento el pensamiento de que no puedo hacer esto”. Es particularmente importante de cara a pacientes con trastornos de ansiedad el pedirles que sustituyan la conjunción “pero” por la conjunción “y”. Por ejemplo: “quiero dar un paseo con mi mujer pero me da miedo salir de casa” por “quiero dar un paseo con mi mujer y (además) me da miedo salir de casa”. En esta reformulación se trataría de dos fenómenos objetivamente no vinculados: Puedo elegir dar un paseo con mi mujer y aceptar la sensación de miedo, no como un obstáculo objetivo que me impide salir de casa, sino simplemente como una emoción que “pasará” si no le doy credibilidad como hecho objetivo e irrefutable. Se le indica al paciente que recuerde que **“sólo es una emoción”**.

Para complementar la práctica de *mindfulness* específica para pensamientos de preocupación y temor que describo a continuación, entregamos la siguiente ficha al paciente, que puede ser válida, en realidad, para cualquier otra práctica, pues los pensamientos aparecen continuamente.

<b>FICHA 4.8.2.: ¿QUÉ HAGO y QUÉ NO HAGO CON LOS PENSAMIENTOS?</b>
<i>En la práctica de mindfulness cuando emerja un pensamiento ante nuestra conciencia-observadora, lo más adecuado es:</i>
<b>QUÉ HAGO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Reconocerlo</b></li> <li>2. <b>Observar su ciclo natural (Emerge–Se despliega–Se desvanece)</b></li> <li>3. <b>Volver al presente</b></li> </ol>
<b>QUÉ NO HAGO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. <b>No seguirlo</b></li> <li>5. <b>No intentar detenerlo</b></li> <li>6. <b>No alimentarlo o aferrarse a él</b></li> <li>7. <b>No disolverlo o evitarlo</b></li> </ol>

Así se puede adquirir paulatinamente un estado de calma mental y reposar en la experiencia directa del presente. Poco a poco se alcanza un estado de conciencia nuevo, sin que los pensamientos interfieran.

#### **4.8.3. Práctica de mindfulness para pensamientos de preocupación y temor:**

Esta práctica se recomienda especialmente siempre que aparezcan pensamientos negativos, catastróficos teñidos de una preocupación excesiva, acompañados de mucho temor y generalmente anticipatorios. En realidad se podría aplicar a cualquier tipo de contenido mental que aparezca sea del signo que sea, ya que en realidad el objetivo general de la práctica de *mindfulness* es no identificarse con ninguno de esos contenidos, llegando a alcanzar un estado de quietud máxima y tomando conciencia de que el pensamiento no es la realidad y no tiene

por qué ser verdad en absoluto. Con la práctica pretendemos lograr un estado más “abierto”, menos condicionado, más creativo y más libre.

Este ejercicio es una aplicación directa de la Defusión Cognitiva y de la Desliteralización. Consta de las siguientes instrucciones:

#### FICHA 4.8.1.: PRÁCTICA DE MINDFULNESS PARA PENSAMIENTOS DE PREOCUPACIÓN Y TEMOR

1. Comenzar el ejercicio **cuando notemos que nos están asaltando con intensidad pensamientos de preocupación, temor, inquietud, etc.**
2. Centrarse en ciclos completos de **respiración de tres a cinco minutos focalizando en la espiración** (Ver anexo1).
3. Al cabo de unos instantes los pensamientos comenzarán a aparecer a borbotones. Los tomamos como objeto de observación, notando como discurren, sin intentar cambiarlos o silenciarlos. Le indicamos al paciente que perciba su mente **como un programa de televisión mientras que él es realmente un espectador curioso y a la vez consciente** de todo cuanto ocurre.
4. Se le indica al paciente que quizá en algún momento sienta que se ha **dejado absorber por el “programa”** de su mente, de tal manera que ya está dentro de la pantalla y ha perdido la perspectiva del observador. Simplemente se ha identificado con los contenidos y le sugerimos que recurra a los anclajes de la respiración y/o de las sensaciones corporales durante unos instantes y de ahí, que **vuelva de nuevo a su “trono” de espectador privilegiado**. Se le invita a que perciba qué cambios se producen en él cuando eso sucede y que retorne a su posición de espectador **con suavidad, sin juzgar ni juzgarse**.
5. Desde la posición del observador se le pide que **etiquete el contenido** que aparezca como lo que es, de forma descriptivo-objetiva: **“Es sólo un pensamiento”** “Es sólo un recuerdo” “Es sólo una imagen” “Es sólo una emoción” “Es sólo una idea” “Es sólo un fenómeno mental” “Es sólo un contenido más”, etc.
6. Si esa imagen de espectador-programa no funciona bien con algún paciente, se pueden utilizar otras imágenes tradicionales como poner los pensamientos en un **riachuelo que fluye** cuya corriente los arrastra como si fueran hojas flotando. Otra imagen es verse a sí mismo como una **sólida montaña** y observar a sus pensamientos como nubarrones u otros fenómenos atmosféricos que pasan de largo mientras la montaña permanece imperturbable (31). Se pueden crear otras imágenes o metáforas que le resulten útiles al paciente.
7. Terminamos el ejercicio al cabo de 15 o 20 minutos y dedicamos 5 minutos más finales para centrar la **atención en la respiración**.

**TAREAS PARA LA VIDA COTIDIANA:** Se graba esta práctica durante la sesión y se entrega al paciente para que la realice en casa todos los días como practica formal.

Se establece un nuevo objetivo de práctica informal cotidiana. Revisar y plantear nuevos objetivos situacionales de exposición *mindful* siguiendo el escalado jerarquizado.

#### **4.9. Sesión 9ª: Compasión o bondad amorosa hacia uno mismo. Trabajo con valores. Práctica de compasión para sentirse a salvo**

En esta sesión se introduce el concepto de **Autocompasión o Bondad hacia uno mismo**. Hay colegas que me preguntan por qué no introduzco antes esta piedra angular de *mindfulness*, que constituye un factor curativo poderosísimo. Les comento que el paciente necesita de un tiempo preparatorio previo para poder **cambiar después la relación con su propio dolor y consigo mismo**, que es lo que el cultivo de la compasión acabará produciendo. A la luz de mi experiencia clínica, considero que este es el punto más difícil de trabajar con el paciente debido a su resistencia a tratar sus contenidos con ese amor incondicional, y por eso se introduce hacia el final del programa, y a partir de ahí se incluye en todas las prácticas de atención plena y sugerimos al paciente que practique compasión todos los días de su vida y después de esa práctica que haga cualquier otra de las que haya aprendido.

La compasión o bondad amorosa representa la joya de la corona en la práctica de *mindfulness*. Se trata de ser capaz de permanecer amoroso, abierto, sensible, delicado, solidario de forma incondicional, tanto ante uno mismo, como ante todos los contenidos y situaciones vitales, y más tarde ante los demás. La práctica incondicional de compasión requiere la voluntad de prestar atención, estar presente e investigar el profundo dolor interior, incluidos el dolor del miedo, la ansiedad o incluso el pánico. Abordar el dolor con bondad y compasión es fundamental.

Con las prácticas de compasión se produce una comprensión con la que el paciente **puede aprender más sobre qué motivaciones y valores están implicados en su experiencia**. La autocompasión lleva a la flexibilidad cognitiva (32), lo cual produce que el paciente sea más capaz de elegir acciones congruentes con sus necesidades emocionales. Esto ocurre porque en este modelo, no trabajamos con los valores del paciente pensando o reflexionando sobre los mismos, ya que estos podrían estar contaminados por sus identificaciones en el nivel conceptual (apartado 3.6.), sino como un proceso de descubrimiento natural que surge de lo profundo de la observación y de la compasión, a través de los vislumbres ya descritos en el apartado 3.5. A partir de los valores que vayan surgiendo vamos planteando las acciones vitales más adecuadas para armonizar la vida de nuestro paciente con aquéllos. Es entonces cuando se lleva a cabo el **Plan Personal de Autocompasión** por escrito, que consiste en desarrollar unos objetivos concretos de cuidado, protección y cariño en aquéllas áreas de su vida en las que se ha detectado un sufrimiento importante que se ha mantenido a lo largo del tiempo con actitudes y comportamientos ruines, es decir, dañinos para sí mismo. El guión para dicho plan se encuentra de forma detallada en la obra referenciada como (32). Baste nombrar ahora las áreas y acciones principales sobre las que se desarrolla el Plan:

1. **Área Física:** cuidar del cuerpo. No hacerse daño
2. **Área Mental:** Permitirse los pensamientos. No luchar. No juzgarse.
3. **Área Emocional:** Aceptar las emociones. Estas en paz con ellas sin residuos.
4. **Área Relacional:** Conectar con los demás. No aislarse.
5. **Área Espiritual:** Comprometerse con los valores. No ser egoísta.

Al entrenar en las prácticas de compasión al paciente, se le insiste, una y otra vez, en que un requisito previo para cultivar la bondad amorosa con los demás es cultivarla primero consigo mismo y con los contenidos mentales, emocionales y corporales propios. Ese esta-

do se irradiará posteriormente, de una forma natural, hacia todo lo que nos rodea y más allá sin que tengamos que proponérselo de forma premeditada.

Otro requisito importante es ir cesando toda comparación. Vivir en bondad amorosa significa **vivir sin hacer ninguna comparación** con lo que uno era ayer o con lo que será mañana, sin medirse a uno mismo con ningún patrón, persona o idea. Es transformar ese estado mental de devenir en algo, de tratar de llegar a ser algo o alguien, por un estado de amor a lo que uno es aquí, ahora.

Trabajando con los pacientes que padecen trastornos de ansiedad vamos a comprobar que están operando en el mundo desde una base profunda en la que no se sienten a salvo. Existe como **un campo o un fondo de miedo subyacente a todas sus experiencias** (20). Tienen que estar todo el tiempo en ese movimiento de “hacer” para “devenir” en algo mejor, más seguro, más controlado. La fuente de alimentación de todo ese proceso es el miedo. Un miedo continuo que aparece en la superficie si paran “**el hacer**” y se relajan en “**el estar**”.

Sólo tras practicar *mindfulness* durante algún tiempo, algunas personas advierten esa sensación subyacente de desasosiego e inseguridad, que opera en lo profundo y, sin embargo influye, como un filtro en su percepción del flujo de la experiencia. Efectivamente cuando empiezan a sentirse relajados con la práctica, advierten algo incómodo y muchos comentan que no quieren “parar” demasiado; cuando eso ocurre, aseguran sentir miedo o, al menos, ansiedad. En ese punto nos paramos a examinar juntos su vida y se produce un momento muy conmovedor cuando toman conciencia de que en realidad han vivido gran parte de ella imbuidos de la **sensación de no sentirse a salvo**. Es entonces cuando explicamos que existe un paralelismo entre *mindfulness*, bondad amorosa y el **apego seguro** (33). Los dos primeros producen las mismas sensaciones que el segundo. No es objetivo de este capítulo profundizar en ello pero se trata de un campo de investigación apasionante hoy en día: *mindfulness* y patrones de apego.

Después de explorar con el paciente todos estos puntos adaptamos prácticas de la bondad hacia uno mismo de la tradición tibetana denominadas *Tonglen*, que significa dar y recibir, con el objetivo de tranquilizar y dar alivio y seguridad al paciente, especialmente en el contexto del miedo y la ansiedad.

No obstante, cualquier práctica de compasión es recomendable. A continuación desarrollamos la práctica de *Tonglen* adaptada para trastornos de ansiedad, que se dirige y graba en esta sesión.

#### 4.9.1. Práctica de compasión para sentirse a salvo

La práctica de *Tonglen* se relaciona, de forma esencial, con cultivar el coraje (34), y por eso la he elegido como práctica fundamental de compasión para trastornos de ansiedad. Su fundamento se basa en que el miedo va unido a querer proteger nuestros puntos vulnerables, y que la negatividad, el resentimiento y el conflicto surgen al intentar protegerlos. Con la práctica de *mindfulness* se descubren esas corazas con gran claridad. *Tonglen* aún va más allá disolviéndolas gradualmente. Hacer *Tonglen* exige mucho coraje pero, curiosamente, proporciona también un gran coraje. Es, en sí misma, una práctica muy eficaz de exposición interoceptiva. Veamos las instrucciones para practicarlos.

### FICHA 4.9.1.: PRÁCTICA DE COMPASIÓN PARA SENTIRSE A SALVO

1. *Introducción a la práctica: La idea central es cultivar un corazón valeroso, que no se cierra bajo ninguna circunstancia, que está **siempre totalmente abierto para poder sentirlo todo**. Sólo así nos acabaremos sintiendo a salvo y encontrando la seguridad.*
2. *Nos centramos en la **práctica básica de la respiración focalizada en la espiración**, durante cinco minutos (ver anexo 1).*
3. *Posamos la atención en la **zona del corazón** y permitimos que aflore el sufrimiento que nos aflige en este momento. A continuación **nos centramos en la inspiración y a la vez nos permitimos sentir plenamente nuestro dolor**, desasosiego, desazón, inseguridad, miedo. Con cada inspiración exploramos el sufrimiento, en lugar de rehuirlo.*
4. *Nos tomamos unos instantes para permitir la expresión natural de ese sufrimiento, para dejarle su tiempo y que sea expresado sin resistencias. Vamos permitiendo, sin forzar, de forma natural, **que se vaya disolviendo en el espacio interior de nuestra conciencia**. A veces, sugiero al paciente que se imagine que dentro de sí hay una amplitud enorme, un espacio interno inmenso y cualquier objeto mental que observamos o sentimos flota en ese espacio infinito hasta que acaba desapareciendo.*
5. *Con cada **espiración nos abrimos al sentimiento de seguridad, sosiego, tranquilidad**, ternura, bienestar y bondad que tanto anhelamos. Si hay dificultades con esto, sugiero al paciente que recuerde lo que siente por su ser más querido, o que recuerde un instante en el que se haya sentido profundamente amado y cuidado, a salvo y seguro, para luego proyectar esa sensación sobre sí mismo.*
6. *Mantenemos **estos ciclos (3-4-5) durante 15 minutos** y el paciente va regulando sus inspiraciones y espiraciones al ritmo que precise. Si tiene mucha dificultad con el ejercicio, le proponemos una etapa previa: que al inspirar visualice el color negro o algo sombrío y al espirar el color blanco o una luz brillante. Como aparecerán **interferencias mentales durante el ejercicio, le pedimos que tome conciencia de ellas y suavemente retorne** a la respiración uno o dos ciclos completos y de ahí a las instrucciones 3,4 y 5 de nuevo.*
7. *Terminamos con 5 o 10 minutos de **práctica de la respiración focalizada en la espiración**.*

Dada la posible intensidad emocional del ejercicio, se hace imprescindible acompañar al paciente en las primeras prácticas y regular los tiempos del ejercicio de menos a más, así como elegir primero situaciones o estados de sufrimiento más leves para pasar progresivamente a estados más intensos. Además de la práctica propuesta, suelo realizar en todas las sesiones una **revisión del diálogo interno del paciente aplicando la autocompasión**, haciéndole reformulaciones del tipo “trata de hablar de esto usando la bondad amorosa” “vuélvete a hablar a ti mismo, usando en este caso, la compasión”.

**TAREAS COTIDIANAS PARA CASA:** Empezar a practicar el Plan Personal de Autocompasión. Hacer la práctica de compasión 4.9.1. todos los días y, de forma especial, siempre que el paciente sienta con más intensidad la necesidad de sentirse a salvo y cuidado. Se establecen nuevos objetivos situacionales de exposición aplicando la compasión a uno mismo, a la situación y a los contenidos internos que concurren en esa situación.

#### ***4.10. Sesión 10ª: Exposición mindful interoceptiva: meditación de compasión de las emociones***

Dado que las respuestas emocionales aportan información motivacional, permitir la experiencia de dichas respuestas tal y como son es muy importante, no sólo porque la supresión o control de las emociones son problemáticos como hemos visto en el apartado 3.8., sino también porque el atender a dicha información puede ser esencial para llevar a cabo acciones efectivas y de valor (10). El elemento clave es permitir que la emoción aparezca, se despliegue y pase de largo, sin intentos de controlar o evitar esta experiencia; de esta forma, el paciente será más capaz de sobreponerse a ella.

Para practicar la exposición *mindful* a las emociones del paciente se le propone el siguiente ejercicio.

#### 4.10.1. Meditación de compasión de las emociones: Acoger y acunar las emociones

El terapeuta guiará el ejercicio mientras el paciente lo realiza por vez primera durante la sesión y se grabará, como es habitual, para que el paciente lo pueda practicar en casa.

##### FICHA 4.10.1.: ACOGER Y ACUNAR LAS EMOCIONES.

1. *Centrarse en el presente, practicando la atención focalizada en la espiración durante 5 minutos.*
2. *Traer a la **memoria un suceso emocional**: con los pacientes ansiosos aconsejamos empezar esta práctica con emociones recientes (de ese mismo día si es posible) y no muy intensas, para pasar gradualmente a exponerse a emociones de mayor intensidad y luego a emociones del pasado no resueltas. Cuando la práctica ya resulte muy familiar se puede recrear incluso una situación de trauma, pero eso llevará varias sesiones y mucha práctica.*
3. ***Revivir la emoción** de aquel suceso lo más detalladamente posible en primera persona y luego como observador mindful, viéndolo “desde fuera” o “en perspectiva”.*
4. ***Aceptar el suceso**, las consecuencias emocionales de aquel suceso, el estado emocional de aquel suceso.*
5. ***Trabajar la compasión hacia la emoción**: Se utiliza la metáfora de una madre (el sujeto) y su bebé (la emoción). Se trata de mecer la emoción en los brazos, darle cariño, acogerla como si fuéramos una madre y la emoción fuera nuestro bebé, hasta que ese bebé se serene de forma natural.*
6. ***Opcional pero recomendable: Darnos compasión a nosotros mismos** por el sufrimiento que nos invade, según la práctica 4.9.1.*
7. ***Soltar el suceso** y volver al Presente, practicando la respiración focalizada en la espiración durante 5 minutos.*

**TAREAS COTIDIANAS PARA CASA:** Se practicará esta meditación cada vez que se produzca un estado emocional desagradable durante 20-25 minutos. Seguimos con objetivos situacionales de exposición aplicando la compasión a uno mismo, a la situación y a los contenidos internos que concurren en esa situación.

#### 4.11. Sesión 11: La paradoja de mindfulness. Práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo

En esta sesión se le explica detalladamente al paciente la paradoja de *mindfulness* que considero un concepto muy importante para mejorar la actitud del paciente ante la exposición. Para ello se utiliza la siguiente ficha:

##### FICHA 4.11.1.: FICHA DE LA PARADOJA DE MINDFULNESS

1. El aprendizaje de *mindfulness* **no puede forzarse**; es un proceso de tolerancia, descubrimiento y revelación, que se abre a medida que lo practicamos.
2. La conciencia que uno va creando **no intenta cambiar nada**. Primero sucede la aceptación y el cambio llega más tarde como consecuencia de la primera, y es guiado por la conciencia.
3. Es muy probable que realices cambios significativos en la gestión del miedo, la ansiedad y el pánico, pero sólo lo **lograrás una vez que hayas atravesado profundamente esas experiencias con conciencia plena y compasión**.
4. La aceptación y la apertura a cuanto acontece en el momento presente **sin controlar, sin evitar, si aferrarse, sin zafarse de nada, de forma ecuánime** es la clave que nos permite alcanzar el equilibrio emocional.

#### 4.11.2. Práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo

El ejercicio que propongo a continuación es una reformulación de la técnica de la intención paradójica de la Logoterapia, focaliza en la exposición *mindful* y **se utiliza, sobre todo, cuando el paciente se encuentra continuamente teniendo pensamientos evitativos ante su ansiedad o miedo del tipo “espero no sentirme ansioso cuando...”**. Durante el ejercicio de exposición, el paciente será animado a usar *mindfulness* para permanecer en el momento presente, para implicarse plenamente en lo que ocurre en ese momento y participar en ello, mientras ejercita la compasión por cualquier sensación de ansiedad que aparezca. Se lleva a cabo el ejercicio guiando al paciente en la sesión y se graba para que lo pueda practicar en casa.

Hay que tener en cuenta una advertencia importante: no se recomienda abandonarlo muy pronto, porque en ese caso tiende a reforzar el miedo (7). Así pues, hay que permanecer en el ejercicio hasta que la ansiedad se estabilice o ceda.

Instrucciones:

1. Comenzamos con 5 minutos de meditación formal con el anclaje de la **respiración focalizada en la espiración**.
2. Una vez hemos estabilizado la atención en el presente, descartando otros contenidos, comenzamos a escanear nuestro cuerpo como hacíamos con la práctica de barrido corporal, para ver si podemos **detectar cualquier sensación de ansiedad o tensión**. Si no, se intentan generar dichas sensaciones de forma intencionada, pensando en alguna situación o pensamiento que nos provoca ansiedad, de la forma más vívida posible. Hacemos esto durante un par de minutos.
3. Una vez se ha localizado esa tensión en el cuerpo, vemos si la podemos **intensificar**. Quizá lo podemos hacer simplemente focalizando la atención en la señal fisiológica activada en el cuerpo. Si no, podemos recurrir a pensamientos o imágenes más atemorizantes. **La idea es crear un fuerte sentimiento de ansiedad lo mejor que podamos**, de forma que podamos practicar el llegar a soportarlo mientras estamos centrados en el presente. Estamos así 3 ó 4 minutos.
4. Ahora que hemos desarrollado una clara experiencia de ansiedad, tratamos de **intensificarla voluntariamente aún más**. **La hacemos tan fuerte como podamos**.
5. A continuación **nos quedamos con ella en actitud mindful, la acompañamos con la respiración**, nos “abrimos” a ella con afecto y aceptación y mantenemos la ansiedad en ese nivel al menos durante 10 minutos. Si comienza a disminuir, la intensificamos de nuevo. Estamos así hasta que observemos como **cada vez nos resulta más difícil intensificarla y como poco a poco se va aquietando**.
6. Entonces podemos descansar simplemente en **la respiración focalizada en la espiración**, durante los 5 minutos finales y/o realizar **alguna práctica de compasión** (muy recomendable).

Ante este ejercicio se producen diferentes reacciones. Algunos pacientes perciben que de alguna manera es difícil mantener la ansiedad en un nivel alto, y entonces necesitan aumentar la intensidad de las

catástrofes que imaginan para mantenerla. Otros encuentran que su ansiedad se vuelve bastante intensa y dura un rato incluso cuando el ejercicio se ha terminado. La mayoría descubren que al dirigirse a buscar la ansiedad en lugar de tratar de reducirla, progresivamente se va desvaneciendo. El desafío es permanecer con ella el tiempo suficiente.

Como regla general para la exposición *mindful* interoceptiva o in vivo se le indica al paciente que cuando se vea superado por la ansiedad es fundamental que encuentre el modo de **centrar la atención consciente en el momento presente**. Estabilizar y volver a estabilizar la atención cuantas veces sea necesario y luego aplicar la compasión. Le recordamos una y otra vez que la ansiedad, la angustia y el pánico no son él/ella. Son meras condiciones que fluyen dentro y fuera del momento presente.

#### **4.12. Sesión 12ª: Cierre: revisión del tratamiento. Plan de práctica post-tratamiento. Evaluación final**

Es evidente que esta sesión se adaptará más que ninguna otra a cada caso, pero es importante revisar con el paciente los objetivos terapéuticos planteados al inicio y hacer un balance final. Se le administraran de nuevo los cuestionarios que ya se completaron en la segunda sesión (4.2) para medir los cambios en diferentes aspectos y factores de *mindfulness*.

A continuación, suelo reflexionar con el paciente las siguientes **cuestiones clave** (20):

1. *¿Podemos ir más allá de la idea de que el miedo, la ansiedad y el pánico son intrusos o enemigos?*
2. *¿Podemos descubrir las lecciones evolutivas que encierran?*
3. *¿Eres capaz de descubrir tu interconexión con otros a través de las prácticas de compasión? Es en este punto cuando se le sugiere que puede emplear las prácticas de compasión con el sufrimiento de otras personas.*
4. *¿Eres capaz de encontrar un sentido y propósito más profundos a tu vida, teniendo en cuenta cuál es la pregunta te formula la vida a través del miedo, la ansiedad o el pánico?*

También dedicamos una parte de la sesión a hablar sobre las resistencias y dudas que en este momento el paciente quiera compartir y se programa **un plan personalizado de ejercicios** para que el paciente consolide su práctica en *mindfulness*. Puede resultar muy adecuado en este punto y si resulta viable, que acuda a algún grupo semanal o quincenal de práctica o que haga algún retiro intensivo si desea ir un poco más allá. La A.M.Y.S, realiza varios grupos con diferentes niveles de práctica a lo largo de todo el año académico, así como retiros intensivos. De esta forma, al paciente le puede resultar más fácil afianzarse definitivamente en la práctica y usarla a diario, siempre que pueda, hasta que se convierta en su forma habitual de “ser y estar” en el mundo.

Solemos terminar con una práctica conjunta en silencio y con unos minutos de práctica de compasión, permitiendo que afloren cuantos contenidos surjan espontáneamente y reposando juntos en la conciencia abierta del observador.

## 5. Reflexiones finales y conclusiones

Los estudios iniciales son prometedores en todos los modelos de tratamiento basados en aceptación y *mindfulness* para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. No obstante, creemos que se necesita más investigación para determinar la eficacia y la efectividad de estas aproximaciones, junto con la búsqueda de formas óptimas de intervención e integración de los mecanismos que subyacen al cambio terapéutico.

Conforme a nuestra experiencia clínica lo que vemos es que con la práctica de *mindfulness*, las personas aprenden que **no han de temer sus reacciones** emocionales propias y que tienen a su disposición diversas alternativas de respuesta. De esta forma, pueden **dejar de estar controlados** por emociones o pensamientos automáticos y de actuar según los patrones reactivos y evitativos habituales, tal y como se expone en la **Teoría de la Autodeterminación** (35), la cual sostiene que la conciencia facilita la elección de conductas consistentes

con las propias necesidades, valores e intereses, al contrario que el procesamiento automático, que no los tiene en cuenta.

Resulta, además, imprescindible que el paciente desarrolle una **actitud crucial de compasión, amabilidad y cariño** hacia la propia experiencia observada, sea la que sea, como si fuéramos nuestro mejor amigo, para poder observar sin juzgar ni criticar, a la vez que se va construyendo el amor incondicional hacia uno mismo.

Efectivamente, tras años de experiencia hemos podido comprobar que la práctica de *mindfulness* va derribando las fronteras de la conciencia y **desbarata el mecanismo del pensamiento automático y los sentimientos reactivos que este dispara**. Al producirse este fenómeno, llega de forma subsecuente la liberación de energía vital en abundancia, disponible para una vida creativa que se va reconstruyendo sobre los cimientos de los valores que emergen de lo más profundo de la conciencia.

Deseo mostrar, finalmente, mi agradecimiento al lector por haberme ofrecido la oportunidad de compartir con él, el regalo de *mindfulness* como una vía de ayuda terapéutica directa, eficaz, preñada de nuevas posibilidades y llena de sabiduría perenne. Definitivamente, merece la pena empezar a caminar por la senda de *mindfulness* para ser maestros en el difícilísimo Arte de ser terapeutas y seres humanos.

## 6. Referencias bibliográficas

1. GREESON, J. y BRANTLEY, J. "Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear". En Fabrizio DIDONNA (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer; 2009; 171-188
1. HAYES, S.C., WILSON, K.G., GIFFORD, E.V., FOLLETTE, V.M., y STROSAHL, K. "Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1996; 64: 1152-1168.

2. HAYES, S.C., STROSAHL, K.D., y WILSON, K.G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: Guilford; 1999.
3. BECKER, E.S., RINK, M., ROTH, W.T. y MARGRAF, J. "Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients". *Journal of Anxiety Disorders*; 1998; 12:39-55.
4. THORPE, S.J. y SALKOVSKIS, P.M. "Animal Phobias". En G.C.L. DAVEY (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment*. Nueva York: Wiley; 1997. P.81-105.
5. EHLERS, A. y STEIL, R. "Maintenance of intrusive thoughts in post-traumatic stress disorder: A cognitive approach". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 1995; 23: 217-249.
6. SIEGEL, R.D. *The Mindfulness Solution*. Nueva York: Guilford; 2010.
7. SEGAL, Z., WILLIAMS, J. y TEASDALE, J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press; 2002.
8. GREPMAIR, L., MITTERLEHNER, F., LOEW, T., BACHLER, E., ROTHER, W. y NICKEL, M. "Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study". *Psychother Psychosom*. 2007; 76(6):332-8.
9. ORSILLO, S.M. y ROEMER, L. (Eds.) *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*. Nueva York: Springer. 2005.
10. TÖLLE, E. *El Poder del Ahora*. Madrid: Gaia Ediciones; 2009.
11. MASUDA, A., HAYES, S.C., SACKETT, C.F. y TWOHIG, M.P. "Cognitive defusión and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique". *Behaviour Research and Therapy*; 2004; 42: 477-485
12. DAVIDSON, R.J., JACKSON, D.C. y KALIN, N.H. "Emotion, plasticity, context and regulation: Perspectives from affective neuroscience". *Psychological Bulletin*; 2000; 126: 890-909.
13. MENNIN, D.S., TURCK, C.L., HEIMBERG, R.G., y CARMIN, C.N. "Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder". En REINECKE y CLARKE (Eds) *Cognitive therapy over the lifespan: Evi-*

- dence and practice*. Nueva York: Cambridge University Press; 2004; 60-89.
14. ROEMER, L. y ORSILLO, S.M. "Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study". *Clinical Psychology: Science and Practice*; 2003; 10:172-178.
  15. SHAPIRO, S.L., CARLSON, L.E., ASTIN J.A. y FREEDMAN, B. "Mechanisms of Mindfulness". *Journal of Clinical Psychology*; 2006; 62:373-386.
  16. KABAT-ZINN, J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delta; 1990.
  17. BISHOP, S.R., LAUE, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N.D., CARMODY, J., et al. "Mindfulness: A proposed operational definition". *Clinical Psychology: Science & Practice*; 2004; 11:230-241.
  18. NEFF, K. *Self-compassion: stop beating yourself up and leave insecurity behind*. Harper Collins; 2011.
  19. BRANTLEY, J. *Calmar la ansiedad*. Madrid: Espasa Libros. Oniro; 2010
  20. BARLOW, D.H. y CRASKE, M.G. *Mastery of your anxiety and panic. Client workbook for anxiety and panic*. San Antonio, Texas: Graywind Psychological Corporation; 2000.
  21. KAREKLA, M. "A comparison between acceptance enhanced cognitive behavioral and panic control treatment for panic disorder". [Tesis doctoral]. Nueva York: Universidad de Albany; 2004.
  22. BROWN, K.W. y RYAN, R. M. "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*; 2003; 84:822-848.
  23. BAER, R. A., SMITH, G. T., LYKINS, E., BUTTON, D., KRIEMMEYER, J., SAUER, S., et al. "Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples". *Assessment*; 2008; 15: 329-342
  24. NEFF, K. "The development and validation of a scale to measure self-compassion". *Self and identity*; 2003a; 2: 85-102.
  25. HICK, S.F. y BIEN T. "Mindfulness y Psicoterapia". Barcelona: Kai-rós; 2010. 268-269.

26. LINEHAN, M.M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993b.
27. BORRUSO, M. *Las Enseñanzas de Eckhart Tölle*. Madrid: Gaia Ediciones; 2010.
28. KABAT-ZINN, J., MASSION, A.O., KRISTELLER, J., PETERSON, L., FLETCHER, K.E., y PBERT, L. "Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders". *American Journal of Psychiatry*; 1992; 149: 936-943.
29. STAHL, B., GOLDSTEIN, E. *Mindfulness para reducir el estrés: Una guía práctica*. Barcelona: Kairós; 2010.
30. KABAT-ZINN, J. *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion; 1994.
31. GERMER, C.K. *El poder del mindfulness: Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Cap 5. Barcelona: Paidós; 2011.
32. YUEHER, M. *Attachment security, mindfulness, and psychotherapy: testing a mediational model*. Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park; 2008.
33. CHÖDRÖN, P. *La sabiduría de la no evasión*. Barcelona: Oniro; 1998.
34. RYAN, R. y DECI, E. "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being". *American Psychologist*; 2000; 55: 68-78.

## 7. Anexo 1: práctica de la respiración focalizada en la espiración

### *Introducción*

Esta meditación se trata de una de las prácticas **más efectivas para la remisión de los síntomas de ansiedad**. También se puede descargar en audio como práctica dirigida en la página web de A.M.Y.S ([www.amys.es](http://www.amys.es)).

La duración mínima de esta práctica es de 10 o 15 minutos y su utilización es fundamental para estabilizar la atención y anclarla al momento presente. La respiración es un **anclaje** para volver la aten-

ción al interior y conectar con uno mismo en el presente que es donde acontece aquélla.

En la misma se hacen inspiraciones normales y la atención se intensifica en las espiraciones, que se hacen más largas procurando soltar todo el aire. Además la respiración es un punto de encrucijada mente-cuerpo y es un **salvavidas** en situaciones de emergencia.

Con la exhalación se **suelta** todo a lo que uno se aferra, uno se afloja y se vacía. Por eso la atención se hará más intensa en el momento de la espiración, alargándola, permitiéndola al máximo y dejando que salga todo el aire de los pulmones. Siempre haremos la práctica inhalando y exhalando por las fosas nasales, sin usar la boca (excepto si hay algún problema en la nariz).

Recordemos que cuando más practiquemos el ejercicio más resultados obtendremos y más duraderos.

### ***Pasos***

Siéntate cómodamente en el cojín de meditación o en una silla, con la espalda recta y los brazos relajados encima de las piernas. Cierra suavemente los ojos. Pon la atención en el cuerpo, en primer lugar. Empieza percibiendo aquella parte del cuerpo que está en contacto con el suelo. Nota las sensaciones de presión al apoyar en el suelo las piernas, nota la temperatura y cualquier otra sensación que aparezca (hormigueo, movimiento, etc).

Asciende con tu atención por la columna vertebral, visualizándola, desde el sacro hasta las cervicales. Lentamente y, a medida que lo haces, permite que la columna se vaya poniendo recta de forma natural. Al llegar a los hombros gíralos suavemente hacia atrás para terminar de colocar la espalda. Por último centra la atención en el cráneo y orienta la coronilla hacia arriba. Para ello, el mentón entra ligeramente hacia dentro. Relaja la piel de la cara, dejando que descienda hacia abajo. Percibe unos instantes la totalidad de tu cuerpo como una unidad y observa, con amabilidad y apertura, cuantas sensaciones aparezcan en estos momentos.

Utiliza los primeros minutos de tu tiempo de práctica para recordar y adoptar las actitudes que forman parte de Mindfulness: No

enjuiciar la experiencia, suceda lo que suceda; aceptarla completamente; observar con mente de principiante; observar con curiosidad, apertura y amabilidad; sin poner objetivos concretos mientras estamos practicando; con confianza, paciencia y constancia.

Olvida cualquier plan de influir en el miedo, la ansiedad o en alguna otra cosa y no trates de forzar nada. No prefieras nada. No te aferras a lo agradable ni intentes evitar lo desagradable. Evoca la ecuanimidad de forma especialmente importante.

Al cabo de tres o cuatro minutos centrándose en la actitud, posa delicadamente la atención en la respiración, en aquella parte del cuerpo donde mejor percibamos la entrada y la salida del aire. Focaliza tu atención en aquel lugar de tu cuerpo en el que te resulta más fácil sentir el fluir de tu respiración (abdomen, pecho, nariz, boca). Deja que tu atención “descanse” en ese lugar.

Siente, acompaña y percibe completamente las sensaciones de inspiración y espiración en esa parte del cuerpo. Siente el ciclo completo de cada respiración e incluso las breves pausas entre inspiración y espiración. La quietud que hay entre una y otra.

Percibe las olas de la respiración por tu cuerpo. Deja que tu respiración sea como es, sin modificar nada aún. Inspira y expira sin interferir o tratar de ejercer algún tipo de control. No pienses sobre la respiración, siente la respiración.

Muy probablemente han empezado a aparecer contenidos en tu mente: pensamientos, imágenes, recuerdos, frases, sensaciones, emociones. No importa. Es completamente normal. Si tu atención se desvía, percibe a dónde ha ido. Saluda a ese contenido, toma conciencia de qué es lo que te ha hecho perder el contacto con la respiración y luego dirige suavemente la atención al lugar de tu cuerpo en que concentras tu sensación respiratoria, es decir, vuelve al presente. Felicítate por haber advertido que tu atención se ha salido del presente.

A continuación intensifica la atención especialmente en la espiración. Haz inspiraciones normales y, al espirar, alarga la salida del aire todo cuanto puedas, soltando todo el aire desde el abdomen, recorriendo el pecho, la garganta y las fosas nasales. Aborda cada espira-

ción como si fuera la primera vez. En verdad cada espiración se produce una sola vez. Aflójate. Suéltate.

Nota si hay tirantez o tensión en el cuerpo. Distiende y relaja cuanto te sea posible al espirar, pero sin forzar nada. Sencillamente procura atender a la sensación de la espiración profundamente y con una conciencia permisiva. Respira sobre esas sensaciones de tensión ablandándolas y abriéndolas con cada espiración. Durante la espiración te dirás a mí mismo: “sentirme de esta forma está bien, sea lo que sea me permito soltarlo, es lo que hay en este momento, no pasa nada. Sea lo que sea ya está aquí. Voy a sentirlo. Suelto, suelto, suelto a medida que el aire sale”. Deja que las cosas sucedan.

Permanece con la atención centrada en la espiración de esta forma durante al menos 10 minutos. Respira con y a pesar de las interferencias.

Cuando notes un estado de calma mayor, o cuando decidas (no antes de 10 minutos), puedes volver a tus ciclos normales de respiración y reposar en ellos un par de minutos más.

Vuelve suavemente la atención a tu cuerpo. Nota las sensaciones corporales de este instante y poco a poco extiende la atención hacia el exterior (sonidos, olores, etc). Cuando percibas que estás ya “fuera”, agradece la experiencia que acabas de experimentar y abre suavemente los ojos.

Puedes cambiar la postura despacio y estirarte. La práctica ha terminado.

# 4

## *Mindfulness* en terapia cognitiva para la depresión

---

*Dr. Ausiàs Cebolla i Martí*

*Personal Investigador*

*Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología*

*Universitat Jaume I, Castellón*

## Esquema del capítulo

1. Introducción
2. La Terapia Cognitiva
3. La depresión y el problema de las recaídas
4. ¿Por qué la Terapia Cognitiva se ha sentido atraída por *Mindfulness*?
5. La Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness*: Un programa de 8 sesiones
6. Mecanismos implicados en el cambio terapéutico
7. Evidencia científica de la eficacia de la TCAP
8. La medida de mindfulness
9. Conclusiones
10. Bibliografía
11. Anexo: Meditación en la contemplación de las sensaciones

## 1. Introducción

El uso clínico de la práctica de *mindfulness* dentro de los tratamientos psicológicos se ha desarrollado a gran velocidad, y en los últimos años han aparecido una gran variedad de publicaciones que proponen protocolos de intervención donde *mindfulness* está presente en mayor o menor medida. Uno de estos protocolos, el más importante por número de publicaciones científicas y repercusión, es el propuesto por la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena o *Mindfulness*<sup>1</sup> (1)(TCAP). La TCAP es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Jon Kabat-Zinn (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR).

En 2002 Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale publicaron *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New approach to preventing relapse*, el primer manual que recogía la aplicación de un entrenamiento en *mindfulness* en un protocolo de intervención psicológica sobre un trastorno determinado –la depresión, concretamente la prevención de la recaída en depresión– y que estaba avalado científicamente.

Pese al escepticismo de la comunidad científica a propósito de la meditación, atribuible a la falta de un modelo teórico integrador que explicara las razones de su práctica y a la carencia de estudios controlados que avalaran su utilidad, los rigurosos estudios de Segal, Williams y Teasdale sobre *mindfulness* como aplicación clínica en psicología, abrieron las puertas a la investigación sobre la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness*, así como de las funciones básicas y mecanismos implicados en el *cambio terapéutico*. En el presente capítulo revisaremos los modelos cognitivos que posibilitan la inclusión de esta técnica en psicoterapia y los presupuestos teóricos en los que basaremos su uso en la terapia de la depresión. Para ello analizaremos la TCAP y los mecanismos

---

1. A lo largo de este capítulo de libro se utilizará de forma indistinta Mindfulness y Atención Plena.

implicados en el *cambio terapéutico* descubiertos en diferentes investigaciones, tanto clínicas como experimentales.

## 2. La Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de breve duración para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos (2). Obliga a una actitud introspectiva y dirigida al *Insight*, entendiéndolo como el proceso de tomar conciencia de los significados personales con los que el individuo organiza las experiencias correspondientes a sí mismo y al mundo (3).

El modelo de Terapia Cognitiva para la depresión de Aaron T. Beck es probablemente la aproximación más conocida al tratamiento de la depresión. Aunque no es el único modelo que pone énfasis en aspectos cognitivos como elementos *causales* de la depresión, sin duda es el que más investigación y apoyo ha recibido (4).

Este modelo plantea que la depresión viene originada por múltiples causas, en primer lugar se encuentran experiencias negativas tempranas que determinarían la aparición de esquemas o actitudes disfuncionales que se mantienen a lo largo de la vida, y son difícilmente accesibles verbalmente.

La depresión vendría activada por eventos estresantes (duelo, problemas conyugales o laborales), que activarían dichas actitudes o esquemas disfuncionales. Estos esquemas, a su vez, producirían sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental o la personalización, etc.(2). En consecuencia, surgirían los llamados pensamientos negativos (ej. “jamás seré feliz”, “el mundo no vale la pena”, etc.) que reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada *triada cognitiva*) y que sería el precursor más inmediato de la depresión (5). Una de las principales técnicas que utiliza la terapia cognitiva de la depresión, por tanto, es la identificación y cuestionamiento de estos pensamientos automáticos y su posterior discusión en terapia, relacionándolos con emociones asociadas y estrategias de afrontamiento.

### 3. La depresión y el problema de las recaídas

La depresión es un trastorno que afecta a un alto porcentaje de la población general. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (6) el 14,7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria presentan depresión, de los que son conocidos el 72% y reciben tratamiento con antidepresivos el 34%.

Además de los altos porcentajes de este trastorno en población general, uno de los grandes problemas de la depresión es los altos porcentajes de recaídas que presenta; entre un 50 y un 85% de las personas que buscan tratamiento por depresión presentarán al menos otro episodio depresivo en el curso de su vida e incluso en el 40% de los casos habrá 3 o más episodios (5). En la búsqueda de la solución a este problema hay que enmarcar el acercamiento de la Terapia Cognitiva al *mindfulness*.

Uno de los principales modelos explicativos de las recaídas en depresión fue precisamente desarrollado por uno de los autores de la TCAP, John Teasdale, el modelo ICS (*Interacting Cognitive Subsystems*) (7). Este modelo propone que el antecedente inmediato a la generación de una depresión es el procesamiento de esquemas cognitivos depresógenos, como por ejemplo, visiones generales negativas de uno mismo como inútil y sin valía (“No sirvo para nada”), o de las dificultades presentes como altamente aversivas (“No me siento capaz de salir a la calle”), incontrolables y con alta probabilidad de persistir en el tiempo (“Voy a estar siempre triste”) (1). Estos “engranajes” depresivos (pensamientos, emociones, conductas), a pesar de que se haya podido superar la depresión, vuelven a aparecer asociados a momentos de disforia, o estado de ánimo bajo. Es decir, la asociación repetida entre ánimo depresivo y patrones de pensamiento negativo durante los episodios de depresión mayor, incrementa la posibilidad de que se activen estos patrones en futuros estados de ánimo bajos.

Por tanto, según el modelo ICS, una recaída en depresión se produce por una reactivación, en momentos de disforia, de patrones automáticos de pensamientos negativos y de actitudes o asunciones disfuncionales que subyacen una vez ha desaparecido la sintomatología del episodio depresivo previo.

Una vez se activan estos “engranajes” depresógenos, se mantienen a través de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación (8). La rumiación es una pieza clave para entender la prolongación de sentimientos de tristeza, y por tanto en la aparición de recaídas. Tiene como objetivo saber qué es lo que ha llevado al estado depresivo, y a pesar de que son muy ineficaces, se mantienen y tienen el efecto contrario: mantener y exacerbar la tristeza. Detrás de los procesos rumiativos (8) existe la visión de una “discrepancia”, hay una comprobación continua entre el estado actual y el estado deseado, requerido o esperado. Es decir se compara continuamente el “cómo se está”, con el “cómo se debería estar” y la distancia que los separa amplificando el estado de ánimo bajo primigenio y ayudando a su mantenimiento en el tiempo, con un riesgo de recaída en depresión (9).

Según este análisis, tenemos que decir que el mantenimiento del estado depresivo es dinámico y depende de creaciones continuas y de la regeneración de estos modelos esquemáticos, de modo que un bajo estado de ánimo activa pensamientos depresógenos que lo retroalimentan, y la activación de pensamientos depresógenos conduce a un bajo estado de ánimo que les permite proliferar. Pero también podemos decir que si la síntesis de dichos modelos esquemáticos cesa, si bloqueamos ese dinamismo, la depresión debe desaparecer.

Para Teasdale (10) el objetivo de un posible tratamiento de las recaídas en depresión no debe ser evitar los estados de tristeza o infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos, que son los que mantienen los engranajes depresivos, se establezcan en momentos de incremento de disforia. La intervención, por tanto, debe dirigirse a las fuentes de procesamiento que se necesitan para activar y mantener los esquemas depresógenos y llevarlo hacia fuentes no depresógenas. Además, se deben generar nuevos modelos esquemáticos modificados, relacionados con la depresión pero no depresógenos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos del estado depresivo). Estos cambios son muy profundos, por tanto los tratamientos deben implicar experiencias de “trabajo para casa” en las que practicar las habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otro modo cognitivo.

#### 4. ¿Por qué la Terapia Cognitiva se ha sentido atraída por *Mindfulness*?

La Terapia Cognitiva ha trabajado tradicionalmente con los contenidos de los pensamientos, y ha separado los “racionales” de los “irracionales”, ayudando a los pacientes a identificarlos y modificarlos. Esta técnica (Reestructuración cognitiva) es muy efectiva en el tratamiento de procesos agudos, y en terapia individual, pero para Teasdale (10), el trabajo posterior, en el mantenimiento del cambio, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo de los procesos rumiadores, en lugar de hacia la modificación de los pensamientos.

Hay gran variedad de estrategias que pueden ser usadas en terapia para trabajar el mantenimiento del cambio. Lo que nos dice el sentido común es que tratándose de procesamiento de información, si conseguimos cambiar la información entrante dentro del engranaje depresivo, a través de distracción, con información no relacionada con contenidos depresivos, cortamos la retroalimentación. La distracción, por tanto, puede ser una buena técnica para tratar con la depresión en casos de estados de ánimo depresivos normales (10), no muy graves, aunque la investigación ha encontrado que sus efectos duran muy poco tiempo (11), y no parece que sea de gran ayuda para evitar la recaída en depresión. Otra de las intervenciones posibles para bloquear el establecimiento de patrones depresivos, es actuar sobre los propios significados negativos relacionados con uno mismo, que es lo que se hace en la práctica la Terapia Cognitiva, a través de la intervención sobre los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. Otra propuesta es la estrategia que propone Teasdale, la práctica de *mindfulness*, ya que supone procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración diferente, sin tratar de cambiar los contenidos de los esquemas.

La esencia del entrenamiento en atención plena o *mindfulness* en la TCAP es la utilización intencionada del control de la atención para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo, que es incompatible con la configuración del engranaje depresivo (10). Este estado es lo que llaman el modo de *Ser*. En este

modo, el foco está en aceptar sin cambiar ni juzgar la experiencia, y permitir que las cosas sean como son. En este estado, los pensamientos son simples imágenes que aparecen en la mente, de los que hay que ser consciente para luego dejarlos marchar. Al contrario de la rumiación, en este modo no hay un seguimiento sobre como estoy de lejos de la meta, y por tanto, que no es necesario buscar discrepancias entre lo percibido y lo deseado. El estado contrario, es el modo de *Hacer*. Éste es un modo orientado a la consecución de una meta, que genera un estado continuo de insatisfacción, ya que la mente siempre está comparando y estableciendo metas futuras. En este estado el presente tiene una prioridad muy baja y la mente siempre está divagando sobre como deberían de ser las cosas. El objetivo de la TCAP es entrenar a los participantes en las habilidades (*mindfulness*) que les permitan pasar del modo de *Hacer* al modo de *Ser*.

## **5. La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: Un programa de 8 sesiones**

El tratamiento que propone la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es de 8 sesiones grupales diseñadas para la prevención de recaídas en depresión. El objetivo es que los pacientes que no están deprimidos, pero que tienen alto riesgo de tener una recaída en depresión, aprendan a practicar *mindfulness*. En estos grupos se enseña a meditar en grupo y se revisan las tareas para casa, con una estructura muy parecida al MBSR de Kabat-Zinn, pero añadiendo algunas técnicas y ejercicios de Terapia Cognitiva tradicional.

Las sesiones de TCAP contienen varias técnicas repartidas entre las 8 semanas de duración del tratamiento y que se van introduciendo a lo largo de las sesiones, acompañadas de explicaciones teóricas. La técnica escogida por la TCAP para el entrenamiento de *mindfulness* es la meditación, lo que llamamos *mindfulness* formal, en postura sentado o tumbado. También se entrena con técnicas de *mindfulness* informal, es decir practicar *mindfulness* en actividades de la vida cotidiana (comiendo, paseando, etc.). A menudo se confunde el objetivo real de un entrenamiento en *mindfulness*, creyendo que la finalidad es convertir a los participantes en meditadores, pero en realidad,

el auténtico objetivo es entrenar la habilidad de *mindfulness*, y la meditación es solo la técnica escogida para hacerlo, ya que es la que permite aprenderlo en el menor tiempo y de la forma más eficaz, y obviamente hace falta mantener la práctica si se quiere que los efectos perduren en el tiempo.

Las principales técnicas que se utilizan en este tratamiento son:

- **Ejercicio de la uva pasa:** Se reparte una uva pasa entre los asistentes al entrenamiento en Atención Plena y antes de comerla, se huele, se observan sus formas, y se paladea dando la instrucción de hacerlo como si fuera la primera vez que la prueban. Este ejercicio sirve para explicar la Atención Plena de forma experiencial, se utiliza en la primera sesión como introducción a la práctica.
- **Atención en la Respiración:** La manera más sencilla y eficaz de comenzar a practicar la meditación consiste en concentrar la atención en la respiración y observar lo que sucede. Podemos concentrarnos en las aletas de la nariz, en el diafragma, en el pecho, etc.; la intención es hacerse consciente de la respiración sin pensar en ella, darse cuenta de cada inspiración y espiración, sin intervenir sobre su ritmo, sin enlentecerla o acelerarla. La mejor manera de introducir la meditación en la vida cotidiana es mediante la práctica de este ejercicio durante tres minutos.
- **Meditación sentado:** Se denomina meditación sentado al núcleo de la práctica de la meditación formal. En este ejercicio se debe adoptar una postura erecta y digna, en la que cabeza, cuello y espalda forman una misma línea tan recta como sea posible. Una vez fijada la postura, el meditador se concentra en la respiración con Atención Plena y se focaliza en la experiencia del presente.
- **Técnica de exploración corporal o *body-scan*:** En esta técnica se hace un recorrido sensorial en Atención Plena por las diferentes partes del cuerpo, comenzando por los pies hasta llegar a la cabeza. Normalmente esta meditación se hace tumbado; el terapeuta da la instrucción de imaginar cómo el aire que entra por la nariz se distribuye a las otras partes del cuerpo. El trabajo se combina con la meditación en la respiración, ya que cada

vez que la mente se evade o se distrae del ejercicio se puede utilizar la respiración como *lugar* al que devolver la atención. Es la primera técnica de las utilizadas para desarrollar la Atención Plena, la concentración en el momento presente y la calma.

- **Yoga:** El yoga con atención es la tercera técnica de meditación más importante en el modelo de Kabat-Zinn. Está basada en ejercicios de estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud, y en la toma de conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que aparecen en el cuerpo al repetir las *asanas* o posturas. Se utiliza como técnica de *mindfulness informal* para tomar conciencia del cuerpo y de sus limitaciones. En esta práctica se promueve la observación de sensaciones corporales, cómo surgen y cómo desaparecen, sin reaccionar a ellas ni juzgarlas. Además, es una práctica muy efectiva para desentumecer el cuerpo que ha permanecido varias horas sentado, sin moverse. Pero en la TCAP, el yoga se ha mostrado como técnica poco relevante, pues evidencia una relación menor con la mejora terapéutica (12), no tanto a causa de la propia técnica sino por la cantidad de tiempo de praxis que requeriría para unos resultados óptimos, lo cual la lleva a ocupar una posición secundaria respecto a la *meditación formal*.
- **Meditar caminando:** Se trata de llevar la atención a uno de los actos más inconscientes y automáticos del cuerpo, caminar. Poner la Atención Plenamente en el contacto del pie contra el suelo y en todos y cada uno de los movimientos y acciones que subyacen al acto de caminar, dándose cuenta de lo complicado que es y de lo automatizado que está.
- **Atención Plena en la cotidianidad:** Es el último eslabón en esta *cadena formativa*, y trata de ejercitar la Atención Plena en todos ámbitos de la vida cotidiana, desde lavar el coche hasta esperar el autobús. El auténtico objetivo del tratamiento es poder utilizar la atención plena en cualquier circunstancia, generalizar la atención plena en nuestro estar en el mundo, como herramienta para afrontar el sufrimiento.

En la siguiente tabla se explican las técnicas y sus efectos (13):

**Tabla 1. Técnicas y efectos utilizadas en la TCAP**

<b>Prácticas de las TCAP</b>	<b>¿Qué se puede aprender?</b>
<b>Comer en Atención Plena</b> (ejercicio de la uva pasa)	Reconocer la Atención Plena en contraposición a los pensamientos automáticos.
Centrar la atención solo en la experiencia de comer.	La Atención Plena puede transformar una experiencia.
<b>Atención Plena de las actividades cotidianas</b>	Aprender cuán difusa y dispersa es la mente.
Centrar la atención en las actividades cotidianas que a menudo se realizan sin darse cuenta	
<b>Meditación en la contemplación de las sensaciones</b>	Utilizar el conocimiento experimental.
Poner atención en las diferentes partes del cuerpo	Practicar conscientemente el centrar y descentrar la atención.
	Repetir la práctica de darse cuenta, observar y regresar al cuerpo
	Permitir que la experiencia sea como es.
	Usar la respiración como vehículo
	Diferenciar entre los diferentes estados mentales.
<b>Atención Plena en la respiración</b>	Anclaje en el momento presente.
Usando la respiración como el foco de la atención	Calmarse para poder poner orden y concentrar la mente.
<b>Respiración de los 3 minutos</b>	Aprender a manejarse con el divagar de la mente.
Uso de la meditación en la respiración en períodos cortos de tiempo	Aprender a ser amable con uno mismo.
<b>Atención Plena en las actividades agradables/desagradables.</b>	Identificar los diferentes pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que se generan automáticamente como resultado de experiencias agradables y desagradables.
Utilizar las actividades diarias como el foco de atención	
<b>Atención Plena en el cuerpo</b>	Atención Plena en como se generan las sensaciones en el cuerpo sean estas placenteras o no placenteras.
Uso del cuerpo como foco de atención	
	Darse cuenta de la sensación de aversión que generan algunas sensaciones.
	Aprender a aceptar
<b>Atención Plena de los estiramientos/ yoga/caminar</b>	Aprender diferentes formas de relacionarse con los pensamientos y sentimientos.
Usar los pensamientos y sentimientos como foco de atención.	Aprender a relacionar los pensamientos o sentimientos de la misma forma en la que es posible relacionar con los sonidos.
	Aprender a ver patrones recurrentes de pensamientos o sentimientos.

Además de todas estas técnicas hay una parte importante del entrenamiento dedicada a los auto-registros de pensamientos respecto a sucesos agradables o desagradables, tal y como propone la Terapia Cognitiva tradicional. Se trata de que los participantes en el entrenamiento describan un suceso (agradable o desagradable), y a continuación, los pensamientos, las emociones y los sentimientos que aparecen. Estos ejercicios ayudan a separar el suceso de la experiencia personal, y el objetivo es entrenar la habilidad de tomar perspectiva y aumentar la capacidad de auto-observación, ya que obliga a narrar la experiencia con riqueza, lo que permite observar cómo surge y desaparece, y darle un significado separándola según pensamientos, emociones sentidas y sensaciones corporales que acompañan a la experiencia.

Otro aspecto fundamental de esta terapia son las tareas para casa. Durante las 8 semanas de duración del tratamiento los participantes deben practicar 45 minutos de meditación formal, 6 días a la semana, que van variando entre *body scan* y meditación sentados. La alta exigencia de este entrenamiento se debe a la corta duración que tiene (tan solo 8 semanas), y también porque lo que se pretende cambiar son procesos básicos muy arraigados, y además de una comprensión intelectual, para el cambio se requiere alcanzar eso que Teadale llama *insight metacognitivo*, es decir ver los pensamientos como eventos mentales sometidos a múltiples condicionantes (como el estado de ánimo), y no como reflejos de la realidad.

El objetivo de cada una de las 8 sesiones es:

- Sesión 1. El piloto automático: El objetivo de esta sesión es hacer conscientes a los participantes de lo común que es funcionar con el piloto automático, y cuáles son los efectos de permanecer en mindfulness.
- Sesión 2. Enfrentándose a los obstáculos: El objetivo de esta sesión es explorar las experiencias iniciales de la práctica e introducir una perspectiva metacognitiva. Esta sesión es fundamental porque se trabajan las dificultades que han aparecido en la práctica de las tareas para casa y durante las medita-

ciones. Las típicas dificultades son, “No podía encontrar tiempo para hacer la tarea para casa”, “Me aburrí totalmente”, “Me irrité mucho con el cd”, “Me quedé dormido”, “Trato de hacerlo lo mejor posible, pero no me sale”, etc.

- Sesión 3. Conciencia plena en la respiración. El objetivo es introducir la respiración como vehículo para reconectar con el presente cuando la mente divaga entre pensamientos, sensaciones o emociones.
- Sesión 4. Permaneciendo en el presente: El objetivo de esta sesión es explorar nuevas formas de relacionarnos con las emociones, pensamientos y sensaciones intensas.
- Sesión 5. Permitir/ dejar ser: Empezar a desarrollar una relación radicalmente diferente con las experiencias, en las que éstas son aceptadas tal y como son, sin juzgarlas.
- Sesión 6. Los pensamientos no son hechos: Animar a los participantes a reducir su identificación con pensamientos y aprender a relacionarse con los pensamientos como eventos que suceden.
- Sesión 7. ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí mismo? En esta sesión se empieza a cerrar el programa y el objetivo es trabajar estrategias de prevención de recaídas y técnicas para cuidarnos mejor.
- Sesión 8. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo. En esta sesión se trabaja cómo mantener la práctica de mindfulness una vez termine el tratamiento y se resume todo lo aprendido.

## 6. Mecanismos implicados en el cambio terapéutico

Como ya se dijo al inicio de este capítulo, la TCAP no sólo ha servido para impulsar la investigación clínica sobre la eficacia del uso psicológico de *mindfulness*, sino que aporta además un modelo fundamentado de sus mecanismos cognitivos. El programa MBSR de Kabat-Zinn aplicaba *mindfulness* como estrategia de regulación del estrés, pero carecía de un modelo psicológico que lo sustentara. Hasta la aparición de la TCAP tal modelo no existía.

El primer punto con el que nos encontramos tiene que ver con un cambio en la forma en la que atendemos a las experiencias. La atención plena o *mindfulness* supone un tipo de auto-observación que podríamos llamar adaptativa, en contraposición a la auto-observación rumiadora o no-adaptativa (9). Se sabe que las personas diagnosticadas de depresión tienen una probabilidad mayor de estar centradas en sí mismas que las que no están deprimidas (1). Teniendo en cuenta estos datos, es comprensible que para muchos psicólogos y psiquiatras la idea de entrenar a una persona que sufre de depresión en técnicas de auto-observación, en lugar de en técnicas de distracción, haya sido considerada como una aproximación terapéutica inadecuada o no necesaria. Sin embargo, la auto-observación promovida desde *mindfulness* es terapéutica porque contiene las siguientes características: a) Se fija en lo que ocurre en el presente; b) No compara el estado actual con el ideal; c) No juzga lo que observa y d) Acepta la no permanencia de la experiencia (14). En síntesis, la auto-observación adaptativa o experiencial, está basada en la Atención Plena, y es esencialmente diferente de la auto-observación analítica con un claro componente rumiador (14).

La hipótesis original de la TCAP propuesta por sus autores es que *mindfulness* está directamente interviniendo sobre las habilidades metacognitivas, especialmente la de descentramiento. Por metacognición se entiende cualquier conocimiento o actividad cognitiva que toma como objeto, cualquier aspecto de cualquier empresa cognitiva (10). Se llama metacognición porque su significado esencial es “cognición de la cognición”.

Durante la práctica de la meditación en Atención Plena, la atención debe centrarse en la respiración y el cuerpo. Resulta realmente complicado mantener esta auto-observación durante un tiempo prolongado, ya que la atención tiende a dispersarse y es fácil que la mente se distraiga. Pero cada vez que se da cuenta de que se ha distraído del objeto de observación (respiración, cuerpo), el practicante debe observar hacia dónde se ha desviado su atención para después devolver la atención a la meditación. Es crucial que este *darse cuenta* de la distracción se efectúe sin juicio ni auto-castigo, porque la auténtica

esencia de la meditación en atención plena se basa precisamente en este movimiento atención-distracción-atención (12), que el meditador experimenta infinidad de veces mientras realiza la práctica.

A pesar de su sencillez, este simple movimiento de la atención está afectando el núcleo de las habilidades metacognitivas, ya que promueve la observación de los pensamientos e imágenes que surgen sin juzgarlos. Entrena la capacidad de tomar conciencia de los propios pensamientos y observarlos en un estado de calma mental. Al promover el no juzgarlos, se entrena una actitud de aceptación hacia ellos, permitiendo un acercamiento del mismo sujeto a su forma de pensar.

Teasdale plantea que el objetivo final de un entrenamiento en *mindfulness* es alcanzar lo que él llama *insight metacognitivo* (10), que es la experiencia de percibir los pensamientos como pensamientos y no como reflejos de la realidad. Por tanto, los pensamientos se experimentan simultáneamente como pensamientos y como eventos que suceden en la mente.

En esta línea, ha aparecido en los últimos años datos muy interesantes en un concepto similar, el de Reactividad Cognitiva. En el año 2009, Beck (15) propone una relectura de su modelo cognitivo de la depresión y, entre otras cosas, incorpora al modelo tradicional el concepto Reactividad Cognitiva, como gran factor de vulnerabilidad. Este concepto es muy similar al ya visto en este capítulo cuando se ha revisado el modelo ICS. Por Reactividad Cognitiva se entiende el grado en que los estados de disforia reactivan patrones de pensamiento negativos. La Reactividad Cognitiva está presente en múltiples estudios. Por ejemplo, las personas con esta vulnerabilidad, tienen mayor incremento de actitudes disfuncionales, sesgos cognitivos y erosión de los sesgos positivos (16) tras inducirles una emoción negativa, como la tristeza.

Según Raes et al. (17) la TCAP ayuda a reconocer estadios tempranos de Reactividad Cognitiva, cuando el estado de ánimo empieza deteriorarse, facilitando de esta manera la aparición de afrontamiento más efectivo. Es decir, que el *mindfulness* facilitaría estrategias de auto-observación que su vez facilitarían el darse cuenta de las

primeras señales. Uno de los estudios más interesantes en este sentido es el planteado por Kuyken (16), en el que analiza los mecanismos por los cuales actúa la TCAP. Lo que descubren estos autores, es que es precisamente la Reactividad cognitiva la que media entre el *mindfulness* y la reducción de la sintomatología depresiva. Estos resultados validan el modelo original planteado por Teasdale y sus colegas sobre el uso de *mindfulness* para prevenir recaídas en depresión. Este concepto está directamente relacionado con otra de las hipótesis planteadas por los autores de la TCAP sobre los mecanismos de intervención, la reducción de estilos cognitivos desadaptativos, como la rumiación o la preocupación.

En los últimos años, ha habido un creciente interés por un concepto muy relacionado con *mindfulness*, el concepto de auto-compasión. La compasión tal y como se entiende en este paradigma proviene del Budismo<sup>2</sup> se define como un deseo genuino de que todas personas incluida una misma se liberen del sufrimiento y sean felices. Esta habilidad, a pesar de no ser entrenada explícitamente, aumenta tras un entrenamiento en TCAP, y no solo eso, sino que además parece ser un predictor fundamental de la mejoría en sintomatología depresiva (16). La principal investigadora en el ámbito de la compasión es Kristin Neff, para ella la compasión está conformado por tres componentes: bondad hacia uno mismo, humanidad compartida y *mindfulness* (18). Otro de los autores más relevante en este ámbito es Paul Gilbert (19), que ha desarrollado un protocolo de terapia basada en el entrenamiento de la compasión llamado *Compassionate Mind Training*. En este protocolo se utiliza la compasión como alternativa a la auto-crítica y la vergüenza, y se anima a los pacientes a ser cordiales, y calmarse a sí mismos cuando sienten ansiedad, tristeza o ira. A partir de estos datos, hay algunos autores que han ampliado las intervenciones basadas en *mindfulness* incorporando explícitamente un entrenamiento en compasión (19). Todavía hacen falta más investigaciones para clarificar este concepto, pero sin duda supondrá una nueva perspectiva en el ámbito de las aplicaciones clínicas basadas en *mindfulness*.

---

2. La concepción de “compasión” que existe tradicionalmente en lengua castellana en la que se asocia a sentimientos de conmiseración o lástima por el otro.

## 7. Evidencia científica de la eficacia de la TCAP

En uno de los últimos metaanálisis, el llevado a cabo por Hofmann et al. (20) se analizaron 34 estudios rigurosos, donde se evaluó los efectos de la TCAP sobre diferentes trastornos clínicos. De estos 34, 6 se llevaron a cabo con población con sintomatología depresiva, 7 sobre trastornos de la ansiedad, sobre todo ansiedad generalizada y ansiedad social, y el resto sobre población con enfermedades médicas, como cáncer o fibromialgia. Los resultados de este metaanálisis indican que tanto la población con altos niveles de sintomatología depresiva o ansiosa, como los bajos se beneficiaron del tratamiento de forma moderadamente fuerte. En otro metaanálisis, el realizado por Miró et al (21) se seleccionaron 15 publicaciones, esta vez además se incluyen todas las terapias que aplican *Mindfulness*, como el MBSR o la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (22), al igual que en el anterior, también se confirma la eficacia de estas intervenciones.

De todos estos estudios, 4 han intentado validar la eficacia de la TCAP en la prevención de recaídas en depresión (23, 24, 25, 26). Dos de ellos compararon el efecto de un programa TCAP más el tratamiento usual, con solo el tratamiento usual. Los resultados indican un menor riesgo de recaídas en el grupo que recibe la TCAP en pacientes con tres recaídas o más. En el año 2008, se volvió a replicar el estudio comparando una intervención en TCAP frente a un tratamiento con antidepresivos, y los resultados indicaron que no había diferencias entre grupos respecto al número de recaídas, pero el grupo de que había recibido la TCAP comparado con el grupo que recibía antidepresivos mostró una mayor reducción de la sintomatología depresiva en un mes, y en 15 meses.

Dentro de los estudios de validación de la eficacia de la TCAP, son especialmente relevantes los múltiples estudios dedicados a adaptar la terapia a otros trastornos, que aunque todavía con resultados preliminares, sugieren la flexibilidad que tiene esta terapia para adaptarse. La TCAP ha sido adaptada al tratamiento de depresiones resistentes (27, 28), riesgo de suicidio (29), sintomatología depresiva leve (9) y residual (30), sintomatología ansiosa asociada al trastorno bipolar (31), trastorno de ansiedad generalizada (32), hipocondría (33), insomnio

(34), tinnitus (35) e incluso una adaptación para niños con problemas de conducta (36). Los cambios realizados en todas estas adaptaciones tiene que ver con la modificación del componente específicamente orientado a la prevención de recaídas en depresión de la versión original, por un modulo relacionado con el trastorno específico.

Especialmente prometedoras son las adaptaciones al tratamiento de los trastornos de ansiedad (31,32, 33, 34), ya que sugieren que los procesos que subyacen a la eficacia de un entrenamiento en *mindfulness* afectan a los mecanismos cognitivos implicados en múltiples procesos psicopatológicos.

## 8. La medida de *mindfulness*

Ha habido un gran interés por las terapias basadas en la atención plena en la incorporación de instrumentos para medirla, con el fin de entender la investigación clínica y básica y los mecanismos que subyacen en el proceso de cambio. Como ya se ha indicado, las terapias basadas en el *mindfulness* parten de la idea de que esta habilidad es una capacidad intrínseca de todo ser humano, y que, por tanto, puede ser entrenada utilizando varias técnicas. Por tanto, debe de haber diferencias intra-sujeto, es decir el mismo sujeto debe cambiar esta capacidad en función del momento o el contexto, y diferencias entre-sujetos, diferentes personas tendrán tienen diferentes niveles de esta habilidad.

La construcción de instrumentos para evaluar *mindfulness* ha puesto de manifiesto la falta de acuerdo entre los diferentes autores sobre la definición de Atención Plena y, sobre todo, sobre los componentes que se incluyen en ella (37). Para Kabat-Zinn (38), las habilidades o factores incluidos dentro de la Atención Plena son varios: actitud no juzgadora, paciencia, mente de principiante, confianza en uno mismo, no esforzarse en alcanzar ningún estado y aceptación de la experiencia tal y como es. Para Marsha Linehan (22) *mindfulness* se entiende como una habilidad que se puede separar en dos grupos, las habilidades *Qué* y las habilidades *Cómo*, las primeras se refieren a la capacidad de participar con conciencia de la realidad, y las segundas a cómo se hace esto. En cambio, Brown y Ryan (39) entien-

den que la Atención Plena es un solo componente más relacionado con la capacidad de darse cuenta.

Previo a la discusión sobre los componentes que están implicados en la práctica de mindfulness, hay otra discusión de mucha más relevancia y viene a cuestionar directamente si es posible medirlo mediante auto-registros. Como hemos visto a lo largo de este capítulo, mindfulness es una habilidad estrechamente relacionada con un estado de conciencia, por tanto uno de los principales problemas con los que nos encontramos es que las personas que no han practicado mindfulness nunca pueden entender el auténtico significado de los ítems y, al contrario, personas que practican pueden darse mayor cuenta de lo poco *mindful* que están en el día a día. Todavía es pronto para aclarar los instrumentos de medida idóneos, pero de momento, contamos con dos instrumentos validados en lengua castellana.

*El Inventario de las cinco facetas de mindfulness (40)*: Este cuestionario está formado por 39 ítems que evalúan cinco factores de *mindfulness*. Los cinco factores son; a) Observar, que incluye atender a experiencias internas y externas como sensaciones, pensamientos, emociones, sonidos, olores, etc. b) Describir, que se refiere a la capacidad de etiquetar las experiencias internas con palabras, c) Actuar dándose cuenta, mide la capacidad de atender a las actividades que hace uno en cada momento, en lugar de funcionar de forma mecánica con la atención dispersa (piloto automático), d) No juzgar la experiencia interna, que se refiere a la capacidad de relacionarse con la propia experiencia desde una perspectiva no evaluadora, y finalmente e) No reactividad sobre la experiencia interna, que mide la tendencia a permitir que los pensamientos y sentimientos aparezcan y desaparezcan sin dejarse llevar por ellos. Este cuestionario parte del modelo de *mindfulness* planteado por Marsha Linehan (22) en el que las habilidades de *mindfulness* se separan en dos, las *Qué* y las *Cómo*. A pesar de los problemas metodológicos que tiene este cuestionario, como el hecho de incluir un factor (el de Observar) que no tiene relación directa con el resto de factores, este cuestionario es uno de los más utilizados, junto con la Escala de *Mindfulness* y Darse Cuenta (MAAS) (29).

## Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en "piloto automático", sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

**Corrección:**

Observar 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

Describir: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

Actuar dándose cuenta: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

No juzgar la experiencia interna: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

No reactividad sobre la experiencia interna: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

Cuestionario original: Baer, R. et al, 2006. Validación española: Cebolla et al., 2012.

Esta escala es un cuestionario de 15 ítems que mide la frecuencia en la que los estados de *mindfulness* suceden en el día a día. En este caso, los autores plantean *mindfulness* como un solo factor.

#### Mindful Attention Awareness Scale

A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

1.- Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.	1	2	3	4	5	6
2.- Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
3.- Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.	1	2	3	4	5	6
4.- Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.	1	2	3	4	5	6
5.- Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.	1	2	3	4	5	6
6.- Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	1	2	3	4	5	6
7.- Parece como si "funcionara en automático" sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
8.- Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.	1	2	3	4	5	6
9.- Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.	1	2	3	4	5	6
10.- Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5	6
11.- Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6
12.- Conduzco "en piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.	1	2	3	4	5	6
13.- Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.	1	2	3	4	5	6
14.- Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5	6
15.- Pico sin ser consciente de que estoy comiendo	1	2	3	4	5	6

Corrección: sumatorio de todos los ítems.

Cuestionario original: Brown & Ryan, 2003; Validación española: Soler et al, 2012.

## 9. Conclusiones

Como hemos podido observar, la relación entre *mindfulness* y el tratamiento de la depresión ha sido fundamental para la introducción del uso de *mindfulness* en la práctica clínica, y el trabajo realizado por sus autores valiosísimo para comprender el rápido desarrollo y avance en su investigación. Respecto a los mecanismos cognitivos de *mindfulness*, se ha adelantado muchísimo en los últimos años en el estudio de los mecanismos de cambio, fundamentales para justificar una intervención basada en *mindfulness*. Esta línea de investigación es muy relevante además porque ayudará a clarificar algunas de las dudas que quedan pendientes, como por ejemplo cuando se desaconseja practicar *mindfulness* o de qué manera se puede adaptar la práctica a las características de los participantes. Por otra parte, los estudios de aplicación de la TCAP a otras patologías son muy prometedores.

La TCAP necesita mucha más investigación para realmente averiguar su grado de eficacia en la prevención de recaídas en depresión. También necesita un análisis por componentes del entrenamiento en TCAP, ya que hay aspectos del protocolo que parecen heredados del modelo primigenio de Kabat-Zinn y que se han mantenido por inercia, como el uso de yoga o de videos explicativos, y que están siendo cuestionados por su poca viabilidad a la hora de aplicar este protocolo en un contexto de salud pública.

A pesar de que la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness o Atención Plena es muy joven, ha alcanzado grandes cuotas de popularidad e interés por parte de clínicos e investigadores, y ha dado un soplo de aire fresco a la hora de aplicar tratamientos psicológicos eficaces y eficientes en el ámbito de la salud.

## 10. Bibliografía

1. SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. y TEASDALE, J.D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press; 2002 (*Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Un programa de prevención en recaídas en depresión*. Bilbao, Ed. Desclée De Brouwer).
2. FEIXAS, G. y MIRO, M.T. *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós; 1993.
3. SEMERARI, A. *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Ed. Roma-Bari; 2000. (Edición castellano: *Historia, Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Cognitiva*. 2002. Ed. Paidós).
4. SANZ, J. y VÁZQUEZ, C. "Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas". En BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill, 1995, (vol. 2).
5. VÁZQUEZ, C.; HERVÁS, G. y ROMERO, N. "Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación". *Psicología Conductual*. 2010; 18: 139-165.
6. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*; 2008.
7. BARNARD, P.J. y TEASDALE, J.D. "Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive affective interaction and change". *Cognition and Emotion*. 1991: 1-39.
8. NOLEN-HOEKSEMA, S. "Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes". *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; No. 4: 569-582.
9. CEBOLLA, A. y MIRÓ, M.T. "Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión". *Revista de Psicoterapia*. 2007; Vol 66/67: 133-157.
10. TEASDALE, J.D. "Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders". *Clinical psychology and psychotherapy*. 1999; 6: 146-155.
11. FLAVELL, J.H. "Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry". *American Psychologist*. 1979; 34: 906-911.

12. CEBOLLA, A. *Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena*. Publicacions de la Universitat de Valencia. Tesis doctoral; 2007.
13. WILLIAMS, J.M.; DUGGAN, D.S.; CRANE, C. y FENNEL, M.J. "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour". *Journal of Clinical Psychology*: In Session. 2006, Publicación on-line.
14. WATKINS, E. y TEASDALE, J.D. "Adaptive and maladaptive self-focus in depression". *Journal of Affective Disorders*. 2004; 82: 1-8.
15. BECK, A.T. "The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates". *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: 969-977.
16. KUYKEN, W.; WATKINS, E.; HOLDEN, E.; WHITE, K.; TAYLOR, R.S.; BYFORD, S.; EVANS, A.; RADFORD, S.; TEASDALE, J.D. y DALGLEISH, T. *How does mindfulness-based cognitive therapy work?* Behavioral Research and Therapy. 2010; 48: 2205-1112.
17. RAES, F.; DEWULF, D.; VAN HEERINGEN, C. y WILLIAMS, J.M. *Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study*. Behaviour Research and Therapy. 2009; 47: 623-627.
18. NEFF, K.D. "The role of self-compassion in development: "A healthier way to relate to oneself". *Human Development*. 2009; 52: 211-214.
19. GILBERT, P. y IRONS C. "Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking". En, P. GILBERT (ed). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (263-325). London: Routledge; 2005.
20. HOFMANN, S.G.; SAWYER, A.T.; WITT, A.A. y OH, D. "The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78 (2): 169-183.
21. MIRO, M.T.; PERESTELO-PEREZ, M.T.; PEREZ, J.; RIVERO, A.; GONZALEZ, M.; DE LA FUENTE, J. y SERRANO, P. "Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011; 16: 1-14.

22. LINEHAN, M.M. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993.
23. TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; RIDGEWAY, V.A.; SOULSBY, J.M. y LAU, M.A. "Prevention of relapse/recurrence in major depression by *mindfulness*-based cognitive therapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68:615-623.
24. KUYKEN, W.; BYFORD, S.; TAYLOR, R.S.; WATKINS, E.; HOLDEN, E.; WHITE, K. et al. "*Mindfulness*-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76: 966-978.
25. MA, S.H. y TEASDALE, J.D. "*Mindfulness*-Based Cognitive therapy for Depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; Vol. 72, No. 1: 31-41.
26. TEASDALE, J.D.; SCOTT, J.; MOORE, R.G.; HAYHURST, H.; POPE, M. y PAYKEL, E.S. "How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression: Evidence form controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69: 347-357.
27. BARNHOFER, T.; CRANE, C.; HARGUS, E.; AMARASINGHE, M.; WINDER, R. y WILLIAMS, J.M.G. "Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study". *Behavioral Research and Therapy*. 2009; 47: 366-373
28. EISENDRATH, S.J.; DELUCCHI, K.; BITNER, R.; FENIMORE, P.; SMIT, M. y MCLANE, M. "Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008; 77: 319-320.
29. WILLIAMS, J.M.G.; DUGGAN, D.S.; CRANE, C. y FENNELL, J.V. "Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour". *Journal of Clinical Psychology: In session*. 2006; 62: 201-210.
30. KINGSTON, T.; DOOLEY, B.; BATES, A.; LAWLOR, E. y MALONE, K. "Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms". *Psychology and Psychotherapy*. 2007; 80: 193-203.
31. WILLIAMS, J.M.G.; ALATIO, Y.; CRANE, C.; BARNHOFER, T.; FENNELL, M.J.V.; DUGGAN, D.S.; HEPBURN, S. y GOODWIN, G.M. "Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preli-

- inary evaluation of immediate effects on between-episode functioning”. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 107: 275-279.
32. EVANS, S.; FERRANDO, S.; FINLER, M.; STOWELL, C.; SMART, C. y HABLIN, D. (2008) “Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder”. *Journal of Anxiety Disorder*. 2008; 22: 716-721.
  33. LOVAS, D.A. y BARSKY, A.J. “Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study”. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24: 931-935.
  34. YORK K, LEE SH, RYU M, KIM KH, CHOI TK, SUH SY, KIM B, KIM MJ. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *Journal Of Nervous and Mental Disease*. 2008; 196: 501-503.
  35. PHILIPPOT P, NEF F, CLAUW L, ROMEREE M, SEGAL Z. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treating Tinnitus. *Clinical Psychology and Psychotherapy* (en prensa).
  36. LEE, J.; RANDYE, J.; ROSA, D. y MILLER, L. (2008) “Mindfulness-based cognitive therapy for children: results of a pilot study”. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008; 22: 15-28
  37. BISHOP, S.R, (2002) “What we really know about Mindfulness-BASED Stress Reduction”. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64: 71-84.
  38. KABAT-ZINN, J. *Full Catastrophe Living*. Nueva York: Delta; 1990. (Edición en Castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. 2003. Ed. Kairós).
  39. BROWN, K.W.; RYAN, R.R. “The benefits of being present: *Mindfulness* and its role in Psychological Well-being”. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; Vol. 84: 822-848.
  40. BAER, R.; SMITH, G.T.; HOPKINS, J.; KRIETEMEYER, J. y TONEY, L. “Using Self-Report Assessment to Explore Facets of *Mindfulness*”. *Assessment*. 2006; 13(1).

## 11. Anexo: Meditación en la contemplación de las sensaciones

El objetivo de esta práctica es entrenar la habilidad de *mindfulness* a través de la observación de las sensaciones corporales. Para eso, practicaremos el llevar al atención a diferentes partes del cuerpo,

observando a su vez lo que sucede con nuestros pensamientos, emociones y sensaciones.

Ponte en una postura cómoda sobre una colchoneta o manta, preferiblemente tumbado hacia arriba, ya que facilitará este ejercicio en particular. Permite que se cierren los ojos lentamente, y lleva tu atención a la sensación física del aire entrando por la nariz... mantén ahí la atención unos instantes. Observa el flujo del aire, cómo entra y cómo sale.

Seguramente, mientras atiendes a estas instrucciones, tu mente se distraerá y se irá a algún lugar del pasado o del futuro. La tendencia natural cuando te des cuenta de esta divagación es la frustración, pero en lugar de esto, observa dónde se marchó tu mente, y deja pasar estos pensamientos. Este dejar pasar, simplemente es volver a la respiración con amabilidad, con curiosidad, sin castigarse ni reñirse.

También puede suceder que aparezca la exigencia por sentirnos de una determinada manera, como estar relajados, por ejemplo. Sea lo que sea que aparezca, déjalo pasar, y regresa a la respiración.

En esta práctica, la respiración funcionará como un anclaje, al que acudiremos cada vez que nuestra atención se disperse y queramos regresar a la práctica.

Así pues empezamos llevando la atención al pie izquierdo... y mantenemos ahí la atención, observando las sensaciones que aparecen, es importante que no imaginemos, ni visualicemos la parte del cuerpo que queremos sentir, sino que exploremos las sensaciones que aparecen. Otra cosa que puede suceder es que no sintamos nada especial, en este caso, es bueno no desesperarse, y observar esa nada, o en todo caso, volver a la respiración.

Subimos la atención al resto al tobillo y parte baja de la pierna izquierda,

Rodilla izquierda... Parte alta de la pierna izquierda... Cadera izquierda... Ahora, llevamos la atención al pie derecho... y repetimos el proceso. Tobillo y parte baja del pie derecho... Rodilla derecha... Cadera derecha...

El cuerpo es como un cristal por el que vemos el mundo, aquí aparecen en primer lugar las experiencias, emociones y sensaciones que determinan la forma en la que vivimos y sentimos. Esta práctica, es como si limpiáramos este cristal por el que miramos, y de esta manera podemos aumentar la claridad con la que percibimos todo.

Ahora pasamos a la parte alta de la pierna derecha... Glúteos y genitales... Parte baja de la espalda...

Si en algún punto de la práctica notamos alguna sensación de dolor o molestia, no luchemos contra ella, observémosla, como si fuera una sensación más.

Subimos a la parte alta de la espalda... Ahora, bajamos al abdomen... aquí podemos sentir el movimiento que genera el aire entrando y saliendo de nuestro cuerpo... Estómago... Pecho... Hombros y cuello... Cara... Resto de la cabeza y cuero cabelludo...

Ahora que ya hemos terminado de repasar el cuerpo por partes, vamos a llevar la atención al cuerpo como un todo...

Cuando estemos preparados, abrimos los ojos y poco a poco vamos saliendo de la meditación.

# 5

## Mindfulness en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo

---

***María Teresa Miró Barrachina***

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y  
Profesora Titular de la Universidad de La Laguna*

***Joaquín Pastor Sirera***

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica  
Clínica de Psicología y Salud – Xàtiva  
Global C Psicólogos, Centro de Psicología Clínica - Valencia*

## Esquema del capítulo

1. Introducción
2. Aspectos clínicos y fenomenológicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)
3. El abordaje conductual del TOC
4. El abordaje cognitivo del TOC
5. Intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness en el tratamiento del TOC
  - 5.1. El círculo virtuoso de mindfulness
  - 5.2. Panorámica de las intervenciones informadas por *mindfulness*
  - 5.3. La perspectiva de la Neurobiología Interpersonal
  - 5.4. El método de cuatro pasos
  - 5.5. La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)
6. Resumen y conclusiones
7. Referencias

## 1. Introducción

Los fenómenos clínicos asociados con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), tales como pensamientos intrusivos no deseados de contenido sexual, agresivo o terrorífico, acompañados por actos repetitivos o rituales, han sido conocidos desde la antigüedad. Por ejemplo, a Agustín de Hipona le parecía un *fenómeno monstruoso* que la mente, en ocasiones, no obedeciera; así afirmaba: “*Cuando mi mente da órdenes a mi cuerpo de que haga alguna cosa, el cuerpo obedece de modo que no llego a distinguir la orden de su ejecución. Sin embargo, si mi mente ordena a mi mente que haga algo, ésta no escucha, incluso al ser la propia mente de la misma opinión. ¿Cuál es el origen de este fenómeno monstruoso, y cuál es su propósito?*” (1). En general, en los contextos religiosos, las obsesiones ha tendido a ser vistas como actos del demonio, *tentaciones*, o pruebas a la solidez de la fe en las creencias nucleares de la doctrina. De hecho, la palabra *obsesión* fue introducida por la teología católica para hacer referencia a una forma de *posesión* lúcida, en la que la persona era consciente de su yo, pero sentía que había *un espíritu dentro de su propio espíritu* y luchaba contra él. Más tarde, esta palabra fue adoptada por la psiquiatría, pero su significado cambió (2). Se utilizó para describir una condición clínica en la que las *ideas fijas* eran conscientes.

Hace más de dos siglos, Esquivel llamó la atención sobre el papel de las cavilaciones, dudas e indecisión, en lo que hoy se conoce como TOC, al describir el cuadro clínico que denominó *locura de la duda* (3). Por su parte, dentro de su concepción de la mente como un campo de fuerzas en conflicto, Freud conceptualizó las obsesiones como una forma de neurosis, de un modo similar a como había concebido la histeria. Pensaba que las obsesiones eran auto-reproches, mientras que los rituales y actos compulsivos eran intentos de neutralizar ideas inaceptables (2). Así mismo, desde este enfoque se ha enfatizado la importancia de la *formación reactiva* en este trastorno, que es un mecanismo de defensa que permite el desarrollo de actitudes y conductas opuestas a los impulsos y deseos reprimidos e inaceptables.

Por otro lado, Janet fue pionero en el estudio experimental de las distorsiones que las emociones y las ideas fijas ejercían sobre la volun-

tad, la atención y la memoria. Publicó dos volúmenes sobre *Las obsesiones y la psico-astenia* en los que se describía minuciosamente la condición clínica que en la actualidad se entendería como TOC. Aunque Janet fue contemporáneo de Freud, sus trabajos no gozaron en su día de la popularidad ni del impacto mediático que tuvieron los de éste. No obstante, esta situación está cambiando en los últimos años; por ejemplo, el abordaje de Janet del tratamiento del trauma ha servido de inspiración a los tratamientos actuales, como van der Hart ha mostrado (4). Así mismo, su visión sobre “el automatismo psicológico” parece haberse adelantado más de un siglo a las propuestas actuales sobre los circuitos automáticos que subyacen a mecanismos patológicos como la respuesta de rumiar o las ideas obsesivas mismas.

En la actualidad, siguiendo el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (5), el TOC se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad y su definición incluye la presencia de obsesiones y compulsiones. Aunque los contenidos temáticos y las manifestaciones conductuales del TOC pueden ser muy diversos, desde el punto de vista terapéutico, el abordaje más común del TOC se ha centrado en el tratamiento de la ansiedad. Así se han utilizado las mismas técnicas que se han utilizado en el tratamiento de otros trastornos de ansiedad, como el entrenamiento en relajación o las técnicas de exposición. De todas ellas, la técnica que se ha mostrado más útil es la técnica de exposición (en imaginación o en vivo) con prevención de respuesta. No obstante, este abordaje conductual del TOC se ha mostrado limitado en la práctica. Por un lado, en la práctica clínica, con frecuencia, no resulta fácil ni viable conseguir que el paciente se enfrente a aquello que le suscita intenso miedo. Por otro lado, aunque el paciente acepte el tratamiento y esté dispuesto a enfrentarse a aquello que más teme, sigue sin tener una respuesta a las mismas preguntas que ya se hacía Agustín de Hipona *¿cuál es el origen de este fenómeno monstruoso y cuál es su propósito?* En otras palabras, *¿por qué a mi?, ¿por qué me pasa esto?* El abordaje de estas cuestiones constituye no sólo una necesidad práctica en el tratamiento del TOC, sino que puede ser una auténtica puerta de entrada para la construcción del espacio terapéutico, cuando el clínico/a las aborda con habilidad y competencia.

La exploración de las atribuciones y sistemas de creencias que acompañan al TOC ha sido llevada a cabo por el abordaje cognitivo. Desde este modelo, se plantea que detrás de la extrema ansiedad que se produce en este trastorno existen creencias disfuncionales, valoraciones sesgadas así como un manejo inapropiado de los fenómenos intrusivos. La investigación empírica ha mostrado que la mayoría de la población experimenta pensamientos intrusivos y que la diferencia entre éstos y las obsesiones reside en la frecuencia, intensidad, duración, valoración sesgada y nivel de sufrimiento que éstas producen en lugar de estar en el contenido de las mismas (6). Siguiendo esta argumentación, la disfunción clave en el TOC no consistiría tanto en el hecho de experimentar pensamientos intrusivos no deseados, ni siquiera en el contenido de los mismos, sino en la manera *catastrofista* de reaccionar a ellos (7). Ésta, a su vez, dependería de las creencias nucleares, que hay que desvelar y comprender en su dinámica cotidiana. Llegar a alcanzar esta comprensión constituye el principal objetivo terapéutico del abordaje cognitivo del TOC, como veremos más abajo.

Después de revisar con mayor detalle los aspectos clínicos y fenomenológicos del TOC así como las aportaciones llevadas a cabo desde el modelo conductual y el modelo cognitivo, este capítulo se centra en las intervenciones terapéuticas que incorporan *mindfulness* en el tratamiento psicológico del TOC. No deja de ser interesante constatar que en los ensayos clínicos que Teasdale, Segal y Williams llevaron a cabo para comprobar la eficacia de la *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness* para prevenir las recaídas en depresión, tener obsesiones era un criterio de exclusión (8). De hecho, no se han propuesto modelos terapéuticos basados en *mindfulness* para tratar el TOC en un formato grupal, salvo alguna excepción en la que se ha explorado esta posibilidad integrándola con otras intervenciones cognitivo-conductuales (9). Es como si tácitamente se aceptara que en el caso del TOC la práctica de *mindfulness* debe estar sujeta a una estrecha supervisión por el terapeuta individual. En realidad, no resulta difícil imaginar que si la meditación formal se introdujera antes de que el espacio terapéutico estuviera bien consolidado, podría convertirse en un nuevo ritual con escaso valor terapéutico. Por esta razón, antes de revisar algunas propuestas terapéuticas

específicas que incorporan *mindfulness* en el tratamiento del TOC, conviene comprender bien cómo funciona *mindfulness*.

Los avances en la investigación sobre la neurofisiología de *mindfulness* han puesto de manifiesto su efecto sobre los circuitos neuronales relevantes en la regulación emocional. Ésta hace referencia a la capacidad de alterar las respuestas emocionales en curso por medio de procesos reguladores. Con la práctica de *mindfulness*, se facilita el proceso de exposición y extinción y también se reduce la activación automática de la amígdala. El fortalecimiento de estos mecanismos de regulación emocional, junto con el aumento de la capacidad de supervisar la atención así como el incremento de la conciencia corpórea y el cambio en la perspectiva sobre el sí mismo, han sido propuestos como mecanismos neuropsicológicos para explicar cómo funciona *mindfulness* (10). La acción integrada de estos mecanismos conduciría a la formación de un *círculo virtuoso*, en el que el fortalecimiento de un mecanismo repercutiría, a su vez, sobre otro (11).

Después de revisar los mecanismos de acción del *círculo virtuoso* de *mindfulness*, y de ofrecer una visión panorámica de la introducción de *mindfulness* en el tratamiento del TOC, nos centraremos en la revisión de tres propuestas concretas para el tratamiento del TOC: la perspectiva de la Neurobiología Interpersonal desarrollada por Siegel (12), el método de cuatro pasos de Schwartz (13) y la *Terapia de Aceptación y Compromiso* de Hayes (TAC) (14). En los dos primeros enfoques se introduce la práctica informal de *mindfulness* en el marco de una explicación neurofisiológica de porqué se produce el trastorno. Se explica también cómo la práctica de *mindfulness* facilita las estrategias de auto-regulación así como la formación de nuevos circuitos neuronales más funcionales. El método de los cuatro pasos ha sido presentado de un modo que pueda ser comprendido por el lector/a medio, acercándose incluso a un formato de auto-ayuda. Por otro lado, desde la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (TAC), para abordar el TOC, se hace amplio uso de las investigaciones experimentales que muestran los efectos fortalecedores de los intentos de suprimir los pensamientos (15). Para que el lector se familiarice con estos resultados, le podemos sugerir que lleve a cabo el siguiente ejercicio: Detenga la lectura de este capítulo por unos momentos y dedi-

que el próximo minuto a intentar no pensar en un elefante de color lila... Y ¿bien, qué ha pasado? Si ha llevado a cabo este simple experimento, se habrá dado cuenta de que ha estado pensando en un elefante lila, a pesar de que la instrucción era que no lo hiciera. La razón por la que esto sucede es sencilla: las palabras *elefante lila* facilitan la formación de una imagen mental específica que configura un marco dentro del cual tiene lugar el pensamiento. Una vez formada la imagen mental, los intentos de suprimirla no hacen más que fortalecerla. Cuando se trabaja con pacientes con TOC, resulta útil llevar a cabo este tipo de experimentos para ayudarles a comprender cómo funciona la mente en realidad. Desde la TAC, se incorpora *mindfulness* en términos individuales, primero en la sesión terapéutica y después en la vida cotidiana como práctica informal.

En síntesis, como veremos a lo largo de este capítulo, el desarrollo del conocimiento sobre los mecanismos patológicos activos en el TOC, así como la emergencia de un conocimiento más minucioso e integrado sobre cómo funciona el *circulo virtuoso de mindfulness*, resultan tremendamente prometedores para el desarrollo de intervenciones terapéuticas más eficaces para tratar este *monstruoso fenómeno*.

## 2. Aspectos clínicos y fenomenológicos del TOC

Como ya hemos indicado, el TOC es una condición clínica que se caracteriza por la ocurrencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos recurrentes, intrusivos, imágenes o impulsos de contenido indeseable que generan ansiedad. Las compulsiones son rituales o actos repetitivos abiertos o encubiertos (neutralización mental) que se realizan para reducir o eliminar la angustia originada por las obsesiones y para evitar las consecuencias catastróficas que la persona imagina que pueden suceder si no se hace la compulsión. Con frecuencia, pero no siempre, los pacientes son conscientes de que los rituales no tienen sentido, son una pérdida de tiempo y resultan estresantes. Sin embargo, sienten también que cualquier esfuerzo por resistirlos resulta doloroso e inútil de modo que adquieren un carácter compulsivo. Para cumplir los criterios para

recibir un diagnóstico de TOC (5), una persona ha de experimentar una serie de pensamientos recurrentes, *ego-distónicos*, –esto es, que se consideran impropios de la persona, de sus valores, forma de ser e imagen consciente de si misma– e indeseados, que generan intensa ansiedad, junto con acciones compulsivas excesivas, ritualizadas así como otros comportamientos de escape y evitación. La experiencia obsesiva invade la vida y puede llegar a interferir en gran parte de las actividades cotidianas, deteriorando de forma muy significativa la calidad de la vida laboral, familiar y social (16).

Siguiendo a Clark (17), para poder establecer un diagnóstico diferencial frente a otros fenómenos cognitivos patológicos como la rumiación depresiva, la preocupación ansiosa u otros, es importante tener en cuenta las características de las obsesiones patológicas que figuran en la tabla 1.

**Tabla 1. Características diferenciales de las obsesiones patológicas (Adaptado de Clark, 2004)**

1. *Intrusividad*: El pensamiento, imagen, o impulso entra en la conciencia de la persona de forma no intencionada y no deseada, se experimenta como algo que sucede contra la voluntad propia, y se asocia con un sentimiento de necesidad de compulsión.
2. *Inaceptabilidad*: El afecto negativo asociado con la intrusión puede variar desde la molestia desagradable a un miedo y ansiedad muy severos.
3. *Resistencia subjetiva*: Hay una fuerte necesidad de resistirse, reprimir expulsar o impedir que la obsesión vaya a más en la conciencia mediante la evitación, estrategias de control cognitivo o rituales manifiestos.
4. *Falta de control*: Sensación subjetiva de no poder manejar los contenidos de la mente. Se intenta suprimir la obsesión, pero en el mejor de los casos el éxito es incompleto y sólo temporal.
5. *Ego-distonicidad*: La intrusión puede variar desde la falta completa de sentido, contenidos absurdos, que tienen una implicación mínima sobre el sentido de uno/a mismo/a, hasta ideas, imágenes o impulsos que suponen una seria amenaza para los valores fundamentales de la persona y para su imagen consciente de si misma.

La evaluación de los síntomas del TOC, sin embargo, puede ser costosa y laboriosa, porque cuando la ansiedad es muy alta y la consiguiente sensación de vulnerabilidad y amenaza es profunda, estos pacientes pueden juzgar sus imágenes tan horribles e inaceptables que pueden mostrar gran reticencia a verbalizar su contenido, sintiendo ante ello mucha vergüenza. También pueden pensar que si ponen en palabras el contenido de las imágenes que les sobrevienen, éstas pueden convertirse en realidad.

Como indicamos antes, los estudios empíricos muestran que los pensamientos intrusivos ocasionales son muy comunes en la población general. Hasta el 90% de las muestras análogas de la comunidad han informado de intrusiones de contenido similar al hallado en muestras clínicas (18, 19). No obstante, difieren en la frecuencia, intensidad y el significado que se otorga a los pensamientos intrusivos no deseados. Mientras que la mayoría de personas pueden sencillamente dejar pasar la intrusión sin mayor trascendencia, las personas con TOC interpretan la ocurrencia de estos eventos mentales como signos cargados de significado y, como consecuencia, surgen conductas dirigidas a neutralizarlos, para impedir o prevenir los resultados temidos o las consecuencias catastróficas imaginadas. En un estudio epidemiológico reciente llevado a cabo con muestras de seis países europeos, se ha hallado una ocurrencia de intrusiones, rituales e impulsos TOC subclínicos en el 13% de la población general (20), entendiendo por subclínicos aquellos síntomas con características idénticas a las del TOC que por su intensidad o frecuencia no interfieren significativamente en el funcionamiento cotidiano de la persona.

El contenido y las características de las obsesiones y compulsiones más frecuentes se relacionan, en primer lugar, con dudas o incertidumbre, que se acompañan con rituales de comprobación. Éstos se manifiestan como conductas estereotipadas y repetitivas, aparentemente intencionales de comprobación de diferentes objetos (por ejemplo, la llave del gas, los tapones, las puertas, las estufas o los deberes para casa) con el propósito de garantizar la seguridad de uno/a mismo/a o de los seres queridos o con la intención de haber

cumplido la tarea asignada de un modo *correcto*. En ocasiones, los pacientes pueden llegar a pasar horas repitiendo las conductas de comprobación, experimentando sentimientos extremos de duda y buscando la reafirmación de los demás. Algunos autores, como Rachman (21) y Guidano y Liotti (22), han relacionado este síntoma con el fracaso en alcanzar sentimientos de certeza.

El siguiente contenido más común entre los pacientes con TOC, hace referencia al miedo a la suciedad o a la contaminación, que se acompaña con rituales de limpieza y lavado. Éstos pueden incluir la limpieza repetitiva de toda la casa o pueden estar restringidos a objetos personales o a ciertos lugares, y constituyen un intento de reducir la amenaza al bienestar físico, mental o social de uno/a mismo/a o los otros significativos. El miedo a la contaminación puede llevar a la persona a evitar salir de casa o a no permitir ninguna visita, ni siquiera de familiares o amigos. Para evitar la contaminación, también se puede recurrir a llevar guantes, abrigos o incluso máscaras. Además, las compulsiones de lavado y limpieza pueden dispararse tanto por el contacto directo como indirecto con el objeto o los individuos temidos. Por ejemplo, un paciente puede sentirse contaminado si ha visto a una prostituta viajando en el mismo autobús.

Otros pacientes con TOC muestran un fuerte impulso a mantener los objetos, e incluso el propio cuerpo, en un orden perfecto, simétrico y equilibrado. Por ejemplo, una persona puede sentir miedo si los objetos de su habitación o de su casa no están en un orden específico. Otros pueden sentir la compulsión a mover la pierna derecha de cierto modo, para equilibrar el mismo movimiento que hicieron con la pierna izquierda, de modo que la simetría entre ambas se restablezca. Esta necesidad de orden o simetría se ha relacionado con el miedo a que algo temido suceda si no se ha llevado a cabo una acción equilibrante.

Otras obsesiones incluyen temas de intrusiones de contenido sexual, agresivo o blasfemo, que pueden llegar a suscitar intensa ansiedad. Por ejemplo, un paciente con TOC puede describir tener miedo de cometer un acto inmoral o incluso de haberlo cometido en el pasado. Estas obsesiones pueden conducir a rituales encubiertos

de prevención de daños o a estrategias de búsqueda de reafirmación de los demás. En síntesis, las obsesiones y las compulsiones pueden consumir considerable tiempo, generar mucho sufrimiento y resultar debilitadoras. De hecho, algunos estudios empíricos sobre la calidad de vida de los pacientes con TOC han puesto de manifiesto que ésta es menor que en la población general y también menor que en enfermos crónicos como los que padecen diabetes. Suelen indicar mayores índices de problemas laborales, cotidianos y de funcionamiento social (16). También es más probable que tengan problemas en la formación y mantenimiento de relaciones íntimas, así como en las relaciones familiares (23).

En cuanto a la prevalencia del trastorno, existe considerable variabilidad de resultados. No obstante, algunos estudios epidemiológicos en diferentes culturas han confirmado que entre un 1% y un 2% de la población general sufre el problema en algún momento (24). Por lo general, el TOC se inicia en la adolescencia o primera juventud, usualmente con un desarrollo gradual. Es el cuarto problema psicológico más común y está asociado a unos elevados costes sanitarios y a un significativo deterioro de la calidad de vida, como acabamos de ver (25).

Desde el punto de vista de la co-morbilidad, el TOC y la ocurrencia de pensamientos intrusivos no deseados tienen una elevada coexistencia con otros problemas clínicos de ansiedad, afectivos, alimentarios, etc. La concurrencia de TOC y depresión es la más elevada con diferencia de todos los problemas co-mórbidos y alcanza entre el 50-60% (26). La depresión está muy relacionada con la experiencia del TOC, posiblemente por el deterioro personal, familiar y social que ocasiona el problema. Además, se ha observado que algunas personas con depresión desarrollan obsesiones y rituales durante los episodios depresivos. La depresión en el TOC tiene un efecto amplificador de la severidad del problema. Incrementa la tendencia a malinterpretar el significado de los pensamientos intrusivos y hay menor *insight* del sinsentido de las preocupaciones (27, 28). Sin embargo, pese a la entidad del problema, la mayoría de los pacientes con TOC no reciben atención especializada, a pesar de ser una de las

primeras causas de discapacidad en el mundo. Según algunos estudios, el lapso entre la aparición de las obsesiones-compulsiones clínicas y la obtención de un diagnóstico-tratamiento apropiado puede llegar a demorarse una media de 17 años (29).

### 3. El abordaje conductual del TOC

En la actualidad, el tratamiento psicológico más común para el TOC es la terapia cognitivo-conductual que incluye la exposición a los estímulos que provocan las obsesiones y la prevención de la ejecución de rituales (exposición más prevención de respuesta, E+PR). Este sería el tratamiento más eficaz en primera línea junto con los antidepresivos ISRS que también son eficaces, según la guía clínica del NICE (30). La lógica del tratamiento con la técnica de E+PR es la siguiente:

Es bien sabido que la ansiedad es una respuesta que tiene la forma de una u invertida, es decir, que cuando se dispara va en aumento hasta alcanzar un punto álgido a partir del cual comienza a descender. Pero sentir una ansiedad elevada implica una activación autonómica profundamente desagradable, por tanto la persona intenta evitar que la ansiedad siga aumentando, de modo que no se llega a experimentar que cuando la ansiedad llega a cierto nivel, desciende de un modo natural. Los esfuerzos por evitar el aumento de la ansiedad producen un alivio momentáneo que refuerza la respuesta de evitación, pero ésta respuesta, a su vez, impide que se produzca la habituación al estímulo temido, de modo que la persona sigue siendo vulnerable a que el mismo estímulo dispare de nuevo la misma reacción de ansiedad. Con la repetición de este ciclo, se consolida un *circulo vicioso* del que resulta difícil salir. Para que se produzca la habituación, es necesario experimentar cómo la ansiedad desciende en presencia del estímulo. Y la única manera de que esto suceda es exponiéndose al estímulo temido.

Además, la exposición debe ser prolongada, lo suficiente para llegar a experimentar que la ansiedad desciende en presencia del estí-

mulo y la extinción del miedo y la habituación al estímulo comienzan a consolidarse. En función de la naturaleza del estímulo temido, la exposición puede ser en vivo (por ejemplo, tocar una superficie “contaminada”) o en la imaginación (por ejemplo, imaginar que se come un acto inmoral). A la vez, hay que bloquear o impedir la respuesta de evitación, es decir, la compulsión o el ritual (por ejemplo, salir de la cocina sin comprobar si la llave del gas está cerrada). Ya sea en la imaginación o en la vida real, para que sea eficaz, tradicionalmente se ha considerado que la exposición debía ser prolongada. Esto ha facilitado que la E+PR no sea fácilmente aceptada por los pacientes, porque el procedimiento implica la inducción de niveles altos de ansiedad. Sobre el 30% la rechazan y un 22% adicional abandona el tratamiento (31).

La investigación clínica actual, sin embargo, empieza a cuestionar la necesidad de una exposición prolongada para la reducción del miedo. Algunos autores, como Craske (32), han señalado que más que una habituación intra-sesión, sería la habituación entre sesiones la que predice un mejor resultado en la E+PR. Según esta revisión, el tratamiento de exposición es efectivo porque proporciona una oportunidad para el aprendizaje inhibitorio a través del desarrollo de asociaciones competitivas no relacionadas con la amenaza, que aumentan la tolerancia a las experiencias internas como el malestar y el miedo. En otras palabras, la tolerancia al miedo más que la disminución de la ansiedad, sería el aspecto central en el aprendizaje inhibitorio de la extinción, que se fomentaría por medio de la técnica de E+PR.

Por otro lado, conviene no perder de vista que el TOC es un problema heterogéneo y complejo, con diferentes niveles de severidad y, además, existen factores que dificultan una respuesta óptima al tratamiento (33). Algunos estudios han hallado que la E+PR es menos eficaz en pacientes con rituales de acumulación, en pacientes deprimidos, así como en pacientes con poca conciencia del carácter absurdo de sus obsesiones o que muestran dificultades para comprender la naturaleza excesiva o irracional de su obsesión, es decir, creen de verdad que los temores obsesivos son realistas o probables, por lo que el ritual compulsivo les parece necesario para prevenir una catástrofe (34).

Así, aunque la E+PR es un enfoque eficaz para abordar la elevada ansiedad que se produce en el TOC, no deja de ser un abordaje centrado principalmente en tratar la ansiedad. Resulta insuficiente en numerosos casos y deja sin respuesta los porqués que planteábamos más arriba. El estudio de los sistemas de creencias así como los mecanismos cognitivos relevantes en el TOC ha sido llevado a cabo por el modelo cognitivo.

#### **4. El abordaje cognitivo del TOC**

Desde el punto de vista cognitivo, se ha sugerido que detrás de los síntomas del TOC existen creencias disfuncionales, valoraciones erróneas y estrategias inútiles en el manejo de los pensamientos intrusivos no deseados. Todos estos factores contribuyen a que las reacciones a los pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas sean excesivas e intenten ser contrarestadas a toda costa, dando lugar a los actos compulsivos.

Rachman (7) sugirió que las interpretaciones catastrofistas del significado personal de los pensamientos intrusivos son la principal causa del desarrollo y mantenimiento de las obsesiones. Según esta teoría, los pensamientos intrusivos serían percibidos como una amenaza a la imagen de si mismo que tiene el paciente y dispararían una escalada de conductas disfuncionales, debido a los intentos de controlar el pensamiento por medio de estrategias como la supresión del mismo –esto es, intentar no pensar en un elefante de color lila, siguiendo el ejemplo que mencionamos en la introducción– o intentar pensar nada más en cosas positivas o agradables. Este autor sostiene que existen dos sesgos cognitivos que incrementan la probabilidad de llevar a cabo interpretaciones catastrofistas de la experiencia: El primer sesgo consiste en creer que pensar en algo negativo o desagradable incrementa la probabilidad de que suceda; por ejemplo, pensar que un ser querido pueda tener un accidente, aumenta la probabilidad de que éste suceda en la vida real. El segundo sesgo hace referencia a la creencia de que tener un pensamiento inmoral o blasfemo es equivalente a haber llevado a cabo la acción; por ejemplo,

tener una fantasía sexual con una persona diferente a la pareja, es lo mismo que haber cometido adulterio, moralmente. Por tanto, siguiendo a Rachman, los pensamientos intrusivos resultan mucho más desagradables si se evalúan como reveladores de aspectos hasta ahora ocultos del propio sí mismo, de modo que la persona se juzga como inmoral, indigna o inadecuada por haber tenido tales pensamientos. Y si uno/a se ve como inmoral, entonces cabe pensar que uno/a podría llegar a hacer algo verdaderamente impropio y reprobable. Estos dos sesgos constituyen el concepto de *fusión de pensamiento y acción* (35). Este concepto resulta central también en el modelo metacognitivo de Wells (36) y también ha sido adoptado por la TAC (14).

Siguiendo esta argumentación, para que se consolide una obsesión es necesario no solo que se dispare la ansiedad debido al contenido amenazante, sexual, agresivo o blasfemo del pensamiento intrusivo, sino también que existan creencias disfuncionales tanto acerca de su significado personal, como acerca del funcionamiento de los procesos cognitivos. En otras palabras, el pensamiento o la imagen intrusiva tiene que ser experimentado como inconsistente con el sentido de sí mismo/a, pero también debe de existir la creencia meta-cognitiva de que controlar el pensamiento es posible. Si la persona siente que su imagen de sí misma está amenazada por la intrusión, es natural que la atención se focalice sobre ella. A su vez, la creencia de que uno/a debería ser capaz de controlar sus pensamientos promovería estrategias de control del pensamiento, por ejemplo, intentando suprimirlo o intentando pensar nada más en pensamientos positivos. Como estas estrategias son ineficaces y con una altísima probabilidad conducen al fracaso, la persona puede exacerbar su juicio negativo de sí misma y persistir en el intento de controlar el pensamiento con más ahínco. De este modo, cuanto más intenta controlar el pensamiento, más refuerza la meta-creencia de que es posible controlar el pensamiento y, así, se iría consolidando un *círculo vicioso* (36, 37).

Otra creencia nuclear en el TOC hace referencia a un sentido de responsabilidad personal exagerado, definido como la tendencia a creer que uno/a mismo/a juega un papel fundamental en provocar o

impedir resultados que podrían ser fatales para uno/a mismo/a o sus seres queridos. Salkovskis (38) ha mostrado cómo esta creencia contribuye al desarrollo de acciones para neutralizar los pensamientos intrusivos no deseados que, a su vez, reforzarían el sentido de responsabilidad personal. Si el pensamiento intrusivo que genera ansiedad se neutraliza, (por ejemplo, por medio de la estrategia de pensar en cosas positivas) se produce un alivio momentáneo de la ansiedad que favorece la sensación de control personal y si, a la vez, el suceso temido, por ejemplo que la pareja tenga un accidente de coche, no se produce, el alivio momentáneo de la ansiedad puede reforzar la creencia de que uno mismo/a jugó un papel central en impedir el fatal desenlace. No resulta difícil ver las similitudes entre este mecanismo y el pensamiento mágico o supersticioso. En ambos casos, las creencias respecto a la función del pensamiento en la vida se encuentran profundamente distorsionadas.

Desde el modelo cognitivo, se han estudiado las creencias que juegan un papel importante en el desarrollo de obsesiones a partir de pensamientos intrusivos (39). El grupo de trabajo que se autodenomina *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* ha señalado seis áreas de creencias nucleares como las más relevantes en el TOC: un sentido de responsabilidad personal exagerado, la importancia de controlar los pensamientos, la sobreestimación de la amenaza, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo (40). Las escalas de medida desarrolladas para medir estas creencias han mostrado una alta asociación con el desarrollo del TOC, así como altas correlaciones entre ellas. Los análisis posteriores de la estructura factorial han agrupado estos seis factores en tres: sentido de la responsabilidad exagerado/ sobrestimación de la amenaza, perfeccionismo/ intolerancia a la incertidumbre e importancia de controlar el pensamiento. Sin embargo, las correlaciones entre estos factores sigue siendo muy elevada, de modo que la búsqueda empírica de un factor de orden superior que de cuenta del TOC sigue abierta (41). En nuestro país, Belloch y su grupo (42) también han llevado a cabo investigaciones en esta misma línea de trabajo del modelo cognitivo.

Sin embargo, desde un punto de vista clínico, la comprensión del trastorno que se puede alcanzar a partir de estudios estadísticos con escalas de medida, como las desarrolladas para medir las creencias disfuncionales en el TOC, resulta enormemente limitada por varias razones: Primero, las escalas se construyen descontextualizando las creencias, de modo que en sí mismas no aportan información alguna acerca de su dinámica en la vida real, es decir, su valor funcional en el contexto vital. Segundo, este enfoque ha favorecido la idea de que el trabajo terapéutico debe concentrarse en cambiar las creencias nucleares disfuncionales como si éstas existieran en el vacío. Pero esta visión, aunque popular y muy extendida, no deja de ser una burda simplificación del proceso terapéutico. Por ejemplo, la experiencia de sentirse contaminado ante la visión de a una prostituta en el autobús, no es una experiencia lingüísticamente articulada, sino una experiencia directa que se experimenta como un cambio corpóreo, un cambio en las sensaciones. Por tanto, si la exploración de este suceso se aborda únicamente desde las creencias y los pensamientos, se está dejando fuera precisamente lo que resulta problemático: la experiencia directa. En síntesis, utilizando la terminología propuesta por Miró en el capítulo sobre *Mindfulness y Auto-observación terapéutica*, en este mismo volumen, esta visión simplificadora de la terapia cognitiva, que se centra en el cambio a toda costa de las creencias disfuncionales, trabaja únicamente en el nivel 2 de la experiencia. Y si se hace esto, no resulta viable construir el espacio terapéutico como la interfaz entre la experiencia directa y su articulación lingüística. Por último, esta visión descontextualizada de las creencias sigue dejando sin respuesta los porqués, es decir, porqué se tienen creencias tan exageradas y distorsionadas.

Desde dentro de la terapia cognitiva, Guidano y Liotti (22) propusieron una concepción de la psicopatología así como un modelo de tratamiento encaminados a superar las limitaciones a las que acabamos de hacer referencia. Estos autores fueron pioneros en incorporar la teoría del apego al modelo cognitivo, anticipándose más de dos décadas a lo que hoy se conoce como *Neurobiología Interpersonal*. Estos autores propusieron que la organización cognitiva, que incluye

tanto creencias referidas al sí mismo como al mundo, se forma a partir de las experiencias tempranas en las relaciones de apego. Siguiendo a Bowlby (43) y a Ainsworth (44), la teoría del apego propone que la visión del mundo como un lugar seguro se genera a partir de la percepción de tener una *base segura* (la figura principal de apego) a la que retornar en caso de necesidad. La disponibilidad y las respuestas de la figura de apego resultan claves para sentir que el mundo es un lugar seguro (o peligroso) y que uno/a mismo/a es querido y valioso (o lo contrario). Siguiendo a Guidano y Liotti, en la organización cognitiva de los pacientes propensos a desarrollar un TOC, el apego ambivalente juega un papel central en las interacciones inseguras entre padres e hijos, de modo que los hijos sienten incertidumbre respecto a si son queridos, deseados o valiosos. En estos contextos de apego, se produce la experiencia concurrente de ser validado y rechazado y, como consecuencia, se experimentan dificultades en integrar percepciones opuestas de uno mismo/a. De este modo, emergería un sentido de si mismo/a inseguro/a o ambivalente que dispararía la supervisión mental de la propia valía en relación a los demás. La búsqueda del perfeccionismo sería una forma de asegurarse tanto la aprobación de los demás como un sentido integrado del si mismo/a como valioso/a y querido/a. En la actualidad, está emergiendo investigación empírica que apoya el papel de los estilos parentales ambivalentes en la génesis del TOC (45). Así mismo, la importancia de estilos parentales rígidos y autoritarios en la génesis del TOC también ha sido señalada por otros autores cognitivos, como Salkovskis (38), aunque en este caso no se incorpora la clarificadora visión que la teoría del apego proporciona.

Otra línea de trabajo que confluye con la visión de Guidano y Liotti que acabamos de exponer, es la que resulta de los trabajos de la ya mencionada *Neurobiología Interpersonal*. Los recientes avances en las neurociencias han permitido recoger datos acerca de cómo la calidad de la relación de apego afecta la formación del cerebro en los períodos críticos del desarrollo cerebral. Algunas investigaciones llevadas a cabo por el grupo de Schore (46) han puesto de manifiesto cómo el estrés sufrido en relaciones de apego inseguras y de apego

desorganizado, en períodos críticos de la maduración cerebral, puede producir alteraciones estructurales en las conexiones de la corteza orbito-frontal, de la cual dependen importantes estructuras para la regulación emocional. El trabajo de Siegel (47) también han contribuido enormemente a divulgar estos hallazgos.

## 5. Intervenciones terapéuticas que incorporan *mindfulness* en el tratamiento del TOC

Dado que el cultivo de *mindfulness* (o Atención Plena) cuenta con una tradición milenaria, es posible encontrar numerosas definiciones ligeramente distintas. No obstante, en la investigación científica, la definición más utilizada de *mindfulness* hace referencia a que consiste en prestar atención a la experiencia inmediata tal y como emerge en el presente, sin juzgarla, y con una actitud de curiosidad, aceptación y apertura (48). Pero antes de abordar las propuestas terapéuticas concretas que incorporan *mindfulness* en el tratamiento del TOC, conviene que nos detengamos unos momentos para revisar lo que hemos visto hasta ahora y para entender bien la lógica de la introducción de *mindfulness* en la terapia psicológica, en general, y en el tratamiento del TOC, en particular.

Al revisar el abordaje conductual del TOC, vimos cómo las respuestas de evitación de la ansiedad conducen a la consolidación de un *circulo vicioso* que perpetúa y fortalece la ansiedad e impide la habituación al estímulo temido. Así mismo, al revisar el abordaje cognitivo, vimos como los esfuerzos por controlar el pensamiento conducen a la consolidación de un *circulo vicioso autorreferente* que perpetúa y fortalece las creencias nucleares (o meta-creencias) disfuncionales. La intervención terapéutica se dirige así a romper dichos *círculos viciosos*. En el caso del abordaje conductual, se utiliza preferentemente la técnica de E+PR, mientras que en el abordaje cognitivo se intenta que el paciente comprenda el funcionamiento del mecanismo cognitivo *autorreferente* que perpetúa las obsesiones. Como veremos a continuación, la práctica de *mindfulness* facilita la ruptura de estos *círculos viciosos* y promueve la formación de un *circulo virtuoso*.

### 5.1. *El círculo virtuoso de mindfulness*

La lógica de la introducción de *mindfulness* en los tratamientos psicológicos se asienta en el hecho de que su práctica conduce a la formación de un *círculo virtuoso*, que se ha mostrado útil en el tratamiento de numerosos trastornos psicológicos, como se muestra en los capítulos de este mismo volumen, así como en programas de mejora de la salud y el bienestar (49) y también en programas de mejora del funcionamiento cognitivo (50). Pero, en realidad, no deja de resultar intrigante que la práctica de *mindfulness*, en apariencia tan simple, pueda tener un efecto tan positivo y beneficioso en una gama tan amplia de trastornos. Para entender este hecho, es necesario ir más allá de la visión de *mindfulness* como un estado o como un rasgo y profundizar en los mecanismos implicados en la formación y mantenimiento del *círculo virtuoso de mindfulness*.

Los avances en la investigación neurocientífica de *mindfulness* están permitiendo un conocimiento más detallado y preciso de las áreas cerebrales que se activan cuando se practica *mindfulness*. Este conocimiento, junto con los datos de más de dos décadas de investigación sobre la eficacia de las intervenciones basadas en la práctica de esta habilidad psicológica, está permitiendo una comprensión más profunda sobre cómo funciona *mindfulness*. En un reciente trabajo del grupo de Hölzel y Lazar (10), se ha propuesto una visión integrada de los mecanismos de acción del *círculo virtuoso de mindfulness*, no sólo desde una perspectiva psicológica, sino también desde una perspectiva neurocientífica. Este visión resulta enormemente clarificadora y, hasta donde llega nuestro conocimiento, constituye la visión más completa, basada en datos de la investigación científica, sobre cómo funciona *mindfulness* disponible en la actualidad. Se recomienda, por tanto, la consulta del trabajo original, porque en el marco de este capítulo sólo podemos ofrecer una versión muy resumida que es la siguiente:

El *círculo virtuoso* de la práctica de *mindfulness* se sustenta en el funcionamiento integrado de cuatro mecanismos de acción: a) la regulación de la atención, b) la conciencia corpórea, c) la regulación de la emoción, que incluye la re-evaluación, la exposición, la extinción y la re-consolidación, y d) el cambio de perspectiva sobre el si mismo.

La regulación de la atención se fortalece con la práctica de *mindfulness*, ya que ésta supone mantener la atención focalizada sobre el objeto elegido, detectar las distracciones así como retornar la atención al objeto. Los efectos positivos de la práctica de *mindfulness* han sido corroborados no únicamente por medio de medidas de auto-informe, sino también en tareas experimentales. El área cerebral que se considera asociada con la regulación de la atención es la circunvolución cingular anterior.

La conciencia corpórea se incrementa con la práctica de *mindfulness*, porque ésta supone la focalización de la atención sobre la conciencia de la respiración o bien sobre las sensaciones corporales. Al hacer esto, se activan la ínsula y la zona del cerebro que está en la unión de los lóbulos temporal y parietal.

La regulación de la emoción se fortalece con la práctica de *mindfulness* de dos maneras: Por un lado, se instruye a los practicantes a que se acerquen a la experiencia aceptándola, sin juzgarla; esto promueve la interrupción de los automatismos y favorece una re-evaluación del estímulo. Al hacer esto, se activa el área dorsal de la corteza pre-frontal. A la vez, al exponerse a lo que está presente en la experiencia sin reaccionar a ello, se promueve la exposición, la extinción y la re-consolidación. Al llevar esto a cabo, junto al área cerebral anterior, se activan también la amígdala y el hipocampo.

Por último, la práctica de *mindfulness* promueve también un cambio en la perspectiva sobre el si mismo/a, porque se promueve la des-identificación con un sentido estático del si mismo (el mí, en la terminología de William James), así como la toma de contacto con un sentido fluido del si mismo (el yo, en esa misma terminología). Las áreas cerebrales mencionadas en los puntos anteriores estarían también implicadas en este cambio.

A partir de este análisis –posible gracias a las nuevas técnicas disponibles en la investigación neurocientífica–, parece claro porqué la práctica de *mindfulness*, en último término, facilita la formación y el fortalecimiento de un *circulo virtuoso*, que no sólo resulta central para salir de los *circulos viciosos autorreferentes* que sustentan la

patología, sino que también resulta clave para describir cómo abordar la vida de una manera saludable y valiosa –un objetivo planteado por la corriente actual conocida como *psicología positiva*.

### **5.2. Intervenciones terapéuticas informadas por *mindfulness***

En la actualidad, *mindfulness* se ha introducido en los principales modelos de tratamiento psicológicos, incluido el psicoanálisis. Dada esta proliferación en el uso de este término en la psicoterapia actual, conviene distinguir, como hizo Germer (51), entre modelos basados en *mindfulness* y modelos informados por *mindfulness*. En el primer caso, el cultivo de *mindfulness* constituye la espina dorsal del tratamiento y su práctica se fomenta de un modo formal y altamente estructurado, por medio de ejercicios de meditación que se practican tanto en grupo como en casa. En el segundo caso, se introduce la práctica de *mindfulness* de un modo informal, sin recomendar la meditación formal. En el tratamiento del TOC, *mindfulness* se ha introducido en este segundo sentido, por la razón que ya mencionamos en la introducción: conviene actuar con cautela y supervisar que la práctica de *mindfulness* no se utiliza como un ritual al servicio de la evitación de la experiencia.

Por otro lado, la popularidad de *mindfulness* ayuda también a comprender cómo este término se ha introducido en algunos casos sin que ello aporte ningún cambio sustancial al enfoque terapéutico original. Por ejemplo, entre algunos terapeutas resulta popular referirse ahora a una forma de exposición *mindful*, como si ésta fuera diferente a la exposición que se hacía antes. Cuando la realidad es que cualquier exposición que de verdad lo sea –es decir, en la que no se produzcan respuestas de escape y se experimente la ansiedad en el nivel de la experiencia inmediata– es siempre una exposición consciente. Por otro lado, este esfuerzo por estar “en la onda” reformulando las propuestas terapéuticas, se puede apreciar también en la utilización de términos curiosos. Por ejemplo, Wells (52) ha reformulado su modelo meta-cognitivo para incorporar *mindfulness*, y al hacerlo ha creado un nuevo concepto: *Atención Plena Distanciada* (*detached mindfulness*), como si pudiera haber una Atención Plena que de ver-

dad lo sea sin ser distanciada. De hecho, si se considera la definición propuesta para este concepto la única diferencia aparente en relación a la definición estándar reside en que, en este caso, *mindfulness* se restringe al ámbito del pensamiento. Así se define como: *un estado de conciencia de eventos internos, sin responder a ellos con una evaluación sostenida, sin intentos de controlarlos o suprimirlos y sin reaccionar conductualmente. Puede ejemplificarse con estrategias tales como la decisión de no preocuparse en respuesta a un pensamiento intrusivo, pero permitiendo que el pensamiento ocupe su propio espacio mental sin emprender otras acciones o interpretaciones, sabiendo que se trata meramente de un evento mental* (52). A la vez, en esta peculiar forma de entender *mindfulness* se propone también la suspensión del pensamiento conceptual para detener la fusión del pensamiento con la acción, así como la separación del sentido del yo de los fenómenos de la mente, pero no se fomenta el anclaje corpóreo, ni la atención al momento presente; de este modo, el nivel de la experiencia inmediata parece quedar fuera. Pero si en la práctica se deja fuera la experiencia inmediata y corpórea, resulta dudoso que se esté hablando de *mindfulness*, aunque se utilice esta palabra. De hecho, cuando se considera esta forma de entender *mindfulness* en su conjunto, da la impresión de que el concepto ha sido adaptado a la medida del modelo meta-cognitivo de Wells. No se han aportado, sin embargo, datos empíricos suficientes para avalar el valor terapéutico de esta peculiar forma de utilizar la palabra *mindfulness*.

Didonna (53) ha propuesto también la incorporación de *mindfulness* en el tratamiento del TOC argumentando que puede ser una forma de des-automatizar los mecanismos patológicos presentes en el TOC, activando procesos meta-cognitivos, en la misma línea del trabajo desarrollado por el grupo de Teasdale, Williams y Segal para la prevención de recaídas en depresión. Su exposición hace amplio uso de la distinción introducida por Kabat-Zinn (48) entre el *modo de hacer*, en el que se intenta reducir la discrepancia entre los deseos y la realidad, y el *modo de ser*, en el que se observa la experiencia inmediata en el presente, sin objetivos predeterminados, aceptando lo que hay. La práctica de *mindfulness* fomentaría el *modo de ser*, que

prevendría el enredarse en interpretaciones o juicios. No obstante, *mindfulness* resultaría más útil cuando los pensamientos perturbadores se acompañan de *insight*, es decir, cuando se reconoce su carácter absurdo y se puede iniciar con claridad de conciencia la des-identificación de los mismos. En otras palabras, se pueden soltar y dejarlos pasar.

A continuación, abordaremos con mayor detalle tres propuestas terapéuticas concretas que incorporan *mindfulness* en el tratamiento del TOC. En la primera de ellas, la perspectiva de la *Neurobiología Interpersonal*, *mindfulness* se entiende como un elemento terapéutico fundamental. Con un estilo directo y elegante, a través de la exposición de casos clínicos, Siegel ha mostrado cómo *mindfulness* puede ser incorporado en la terapia individual desde el marco teórico de la Neurobiología Interpersonal. En la segunda propuesta, el *método de cuatro pasos*, el peso fundamental de la argumentación descansa sobre un modelo neurofisiológico de los mecanismos patológicos que sustentan el TOC, cuyo conocimiento se considera crucial para facilitar la des-identificación del trastorno: no soy yo, es mi cerebro. Por último, la perspectiva de la TAC resulta central para entender como *mindfulness*, junto con otros conceptos de origen budista, han sido introducidos en la tradición de la Terapia de Conducta sin necesidad de hacer referencia a la palabra *Budismo*.

### **5.3. La perspectiva de la Neurobiología Interpersonal**

Después de abordar los circuitos sociales del cerebro que sustentan la práctica de *mindfulness* en *The Mindful Brain* (54), Siegel ha profundizado en las consecuencias de entender a los seres humanos como ser seres dotados de mente, en *Mindsight* (12). En el mundo compartido en el que transcurre la evolución humana, ser capaz de leer la mente del otro, así como la propia, ha significado tener acceso a las emociones, los deseos y las intenciones de los otros (y de uno mismo). Estas habilidades han sido y son cruciales para la formación y mantenimiento de vínculos afectivos estables, así como para poder coordinarse en la inmediatez del espacio de la convivencia. El bienestar psicológico está asociado con la capacidad de sentirse en estre-

cha conexión con los otros significativos y con la capacidad de integrar la experiencia tanto en el momento presente como a lo largo del tiempo. Como la perspectiva de la *Neurobiología Interpersonal* ha enfatizado, la capacidad de sintonizarse empáticamente con los demás y la capacidad de leer los estados mentales propios y ajenos, están estrechamente unidas. Dentro de este marco, la práctica de *mindfulness* puede entenderse como un proceso de sintonización intra-personal, por medio del cual entramos en contacto con la experiencia inmediata a medida que sucede.

En el texto *Mindsight*, utilizando el marco conceptual de la *Neurobiología Interpersonal*, Siegel ha ilustrado cómo se puede introducir *mindfulness* en la terapia individual por medio de la exposición de casos clínicos. En el tratamiento del TOC, presenta el caso de una paciente adolescente de 14 años, en la que el problema acaba de debutar. En este caso, la exploración psicológica permite excluir otras situaciones estresantes salvo un cambio de colegio, al que la niña parece haberse adaptado y el estrés propio de la pubertad. La niña presenta obsesiones irracionales, tales como un miedo intenso a las esquinas puntiagudas de las mesas y los pupitres, así como un miedo intenso a que emerja un tiburón de la piscina del vecino o de las tuberías del baño. Cada vez que le asaltan estos miedos, tiene que chasquear los dedos y a la vez contar las veces que lo hace asegurándose de que acaba en un número que sea par. Ha llegado a contar hasta 14 veces. Las obsesiones y la consiguiente compulsión a chasquear los dedos y contar pueden presentarse en muchos momentos del día, de modo que consumen mucho tiempo. A la vez, la niña reconoce que sus miedos son absurdos, pero siente que no puede evitarlos, por lo cual cree estar volviéndose loca.

En el abordaje terapéutico del caso, Siegel en la primera sesión, a la vez que facilita que la niña hable de sus obsesiones en presencia de sus padres y explora los síntomas presentes y ausentes, va haciendo una presentación didáctica de los mecanismos cerebrales que se activan cuando se produce un intenso miedo con el propósito de llevar a cabo una reformulación terapéutica. Se reconoce que el miedo a volverse loco es una reacción normal cuando uno/a no puede explicarse

lo que le pasa. Pero lo que le pasa tiene que ver con la sobre-activación de un mecanismo muy útil, que incluye circuitos del cerebelo, la amígdala y el sistema límbico así como áreas de la corteza pre-frontal, que ha contribuido a la supervivencia de los seres humanos durante cientos de miles de años y cuya misión es protegernos. Sin embargo, en ocasiones este mecanismo, que podemos llamar el controlador, puede excederse en sus funciones, entonces hay que negociar con él, reconociendo su función protectora, pero limitando sus pretensiones. Con esta lógica, Siegel plantea la posibilidad de trabajar directamente con el controlador por medio del aprendizaje de determinadas prácticas de *mindfulness*.

Después de esta reformulación terapéutica, en las siguientes sesiones, Siegel introduce la práctica de observar la respiración durante cinco o diez minutos por la mañana como una forma de fomentar la capacidad de darse cuenta y observar la propia experiencia. En este caso, la paciente llevaba a cabo esta práctica junto con su madre, que también tenía tendencia a padecer obsesiones. La idea central de la estrategia terapéutica era introducir un espacio entre los rituales automáticos y los impulsos que los precedían, de modo que pudiera ir reconociendo la emergencia del miedo y la obsesión como resultados del celo excesivo del controlador. Así, la paciente fue haciéndose capaz de reconocer y de nombrar las obsesiones y las compulsiones como tales en el momento en que aparecían. A partir de este momento, se instruyó a la paciente a dialogar con el controlador en el momento en que se presentaba y a reconocerlo como un estado mental que necesita ser aceptado y abrazado, en lugar de destruido y descalificado. Así, el tono de este diálogo debía ser de aceptación y reconocimiento de su función protectora, a la vez que se negociaban sus pretensiones en el momento. Después, una vez que la paciente ya podía dialogar con el controlador, se abordó la disminución progresiva del número de veces que llevaba a cabo los rituales compulsivos, con la ayuda del terapeuta. De este modo, la paciente quedó libre de sus miedos obsesivos así como de sus rituales compulsivos y la mejoría se mantuvo en el tiempo. La paciente había aprendido a observar, describir, dialogar y negociar con su experiencia interior.

#### 5.4. *El método de cuatro pasos*

La idea de que el TOC está producido por alteraciones estructurales en el cerebro es antigua. Pero la evidencia hasta ahora había sido algo confusa: Mientras en algunos pacientes se encontraban anomalías en estructuras cerebrales específicas, en otros no se encontraban (55). Por otro lado, dada la extraordinaria complejidad del cerebro humano, asumir una causalidad lineal desde lo biológico a lo psicológico, no puede ser más que una simplificación tal vez justificada por fines didácticos, porque las alteraciones neuropsicológicas encontradas pueden ser tanto la causa como la consecuencia de padecer el TOC. Además, como mencionamos antes, en la actualidad existe evidencia neurocientífica que avala el papel crucial de las relaciones de apego inseguras en los períodos críticos del desarrollo, en la formación de alteraciones en las conexiones de la corteza orbito-frontal (46), que se ha relacionado con el desarrollo del TOC. Por todo ello, conviene no perder de vista que la idea de que el TOC está “causado” por una alteración cerebral constituye una versión simplificada de los hechos que, no obstante, como veremos puede ser muy útil con fines terapéuticos.

Schwartz (13), un neurocientífico que ha estudiado las alteraciones cerebrales presentes en el TOC, ha sintetizado los principales hallazgos en un modelo que denomina metafóricamente “cierre cerebral” –que viene a ser la descripción de otro *circulo vicioso*, pero en este caso de carácter cerebral. Se han hallado correlaciones positivas, altamente significativas y patológicas en los índices metabólicos de glucosa en diversas áreas cerebrales (corteza orbito-frontal, circunvolución cíngular anterior, núcleo caudado y tálamo). Estas cuatro áreas funcionan como si formaran un “cierre”, con un efecto similar al de un circuito de reverberación continua. También se ha observado que con tratamientos adecuados, estas correlaciones patológicas disminuyen significativamente, liberando el “cerrojo”.

Desde este planteamiento, se trata de que el paciente comprenda que los síntomas del TOC, que experimenta como intrusivos y aterradores, son el resultado de un desequilibrio químico cerebral que puede ser modificado si cumple con el tratamiento. Para seguir la estra-

tegia terapéutica propuesta por Schwartz y Gladding (56), el paciente tiene que tomar conciencia de los síntomas a medida que suceden, desarrollando *mindfulness* progresivamente para facilitar la exposición y la prevención de respuesta. En síntesis, se propone seguir los siguientes cuatro pasos:

- *Primer paso: Re-etiquetamiento (Relabel)*: El primer paso consiste en aprender a reconocer los impulsos y pensamientos obsesivos como tales, así como en aprender a neutralizar los rituales, esforzándose por alcanzar una profunda comprensión de que el sentimiento que es tan molesto en el momento, sólo es un sentimiento obsesivo o un impulso a realizar una compulsión, que sólo son síntomas de una disfunción cerebral. En esta fase, la idea básica es llamar obsesión o compulsión a lo que verdaderamente es, para empezar a comprender que esos sentimientos son sólo falsas alarmas, con poca o ninguna base en la realidad. Son simplemente falsos mensajes del cerebro. Se destaca también que la peor cosa que se puede hacer es intentar que se desvanezcan o desaparezcan. Esto no funciona porque las obsesiones y las compulsiones tienen una causa biológica que está fuera de nuestro control. Lo que se puede controlar es la respuesta conductual a esos impulsos compulsivos. No importa cuán reales parezcan, lo que están diciendo no es real.

Para que el paciente aprenda a reconocer las obsesiones como tales, se le explica que la conciencia ordinaria es casi automática y superficial, en cambio la conciencia con Atención Plena (o *mindfulness*) es más profunda y más precisa. Así se instruye al paciente para que reconozca de manera consciente el síntoma obsesivo, de manera que pueda hacer anotaciones mentales, tales como las siguientes: *Este pensamiento que tengo ahora es una obsesión; este impulso es una compulsión o un impulso de llevar a cabo un ritual*. También se recomienda etiquetar los pensamientos intrusivos y las compulsiones de forma rotundamente asertiva. Por ejemplo, diciéndose a uno mismo: *No pienso o siento que mis manos estén sucias. Estoy experimentando la obsesión de que están sucias o no siento que tenga la necesidad de lavarme las manos*". Otro ejemplo: *No pienso que si no toco la puerta antes de salir alguien querido morirá por mi descuido. Estoy teniendo*

la obsesión de que morirá, no tengo necesidad de tocar la puerta varias veces. La meta es manejar la activación autonómica que acompaña los pensamientos y los impulsos compulsivos que se entrometen tan insistentemente en la consciencia. Para ello, se instruye al paciente en emplear el esfuerzo necesario para mantener la conciencia de lo que se denomina el *Espectador Imparcial*, que se entiende como el poder de observación que tenemos dentro de nosotros que otorga a cada persona la capacidad de reconocer qué es real y qué es sólo un síntoma para dejar pasar el impulso compulsivo.

- *Segundo paso: Re-atribución (Reattribute)*: La clave de este enfoque para el tratamiento del TOC se puede resumir en una frase: “No soy yo, es mi TOC”. Esta frase es un recordatorio de que las obsesiones y compulsiones que provoca el TOC no son significativas, que son falsos mensajes del cerebro, aunque sean intensos y persistentes. Se atribuye la experiencia de que “algo no va bien” a la disfunción del circuito cerebral y a la hiperactividad de la corteza orbito-frontal. Es importante que los pacientes acepten la idea de que el TOC no es la persona y que no es indicativo de quienes son, permitiendo que su sentido de sí mismo no se asocie a sus síntomas. En la práctica, los pasos de Re-etiquetamiento y Re-atribución se llevan a cabo a la vez.

- *Tercer paso: Re-enfoque (Refocus)*: En este paso, la idea es trabajar en torno a las obsesiones y a los rituales, dirigiendo la atención a algo diferente, al menos por unos minutos. Deben elegir algún comportamiento específico que reemplace la compulsión de comprobar, repetir acciones, lavarse, rezar, etc. Cualquier comportamiento constructivo, placentero, o interesante resulta útil, especialmente los hobbies. Por ejemplo: el paciente puede decidir dar un paseo, hacer ejercicio, escuchar música, leer, chatear, hacer punto o lo que más le guste. Hacer una conducta incompatible con el ritual, y que tenga relación con sus valores e intereses. Se recomienda pensar en *lo que es o lo que haga, no en cómo me estoy sintiendo*. Mientras centra la atención en otra actividad, se recomienda seguir conscientemente con Atención Plena re-etiquetando y reatribuyendo, porque esto le ayuda a mantenerse centrado y a poner la mente en la realidad del presente.

También se recomienda usar la regla de los 15 minutos. La idea aquí es retrasar la respuesta al pensamiento obsesivo dejando que transcurra algo de tiempo; preferiblemente al menos quince minutos, antes de que incluso se considere reaccionar al pensamiento y al impulso compulsivo. Entonces se realiza otra conducta, algo placentero o constructivo. Después de que el período fijado haya transcurrido, conviene volver a valorar cómo está la ansiedad en ese momento, utilizando una escala de medida como las USAs. Hay que notar si ha habido alguna modificación en la intensidad y tomar nota de cualquier cambio. Incluso la más pequeña disminución puede dar el coraje para esperar más. Cuanto más aguante, más disminuirán los impulsos, tanto en cantidad como en intensidad.

En caso de sucumbir al ritual, por ejemplo: *No voy a lavarme las manos porque no están sucias pero no puedo aguantar y lo hago, mi TOC ha ganado esta ronda pero la próxima vez esperaré más.* De esta manera, incluso realizar un ritual puede contener un elemento de *mindfulness*. En realidad, re-etiquetar un comportamiento compulsivo como un comportamiento compulsivo es mejor que hacer una compulsión sin realizar una clara anotación mental sobre lo que es.

- *Cuarto paso: Re-valoración (Revalue):* Este último paso se considera la consecuencia natural de las otras tres etapas. Con la práctica continua de los pasos anteriores, el paciente se da cuenta de que los pensamientos obsesivos y las compulsiones son distracciones inútiles. Como resultado, se les da mucho menos valor o se desdramatizan los sentimientos obsesivo-compulsivos. Se entiende que las obsesiones y compulsiones ocurren *a pesar* de la voluntad, *no a causa* de ella, con lo que se empieza a ver el TOC como un molesta plaga –y nada más. Se reconoce que los síntomas del TOC pueden presentarse muchas veces al día, sin que ello deba ser motivo de sorpresa. Si el paciente anticipa su ocurrencia, más rápido puede reconocer los síntomas y proceder mediante los pasos anteriores. Finalmente, si sigue los pasos indicados, el paciente es capaz de reconocer los pensamientos o sentimientos del TOC como lo que son en el momento en que se producen. En este punto, se ha llegado a la Atención Plena progresiva que es el objetivo de los cuatro pasos.

Si se tiene en cuenta la simetría formal con la que se presenta este enfoque, los elementos que forman el *cierre cerebral* son cuatro y cuatro son también los pasos a seguir y todos ellos comienzan con la letra “R”, no resulta difícil pensar que el autor, no sólo es un experto en la neurociencia del TOC, sino que también conoce el problema desde dentro y ha sido capaz de describir un método que más que dirigido a los terapeutas, se dirige a los pacientes que sufren el trastorno.

#### **5.4. La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)**

En inglés el acrónimo de este enfoque terapéutico, esta formado por las letras ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) que, a su vez, es una palabra que en inglés tiene sentido porque es el imperativo del verbo actuar, de manera que quiere decir *actúa*. La elección de este acrónimo capta muy bien el espíritu de este enfoque, al igual que lo hace el título de uno de los libros que Hayes, su principal creador, ha escrito para divulgarlo y popularizarlo: *Sal de tu mente y entra en tu vida* (57). La orientación básica de este enfoque resulta consonante con la filosofía budista y se ha llegado a señalar que resulta intrigante su similitud con una forma de tratamiento propuesta por un psiquiatra japonés que basó sus propuestas en la filosofía del Zen, *Morita Therapy* (58). No obstante, esta consonancia no se enfatiza en la TAC. Al contrario, la argumentación se apoya en los principios básicos de la tradición de la *Terapia de Conducta* (14). Así, se hace uso del análisis funcional de la conducta y de los principios del condicionamiento, especialmente del condicionamiento operante. Se establece que la patología se genera en la tendencia a evitar las experiencias desagradables y no deseadas, que resulta reforzante porque produce un alivio momentáneo de la ansiedad. Por tanto, el primer paso en la terapia consiste en la aceptación de la experiencia –de aquí que esta palabra se utilice en la designación del enfoque. En este marco, aceptación significa sobretodo dejar de escapar, bloquear o impedir las experiencias no deseadas. En síntesis, significa evitar evitar.

El segundo paso consiste en comprometerse con llevar a cabo el tratamiento. Para promover este compromiso, en la TAC se recomien-

da explorar los valores de la persona. La clarificación de valores no sólo es una forma de explorar las creencias nucleares de la persona, sino que fundamentalmente es también una manera de movilizar su motivación para superar el trastorno. Abordar los valores resulta muy útil para salir del circuito auto-referente que genera y acompaña al trastorno, y contribuye a que el paciente se sitúe en un horizonte de posibilidades y movilice su fortaleza en pos de aquello que considera valioso. Las técnicas utilizadas para clarificar y movilizar los valores del paciente se sustentan en el hecho de que la vida humana es limitada y, en consecuencia, no se puede andar posponiendo lo que uno/a considera valioso. Así, en este marco, se incorporan ejercicios derivados de las psicoterapias existenciales, como por ejemplo ayudar al paciente a imaginar su epitafio o lo que los demás podrían decir de él después de su muerte. Este tipo de ejercicios constituyen formas muy potentes de movilizar la motivación para seguir el tratamiento.

Una de las innovaciones más interesantes introducidas por la TAC consiste en una concepción estrictamente lingüística de la cognición, basada en la *Teoría del Marco Relacional* (59). Esta teoría ha sido presentada como una explicación post-skinneriana del lenguaje y la cognición. Persigue la misma ambición que ya tuviera Skinner de explicar el lenguaje en términos operantes. Independientemente de cómo se juzgue el éxito de esta empresa, el punto relevante reside en constatar que más allá de la idiosincrasia de la terminología utilizada por estos autores, la idea central es que la cognición es lenguaje, que precisamente constituye la visión dominante en la moderna psicología cognitiva. Si el pensamiento es lenguaje, entonces los pensamientos son formas privadas de hablarse a uno/a mismo/a. Ésta no es una idea nueva en modo alguno, pero es una idea muy importante, porque nos lleva a darnos cuenta de que dentro del lenguaje las palabras no existen aisladas, sino en relación unas con otras, formando *familias* como decía Wittgenstein. Así las palabras *elefante lila*, por ejemplo, evocan no sólo una imagen mental de un elefante de ese color, sino que esta imagen trae consigo también *una familia* de palabras; así, pensamos en la selva, en otros animales, etc. (60). Y dado que el pensamiento es lenguaje y el lenguaje es relacional, el pensamiento no puede ser controlado, en el sentido de que no se puede evitar que

una palabra genere un marco relacional, una familia. Esto sería como pretender que las palabras *elefante lila* no trajeran consigo la idea de selva y de otros animales. Por esta razón, los intentos de suprimir o controlar el pensamiento no pueden conducir sino a que la atención se focalice todavía más en ellos, como mostramos en la introducción al invitar al lector/a a seguir la instrucción de no pensar en un elefante de color lila. Los efectos fortalecedores de los intentos de supresión y control del pensamiento han sido estudiados en experimentos de laboratorio y, en la actualidad, se considera un hecho bien establecido (15). Este tipo de argumentos se pueden utilizar en la terapia para que el paciente comprenda la naturaleza del pensamiento y aprenda a ver que los pensamientos sólo son lenguaje y las palabras no son la realidad. Las palabras sólo son palabras.

Más específicamente, en la TAC se habla de técnicas de *de-fusión cognitiva* para contrarrestar la tendencia a fusionar o confundir el pensamiento con la acción, que ya expusimos anteriormente. Por medio de estas técnicas, se enseña al paciente a reconocer los pensamientos como lenguaje y a dejarlos pasar. Por ejemplo, se puede utilizar el *ejercicio de las hojas del río*, en el que se le pide al paciente que se imagine que se encuentra a la orilla de un río sobre el que flotan hojas secas caídas de los árboles y a medida que surge un pensamiento lo coloca sobre una hoja y ve como desaparece corriente abajo. No resulta difícil ver que esta técnica, como muchas otras de las técnicas propuestas por este enfoque son adaptaciones de procedimientos ampliamente utilizados en el ámbito de la enseñanza de la meditación. Sin embargo, en la TAC no se enfatiza este hecho, ni se recomienda la meditación formal. En cambio, en la sesión terapéutica se entrena al paciente en *mindfulness*, entendida como focalización y toma de conciencia de la experiencia presente.

Otro concepto importante en la TAC consiste en la concepción del si mismo como un contexto. Esta concepción, resulta útil para detener la tendencia a la auto-referencia que acompaña al trastorno; por ejemplo, se instruye al paciente a que, en lugar de decirse *no sirvo para esto*, se diga *en este momento estoy teniendo el pensamiento de que no sirvo para esto*. De este modo, se entiende que el si mismo/a sólo es el contexto en el que surgen los pensamientos y la cuestión importante

es darse cuenta de que ningún pensamiento, dada su naturaleza lingüística, podría jamás llegar a definir o acotar lo que uno es. En definitiva, en cuanto conciencia, uno/a es el espacio en el que todo surge.

Aunque no abundan los ensayos clínicos controlados acerca de la eficacia de la TAC en el abordaje del TOC, parece claro que este enfoque, que recoge las técnicas de la Terapia de Conducta, parece diseñado a medida para abordar el tratamiento de este trastorno.

## 6. Resumen y conclusiones

En este capítulo, después de exponer los aspectos clínicos y fenomenológicos del TOC, se ha expuesto cómo el abordaje conductual intenta romper, por medio de la técnica de E+PR, el círculo vicioso que se forma cuando la ansiedad se intenta controlar por medio de respuestas de evitación. A continuación, se ha expuesto cómo los intentos por controlar los pensamientos intrusivos perturbadores en el TOC conducen a la formación de círculos viciosos auto-referentes que el abordaje cognitivo y meta-cognitivo intentan romper. Frente a estos círculos viciosos, se ha explicado brevemente cómo la práctica de *mindfulness* contribuye a la formación de un *circulo virtuoso* que resulta útil para abordar el TOC. En este caso, se recomienda la práctica informal y progresiva de *mindfulness*. Este planteamiento se ha ilustrado por medio de tres enfoques: la perspectiva de la *Neurobiología Interpersonal*, el método de cuatro pasos y la TAC.

Cuando se observan los avances que se han producido en la comprensión de los círculos viciosos auto-referentes que generan y mantienen el TOC, y cuando se comprenden las razones neurobiológicas por las cuales la práctica de *mindfulness* constituye un *circulo virtuoso*, parece claro que nos encontramos a las puertas de una nueva era en los tratamientos psicológicos, una era en la que la práctica de *mindfulness* se constituye como una práctica fundamental en la terapia psicológica. La práctica del *circulo virtuoso* de *mindfulness* no sólo es una clave crucial para romper los circuitos patológicos auto-referentes, sino también una *vía regia* para vivir una vida que valga la pena, en el s.XXI.

## 7. Referencias bibliográficas

1. AGUSTÍN DE HIPONA. *Confesiones*. Madrid: Akal; 1986.
2. ELLENBERGER, H.F. *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Nueva York: Basic Books; 1970.
3. BERRIOS, G.E. "Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century". *Comprehensive Psychiatry*, 1989, 30(4), 283-295.
4. VAN DER HART, O.; NIJENHUIS, E.R. y STEELE, K. *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton Press; 2006.
5. DSM-IV AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS*. 4th ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. DE SILVA P, RACHMAN, S. *Obsessive-compulsive disorder: The facts* (2ª ed.). Nueva York, NY, USA: Oxford University Press; 1998.
7. RACHMAN, S. "A cognitive theory of obsessions". *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 35(9), 793-802.
8. TEASDALE, J.D.; WILLIAMS, J.M.; SOULSBY, J.M., SEGAL, Z.V.; RIDGEWAY, V.A. y LAU, M.A. "Prevention of relapse/recurrence in major depresión by mindfulness-based cognitive therapy". *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 2000, 68, 615-623.
9. FAIRFAX, H. y BARFIELD, J. "A Group-based treatment for clients with obsessive compulsive dicorder (OCD) in a secondary care mental Elath setting: Integrating new developments with cognitive behavioral interventions": *An exploratory study: Counselinf and Psychotherapy Research*, 2009,10:3, 214-221.
10. HÖLZEL, B.; LAZAR, S.W., GARD, T., SCHUMAN-OLIVIER, Z.; VAGO, D.R. y OTT, U. "How does mindfulness meditation work? Proposing mechanism of action from a conceptual and neural perspective". *Perspectives on Psychological Science*. 2011, 6(8) 537-559.
11. GARLAND, E.L.; GAYLORD, S.A. y FREDERICKSON, B.L. "Positive Reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: an upward spiral process". *Mindfulness*. 2011, 2:59-67.

12. SIEGEL, D.J. *Mindsight, the new science of personal transformation*. Bantan Books; 2010.
13. SCHWARTZ, J. *Brain Lock: Free yourself from obsessive compulsive behavior*. Harper Collins; 1996.
14. HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D. y WILSON, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press; 1999.
15. WENZLAFF, R.M. y WEGNER, D.M. "Thought supresión." *Annual Review of Psychology*. 2000, 51: 59-91.
16. EMMELKAMP, P.M.; DE HAAN, E. y HOOGDUIN, C.A. "Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder". *British Journal of Psychiatry*, 1990, 156, 55-60.
17. CLARK, D. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. NY: Guilford press; 2004.
18. RACHMAN, S.J. y DE SILVA, P. "Normal and abnormal obsessions." *Behaviour Research and Therapy*, 1978, 16, 232-248.
19. SALKOVSKIS, P. y HARRISON, J. "Abnormal and normal obsessions: A replication". *Behaviour Research and Therapy*, 1984, 22(5), 549-552.
20. FULLANA, M.A.; VILAGUT, G.; ROJAS-FARRERAS, S.; MATAIX-COLS, D.; DE GRAAF, R.; DEMYTTENAERE, K.J. et al. "Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries". *Journal of Affective Disorders*, 2010, 124, 291-299
21. RACHMAN, S. "A cognitive Theory of compulsive checking". *Behavior Research and Therapy*, 2002, 40, 6: 624-639.
22. GUIDANO, V.F. y LIOTTI, G. *Cognitive Processes and Emotional Dissorders*. Guilford Press; 1983.
23. RIGGS, D.S.; HISS, H. y FOA, E.B. "Marital distress and the treatment of oobsessive compulsive disorder". *Behavior Thearpy*, 1992, 23 (4), 585-597.
24. RUSCIO, A.; STEIN, D., CHIU, W. y KESSLER, R. "The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication". *Mol Psychiatry*, 2010;15:53-63.

25. BOBES, J.; GONZÁLEZ, M.P., BASCARÁN, M.T.; ARANGO, C., SÁIZ, P.A. y BOUSOÑO, M. "Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder". *European Psychiatry*; 2001, 16, 239-245.
26. PIGGOTT, T.A.; L'HEUREUX, F.; DUBBERT, B.; BERNSTEIN, S. y MURPHY, D.L. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(suppl):15-27.
27. HANNAN, S.E. y TOLIN, D.F. "Acceptance and mindfulness-based behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder". En ORSILLO- ROEMER (Eds). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualisation and treatment*. (pp. 271-299). Nueva York: Springer; 2005.
28. ABRAMOWITZ, J.S.; STORCH, E.A.; KEELY, M.; CORDELL, E. "Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors?". *Behaviour Research and Therapy*, 2007, 45: 2257-2267.
29. HOLLANDER, E.; KWON, J.H.; STEIN, D.J. et al. "Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues". *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 8): 3-6.
30. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. National Clinical Practice Guideline 31. Londres, NICE; 2005.
31. KOZAK, M.J.; LIEBOWITZ, M.R. y FOA, E.B. "Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: The NIMH-Sponsored Collaborative Study". En: GOODMAN, W.K.; RUDORFOR, V.; MASER, J.D. (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*\_(pp. 501-530). Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000
32. CRASKE, M.G.; KIRCANSKI, K.; ZELIKOWSKY, M.; MYSTKOWSKI, J.; CHOWDHURY, N. y BAKER, A. "Optimizing inhibitory learning Turing exposure therapy". *Behav Res Ther*, 2008, 46, 5-27.
33. PALLANTI, S.; HOLLANDER, E.; BIENSTOCK, C. et al. "Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions". *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2002 Vol 5(2):181-191.

34. RASMUSSEN, S.A. y EISEN, J.L. "Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997,58 (Suppl. 13), 9-13.
35. SHAFRAN, R. y MANSELL, W. "Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment". *Clinical Psychology Review*, 2001, 21 (6), 879-906.
36. WELLS, AD. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Wiley and Sons; 1997.
37. RACHMAN, S. "A cognitive theory of obsessions: Elaborations". *Behavior Research and Therapy*, 1998, 36(4), 385-401.
38. SALKOVSKIS, P. "Understanding and treating obsessive-compulsive disorder". *Behavior Research and Therapy*, 1999, 23 (5), 571-583.
39. OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP. "Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder". *Behavior Research and Therapy*, 1997,35: 667-681.
40. STEKETEE, G.; FROST, R.; BHAR, S.; BOUVARD, M.; CALAMARI, J.; CARMIN, C., et al. "Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I.". *Behaviour Research & Therapy*, 2003, 41(8), 863-878.
41. OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP. "Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and interpretation of intrusions inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version". *Behavior Research and Therapy*, 2005, 43, 1527-1542.
42. BELLOCH, A. y CABEDO, E. *TOC. Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Alianza; 2011.
43. BOWLBY, J. *Secure base. Clinical applications of attachment theory*. Tavistock/Routledge; 1988.
44. AINSWORTH, M. y BOWLBY, J. "An ethological approach to personality development". *American Psychologist*, 1991, 46(4), 333-341.
45. GREISBERG, S. y MCKAY, D. "Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and treatment implications". *Clinical Psychology Review*, 2003, 23(1), 95-117.

46. SCHORE, A. *Affect Dysregulation and disorder of the self*. Norton Press; 2003.
47. SIEGEL, D.J. "Towards an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, "mindsight," and neural intergration". *Infant mental health*, 2001, 22(1-2), 67-94.
48. KABAT-ZINN, J. *Full catastrophe living*. Nueva York: Delta Publishing; 1990.
49. CARMODY, J. y BAER, R.A. "Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program". *Journal of Behavioral Medicine*, 2008, 31, 23-33.
50. SLAGTER, H.A.; LUTZ, A.; GREISCHAR, L.L. y FRANCIS, A.D.; NIEUWENHUIS, S.; DAVIS, J.M. y DAVIDSON, R.J. *Mental training affects distribution of limited brain resources*. PLo Biology, 2007, 5 e138.
51. GERMER, C. "Mindfulness: What is it?, what does it matter?". En GERMER, C.; SIEGEL, R.D. y FULTON, P.R. (Eds.) *Mindfulness and Psychotherapy*. Guilford Press; 2005.
52. WELLS, A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press; 2008.
53. DIDONNA, F. "Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience". En: DIDONNA, F. (Ed): *Clinical Handbook of Mindfulness*. Nueva York, Springer (pp. 189-219) 2009.
54. SIEGEL, D.J. *The mindful brain*, New York: Norton, 2007.
55. RIFFKIN, J.; YUCEL, M.; MARUFF, P.; WOOD, S.J.; SOULSBY, B.; OLVER, J.; et al. "A manual and automated MRI study of anterior cingulate and orbito-frontal cortices, and caudate nucleus in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls and patients with schizophrenia". *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2005, 138(2), 99-113.
56. SCHWARTZ, J. y GLADDING, J.M. *You are not your brain: the 4 steps solution for changing bad habits, ending unhealthy thinking and taking control of your life*. Penguin Books; 2011
- 57.

58. HAYES, S.C. y SMITH, S. *Get out of your mind into your life, the new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications; 2005.
59. HOFMANN, S.G, "Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy?". En *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2008, 15, 4, 280-285.
60. HAYES, S.C.; BARNES-HOLMES, D. y ROCHE, B. (Eds.) *Relational Frame Theory: A Post-skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Plenum Press; 2001.
61. LAKOFF, G. *Women, Fire and Dangerous Things, what categories reveal about the mind*. The Chicago University Press; 1986.

# 6

## Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan *mindfulness*

---

***Carmen Bayón Pérez***

*Psiquiatra. HULP. Profesora asociada UAM*

***Victoria Bonan***

*Psiquiatra. HULP*

## Esquema del capítulo

1. Introducción
2. Trastornos de la conducta alimentaria: clasificación y diagnóstico
  - 2.1. Anorexia nerviosa
  - 2.2. Bulimia Nerviosa
  - 2.3. Trastorno por atracón
  - 2.4. Intervenciones psicoterapéuticas en los TCA
3. Conceptualización de los síntomas de los TCA
  - 3.1. Regulación de la emoción a través de la conducta
  - 3.2. Relación entre conducta y cognición
4. Intervenciones psicoterapéuticas que incorporan *mindfulness*
  - 4.1. Terapia conductual dialéctica (DBT)
  - 4.2. Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)
  - 4.3. Terapia cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT)
  - 4.4. Entrenamiento en el “comer consciente” (MB-EAT)
  - 4.5. *Mindfulness* para la prevención de la ganancia de peso (*EMPOWER*)
5. Resumen y conclusiones
6. Referencias bibliográficas

## 1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen por alteraciones en la ingesta de alimentos y sin embargo, ésta no es la causa de los trastornos, sino el resultado de una variedad de factores relacionados con el cuerpo y la mente. En la comprensión de estos trastornos hay que tener en cuenta los conflictos psicológicos subyacentes, las experiencias precoces traumáticas, factores familiares e influencias de los medios de comunicación, todos los cuales deben ser considerados para lograr una recuperación completa. Los factores psicológicos más frecuentes son el sentimiento de falta de valía personal, el distanciamiento o el control del mundo emocional, la incapacidad para establecer relaciones interpersonales maduras y la ausencia de identidad propia que sólo adquieren a través de la imagen corporal.

Las intervenciones psicoterapéuticas probadas hasta el momento actual han mostrado ser eficaces en numerosos estudios. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de pacientes que muestran una respuesta incompleta y hay otro grupo con graves dificultades para adherirse a los tratamientos. Desde aquí surge la necesidad de buscar intervenciones que amplifiquen la respuesta terapéutica, promoviendo la introducción de programas que ponen mayor énfasis en la aceptación como paso previo al cambio e incorporan el entrenamiento en *mindfulness*.

## 2. Trastornos de la Conducta Alimentaria: clasificación y diagnóstico

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por alteraciones en la ingesta alimentaria que repercuten sobre la salud, y el uso de conductas inadecuadas para controlar el peso. Estos trastornos tienden a asociarse con problemas físicos graves y deterioro en el funcionamiento psicosocial. Tres categorías de TCA se reconocen en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Men-

tales (DSM-IV-TR) (1): Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN) y Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANS). En esta última categoría se incluye el trastorno por atracón (TA), versiones subumbrales de la AN y BN y otras pautas alteradas de conducta alimentaria.

### **2.1. Anorexia Nerviosa**

La AN se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, intenso rechazo a mantener un peso adecuado a lo que corresponde a sexo y edad, distorsión de la imagen corporal con preocupación extrema por la dieta, figura y peso y amenorrea. Las pacientes suelen presentar conductas de evitación hacia la comida con conductas compensatorias para contrarrestar la ingesta como hiperactividad física y conductas purgativas. Se ha encontrado que suele haber una asociación entre este trastorno y rasgos de personalidad como tendencia al conformismo, hiperresponsabilidad, perfeccionismo, necesidad de aprobación y falta de respuesta a las necesidades internas. No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren al persistir en estas conductas. Es un trastorno más frecuente en mujeres, y se ha estimado una prevalencia de un 0,3% (2).

### **2.2. Bulimia Nerviosa**

La BN se caracteriza por episodios de atracones recurrentes asociados a conductas compensatorias dirigidas a influir en la imagen y en el peso corporal (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y/o ejercicio excesivo). El atracón se define como una ingesta excesiva y/o rápida de comida que se asocia con la sensación de falta de control. Las pacientes con BN tienden a mantener una evaluación negativa de sí mismas influida por la imagen y el peso corporal, que suele estar en un rango normal o discretamente por debajo de lo normal. Las conductas bulímicas se han puesto en relación con estados afectivos negativos como ansiedad, depresión e ira. El hambre que experimentan no sólo es material sino también emocional y la comida cumple

un papel esencial en la resolución de los problemas emocionales y existenciales. Comer ayuda a evitar el malestar, impide pensar, reconforta y calma la ansiedad. Se ha encontrado elevada comorbilidad con otros trastornos como depresión (3), trastorno límite de personalidad (4), y abuso de sustancias. Al igual que la anorexia nerviosa es un trastorno más frecuente en mujeres con una prevalencia entre el 1% y el 2% en población general (5).

### ***2.3. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados: Trastorno por atracón***

Los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea porque están en el inicio o en vías de resolución. El trastorno por atracón (TA) constituye en el momento actual una entidad en fase de estudio, no quedando claro si se trata de un trastorno diferente al resto de los TCANE o una forma leve de BN. Se define por atracones recurrentes, que deben estar presentes al menos dos días/semana durante un periodo de 6 meses, sin asociarse con conductas compensatorias. Los pacientes con TA refieren comer rápido, comer mucho hasta sentirse incómodos, comer sin sentir hambre y tener sentimientos de culpa, vergüenza, depresión y rumiación posteriores al atracón.

El TA suele asociarse a sobrepeso y obesidad tanto en población clínica como en población general. La prevalencia entre personas obesas se estima en un 2%, cifra que se eleva hasta un 30% en pacientes que solicitan tratamiento (6).

### ***2.4. Intervenciones psicoterapéuticas en los TCA***

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicoterapéutica que cuenta con mayor evidencia científica, aunque se ha centrado sobre todo en BN y TA (7, 8, 9). La investigación clínica sugiere que tras una intervención basada en la TCC se consigue eliminar los atracones y las conductas purgativas en al menos un 50% de los participantes con diagnóstico de BN, y se ha mostrado reducción de estas conductas en una proporción mayor de sujetos. Suele

conseguirse también una mejoría en la distorsión de la imagen corporal. La terapia interpersonal ha mostrado también buenos resultados en la BN y en el TA, aunque se recomienda usarla en combinación con la TCC, y la duración de la intervención tiende a ser más prolongada (10).

**Tabla 1. Evidencia científica de intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes en Bulimia Nerviosa.**

<b>Tipo de intervención</b>	<b>Evidencia</b>
<b>TCC</b>	La TCC es el tratamiento de elección para adultos con BN (Grado A; Nivel I) (11,12). Comparada con la TIP o con técnicas psicodinámicas, la TCC se asocia con mayor rapidez en la remisión de los síntomas alimentarios (12).
<b>TIP</b>	La guía NICE recomienda que la TIP debería ser considerada como una alternativa a la TCC, pero los pacientes tienen que ser informados de que los resultados se obtienen a los 8-12 meses. Grado B.
<b>AUTOAYUDA AA</b>	Se recomienda que los pacientes con BN deberían ser alentados a seguir un programa de auto-ayuda (guiada o no). Grado B.
<b>DBT-BN</b>	El porcentaje de abstinencia de atracones y conductas purgativas es similar a los hallados con TCC-BN. Este tratamiento reduce significativamente la ingesta emocional.
<b>COMBINACIÓN DE PSICOTERAPIAS</b>	La combinación de intervenciones psicodinámicas con TCC y otras psicoterapias parece obtener resultados más globales (12) Nivel II. Los abordajes psicodinámicos y psicoanalíticos en formato grupal o individual son útiles, una vez que los atracones y purgas han mejorado. Nivel III. Pacientes con problemas de pareja, pueden beneficiarse de una terapia de pareja (Nivel II). Para tratar el Trastorno Límite de Personalidad, se debería combinar TCC con DBT.

El tratamiento de la AN ha recibido menos atención, lo cual puede estar en relación con la baja prevalencia de este trastorno y con que la mayoría de las pacientes que presentan en el inicio conductas restrictivas suelen evolucionar a cuadros similares a la BN.

En la Tabla 1 y Tabla 2 se presenta un resumen de las intervenciones psicoterapéuticas utilizadas en la bulimia nerviosa y trastorno por atracón y el grado o nivel de evidencia científica. Las escalas de clasificación de la evidencia se construyen en función del rigor científico del diseño de los estudios, y a partir de las mismas, se establecen recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.

**Tabla 2. Evidencia científica de intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes en Trastorno por atracón**

<b>TCC-TA</b>	La guía NICE 2004 recomienda que la TCC-TA debería ser ofrecida a adultos con TA (Grado A; nivel I (12)).
<b>TIP-TA</b>	La TCC y la TIP para TA han producido casi idénticos resultados a corto y a largo plazo (13,14). La TIP-TA puede ser ofrecida a personas con TA persistente (6) (Grado B).
<b>AA</b>	Un posible comienzo en el tratamiento de las personas con TA es animarlas a seguir un programa de AA (guiada o no), aunque este tratamiento sólo es eficaz en un número limitado de personas con TA (Grado B)(6).
<b>DBT-TA</b>	La DBT ha demostrado ser significativamente más efectiva en comparación con un grupo control en lista de espera. Produjo en el 89% de los pacientes un cese total de los atracones frente al 12,5%.
<b>TERAPIA DE CONDUCTA PARA LA PERDIDA DE PESO TCPP</b>	Los programas de Terapia de Conducta para la pérdida de peso, conllevan una moderada/severa reducción calórica y han probado ser exitosos en el tratamiento del atracón en pacientes con TA y sobrepeso (National Task Force on the prevention and treatment of obesity 2000). La TC respecto de la TCC o la TIP produce: mayor pérdida de peso, al menos a corto plazo y puede ser administrada por un más amplio rango de profesionales de la salud.

### 3. Conceptualización de los síntomas de los TCA

Los TCA son entidades de etiología multicausal. La combinación e intensidad de factores biológicos, psicológicos, familiares y socio-culturales es lo que determina que una persona concreta inicie una dieta inflexible que puede evolucionar hacia un trastorno. Cualquiera que sea el modelo etiológico utilizado, se tiene que asumir que el antecedente más importante que explica el desarrollo de los TCA es haber tomado la decisión de hacer una dieta con el propósito de influir en la imagen corporal y en el sentirse bien (15).

En las últimas décadas se ha producido un incremento en la investigación centrada en estos trastornos y una de las teorías más relevantes es la que sugiere que la dieta restrictiva, los atracones y las conductas compensatorias constituyen intentos, desadaptativos e ineficaces, de regular aspectos aversivos de la experiencia y en última instancia, son productos de la respuesta reactiva al estrés (16,17). Desde el paradigma de la regulación, hay cuatro modelos conceptuales que nos ayudan en la comprensión de los síntomas de los trastornos alimentarios: la teoría de la regulación emocional (18,19), la teoría de la restricción cognitiva (20), el modelo de evitación cognitiva (21) y la teoría del control mental (22). Siguiendo estos modelos, los síntomas son el producto de intentos de regular la emoción a través de la conducta, de regular la conducta a través de la cognición y/o de regular la cognición a través de la conducta.

#### 3.1. *Regulación de la emoción a través de la conducta*

La emoción está constituida por dos componentes, la valencia emocional o “lo que es sentido” y la interpretación. La valencia se relaciona con la sensación subjetiva de placer, neutralidad o aversión que se produce en respuesta a estímulos externos o internos y que se refleja a nivel corporal. A lo que es sentido se le da un significado relacional y/o situacional influido por el aprendizaje y experiencias pasadas (23). La interacción entre estos componentes da lugar a la experiencia emocional que conduce a una acción, sea ésta luchar, escapar o paralizarse. La emoción es la energía que conecta el cuerpo y la mente del individuo y conecta las mentes y los cuerpos entre indivi-

duos. Está implicada en conocer qué pasa en nuestro interior como en conocer qué pasa en la mente de los otros.

Los pacientes con TCA suelen tener déficits marcados en la regulación emocional, que se define como la toma de conciencia, tolerancia, expresión y control de los aspectos fisiológicos, conductuales y emocionales de una experiencia afectiva (24). La identificación de la emoción requiere orientarse hacia el interior, prestar atención al componente fisiológico de la experiencia emocional y ser capaz de diferenciar entre emoción versus sensaciones físicas como el hambre o la fatiga. Algunos estudios muestran que una característica esencial de los TCA es un escaso desarrollo de la conciencia interoceptiva por lo que las señales fisiológicas de la emoción tienden a confundirse con las señales de regulación del apetito (25). Por ejemplo, pacientes que siguen una dieta estricta no responden a las señales de hambre y tienden a equiparar éstas con emociones negativas. O cuando predominan los atracones parece que no sólo tienen problemas para percibir las señales de hambre, sino que además existen dificultades en discriminar las señales fisiológicas de saciedad y el gusto asociado a determinados alimentos.

La aceptación y tolerancia de la experiencia emocional son dos factores que facilitan una adecuada identificación emocional. Cuando las emociones se etiquetan como negativas, hay una tendencia a rechazarlas y los atracones, el abuso de sustancias o las conductas disociativas surgen como intentos de reducir el ser consciente de la emoción y, como resultado, se consigue calmar la activación fisiológica a corto plazo (26). El alivio temporal conseguido refuerza que estas conductas se conviertan en respuestas automáticas frente a la disregulación emocional y se impide el aprendizaje de nuevas estrategias adaptativas. Los síntomas constituyen un medio de escape de la experiencia aversiva que en realidad es un escapar del sí mismo. Como resultado, los pacientes con TCA tienen también graves dificultades en el manejo y la expresión de las emociones de forma adaptativa.

La evitación de las emociones también se mantiene, en parte, por las creencias irracionales sobre la naturaleza y las consecuencias de las emociones (27). El ser humano tiende a focalizarse en el pasado y

en el futuro, vive de lo temido, de lo perdido y de lo que espera, construye escenarios y tramas en base a pensamientos, atribuciones, excepciones y anticipaciones. Como resultado, el ser humano tiende a responder a los pensamientos, predicciones y recuerdos como si fueran la realidad, hay una literalidad de las representaciones mentales que se ha referido como fusión cognitiva (28).

Gilbert y Tirch (29) sugieren que los procesos psicológicos de los trastornos alimentarios están relacionados con una sensibilidad elevada al distrés provocada por estímulos internos o externos y con un procesamiento focalizado en la amenaza y en los esfuerzos realizados para modular la experiencia amenazante y sentirse seguros. A nivel psicoterapéutico, la intervención se centraría en reducir la sensibilidad y el procesamiento del distrés (amenaza, pérdida), lo que se traduciría en respuestas emocionales menos intensas o en tolerar los estados emocionales y el poder retornar a la línea basal con mayor rapidez. El déficit en la regulación emocional influye en el desarrollo del sentido del *self* y dificulta el conseguir un sistema de identidad integrado, coherente y de bienestar.

### ***3.2. Relación entre conducta y cognición***

Algunos modelos señalan que la cognición es un mecanismo regulador de la conducta, mientras que otros sugieren que, en realidad, es la conducta la que regularía la cognición. Los pacientes con TCA se caracterizan por tener un estilo cognitivo rígido, perfeccionista y centrado en la imagen corporal y en la apariencia. La rigidez cognitiva es la que determina la dieta restrictiva. El atracón suele producirse cuando el deseo fisiológico es tan fuerte que es capaz de saltarse las reglas y normas, produciéndose el efecto de violación de la abstinencia. El perfeccionismo, otra característica en algunos sujetos con diagnóstico de TCA, influye en las creencias mantenidas por los pacientes con respecto a los logros y el desarrollo que se espera de ellas y la imagen y apariencia perfecta que deben tener. Al no cumplirse las expectativas en cuanto al peso y la imagen corporal, surgen sentimientos de vergüenza que influyen en el mantenimiento del trastorno alimentario (30). La fusión pensamiento-imagen corporal que suelen presentar

pacientes con trastornos alimentarios se caracteriza por la relación estrecha entre el pensamiento sobre comidas consideradas prohibidas y la repercusión temida que éste tiene sobre el peso y las sensaciones corporales. Este estilo cognitivo se ha asociado con la presencia de conductas compensatorias como ejercicio o vómitos (31).

En otros modelos se hace más énfasis en que las conductas de atracones y vómitos tendrían el objetivo de evitar la rumiación, la invasión de pensamientos críticos, negativos de sí mismo y relacionados con el peso, la imagen corporal y la comida, “como para quitar la comida de mi mente”.

#### **4. Intervenciones psicoterapéuticas que incorporan *mindfulness***

Antes de pasar a describir las intervenciones, es conveniente volver a recordar algunas de las definiciones de *mindfulness* que nos ayudará a entender cuáles son los objetivos que se pretenden al incorporar la práctica de *mindfulness*.

Thich Nhat Hanh define *mindfulness* como “tomar conciencia, ser consciente de lo que está aquí. Cualquier cosa puede ser el objeto de *mindfulness*, tu respiración, el cielo... estar en contacto con tu experiencia sentida en cada momento” (32). La definición de Kabat Zinn es “prestar atención, con intención, en el momento presente, sin juzgar, a la experiencia que surge momento a momento” (33). Siegel (34) añade a esta definición el acrónimo COAL, aproximarnos a la experiencia con curiosidad, apertura, aceptación y amor. *Mindfulness* es una forma de ser en el mundo, es participar en el momento presente, en un estado particular de atención, de los comportamientos, sensaciones corporales y experiencias.

En todas las definiciones, un componente esencial de *mindfulness* es la aceptación, el no juzgar. El juzgar es una respuesta automática en el ser humano que forma parte de su esencia, el juicio es la mente reactiva. El sufrimiento surge de la resistencia que se presenta a lo que está ocurriendo buscando que las cosas sean diferentes, supone vivir en el pasado o en el futuro y no en el momento presente que es el

que es, debido a una serie de acontecimientos y decisiones que uno ha tomado o que otros han decidido en el pasado. El sufrimiento es la consecuencia de la relación que establecemos con el objeto percibido, sea éste atracones, ansiedad, pensamientos críticos. Una forma diferente de relacionarse con la experiencia es a través de la aceptación. El siguiente enunciado nos ayuda a entenderlo: “que tenga la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las cosas que sí puedo cambiar, y la sabiduría para conocer la diferencia.” *Mindfulness* nos enseña a dejar de luchar, dejar de resistirnos a lo que hay, abrazando lo que surge y confiando en que tenemos los recursos necesarios para poder afrontar lo que hay. Cuando descansamos y aceptamos, tenemos mayor oportunidad para percibir y relacionarnos con las circunstancias con mayor claridad y libertad, se favorece la flexibilidad frente a la impulsividad o la rigidez. Como decía Herman Hesse, “*he dejado de hacer preguntas a las estrellas y libros; he empezado a escuchar las enseñanzas que me susurra mi sangre.*” La aceptación de los pensamientos automáticos y críticos ayuda a considerar los pensamientos como lo que son, sólo pensamientos, hechos mentales, que se observan de forma neutral, desde la distancia, sin que el individuo se identifique con el contenido y se conviertan en la verdad que define el *self*. Se fomenta el desarrollo del yo observador. Al distanciarse del contenido sin suprimirlo, aceptando lo que hay, se puede redirigir la atención desde la comida, la imagen corporal y/o el autoconcepto negativo hacia contenidos más adaptativos.

El segundo punto que entresacamos de las definiciones de mindfulness y que tiene enorme interés en el campo de los TCA es el de prestar atención, con intención. Esto nos lleva a darnos cuenta de la actividad de comer, la alimentación consciente o comer con atención plena. El hambre es una urgencia biológica provocada por complejas interacciones entre las respuestas fisiológicas ante la comida, las emociones antes, durante y después de comer y los pensamientos acerca del propio cuerpo y de uno mismo, conjuntamente con la constante evolución de los estados de ánimos, deseos y necesidades nutricionales. ¿Cuántos de nosotros somos conscientes de todos estos elementos y procesos? El acto de comer suele ser un acto

inconsciente y a pesar de ello, los estados mentales, pensamientos, emociones y sensaciones que se escapan a la conciencia no desaparecen sino que persisten y ejercen efectos sobre nosotros. Comer sin conciencia es comer con el piloto automático, simplemente porque la comida está ahí, mientras la mente se encuentra en otro lugar, lo que hace que se coma sin saborear la comida, sin prestar atención a las señales fisiológicas del apetito, sin saber porqué comemos. Comer con atención plena es comer con todos los sentidos y de esta forma no sólo alimentamos nuestro cuerpo, sino también alimentamos nuestros sentimientos, nuestra mente (35, 36).

Germer (37) describe tres formas de integrar *mindfulness* en el trabajo terapéutico:

1. Terapeuta *mindful*: *mindfulness* se convierte en un elemento de la relación terapéutica y una herramienta que el terapeuta tiene para cultivar las cualidades personales y relacionales necesarias para trabajar con el paciente. La práctica mejora la capacidad de percibir las señales emocionales no verbales y sentir el mundo interno del otro.
2. Psicoterapia *mindfulness*: sería la aplicación de un marco teórico centrado en las teorías e investigación sobre *mindfulness* y la psicología budista. El terapeuta no está obligado a enseñar prácticas de meditación.
3. Psicoterapia basada en *mindfulness*: intervenciones en las que se integra la práctica de *mindfulness* para desarrollar el estado de atención plena en los pacientes.

En los trastornos de la conducta alimentaria, las intervenciones psicoterapéuticas en las que se incluye la práctica de *mindfulness* como elemento central en el protocolo del tratamiento junto con elementos del modelo cognitivo-conductual son la Terapia conductual dialéctica (DBT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT). El Entrenamiento en comer consciente (MB-EAT) se focaliza en la aceptación y en la enseñanza de la alimentación consciente. Con respecto a las tres primeras, en este capítulo se hace una descripción sucinta puesto que

están más detalladas en otros capítulos, y se presentan los estudios más prominentes en el área de trastornos alimentarios.

#### ***4.1. Terapia conductual dialéctica***

Linehan considera la patología como resultado de la interacción entre la constitución biológica y un ambiente invalidante. Debido a las experiencias invalidantes, el individuo aprende a inhibir sus emociones, lo que conduce a déficits en el reconocimiento de las señales básicas asociadas a la experiencia emocional (incapacidad para etiquetar emociones), junto con déficits en la capacidad de aceptar y confiar en sus emociones y pensamientos como interpretaciones válidas de los acontecimientos, los cuales son considerados como inadecuados e ilegítimos. Resultado de lo anterior hay una incapacidad para tolerar el distrés o regular la activación emocional con invalidación de la propia experiencia (38). La dificultad para conseguir la autoregulación emocional tiende a ejercer una influencia negativa en el desarrollo armonioso e integrado del *self* (39).

La estrategia dialéctica es el equilibrio entre aceptación y cambio. Antes de cambiar hay que aceptarse uno mismo y aceptar las conductas que han dominado su vida. Sólo a través de la aceptación, sin juzgar, se pueden generar alternativas efectivas a las conductas problemáticas.

La adaptación de la DBT para mujeres obesas con trastorno por atracón fue realizada por Telch en 1997 quien diseñó una intervención de 23 sesiones (19 sesiones semanales y 4 mensuales). La estructura incluía tres fases: 1. Explicación teórica del programa; 2. Enseñar los principales componentes de la DBT y 3. Reforzar y generalizar las ganancias (40). Posteriormente se han realizado estudios no controlados (41) y un ensayo clínico en el que se muestra que las mujeres en el grupo de DBT tienen menos atracones post-intervención y a los 6 meses. Los pacientes que completaron el grupo de DBT en comparación con el grupo en lista de espera refieren menos preocupación con la comida, imagen y peso y un impulso menor a tener un atracón en respuesta a sentimientos de ira (42).

Con respecto a la aplicación de la DBT en la bulimia, Safer utiliza una adaptación en un caso de bulimia resistente a otros tratamientos con resultados positivos (43). Posteriormente, este mismo autor realiza un ensayo clínico en el que se muestra que pacientes en el grupo de DBT presentan mayor reducción de los atracones y conductas purgativas al compararlas con un grupo en lista de espera (44).

La versión adaptada de la DBT se centra en los atracones, tanto en pacientes con diagnóstico de TA como en la BN (45,46). Los atracones y las conductas purgativas tienen la función, aunque ésta sea desadaptativa, de aliviar el distrés y el sufrimiento, es una forma de autocalmarse. Se combina el formato individual para trabajar la motivación con el entrenamiento de habilidades en formato grupal. Consta de 20 sesiones semanales de 2 horas de duración. En el grupo se enseñan tres de los cuatro módulos que se utilizan en grupos con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad, *mindfulness*, regulación emocional y tolerancia al distrés y se excluye el de efectividad interpersonal. Se realiza también el análisis secuencial de la conducta para conocer los antecedentes y las consecuencias de la conducta no deseada.

El objetivo del módulo de *mindfulness* es controlar la atención y desarrollar la mente sabia, ser capaz de ver lo que es verdad y actuar con sabiduría. Los ejercicios de *mindfulness* suelen ser más cortos en duración y menos formales respecto a los ejercicios incluidos en el Entrenamiento en la reducción del estrés basado en *Mindfulness* (MBSR). No obstante, *mindfulness* forma parte y es necesario para el aprendizaje de las habilidades de los otros dos módulos, el de regulación emocional y de tolerancia del distrés. La práctica de *mindfulness* ayuda a:

1. Focalizarse en una única cosa en el momento presente, ser más consciente de los impulsos que dirigen los atracones o conductas purgativas, de los pensamientos críticos, de los juicios y aprender a comer con atención plena.
2. Aprender a identificar y separar los pensamientos críticos de las emociones.
3. Desarrollo de la mente sabia: integración de la mente racional y la mente emocional.

#### **4.2. *Terapia de aceptación y compromiso (TAC)***

La psicopatología y el sufrimiento aparece cuando falta flexibilidad psicológica, cuando no se sabe elegir libremente la conducta que se quiere realizar en un contexto determinado. La creencia nuclear es que las conductas maladaptativas surgen para reducir o controlar la experiencia aversiva, sea ésta pensamientos autocríticos, emociones negativas, o sensaciones corporales dolorosas (47). El distrés y la disfunción son mantenidos por la evitación experiencial, no vivir en el presente, la falta de claridad y compromiso con los propios valores, por la fusión pensamiento-acción (TAF) y por la fusión con el contenido de nuestro yo.

La terapia de aceptación y compromiso tiene un formato individual y las estrategias de cambio se diseñan en función de las necesidades del cliente y a través del compromiso con los valores y metas aportados por éste, que fomentan la motivación para el cambio. Se incluyen estrategias de psicoeducación, solución de problemas, exposición, extinción, cambios en contingencias de refuerzos, etc y como herramientas se utilizan metáforas, paradojas, técnicas de defusión cognitiva y *mindfulness para reducir* la rigidez cognitiva y mejorar la regulación. Hay una exposición hacia los aspectos aversivos de la experiencia desde una posición de descentramiento, con atención plena y con aceptación. El objetivo es aumentar la flexibilidad psicológica aprendiendo a contactar con el momento presente de forma total y consciente.

No existen estudios controlados que avalen la utilización de esta terapia en trastornos alimentarios aunque hay publicados estudios de casos únicos en anorexia nerviosa (48). Wilson y Roberts señalan los aspectos más importantes que deben tenerse en cuenta en la evaluación y tratamiento de la AN cuando se utiliza la TAC (49).

#### **4.3. *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)***

MBCT es un programa de entrenamiento en meditación y en terapia cognitiva de 8 semanas de duración que fue desarrollado por Segal, Williams y Teasdale para prevenir las recaídas en pacientes con depresión recurrente (50). Los objetivos son reducir los pensa-

mientos negativos automáticos y disminuir la utilización del estilo de evitación afectiva para lo que se trabaja sobre el contexto de la experiencia, practicando la aceptación y el “dejar pasar”, sin tener que cambiar el contenido de la experiencia (pensamientos depresivos). La recomendación es dejar de considerar los pensamientos como verdades, como la única realidad, cultivando la actitud de “descenramiento”. La finalidad del entrenamiento en este programa es reducir la reactividad a las emociones y pensamientos automáticos que surgen antes del atracón sin tener que evitar el que éstos aparezcan. Las diferencias con respecto a otros abordajes es que se hace más énfasis en el entrenamiento en *mindfulness* siguiendo el programa de Reducción del estrés de Kabat Zinn (33) y no se centran en el comer consciente, ejercicios de yoga, o en habilidades cognitivas como la resolución de problemas o asertividad. Baer y cols. evalúa la MBCT en el tratamiento de los atracones en población con diagnóstico de TA clínico y subclínico (51,52). En el estudio no controlado se realiza un programa de 10 sesiones tras el cual se muestra mejoría de los atracones y las preocupaciones sobre la comida. Otras ganancias conseguidas han sido un aumento de la capacidad de autoobservación y reducción del criticismo.

#### **4.4. Entrenamiento en comer consciente (MB-EAT)**

Kristeller publicó en 1999 el primer estudio de la aplicación de una adaptación de MBSR (Reducción de estrés basada en la conciencia plena) junto con elementos de terapia cognitiva y meditaciones de imaginación guiada, diseñada específicamente para el trastorno por atracón (53). Como veíamos en el apartado de conceptualización de los síntomas, los atracones se consideran la punta del iceberg que tiene como base una disregulación de los sistemas de afecto, cognición y conducta. Al igual que en otros enfoques terapéuticos, uno de los objetivos más importantes del entrenamiento en *mindfulness* es el aumentar la conciencia de las pautas automáticas y desengancharse de la reactividad y de las conductas no deseadas. Como diferencia sería que las meditaciones están más enfocadas en la imagen corporal, el peso y procesos como el apetito y la saciedad.

En el estudio piloto se mostró tras seis sesiones mejoría en medidas de ansiedad, depresión, frecuencia y severidad de los atracones y en la percepción de las señales de hambre y saciedad. Además, se objetivó una correlación entre los atracones y *mindfulness* y entre el control de la comida con un aumento de la conciencia de la saciedad. Este último hallazgo parece señalar que el atracón estaría más relacionado con un fracaso para saber cuando terminar de comer que con el iniciar la comida, señal de hambre.

La adaptación inicial ha sido modificada posteriormente y el programa actual consta de nueve sesiones. Al programa inicial se ha añadido el entrenamiento para promover la conciencia de las señales fisiológicas relacionadas con el apetito (hambre y saciedad) y meditaciones de compasión y sabiduría interna para trabajar la autoaceptación lo que conduce a utilizar cada vez menos los atracones como medio de escape del “sí mismo” y mantener el cambio terapéutico conseguido (54). Con la meditación de compasión y de amabilidad hacia uno mismo (*loving-kindness*) se consigue entrar en un estado de amor, paz y compasión que incita a la comprensión y el poder reconocer el sufrimiento en nosotros y en el otro.

Se ha realizado un ensayo clínico en una muestra de obesos con diagnóstico de TA clínico y subclínico, no publicado hasta el momento actual, en el que se compara este programa con un programa de psicoeducación basada en un modelo cognitivo y con un grupo en lista de espera. Aunque no se han encontrado diferencias significativas entre las dos intervenciones con respecto a medidas de frecuencia y severidad de los atracones o sintomatología depresiva, los autores señalan que existe una mayor internalización del cambio en el grupo de MB-EAT y una mejoría significativa en el metabolismo de la glucosa post-prandial (55).

### **3.5. Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso (EMPOWER)**

Actualmente se está desarrollando un proyecto dirigido por Wolever en el que se testa una intervención basada en la anterior pero intensificada y que se ha denominado *EMPOWER* (*Mindfulness* para

la prevención de la ganancia de peso) (56). Wolever y cols. enumeran nueve habilidades que son necesarias adquirir para la recuperación completa y el trabajo se centra en todos los componentes de la experiencia, señales fisiológicas (cuerpo), sentimientos, impulsos, pensamientos y estados mentales.

El programa se inicia con el entrenamiento en meditación sentada y revisión corporal, que proporcionan la plataforma para entrar en contacto con la experiencia inmediata y con uno mismo como observador de la experiencia. Es el camino del conocerse sin juzgar. A continuación se describe cómo trabajar para desarrollar las habilidades:

1. **Observación sin juzgar de la reactividad:** como punto de partida es necesario que los participantes desarrollen habilidades que les permita cambiar la atención hacia el mundo interno, observando las sensaciones, emociones y cogniciones y la forma en que éstas interactúan para producir la conducta. En el inicio, la mayoría de los participantes luchan para no entrar en contacto consigo mismos y en este punto, el poder sentir compasión y empatía por uno mismo, el poder perdonarse por no ser quienes ansiaban ser o por las conductas que han tenido, es esencial para poder continuar con el programa. Se entrena el “estar atentos”, ser conscientes momento a momento, instante a instante, como si fuera la primera vez. No se refuerza la concentración, sino el tener una atención relajada que permite que todo fluya y llegue a la conciencia, observándolo como si fuera la primera vez que ocurre, con la mente del principiante, con curiosidad.

2. **Reconocer las emociones:** es importante el poder aceptar la experiencia emocional y poder sentir los cambios fisiológicos asociados a las emociones. Las emociones son transitorias, se puede sentir sin reaccionar ni responder de forma automática. La permanencia de la emoción tiene que ver con el atrapar esa emoción, se mantiene por el deseo de evitarla. Hay una tendencia en el ser humano a identificarse con las emociones: “soy triste”, “soy irritable”, y es importante distanciarse, observar con desapego para

poder decirse, “siento tristeza en este momento”, de forma que una parte del *self* sostiene la emoción en una relación de cuidado y con comprensión.

La meditación sentada refuerza el poder sentir la emoción. A continuación se presenta un extracto para guiar la meditación:

*“Llevamos la atención a la respiración, notando los movimientos asociados a la inspiración y la espiración... cuando notes que estás centrado en tu cuerpo, revisa las sensaciones corporales asociadas con la tristeza. Si no puedes encontrarlas, piensa en una experiencia que te haya ocurrido recientemente, y que no te provoque mucho malestar... lleva la atención a las sensaciones corporales, revísalas con detalle, sintiendo su forma y su textura, quizás su color (2 minutos). Una vez que has localizado las sensaciones corporales de la tristeza, mira a ver si las puedes intensificar, puedes hacerlo manteniéndote centrado en el cuerpo o generando imágenes o pensamientos de tristeza. Puedes hacerlas más grandes, estás seguro, no hay miedo porque las sensaciones son sólo eso, sensaciones que vienen y se van, como hojas flotando en la corriente, como nubes en el cielo movidas por el viento... observa cómo vienen y cómo se van sin quedar atrapados por la emoción y si te encuentras a ti mismo flotando con la hoja en el río, puedes volver a la orilla y ver de nuevo cómo las hojas flotan en la corriente, cómo se alejan... puedes sentir la emoción como una ola, dejando que se acerque y que se aleje, como las olas cuando llegan a la playa, vienen y van... no intentes bloquear la ola, no intentes amplificarla, acepta lo que está aquí sin añadir nada... presta atención a los impulsos, las acciones a las que te lleva esa emoción y cómo intentas alejarte de sentir la emoción... vuelve a llevar la atención a la respiración durante unos minutos hasta que notes las sensaciones más calmadas”.*

El poder estar con la emoción en una posición de aceptación (tolerar la experiencia emocional) facilita el que surja lo auténtico, lo que está por debajo y que conduce a la conducta desadaptativa, por ejem-

plo comer para calmar la ansiedad. También, se puede utilizar la herramienta de PARAR-RESPIRAR-SENTIR para poder reconocer, sin juzgar las emociones y comprender que las conductas no son conductas dirigidas hacia la necesidad real. De esta forma, se fomenta el desarrollo de la conciencia somática, aprendiendo a sentir e identificar las señales corporales asociadas a las emociones y pudiendo estar con ellas, aceptando, aprendiendo de lo que nos dicen antes de responder *¿por qué está aquí?, ¿qué me quiere decir?*

Como tarea para casa se puede recomendar el que varias veces a lo largo del día noten las emociones en el cuerpo: *¿Cómo se siente en la cara, garganta, pecho, vientre?*, el focalizarse en las sensaciones corporales conectadas a la emoción contrarresta la tendencia a huir de la experiencia emocional.

3. **Reconocer los pensamientos:** *Mindfulness* es una herramienta excelente que ayuda en el aprendizaje que los pensamientos son sólo pensamientos, hechos mentales que no tienen obligatoriamente que ser la realidad y a los que no hay que responder. Este aprendizaje es crucial en pacientes con TCA que tienden a fusionar pensamientos con pautas emocionales y conductuales, lo que se denomina thought-shape fusion (TSF) o fusión del pensamiento con la imagen corporal. A través de *mindfulness*, se consigue la simple observación de los pensamientos negativos, evaluadores, críticos y culpabilizadores lo que puede ser suficiente para reducir su poder. No queda claro en la población de TCA si sería necesario utilizar herramientas adicionales para contrarrestar pensamientos de larga evolución.

4. **Reconocer y tolerar los impulsos:** Una forma de aproximarse a los impulsos, cuando surge el deseo, es la observación de éstos, observar cómo van surgiendo, adquieren fuerza y desaparecen, sin tener que responder a ellos. Esta habilidad se puede entrenar con el ejercicio de “surfear la ola” que queda recogido en otro capítulo.

En el inicio del programa se pide a los participantes que observen, toleren y acepten impulsos menos fuertes que el de los atracones o los vómitos, como el deseo a cambiar la posición corporal durante la meditación sentada y observar qué ocurre con el deseo cuando no se

ejecuta la acción. También se trabaja durante la meditación de la comida, se pide que jueguen con el deseo o el impulso a tragar, parando un instante antes de morder o antes de tragar y observar qué ocurre. *“¿Dónde sientes en tu cuerpo “tengo que moverme” tengo que levantarme”, “tengo que comer”?, ¿Qué pensamientos surgen asociados a “tengo que comer”?, ¿Qué emociones están asociadas? Intenta localizar el impulso a levantarte, a moverte... presta atención a este impulso, nota su textura, sus detalles...*

**5. Clarificar las señales fisiológicas de hambre y de saciedad:** el registro de estas señales requiere tener experiencia en sentir el cuerpo, algo que constituye un desafío en estos trastornos. Al haber realizado una dieta de forma duradera o al comer de forma caótica, la capacidad de discriminar las señales de hambre y de saciedad presentes desde el momento del nacimiento se pierde y se produce confusión con otras señales corporales. De esta forma, las pacientes con conductas restrictivas tienden a presentar sensaciones corporales paradójicas o no tener sensaciones y las pacientes con conductas más impulsivas suelen tener la experiencia somática disociada. En ambos grupos es habitual pensar y juzgar el cuerpo, pero no tienen experiencia en el “sentir”.

La práctica de la “revisión corporal” y los ejercicios de yoga pueden ayudar a desarrollar esta habilidad. Sin embargo, se ha observado que las pacientes con trastorno alimentario tienen muchas dificultades para entrar en contacto con su cuerpo durante un tiempo largo, por lo que los autores sugieren una modificación de la práctica de revisión corporal, centrándose sólo en las sensaciones fisiológicas de hambre y saciedad en la zona del estómago, y aprendido con el tiempo a diferenciar unas de otras. Para el grupo de pacientes que han seguido dietas restrictivas y que suelen comentar sentir una sensación de plenitud a pesar de no haber comido, se sugiere empezar con la aceptación de las sensaciones corporales y el poder diferenciar lo que son pensamientos o juicios de las sensaciones corporales

Un ejemplo de práctica para reconocer las sensaciones fisiológicas de hambre y saciedad:

“Se inicia recordando que el estómago está localizado por debajo y a la izquierda del esternón, y no en la zona más baja que sería el área de los intestinos... *cuando estés listo puedes llevar la atención a las sensaciones en el estómago... prestando atención a lo que está ahí, lo que sea... quizás puedes poner una de tus manos sobre el estómago para ayudarte a notar lo que tu cuerpo quiere compartir contigo... pudiendo estar... quizás, notando alguna sensación de hambre... recuerda que estas sensaciones pueden ser muy débiles o quizás puedan ser muy intensas y obvias... no hay sensaciones correctas o incorrectas... notando cualquier sensación física en tu estómago... tu cuerpo... sintiendo lo que tu cuerpo te está diciendo o no te está diciendo en este instante, en este momento... notando ahora, en este momento cuánto hambre tienes, o si estás muy llena, y dando un 1 si estás muy hambrienta, 4 si es neutro y 7 si estás muy llena... de nuevo recordando que estas sensaciones pueden ser leves o fuertes... estimando lo mejor que puedas tu nivel de hambre o de saciedad... toma tu tiempo para notar lo que tu estómago te está diciendo, quizás unos ruidos en el estómago?, quizás una leve molestia que indica que tienes hambre a un nivel 2 o una molestia muy intensa que nos indica un nivel 1. Nadie sabe mejor que tú lo que ocurre en tu interior... y a medida que vas siendo más consciente de tu nivel de hambre o de saciedad, preguntándote cómo sabes esto?... qué experiencias o sensaciones me ayudan a encontrar el nivel, el número? Puedes también notar otras sensaciones, sentimientos o pensamientos... nota cualquier cosa que venga, no intentes cambiarla, sólo obsérvala... intentando diferenciar lo que es emoción o lo que es pensamiento de la sensación física de hambre... o quizás no tengas ninguna sensación, emoción o pensamiento... conecta con tu cuerpo... todo lo que venga a tu mente está bien... presta atención, observa... y con la siguiente respiración, o con la siguiente puedes reorientar tu atención a esta habitación”.*

Se recomienda hacer esta práctica antes, durante y al finalizar las comidas y se comenta que para mejorar en esta habilidad se requiere

mucha atención, paciencia y práctica para evitar la desmoralización.

6. **Reconocer el sentido del gusto.** Se puede hacer el ejercicio de comer un bombón, siguiendo el modelo del ejercicio de la pasa. Se anima a que en casa empiecen a comer de forma consciente.

7. **Diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas.** Una vez conseguidas las habilidades anteriores, es importante aprender cómo se siente de forma diferente las emociones, los impulsos y las sensaciones fisiológicas de hambre, saciedad y gusto.

8. **Identificar las necesidades auténticas que subyacen a las conductas desadaptativas y poder elegir formas más adaptativas para manejar las necesidades.**

9. **Toma de decisiones informadas y sabias para actuar sobre la necesidad y de acuerdo a los principios y valores de cada persona.**

A continuación se presenta un ejercicio de alimentación consciente, que puede realizarse de forma completa o segmentada, focalizándonos en distintos puntos en función de las necesidades del cliente en cada momento del proceso. En este ejercicio se trabaja la regulación emocional, el poder sentir las emociones a nivel corporal y poder diferenciar éstas de las señales fisiológicas de hambre y saciedad. Con la práctica, se enseña a focalizar la atención hacia el interior, cultivando la aceptación de las emociones y pensamientos como parte de la experiencia humana y el poder sentir la emoción, los impulsos sin reaccionar.

“La alimentación consciente se inicia con la compra, con la elección de lo que vamos a comer y beber y con la preparación de la comida, actividades que pueden ser objeto de *mindfulness*: “*percibir el color, la textura y el aroma de los diferentes alimentos, advertir su sabor y su textura en los diferentes momentos del proceso de cocinado*”. Preparar la comida con el deseo de

*que quienes la coman acaben impregnados por la salud, el bienestar y el amor de quien la ha preparado. Cuando estés sentado en la mesa, presta atención a cómo estás sentado, presta atención a tu respiración... siente tu cuerpo en contacto con la silla, tus pies en contacto con el suelo... observa si hay tensión en alguna zona del cuerpo, observa si la sensación de hambre está presente o ausente... presta atención si tienes deseos, impulsos bien a comer, bien a no comer... observa si hay alguna emoción en este momento... observa los pensamientos que aparecen sin juzgarlos, simplemente notándolos y dejándolos pasar... cuál es tu intención en este momento?... es hambre?... es aburrimiento?... es cansancio?... mira la comida, el color, la posición de los alimentos en el plato, nota la textura... piensa por un momento cómo ha llegado ese alimento al plato, qué ha ocurrido, qué ha sido necesario hacer... presta atención a los esfuerzos que se han hecho para producir esos alimentos... ahora, date permiso para comer... toma el primer bocado, puede ayudar el dejar el tenedor o la cuchara en el plato antes de que comiences a masticar... a través de toda la comida, intenta hacer una cosa tras otra y no varias cosas a la vez, por ejemplo mirar la comida, levantar el tenedor para llevarlo a la boca, poner la comida en la boca, masticar... tu mente tenderá a irse, a vagar, perderse en otras cosas dentro de ti o fuera de ti... cuando notes que tu mente se ha ido, de forma suave y con amabilidad, dirige la atención a lo que estás haciendo... nota los sabores de cada bocado... ¿cómo siente el alimento en tu boca?... ¿Qué pensamientos, juicios o historias emergen?... reconocer con amabilidad y volver a prestar atención a la sensación directa que aparece cuando masticas... advierte el sabor, ¿es dulce, agrio, terroso, amargo?, ¿es su textura suave, crujiente, granulada o dura?... ¿cambia el sabor mientras masticas?... nota cuándo saboreas lo que comes o cuándo no te das cuenta del sabor... siente tu estómago... qué sensaciones tienes... son de hambre?... son de saciedad?... presta atención a los pensamientos y las emociones que surgen mientras comes y cómo tomas la decisión de parar... cuando sientas que estás lleno, deja de comer”*

## 5. Resumen y Conclusiones

Las intervenciones psicoterapéuticas basadas en *mindfulness* parecen ser efectivas en el tratamiento de los TCA aunque es necesario continuar realizando más investigación, sobre todo para poder conocer la contribución exacta de las prácticas de *mindfulness* en los resultados finales. Las diferentes intervenciones presentadas en el capítulo difieren en el grado en que la práctica de *mindfulness* constituye un elemento nuclear en la intervención y en el foco de las prácticas. Sin embargo, todas ellas tienen en común el fomentar la aceptación. La atención y la conciencia *mindfulness* es fundamentalmente una forma de ser y estar en el mundo, una forma de relacionarnos con la experiencia de una forma abierta y receptiva, sin estar influidos por pautas condicionadas de percepción, que enturbia la conciencia y sin intentar modificar la experiencia para que se ajuste a las pautas aprendidas. Y sobre todo, *mindfulness* es libertad, libertad al poder desapegarnos de las reacciones automáticas, de la reactividad y del sufrimiento.

## 6. Referencias Bibliográficas

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)". Washington DC. *American Psychiatric Association*; 2000.
2. HOEK, H.W. y VAN HOEKEN, D. "Review of the prevalence and incidence of eating disorders". *Int. J. Eat Disord.* 2003; 34: 383-96.
3. BERKMAN, N.D., LOHR, K.N.; BULIK, C.M. "Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature". *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40: 293-309.
4. CASSIN, S.E., VON RANSON, K.M. "Personality and eating disorders: A decade in review". *Clinical Psychology Review* 2005;25:895-916.
5. WILSON, G.T. "Psychological treatment of eating disorders". *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2005;1:439-65.
6. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.

7. WILSON, G.T. "Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavior therapy". HAYES, S.C., FOLLETTE, V.M. & LINEHAN, M.M. (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press 2004.
8. APPLE, R.A. & AGRAS, W.S. *Overcoming eating disorders: A cognitive-behavioral treatment for bulimia and binge-eating disorder*. Nueva York: Psychological Corporation 1997.
9. FAIRBURN, C.G., MARCUS, M.D. & WILSON, G.T. "Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual". En FAIRBURN, C.G. y WILSON, G.T. (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford Press 1993.
10. KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., CHEVRON, E.S. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books, 1984.
11. *Guideline Eating Disorders. National Institute for Clinical Excellence (NICE)*. 2004.
12. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. *American Psychiatric Association (APA)*. 2006.
13. WILFLEY, D.E., AGRAS, W.S., TELCH, C.F., et al. "Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison". *J. Consult. Clin. Psychol* 1993; 61: 296-305.
14. WILFLEY, D.E., WELCH, R.R., STEIN, R.I, et al. "A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder". *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59: 713-21.
15. CALVO SAGARDOY, R. *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Ed. Planeta, 2002.
16. DAVIS, R., JAMIESON, J. "Assessing the functional nature of binge eating in the eating disorders". *Eating Behaviors* 2005; 6: 345-354.
17. WHITESIDE, U., CHEN, E., NEIGHBORS, C., HUNTER, D., LO, T., LARIMER, M. "Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have

- fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?”. *Eating Behaviors* 2007; 8: 162-169.
18. GROSS, J.J. “The emerging field of emotion regulation: An integrative review”. *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-299.
  19. WILSON, G.T. “Toward the understanding and treatment of binge eating”. En HAWKINS, R.C., FREMOUW, W.J., CLEMENT, P.E. (Eds.). *The binge purge syndrome* (pp 264-289). Nueva York, Springer 1984.
  20. HERMAN, C., POLIVY, J. “Restrained eating”. En STUNKARD, A. (Ed.). *Obesity*. Philadelphia: Saunders 1980.
  21. HEATHERTON, T.E., BAUMEISTER, R.E. “Binge eating as escape from self-awareness”. *Psychological Bulletin* 1991; 110: 86-108.
  22. WEGNER, D. “Ironic processes of mental control”. *Psychological Review* 1994; 101: 34-52.
  23. BARRETT, L.F., MESQUITA, B., OCHSNER, K.N., GROSS, J.J. “The experience of emotion”. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 373-403.
  24. BYDŁOWSKI, S., CORCOS, M., JEAMMET, P., PATERNITI, S., BERTHOZ, S., LAURIER, C. et al. “Emotion-processing deficits in eating disorders. International”. *Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 321-329.
  25. FASSINO, S., PIERO, A., GRAMAGLIA, C., ABBATE-DAGA, G. “Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity”. *Psychopathology* 2004; 37: 168-174
  26. LEAHY, R.L. “A model of emotional schemas”. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9: 177-190.
  27. COSTORPHINE, E. “Cognitive-emotional-behavioral therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions”. *European Eating Disorders Review* 2006; 14:448-461.
  28. HAYES, S.C., STROSAHL, K.D., WILSON, K.G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press 1999.
  29. GILBERT, P., TIRCH, D. “Emotional Memory, Mindfulness and Compassion”. En DIDONNA, F. (Ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). Nueva York: Springer 2009.

30. BARDONE-CONE, A.M., WONDERLICH, S.A., FROST, R.O., BULIK, C.M., MITCHELL, J.E., UPPALA, S. et al. "Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions". *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 384-405.
31. SHAFRAN, R., ROBINSON, P. "Thought-shape fusion in eating disorders". *British Journal of Clinical Psychology* 2004; 43:399-408.
32. TICH NHAT HAHN. *Peace is every step: The path of mindfulness in everyday life*. Bantam Books, 1992.
33. KABAT-ZINN, J. *Vivir con plenitud las crisis*. Ed. Kairos 2003.
34. SIEGEL, DJ. *The Mindful Brain*. Nueva York: W.W. Norton & Company 2007.
35. ALBERS, S. *Mindfulness y alimentación*. Oniro. El árbol de la vida.
36. THICH NHAT HANH, LILIAN CHEUNG. *Savor: Mindful eating, mindful life*. New York: Harper Collins. 2010.
37. GERMER, C.K., SIEGEL, R.D., FULTON, P.R. (Eds.). *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press. 2005.
38. LINEHAN, M.M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press 1993.
39. SCHORE, A. "The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health". *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22: 7-66.
40. TELCH, C.F. "Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. International". *Journal of Eating Disorders* 1997; 22:77-81.
41. TELCH, C.F., AGRAS, W.S., LINEHAN, M.M. "Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. A preliminary, uncontrolled trial". *Behavior Therapy* 2000; 31: 569-582.
42. TELCH, C.F., AGRAS, W.S., LINEHAN, M.M. "Dialectical behavior therapy for binge eating disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69: 1061-1065.
43. SAFER, D.L., TELCH, C.E., AGRAS, W.S. "Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report". *International Journal of Eating Disorders* 2001; 30:101-106.

44. SAFER, D.L., TELCH, C.E., AGRAS, W.S. "Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 632-634.
45. SAFER, D.L., TELCH, C.E., CHEN, E.Y. *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. Nueva York: The Guilford Press 2009.
46. ASTRACHAN-FLETCHER, E., MASLAR, M. *The dialectical behavior therapy skills workbook for Bulimia. Using DBT to break the cycle and regain control of your life*. New Harbinger Self-Help Workbook 2009.
47. HAYES, S.C., WILSON, K.G., GIFFORD, E.V., FOLLETTE, V.M., STROSAHL, K.D. "Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1152-1168.
48. HEFFNER, M., SPERRY, J., EIFERT, G.H., DETWEILER, M. "Acceptance and commitment therapy in the treatment of and adolescent female with anorexia nervosa: A case example". *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9: 232-236.
49. WILSON, K.G., ROBERTS, M. "Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia". *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9 :237-243.
50. SEGAL, Z.V., WILLIAMS, J.M.G., TEASDALE, J.D. *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena*. Desclée De Brower, 2006.
51. BAER, R.A., FISHER, S., HUSS, D.B. "Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study". *Cognitive and Behavioral Practice* 2005; 12: 351-358.
52. BAER, R.A., FISCHER, S., HUSS, D.B. "Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating". *Journal of Rationale-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2006; 23: 281-300.
53. KRISTELLER, J.L., HALLETT, C.B. "An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder". *Journal of Health Psychology* 1999; 4: 357-363.

54. KRISTELLER, J.L., BAER, R.A., QUILLIAN-WOLEVER, R. "Mindfulness-based approaches to eating disorders". En BAER, R.A. (Ed.) *Mindfulness-based treatment approaches*. Oxford, UK: Academic Press (Elsevier) 2006.
55. WOLEVER, R.Q., BEST, J.L., SHEETS, V.L., DAVIS, J., PSUJEK, J., LIEBOWITZ, R., et al. "Bio-behavioral outcomes of a mindfulness-based intervention for binge eating disorder". Presentado en North American Research Conference on Complementary and Integrative Medicine, Edmonton, Canadá 2006.
56. WOLEVER, R.Q., LADDEN, L., DAVIS, J., BEST, J., GREESON, J., BAIME, M. "EMPOWER: Mindful Maintenance Therapist Manual". Manual de tratamiento no publicado para proyecto de investigación NIH funded grants 5U01 AT004159 (Duke University) y 5U01 AT004158 (University of Pennsylvania).



# 7

## Atención plena (mindfulness) en el tratamiento del dolor crónico

---

*Beatriz Rodríguez Vega*

*Ángela Palao Tarrero*

*Psiquiatras. Hospital Universitario La Paz.*

*Universidad Autónoma de Madrid. IdiPaz*

## **Esquema del capítulo**

1. Introducción
2. Bases neurobiológicas del dolor crónico
3. Interacción entre cognición-emoción y dolor
4. Comorbilidad entre dolor crónico y experiencia traumática
5. *Mindfulness* en el tratamiento del dolor crónico
  - 5.1. Estrategias terapéuticas en la clínica
  - 5.2. *Mindfulness* y dolor crónico
  - 5.3. Escáner corporal. La práctica de la Compasión
  - 5.4. Adaptación de las Estrategias terapéuticas a las Situaciones de Trauma
6. Recomendaciones finales y conclusiones
7. Referencias bibliográficas

## 1. Introducción

El dolor crónico es uno de los problemas médicos que genera más número de consultas y más limitación funcional en las personas que lo padecen. Ocurre así tanto en Atención Primaria como en el nivel de Atención especializada, en particular en las consultas de Reumatología, las Unidades de Dolor de los Hospitales y los servicios de Psiquiatría y de Salud Mental.

En España la patología reumática, sobre todo artrosis y artritis reumática, representa la causa más frecuente (47%) de dolor crónico (1, 2). La Fibromialgia (FM), patología causada por una disfunción del sistema nervioso central en la que hay un aumento de la sensibilidad al dolor (3), constituye una de las causas más frecuentes de dolor crónico con una prevalencia en población española del 2,73% (4).

Como un indicador de la discapacidad que produce el dolor crónico, se calcula que en España el promedio de días de trabajo perdidos en los últimos 6 meses debido a este síntoma es de 8,4 días (1, 5).

El dolor crónico se asocia además con un importante sufrimiento emocional, para la persona que lo padece y para sus allegados. Como muestra de ello, es conocida la comorbilidad psiquiátrica entre la fibromialgia y diferentes trastornos psiquiátricos, en particular la ansiedad y la depresión (6),(7). Los datos anteriores dan una idea de la importancia del dolor crónico en la salud general, de su negativo efecto sobre la calidad de vida y del sufrimiento de las personas consultantes. El dolor crónico impacta en la salud física y emocional de las personas correlacionándose con frecuencia con altos niveles de ansiedad y depresión (8). Recíprocamente los niveles de depresión y ansiedad también se ha demostrado que alteran la percepción del dolor (9), haciéndola más intensa o difícil de soportar. Los programas multidisciplinares que tienen en cuenta las dimensiones emocionales del dolor crónico y no tratan el dolor como un mero síntoma aislado, son los que parecen obtener mejores resultados (10).

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) describe el dolor como: “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión (11)*”. Esta definición se aplica al dolor agudo, al

dolor oncológico y al dolor crónico no oncológico. En su momento, esta descripción del dolor supuso un cambio con respecto a las definiciones anteriores al introducir dos nuevos conceptos: en primer lugar considerar que el dolor no es una experiencia puramente nociceptiva, sino que está integrada además por componentes emocionales y subjetivos; en segundo lugar que se puede producir sin causa somática que la justifique.

El dolor crónico, a diferencia del dolor agudo no posee una función protectora, y más que un síntoma de una enfermedad, es en sí mismo una enfermedad. Gardner-Nix (12) señala que mientras que el dolor agudo se considera una advertencia de que algo en el cuerpo está funcionando mal, el dolor crónico puede ser considerado un aviso de que la conexión mente-cuerpo está fallando. No es un proceso autolimitado, pudiendo persistir por tiempo prolongado después de la lesión inicial, incluso en ausencia de lesión periférica. Además suele ser refractario a múltiples tratamientos y como antes se señalaba, está asociado a numerosos síntomas psicopatológicos como son la ansiedad, depresión, insomnio y dificultades en las relaciones sociales.

## **2. Bases neurobiológicas y procesamiento del dolor**

La sensación de dolor comprende dos componentes distintos: un componente discriminativo-sensorial (gracias a él podemos decir *“este es un dolor por presión”, “este es un dolor de quemazón”, “este es un dolor por corte de los tejidos...”*) y un componente afectivo (a través del cual se valora el alcance del dolor y su significado para el que lo sufre, *“este es un dolor que pone en peligro mi vida”, “este dolor me dice que el cáncer está avanzado”*...).

A nivel cerebral, los elementos discriminativo sensoriales están mediados principalmente por el complejo ventro-basal del tálamo y por la corteza somatosensorial; mientras que el componente afectivo de las sensaciones dolorosas, está mediado por núcleos talámicos mediales y por zonas de la corteza que incluyen las regiones prefrontales y especialmente la corteza supraorbital.

Cuando el mensaje doloroso llega a la médula espinal, la información nociceptiva sufre un primer procesamiento precisamente a ese nivel medular.

Una vez procesada a nivel espinal la información nociceptiva accede a centros superiores, donde pone en marcha respuestas vegetativas, motoras y emocionales, y se hace consciente.

Este proceso ocurre así en el caso de un dolor agudo, de un dolor actual, cuando el estímulo que provoca el dolor está actuando o acaba de actuar y ha producido la experiencia de dolor agudo.

Sin embargo, las cosas son más complejas en el caso del dolor crónico porque después de una lesión periférica o nerviosa, se puede desarrollar un estado en el cual aparece una reducción en el umbral del dolor (llamada alodinia), una respuesta aumentada al estímulo nocivo (o hiperalgesia), un aumento en la duración de la respuesta frente a una estimulación breve (o dolor persistente) y una extensión del dolor y de la hiperalgesia hacia tejidos no lesionados (o dolor referido e hiperalgesia secundaria). Todos estos procesos patológicos pueden persistir después de que haya desaparecido la lesión periférica.

Cuando todavía están presentes la lesión tisular y la inflamación, mecanismos periféricos como la sensibilización de los receptores para el dolor (nociceptores) contribuyen a las primeras fases de la experiencia del dolor después de la agresión (13).

Cuando el dolor sigue persistiendo, aún después de que la lesión tisular haya desaparecido, es porque se han producido cambios en la función del sistema nervioso central, lo que se ha denominado neuroplasticidad. La plasticidad neuronal consiste en la capacidad de las neuronas para cambiar su función, su estructura o su perfil químico (14). La idea de que una lesión o estímulo nociceptivo produce alteraciones en la función del sistema nervioso central, afectando la sensibilidad dolorosa no es nueva (15), pero las evidencias científicas de esta teoría son más recientes. Así Woolf (16) fue el primero en aportar datos empíricos que apoyaban la hipótesis de que un estímulo periférico puede desencadenar un incremento sostenido de la excitabilidad central.

Pero una vez producida la experiencia dolorosa, muchos otros factores entran en juego para facilitar su permanencia y para construir un significado en torno al dolor que, recursivamente, va a actuar, a su vez, para facilitar o dificultar la calidad de vida de la persona que consulta por este problema.

La experiencia dolorosa así generada, supone un ejemplo claro de un tipo de procesamiento de la información que va desde “abajo hacia arriba”, es decir desde la sensación, recogida en el cuerpo por los receptores internos y externos, hacia la integración en la corteza prefrontal, donde se le da sentido y significado, historia y narración. A través de las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico, el mensaje doloroso se convierte en una experiencia emocional consciente. Hay una relación indisoluble entre dolor y afecto o emoción.

Cuando una persona vive con dolor crónico, experimenta una situación de estrés crónico que pone en marcha una respuesta de adaptación o respuesta general de alarma.

Los seres humanos, a diferencia de otros mamíferos pueden conseguir activar su sistema general de alarma (lucha-huida o congelación) sin necesidad de un peligro actual. Nuestra capacidad para el pensamiento simbólico, anticipatorio, que ha sido extraordinariamente útil para construir complejas civilizaciones encaja mal al coexistir con el sistema mamífero de huida o pelea. La probabilidad de que desarrollemos síntomas relacionados con el estrés aumenta dramáticamente si malinterpretamos esos síntomas cuando surgen.

Es decir, gracias al lenguaje, que nos ha permitido autoconciencia y simbolización, los seres humanos somos capaces de activar nuestro sistema de alarma para predecir un peligro. En otras palabras, sin necesidad de que exista un peligro real (un león en el umbral) el humano puede imaginar esa posibilidad (por el mero hecho de pisar una zona donde habiten leones, sin necesidad de pistas más fehacientes de la presencia de éstos). Este modo de acción es sin duda ventajoso, evolutivamente, porque nos permite por un lado predecir los peligros y adelantarnos a ellos, y por otro lado nos facilita aprender por la experiencia.

Cuando estos sistemas se automatizan, la mente humana está preparada para hacer profecías autocumplidoras de un modo no consciente. Es el caso del hombre que teme que si sale a dar un paseo se caiga de nuevo en la calle y le operen otra vez de una fractura de cadera. A costa de predecir su caída, o bien restringe cualquier tipo de movimiento o bien se atreve a salir tan inseguro y ansioso que aumentan las probabilidades de una nueva caída.

Ronald Siegel (17) señala que en nuestros tiempos y en esta sociedad, se está desarrollando una especie de epidemia de dolor lumbar. En la génesis de ésta, Siegel afirma que actúan como elementos mantenedores fundamentales, la experiencia de un miedo irracional (un miedo anticipatorio), el aumento de la alerta psicofisiológica, una equivocada interpretación de síntomas que está sesgada hacia el lado del dolor y de la evitación conductual.

Una vez que el dolor persiste por un tiempo prolongado y con intensidad alta, el miedo se convierte en un factor importante. Los pacientes abandonan las actividades cotidianas, actividades que podrían ayudarles a disminuir el estrés psicológico y a darle a sus músculos fuerza y flexibilidad. La kinesiofobia o fobia al movimiento puede ser mejor predictor para la incapacidad en caso de dolor lumbar que el diagnóstico médico.

Cuando nuestro sistema se activa porque hay un peligro real, sin duda es necesario y ventajoso para la supervivencia. El problema surge cuando este sistema de alarma está permanentemente en la posición de encendido.

En el caso del dolor crónico, la persona activa los mismos mecanismos ante un dolor actual que ante la anticipación del dolor; de forma que vive en un mundo saturado por el dolor como experiencia en primera persona, ya sea recordado o anticipado, independiente del dolor actual, del dolor presente.

Damasio propuso que estos cambios corporales, relacionados con circunstancias estresantes y que han sido automatizados por ser ventajosos para la supervivencia, son percibidos y representados en el cerebro en forma de “marcador somático”. Los marcadores somáticos son un tipo de “sentimiento corporal” que se activa en presencia

de un acontecimiento determinado y que conecta determinados eventos con un estado corporal determinado. Los marcadores somáticos podrían servir como base teórica que sostiene ese círculo que se produce de “dolor más evitación conductual y miedo irracional” (18).

Así, un pensamiento “*si salgo a la calle me voy a volver a caer*” puede asociarse con una respuesta emocional que contiene un marcador somático (respuesta dolorosa, por ejemplo) que, en este caso, ha sido generado internamente. Es un ejemplo de cómo la memoria y los recuerdos y la imaginación y recuerdos de pasadas experiencias emocionales pueden evocar lo que se llama un “marcador somático como-sí”, que se puede sentir igual de real que una respuesta corporal directa. Un “marcador somático como-sí” revela cómo el proceso de imaginación o de memoria puede provocar una respuesta sensorial. Los marcadores somáticos reales o como-sí pueden generarse de un modo no consciente.

Todos estos estados corporales van a ser codificados para ser recordados en los dos sistemas más importantes de memoria: la memoria explícita o autobiográfica o declarativa y la memoria implícita o procedimental o emocional. Particularmente importante resulta la codificación en la memoria implícita por ser un proceso no consciente, mediado por los circuitos de la amígdala cerebral, en el que los recuerdos se codifican en la memoria músculo-esquelética. Es decir, los recuerdos se codifican en el cuerpo (19).

Los datos anteriores vienen a poner de manifiesto que el dolor no es un fenómeno pasivo de transferencia de una información nociceptiva desde la periferia hasta la corteza cerebral, sino un proceso activo generado en parte en la periferia y en parte en el sistema nervioso central (14-16, 20).

### **3. Interacción entre cognición, emoción y dolor**

Diversos estudios clínicos y experimentales demuestran que hay una relación interactiva entre la intensidad de la sensación dolorosa, el malestar provocado por el dolor y las emociones asociadas con la

rumiación sobre el dolor y sus consecuencias futuras (por ejemplo el sufrimiento) (21).

Durante el procesamiento de la percepción dolorosa, el estímulo nociceptivo (percepción del dolor) se integra con información acerca del estado general del cuerpo y con elementos cognitivos relativos a las emociones asociadas al dolor.

Todas las vías entrantes del dolor convergen en las mismas estructuras corticales, cingulada anterior y subcorticales cuya función es establecer prioridades en la respuesta y en la intensidad emocional. Toda esta red cerebral es modulada dinámicamente por mecanismos asociados con la anticipación, las expectativas y otros factores cognitivos (14).

Es así como los factores emocionales y cognitivos juegan un importante papel como moduladores de la percepción del dolor y la respuesta a éste. Por ejemplo, una actitud de afrontamiento ante el dolor basada en el catastrofismo (incluye el pesimismo, la evitación etc.) predice con gran fiabilidad una mala adaptación ante el dolor (22).

En otros estudios, la actitud de Indefensión/desamparo fue el factor que contribuyó más negativamente a la discapacidad y al nivel de dolor, independientemente de otros factores también contribuyentes como son el miedo y el afrontamiento pasivo al dolor (23).

Otro hallazgo que se repite es que el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, es decir, aquéllas en las que se cede a otros el control del dolor, se asocia con un mayor nivel de dolor, un peor funcionamiento y un estado de ánimo negativo (24).

De modo contrario, la aceptación del dolor se ha asociado con menos dolor, sufrimiento emocional y discapacidad, y un mayor bienestar psicológico (25).

Es decir las denominadas estrategias de afrontamiento cognitivas y emocionales van a jugar un papel importante en la experiencia global de dolor crónico.

#### 4. Comorbilidad entre dolor crónico y experiencias traumáticas

Se ha citado con frecuencia en la literatura la asociación entre trastornos somatoformos (hipocondría, trastorno dismórfico corporal, dolor crónico, somatización, conversión) y una historia previa de trauma y síntomas disociativos.

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) produce un impacto sobre la vida del individuo y la salud en general, siendo el dolor, el síntoma físico más frecuente en estos pacientes (26, 27, 28).

En pacientes con dolor crónico, no sólo se han citado antecedentes de experiencias traumáticas previas, sino también de factores predictores comunes entre el desarrollo de TEPT y dolor crónico o incapacidad tras sufrir un accidente (29). La evidencia existente en la literatura sobre la comorbilidad de ambos trastornos es muy sólida (30, 31).

La creencia de que la somatización, y en nuestro caso particular el dolor crónico, puede relacionarse tanto con el trauma como con el mecanismo de defensa de la disociación no es nueva, *Pierre Janet* hipotetizaba que los recuerdos de las experiencias traumáticas que se almacenan fuera del campo de la conciencia pueden contribuir a la disociación y a la somatización en la forma de histeria. Freud hablaba del mecanismo de la conversión (32).

Partimos de la consideración del “trauma” como aquella experiencia que tiene las características de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona. Es inasumible porque cuestiona el mundo relacional del sujeto. Porque cuestiona la identidad del sí mismo-en-relación.

Por acontecimientos traumáticos entendemos no solo acontecimientos grandes y discretos, sino también daños emocionales microscópicos y repetitivos. Traumas sutiles, especialmente los que tienen que ver con el fracaso de los padres o cuidadores durante la infancia, para atender y responder a las demandas y necesidades emocionales de sus hijos. Esta falta de respuesta puede tener efectos en la capacidad del niño para organizar afectos y percepciones.

Es decir, el trauma en la vida infantil o adulta se describe como aquella experiencia o experiencias que van a atentar directamente contra la construcción o el sentido del *sí mismo-en-relación*.

Cuando una persona vive una experiencia traumática, imposible de integrar con los esquemas emocionales y cognitivos habituales de la persona, aparece la disociación como mecanismo de defensa que facilita a la persona poder seguir viviendo con sus esquemas anteriores pero a costa de expulsar de la conciencia una parte dolorosa de la experiencia, es decir a costa de disociar esa experiencia (33). Además de todo ello, la experiencia traumática sensibiliza a las personas para procesar la información en clave de amenaza.

Es decir, experiencias intensamente estresantes pueden tender a ser expulsadas fuera de la conciencia y codificadas en forma de memoria implícita o no verbal. Así, aunque la experiencia no es recordada de forma explícita o narrativa (32) es el cuerpo el que soporta la carga de una experiencia emocional que ha sido disociada, que no ha sido adecuadamente descargada, o procesada emocionalmente o integrada en una narrativa vital (34, 35).

Para algunos autores, el trauma es fundamentalmente un estado de desconexión, de desconexión de la persona consigo misma, de la persona con los otros y con el mundo que la rodea (36).

## **5. *Mindfulness* en el tratamiento del dolor crónico**

Pese al reconocimiento del dolor como experiencia sensorial y emocional compleja, la atención médica a este problema no reconoce la mayoría de las veces esa complejidad y se acerca al dolor desde una perspectiva dualista: el dolor cuando se acompaña de daño tisular o neurológico lo trata el médico de la especialidad que corresponde al lugar del daño, mientras que el dolor para el que no se encuentra un sustrato anatómico o funcional claro, lo trata el psiquiatra o el psicólogo.

No hay una estrategia de tratamiento simple o único que funcione para todo el mundo. Los programas terapéuticos que han obtenido

mejores resultados están compuestos por equipos multidisciplinares con una coordinación fluida entre los miembros del equipo y una oferta de tratamientos multicomponente (37, 38).

### ***5.1. Estrategias terapéuticas en la clínica***

En nuestra experiencia clínica las estrategias terapéuticas que se vayan a poner en marcha, se han de desarrollar en el contexto de una actitud terapéutica más amplia que se resume en los siguientes puntos: (39, 40)

**Dar información** acerca de los mecanismos psicofisiológicos del dolor y los tipos de dolor, huyendo de interpretaciones dualistas que planteen la dicotomía de dolor psicológico versus dolor físico. La sensación dolorosa es una. Conseguiremos una mayor implicación del paciente facilitándole información sobre cómo se procesa el dolor y las formas que hay para poder cerrar las compuertas del dolor con intervenciones que van desde la toma de medicaciones a los ejercicios de relajación, hipnosis o de meditación. En definitiva, aportar información para ayudar al paciente a entender el interjuego entre cogniciones, emociones y dolor.

**Promover la aceptación activa.** Animar al paciente y a la familia a formar parte activa del programa de tratamiento. Se trata de asumir una responsabilidad con el dolor (que no la culpa). Desde la aceptación de la situación de dolor y desde el abandono de actitudes basadas en la rabia y/o la indefensión, terapeuta y paciente se comprometen en un relación activa de exploración de técnicas que promuevan una mejor calidad de vida.

**Trabajar con la conexión mente-cuerpo**, promoviendo la conciencia somática. No es posible aliviar un dolor crónico sin establecer una conexión mente-cuerpo. Aunque esto parece obvio, también es cierto que muchos pacientes intentan evitar focalizarse en su cuerpo. De acuerdo con Phillips (41) la conciencia corporal es uno de los métodos más útiles para manejar el dolor crónico. Todas las sensaciones incluida la sensación de dolor están

gobernadas por esa conexión mente-cuerpo. Focalizar en el cuerpo implica establecer una forma amable de relacionarse con él y encontrar un lugar seguro dentro del cuerpo que evoque sentimientos de calma y de protección. Todos los abordajes tipo relajación, hipnosis, imaginación guiada o más recientemente atención plena o *mindfulness*, comparten el objetivo de regular la alerta psicofisiológica y de promover un equilibrio adecuado entre el esfuerzo orientado a conseguir un objetivo y el “dejarlo ir”. Trabajar con la conciencia somática con cualquiera de estas técnicas, supone construir un espacio que sea un refugio donde buscar alivio para el dolor, reduciendo la ansiedad anticipatoria y el sufrimiento a través de promover una actitud de aceptación (activa) ante el dolor y evitar la resistencia. Ya que dolor más resistencia igual a sufrimiento *“todo lo que se resiste, persiste”*.

**Ayudar a construir el significado del dolor.** Explorar el significado que éste pueda tener en la vida del paciente y su contexto de relaciones significativas. La narrativa o historia que se cuenta el paciente acerca de su dolor crónico puede constreñir posibilidades futuras *“el dolor me quiere decir que me estoy muriendo”*, *“el dolor significa un castigo merecido”* o abrir algunas nuevas *aprendo de mis límites*, *“escucho a mi cuerpo”*, *“noto cuando me estoy dejando avasallar por los demás”*.

**Animar a realizar ejercicio físico.** El ejercicio físico implica una sensación de dominio, o más bien de conexión, sobre nuestro propio cuerpo y una percepción más integral de nosotros mismos. Según algunos estudios, aumenta la autoestima y podría tener efectos favorables sobre síntomas depresivos moderados, ansiedad generalizada y dolor. Existen estudios que han encontrado que el ejercicio físico es efectivo tanto en la reducción de dolores clásicamente considerados orgánicos (como el dolor lumbar crónico) como en los considerados psicósomáticos (como la fibromialgia). Hay evidencias sólidas de que el entrenamiento supervisado con ejercicios aeróbicos tiene efectos beneficiosos sobre la capacidad física y los síntomas en fibromialgia.

**Trabajar con las familias.** El dolor crónico implica un impacto significativo para todos los miembros de la familia. Aunque el dolor es una experiencia subjetiva, sin duda es también una experiencia relacional.

Es importante que la familia tenga la oportunidad de conocer los objetivos del programa de tratamiento y participar de forma activa en él, para facilitar el éxito del tratamiento a largo plazo.

Con este objetivo se han incorporado intervenciones familiares en los programas de dolor crónico. En estas sesiones el terapeuta actúa de facilitador de la comunicación y ánima a los componentes de la familia a realizar preguntas sobre el programa de tratamiento, a discutir sobre las expectativas de la terapia y a expresar sus sentimientos. Es importante que en estas sesiones la familia se involucre en un papel de acompañamiento activo, es decir, como colaboradora del paciente en el alivio de su dolor y en las metas de la terapia. Se recomienda programar este tipo de intervención como mínimo, al principio y al final de la terapia.

**Establecer un plan terapéutico** con objetivos y reevaluar su eficacia. Planificar las diferentes intervenciones teniendo en cuenta la cualidad única del dolor de *ese* paciente en concreto al que estamos atendiendo *ahora*. Esto significa adaptar la intervención a las características personales, familiares o relacionales y a la cualidad del dolor de cada persona en particular.

Dentro del objetivo de trabajar con la conexión mente-cuerpo que se señalaba más arriba, en las últimas décadas ha aumentado el interés por las terapias que promueven un acercamiento no dualista a la experiencia de dolor. Estas terapias (hipnosis, *biofeedback*, relajación, imaginación guiada o *mindfulness*) se han reunido bajo un epígrafe común denominado Terapias mente-cuerpo (42). Todas ellas tienen en común trabajar con la conciencia somatosensorial y se postula que actúan disminuyendo la hiperalerta y promoviendo un estado de equilibrio emocional.

## 5.2. *Mindfulness* y dolor crónico

En particular la práctica de la Atención Plena o *Mindfulness* entrena la observación de la experiencia de dolor o la experiencia sensorial, sin juzgarla como buena o mala, y sin reaccionar a ella de modo que progresivamente se puede ir produciendo una desvinculación entre el dolor y la valoración afectiva guiada por esa reacción de alarma. De hecho algunas investigaciones sugieren que mientras la experiencia de dolor nociceptiva puede permanecer sin cambios, los componentes emocionales y cognitivos de la experiencia dolorosa parecen disminuir significativamente, dando como resultado menos sufrimiento emocional (42).

El programa de *MBSR* (*Mindfulness Based Stress Reduction*) desarrollado en la Universidad de Massachussets (EEUU) por Jon Kabat Zinn cuenta entre sus primeras publicaciones con algunos estudios en el campo del dolor (43-46).

Estudios más recientes sobre *mindfulness* y en general métodos basados en la aceptación (47) demuestran que tras un entrenamiento en *mindfulness*, hay una mejoría en el funcionamiento de personas que sufren de dolor crónico que se refleja en un menor trastorno emocional y atencional y una menor interferencia en las actividades de la vida diaria.

Los métodos de *Mindfulness* implican focalizarse en el dolor más que distraerse usando una conciencia abierta (sin elaboraciones posteriores) de pensamientos, sentimientos y sensaciones junto con una relación emocionalmente distanciada con la experiencia interna y externa.

La investigación empírica nos dice que el papel de la atención es especialmente importante en el afrontamiento al dolor. Así, las estrategias de evitación que en general incluyen distraer la atención del estímulo doloroso pueden ser útiles a corto plazo, como en el caso de algunos dolores agudos, pero para dolores más persistentes las estrategias de focalizar la atención sobre el dolor resultaron ser más efectivas (48). Además las técnicas de manejo de la atención pueden potenciar los efectos de otras terapias concomitantes como sería el caso de la fisioterapia (49).

Para Stahl (50) habría tres puntos importantes para trabajar con mindfulness en situaciones de dolor crónico:

1º Llevar a cabo una investigación experiencial o sentida en el cuerpo y observar cómo se sostiene la tensión y el dolor.

Aunque la reacción inmediata sea salir huyendo del dolor o distraerlo, si la persona no llega a saber cómo está sosteniendo el dolor y la tensión en el cuerpo podría estar aumentándolo inadvertidamente. Muchas veces la reacción de contraer la zona dolorosa evita que llegue el flujo sanguíneo a la zona y hace perdurar un círculo vicioso. Con una de las prácticas clásicas de *mindfulness*, como es la práctica del escáner corporal se produce una re-educación, de modo que la persona aprende a distinguir sensaciones físicas de emociones y sentimientos y aprende a reconocer sensaciones corporales intensas como sólo eso, como solo sensaciones. También se puede experimentar que alrededor de la zona de dolor se puede estar tensionando otros músculos que causan un sufrimiento extra. Y de esta manera ir aprendiendo a suavizar esa zona.

Con la conciencia basada en la atención plena también se puede practicar la lectura de los vaivenes del dolor, sólo observándolos y dejándolos ir. Aprender a estar con el dolor puede parecer contra-intuitivo pero es un paso fundamental para la sanación. Mejor que gastar energía en pelear contra el dolor es aprender a estar con él.

2º Trabajar con las reacciones emocionales hacia el dolor y la tensión.

Incluso cuando no se pueden cambiar las sensaciones físicas de dolor, se puede cambiar la respuesta emocional a él y así evitar el sufrimiento.

Con el dolor es frecuente que aparezca rabia, tristeza, desesperanza, ansiedad. Traer la conciencia *mindfulness* a las emociones nos permite empezar a reconocerlas, sin juzgarlas y sin resistirnos a ellas y aprender a observarlas y a dejarlas ir.

3º Aprender a vivir en el aquí y ahora y tratar con el dolor en cada momento. Vivir en el momento presente.

Solo es posible vivir en el presente y solo en el momento presente se puede producir el cambio. *Mindfulness* enseña a estar en el aquí y ahora, a aprender a estar con el dolor en este momento y desarrollar una actitud reflejada en la frase: “*Vamos a ver si puedo estar con el dolor en este momento*”. Más que estar prisionero del dolor es desarrollar una actitud en que es posible aprender de esto. Dejando ir el pasado y sin tender a una visión específica del futuro, ver las cosas como son en este momento. Desde esta perspectiva se produce una transformación de la relación que se establece con el dolor.

Cuando a un problema de dolor crónico se le añade haber experimentado previamente experiencias traumáticas, sigue siendo vigente la propuesta de *Janet* de un tratamiento orientado en fases: (33)

- 1º. Fase de estabilización y reducción de síntomas. El primer paso consiste en conseguir que la persona vuelva a sentirse en control de sus experiencias, frente a la indefensión de las abreacciones emocionales o de los *flash-back* inesperados que ha sufrido hasta ahora.
- 2º. Fase de tratamiento de las memorias traumáticas. Solo cuando la persona ha conseguido una cierta seguridad dentro de sí misma y en la relación terapéutica, se puede abordar, siempre siguiendo el ritmo que el consultante marca, la experiencia traumática más central. Re-visitarse la experiencia, que no implica necesariamente revivirla.
- 3º. Fase de reintegración y rehabilitación. En esta fase la consultante es capaz de seguir adelante con su vida asumiendo las experiencias pasadas, sin que estas ocupen un lugar tan privilegiado que saturan su experiencia. No todas las personas llegan a este estado emocional.

Pero si que a todas las personas se les puede ofrecer diferentes estrategias para conseguir una mayor regulación emocional. *Mindful-*

ness es una práctica que se ha demostrado útil para trabajar con personas que han sufrido experiencias traumáticas. El énfasis del tratamiento es en la autorregulación y reconstrucción. Hay que tener cuidado de que no se produzca una abreacción emocional temprana que desborde al paciente cuando no se haya establecido aún la capacidad de re-estabilización. Puede tener resultados adversos. La terapia ha de cuidar de re-establecer un sentido de seguridad y predictibilidad.

### ***5.3. Escáner corporal. La práctica de la Compasión***

Desde nuestra experiencia clínica con pacientes que sufren dolores crónicos y entre las prácticas basadas en atención plena, el entrenamiento en el escáner corporal, la práctica de estiramientos basados en *hatta yoga* y el desarrollo de la compasión, los hemos encontrado especialmente útiles para personas con dolor crónico.

#### *1. Escáner corporal:*

A través de la práctica del escáner corporal se focaliza la conciencia en el cuerpo o mejor dicho en la corporalidad. En esa conciencia viva y sentida del cuerpo. Con esta práctica nos podemos dar cuenta de lo que nuestro organismo necesita y también de las sensaciones corporales, emociones y pensamientos que surgen en cuanto ponemos atención al cuerpo. Según Stahl (50), el objeto del escáner corporal es tener una “*experiencia en el cuerpo*”, a diferencia de otras prácticas de meditación que utilizan objetos de contemplación diferentes del cuerpo.

En el escáner corporal se pone sistemáticamente la atención en diferentes partes del cuerpo empezando por el pie izquierdo y terminando por la cabeza. Se va tomando conciencia de una multitud de sensaciones (tensión, contractura, ligereza, picor, hormigueo) o de que no se tiene ninguna sensación. Se mantiene en todo momento una actitud de aceptación, no crítica de todo lo que emerja en el campo de la conciencia.

La experiencia sucede en la corporalidad, en el organismo vivo. Trabajar con la técnica del escáner corporal no sólo nos permite darnos cuenta de nuestras tensiones musculares, que a su vez tienen que

ver con emociones o que suscitan ciertos tipos de pensamientos, sino que es una vía de aprehensión diferente de la realidad. Es decir, afinamos el instrumento más valioso que tenemos para el aprendizaje, que es el cuerpo, y lo entrenamos de modo que será capaz de captar, asociar, crear nuevo conocimiento basado en la experiencia presente. Y hacerlo poniendo en él una atención plena, con *mindfulness*, sin reaccionar a la experiencia, sin juzgarla y aceptando lo que venga. Instrucciones precisas para la práctica del escáner corporal se pueden encontrar en otros textos (50).

## 2. La práctica de la compasión

Con la práctica de *Mindfulness* surge el sentimiento de compasión, pero éste es diferente que la actitud de *mindfulness*. La compasión es vista como un proceso multifactorial que incluye: el desarrollo de la comprensión, aceptación y perdón. Es diferente que la autoestima. La terapia centrada en la compasión utiliza *mindfulness* pero es diferente que ésta en la formulación y en el proceso.

La práctica de la compasión es un aspecto fundamental en los programas de tratamiento de dolor y para supervivientes de trauma. Algunas escuelas del budismo *Mahayana* afirman que es importante centrarse en ella específicamente y desarrollar una *mente compasiva*. Se han desarrollado toda una serie de ejercicios de imaginación y de meditación focalizados en la compasión. Han surgido programas de tratamiento que específicamente se focalizan en el desarrollo de la compasión por uno mismo y por los otros como parte del proceso terapéutico (51, 52).

En muchos programas de entrenamiento las meditaciones en *lovingkindness* (compasión o amor compasivo o amor afectuoso) se han convertido en un ingrediente fundamental del cambio.

La compasión tendría los mismos efectos que sentirse cuidado y estimularía el sistema de tranquilización de modo que ayuda a las personas a sentirse seguras y calmadas. A diferencia de *mindfulness* que no está concebido para estimular ningún sistema en particular, la compasión estimularía el sistema de tranquilización que durante el desarrollo del niño evoluciona junto al sistema de apego.

Se han considerado seis componentes principales de la compasión:

- a. Desarrollo de la motivación para cuidar de sí mismo y de los otros.
- b. Desarrollo de la sensibilidad hacia el propio malestar o sufrimiento y el de los otros.
- c. Desarrollo de la propia capacidad de simpatía, que implica la capacidad de estar abierto emocionalmente y movido por los sentimientos sufrimientos y necesidades de los otros.
- d. Desarrollo de la propia capacidad de tolerancia al sufrimiento, el cual está ligado a la capacidad de estar-con el dolor y los sentimientos adversos, dentro de uno y con los demás, sin evitarlos. También está asociado con la aceptación.
- e. Desarrollo de la empatía (comprensión de porque se actúa como se actúa). Esta capacidad está relacionada también con el desarrollo de la mentalización.
- f. Desarrollo de una actitud no crítica, de una actitud de no juzgar.

#### ***5.4. Adaptación de las Estrategias terapéuticas a las Situaciones de Trauma***

Cuando coexiste el dolor junto a experiencias traumáticas puede ser necesario modificar la estrategia de las diferentes prácticas (53).

En ocasiones el silencio y la quietud de la práctica de *mindfulness* no se puede conseguir de entrada y la persona puede estar hiperactivada o sentirse desbordada por reviviscencias o recuerdos traumáticos.

Las personas que han sufrido experiencias traumáticas con frecuencia codifican su experiencia interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales) en clave tanto de amenaza interna (pueden sentirse desbordados por memorias traumáticas o sentimientos que quieren evitar, como sentimientos de culpa o menosprecio por si mismos) como en clave de amenaza externa (temen lo que los otros le puedan hacer, el mundo se convierte en un lugar hostil) (51).

Tras una experiencia traumática es frecuente que las personas utilicen estrategias de evitación experiencial. La evitación experiencial ocurre cuando una persona se resiste, no quiere o no es capaz de sentir emociones displacenteras o pensamientos o sensaciones relacionadas con el trauma. La evitación se reconoce en general como un factor clave para el mantenimiento de la sintomatología traumática. La evitación también incluye estrategias como la evitación de la intimidad, el auto-daño, y el abuso de sustancias.

Aunque adaptativa en un principio ya que intenta ayudar a la persona a mantener una vida más o menos normal en su contexto, cuando la evitación es mantenida impide que la persona contacte con el momento presente y por tanto, acceda a partes importantes de sí misma y se convierte en desadaptativa. Muchas de las terapias que se han validado para el trauma tienen como diana terapéutica la evitación experiencial.

Si bien parece que es un factor a incluir como foco de tratamiento también es verdad que a los clínicos les preocupa, la capacidad del cliente de soportar el sufrimiento emocional asociado a ese trabajo, el abandono precoz de la terapia antes de terminarla o el aumento de ideas de suicidio, disociación o auto-daño.

La práctica de *Mindfulness* puede ayudar a conseguir la regulación emocional y la expresión segura de emociones, así mismo ayuda a mantener una actitud de no juzgar la experiencia interna, animar a la aceptación de lo que venga (emociones, pensamientos, sensaciones) tal y como sea y no a la evitación.

Cuando hay experiencias traumáticas previas pueden ser útiles algunas de las siguientes estrategias (54).

- Si el focalizar la conciencia en la respiración genera más ansiedad, se puede sugerir centrar la atención en el momento presente, a través de otras sensaciones como el sonido o los puntos de apoyo del cuerpo para mantener la postura en el presente.
- Sugerir practicar durante cortos periodos de tiempo, tan breves como el estado emocional de la persona lo requiera. De esa

forma se centra más la atención en la regulación de las emociones que en conseguir algo exclusivamente a través del esfuerzo. La enseñanza que se desprende tiene también que ver con que ir haciendo gradualmente la práctica no es un signo de debilidad, sino un avance progresivo en la regulación emocional de la persona.

- Poner el énfasis en poder ir experimentando emociones intensas sin llegar al desbordamiento emocional ni a la disociación.
- Entrenar la conciencia del estado mental en cada momento. Poder reconocer cuando la mente está trabajando en el modo de trauma, cuando surgen emociones positivas, o momentos neutrales, notar la auto-crítica, etiquetar sentimientos y pensamientos según van surgiendo etc.
- Aprender a confiar y a amar de nuevo. La práctica de la compasión o *lovingkindness* (amor amable) puede ayudar a reconectar con partes de la persona disociadas, es decir conectar con ese sufrimiento sin silenciar el dolor. Poder detectar, observar y aceptar las emociones fuertes cuando surgen, a la manera de quien abraza a un niño a quien se quiere consolar.

## 6. Recomendaciones finales y conclusiones.

Para finalizar, revisando la información contenida en este texto, se podría afirmar que los modelos de asistencia sanitaria para el dolor crónico han de evolucionar y cambiar ya que no se basan, en la mayoría de las ocasiones, en los datos aportados por la neurobiología y la psicología sino que siguen modelos de atención dualistas que difícilmente dan respuesta a las necesidades de los pacientes.

Integrar *mindfulness* en los programas de tratamiento en dolor crónico y trauma es una forma de romper con actitudes dualistas, tanto de pacientes como de los profesionales sanitarios. La práctica de la atención plena en dichos programas facilita desde nuestro punto de vista:

- Trabajar en el presente. Al monitorizar la experiencia en el presente ayuda a escapar del bucle de procesamiento cognitivo y emocional basado en el pasado-futuro. Se facilita la salida de modos de respuesta automático y se favorece el que surjan otras formas de respuesta (y no de reacción).
- Ser una estrategia para avanzar hacia la regulación emocional, factor común deseable en todas las aproximaciones terapéuticas y que en el caso de experiencias traumáticas previas supone un primer escalón imprescindible para la elaboración de la experiencia.
- Discriminar entre sensaciones, pensamientos y emociones. Con frecuencia se confunden los pensamientos con emociones. Por ejemplo: *“otra vez no he podido llevar a mis hijos al colegio por el dolor. Soy un padre inútil”*, se confunde con una emoción cuando es un pensamiento posiblemente construido desde las sensaciones corporales, y como tal, también puede ser desafiado o cuestionado.
- Promover una actitud de observación sin reacción. Ir avanzando hacia una actitud basada en la ecuanimidad en la que la persona, lejos de dejar de sentir, lo que deja es de reaccionar a sus reacciones, escapa del modo de acción basado en el piloto automático.
- Promover la aceptación no crítica. Se dice que la aceptación *es el hermano pequeño del cambio*.
- Promover el modo-de-ser frente al modo-de-hacer, tan importante en personas que tienen limitaciones físicas para la actividad. En el ejemplo anterior: *“aunque no he podido llevar a mis hijos al colegio (experiencia basada en el modo-de-hacer) si que estoy con ellos, les escucho, comparto con ellos sus problemas (experiencia basada en el modo-de-ser)”*.
- Promover la re-conexión de la persona consigo misma, con los demás y con el entorno. En concreto, en las situaciones de trauma se produce una desconexión de la persona consigo mismo y con el mundo.
- Tomar conciencia de la lucha cuando esta surge y observarla sin reaccionar a ella. Se dice que *todo lo que se resiste, persiste*

y es una afirmación que funciona para estos casos. En dolor crónico también se cumple que *“dolor más resistencia es igual a sufrimiento”*. Ayudar a suavizar la lucha interna al mismo tiempo que promueve una sensación de alivio y descanso, es el comienzo de la aceptación.

- Ayudar a movilizar el cuerpo: A través de ejercicios de *hatta yoga* y de meditación en movimiento (caminando, nadando).
- Promover una relación diferente con la realidad. Tomar conciencia de que solo se vive en el presente y que es en el presente donde la persona puede experimentar su dolor como desafío (frente a catástrofe) y preguntarse *“¿Cuál es la mejor forma de enfrentar mi dolor en este momento?”* Estar en el presente, al mismo tiempo que facilita la entrada de información nueva *“observo este paisaje, noto la temperatura del aire sobre mi piel, escucho la risa de una persona querida”* va favoreciendo la salida de un ciclo de anticipación y rumiación, de pasado y futuro.

En un programa de tratamiento basado en una comprensión no dualista del dolor, procuramos integrar la sabiduría explícita, cognitiva, contenida en lo que se ha llamado la memoria explícita o declarativa, con esta otra sabiduría basada en la conciencia somatosensorial, que recorre los patrones codificados en la memoria implícita o no declarativa, la memoria construida por recuerdos, en forma de marcadores somáticos de estados corporales. La terapeuta, en un programa así, ayuda a la persona que consulta a recordar una y otra vez su intención y a volver, una y otra vez, con atención plena a la experiencia presente.

## 7. Referencias bibliográficas

1. BREIVIK, H., COLLETT, B., VENTAFRIDDA, V., COHEN, R., GALLACHER, D. "Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment". *Eur J Pain*. 2006 May; 10(4): 287-333.
2. GAMERO, F., GABRIEL, R., CARBONELL, J., TORNERO, J., SANCHEZ-MAGRO, I. "El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR". *Rev Clin Esp* 2005; 205(4): 157-63
3. MEEUS, M., NIJS, J. "Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome". *Clin Rheumatol*. 2007 Apr; 26(4): 465-73.
4. VALVERDE, M. "Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER". *Rev Esp Reumatol*. 2000; 27: 157.
5. ARANCÓN, A. "Estudio epidemiológico sobre la incapacidad permanente para el trabajo". *Medicina General*. 2002; 45:462-70.
6. FIETTA, P., FIETTA, P., MANGANELLI, P. "Fibromyalgia and psychiatric disorders". *Acta Biomed*. 2007 Aug; 78(2): 88-95.
7. ARNOLD, L.M., BRADLEY, L.A., CLAUW, D.J., GLASS, J.M., GOLDENBERG, D.L. "Evaluating and diagnosing fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders". *J Clin Psychiatry*. 2008 Oct; 69(10): e28.
8. BAIR, M.J., ROBINSON, R.L., KATON, W., KROENKE, K. "Depression and pain comorbidity: a literature review". *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10; 163(20): 2433-45.
9. VILLEMURE, C., BUSHNELL, M.C. "Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?" *Pain*. 2002 Feb; 95(3): 195-9.
10. HOFFMAN, M.D., HOFFMAN, D.R. "Does aerobic exercise improve pain perception and mood? A review of the evidence related to healthy and chronic pain subjects". *Curr Pain Headache Rep*. 2007 Apr; 11(2): 93-7.
11. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979 Jun;6(3):249.

12. GARDNER-NIX, J. *Mindfulness-based stress reduction for chronic pain management*. Nueva York, Springer: Didona; 2009.
13. STAUD, R., CANNON, R.C., MAUDERLI, A.P., ROBINSON, M.E., PRICE, D.D., VIERCK, C.J, Jr. "Temporal summation of pain from mechanical stimulation of muscle tissue in normal controls and subjects with fibromyalgia syndrome". *Pain*. 2003 Mar; 102(1-2): 87-95.
14. PRICE, D.D. "Central neural mechanisms that interrelate sensory and affective dimensions of pain". *Mol Interv*. 2002 Oct; 2(6): 392-403, 339.
15. CODERRE, T.J., KATZ, J., VACCARINO, A.L., MELZACK, R. "Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical and experimental evidence". *Pain*. 1993 Mar; 52(3): 259-85.
16. WOOLF, C.J., SALTER, M.W. "Neuronal plasticity: increasing the gain in pain". *Science*. 2000 Jun 9; 288 (5472): 1765-9.
17. SIEGEL. "Psychophysiological disorders. Embrancing pain". En K GERMER (Ed.) *Mindfulness and Psychotherapy* ed. New York: Guilford; 2005.
18. DAMASIO, A.R. *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Nueva York; 1994.
19. BABETTE, R. *The body remembers. The psychobiology of trauma and trauma treatment*. Nueva York: Norton; 2000.
20. ALVARES, D., FITZGERALD, M. "Building blocks of pain: the regulation of key molecules in spinal sensory neurones during development and following peripheral axotomy". *Pain*. 1999 Aug; Suppl 6: S71-85.
21. KROHNE, K., IHLEBAEK, C. "Maintaining a balance: a focus group study on living and coping with chronic whiplash-associated disorder". *BMC Musculoskelet Disord*. 11: 158.
22. SEVEREIJNS, R., VLAEYEN, J.W., VAN DEN HOUT, M.A., WEBER, W.E. "Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment". *Clin J Pain*. 2001 Jun; 17(2): 165-72.
23. SAMWEL, H.J., EVERS, A.W., CRUL, B.J., KRAAIMAAT, F.W. "The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients". *Clin J Pain*. 2006 Mar-Apr; 22(3): 245-51.

24. ESTEVE, R., LÓPEZ, A.E., RAMÍREZ, C. "Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico". *Revista de Psicología de la Salud*. 1999; 11: 77-102.
25. MCCracken, L. "Attention' to pain in persons with chronic pain: a behavioural approach". *Behav Ther*. 1997; 28: 271-84.
26. ASMUNDSON, G.J., COONS, M.J., TAYLOR, S., KATZ, J. "PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models". *Can J Psychiatry*. 2002 Dec; 47(10): 930-7.
27. MCFARLANE, A.C. "The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences". *World Psychiatry*. Feb; 9(1): 3-10.
28. AVDIBEGOVIC, E., DELIC, A., HADZIBEGANOVIC, K., SELIMBASIC, Z. "Somatic diseases in patients with posttraumatic stress disorder". *Med Arh*. 64(3): 154-7.
29. STERLING, M., HENDRIKZ, J., KENARDY, J. "Similar factors predict disability and posttraumatic stress disorder trajectories after whiplash injury". *Pain*. Jun; 152(6): 1272-8.
30. ARGUELLES, L.M., AFARI, N., BUCHWALD, D.S., CLAUW, D.J., FURNER, S., GOLDBERG, J. "A twin study of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic widespread pain". *Pain*. 2006 Sep;124(1-2):150-7.
31. AFARI, N., HARDER, L.H., MADRA, N.J., HEPPNER, P.S., MOELLER-BERTRAM, T., KING, C., et al. PTSD, combat injury, and headache in Veterans Returning from Iraq/Afghanistan. *Headache*. 2009 Oct; 49(9): 1267-76.
32. RODY, G., GROOT, J., SPIVAK, H. "Trauma, dissociation and somatization": Washington American Psychiatric Press; 1998.
33. VAN DER HART, O., KOLK, V.D., BOON, S. "Treatment of dissociative disorders". *Washington American Psychiatric Press*; 1998.
34. RODRÍGUEZ VEGA, B., FERNÁNDEZ LIRIA, A., BAYÓN PÉREZ, C. "Trauma, dissociation and somatization". *Annuary of Clinical and Health Psychology*. 2005;1:27-38.
35. SCAER, R.C. *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. Londres. Oxford: The Haworth Medical Press: Nueva York.; 2001.

36. GEUZE, E., WESTENBERG, H.G., JOCHIMS, A., DE KLOET, C.S., BOHUS, M., VERMETTEN, E. et al. "Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder". *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jan; 64(1): 76-85.
37. RODRÍGUEZ VEGA, B., IRISARRI, F., ORGAZ, P. "Tratamientos no farmacológicos del dolor crónico". En BACA, E. *Dolor y Depresión* Madrid, Adalia. 2006:155-67.
38. SARZI-PUTTINI, P., BUSKILA, D., CARRABBA, M., DORIA, A., ATZENI, F. "Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now?". *Semin Arthritis Rheum*. 2008 Jun; 37(6): 353-65.
39. RODRIGUEZ VEGA, B., PALAO TARRERO, A. "Convivir con el dolor. Afrontar el dolor crónico". *JANO*. 2008;1:6-10.
40. PALAO TARRERO, A., RODRIGUEZ VEGA, B. "El síndrome de Fibromialgia". En: PINEDA, M.B, editor. *Manual de dolor musculoesquelético*. Madrid; 2010. p. 83-95.
41. PHILLIPS M. *Reversing chronic pain*. Berkeley, California: North Atlantic Books; 2007.
42. ASTIN, J.A. "Mind-body therapies for the management of pain2. *Clin J Pain*. 2004 Jan-Feb; 20(1): 27-32.
43. KABAT-ZINN, J. "An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results". *Gen Hosp Psychiatry*. 1982 Apr; 4(1): 33-47.
44. KABAT-ZINN, J., WHEELER, E., LIGHT, T., SKILLINGS, A., SCHARF, M.J., CROPLEY, T.G., et al. "Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)". *Psychosom Med*. 1998 Sep-Oct; 60(5): 625-32.
45. KABAT-ZINN, J., LIPWORTH, L., BURNEY, R.. "The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain". *J Behav Med*. 1985 Jun;8(2):163-90.
46. KABAT-ZINN, J. "Participatory medicine". *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000 Jul;14(4):239-40.
47. MCCracken, L.M., KEOGH, E. "Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emo-

- tions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity". *J Pain*. 2009 Apr; 10(4): 408-15.
48. KEOGH, E., HATTON, K., ELLERY, D. "Avoidance versus focused attention and the perception of pain: differential effects for men and women". *Pain*. 2000 Mar; 85 (1-2): 225-30.
  49. ELOMAA, M.M., DE CWAC, KALSO, EA. "Attention management as a treatment for chronic pain". *Eur J Pain*. 2009 Nov; 13(10): 1062-7.
  50. STAHL, B., GOLDSTEIN, E. *A Mindfulness-Based Stress Reduction Workbook*: Oakland, CA: New Harbinger Publications 2010.
  51. GILBERT, P., TIRCH, D. *Emotional memory, mindfulness and compassion*. Springer: en Diddona F ed. Nueva York; 2009.
  52. GERMER, C.K. *The Mindful Path To Self-compassion*. NY Guilford; 2009.
  53. FOLLETTE, V., VIJAY, A. *Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorders* Springer; 2009.
  54. SMITCH, A., MILLER, J.J. *Healing trauma with meditation: On practice*, Tricycle fall; 2004.



# 8

## Mindfulness en los trastornos de la personalidad

---

***Azucena García-Palacios***

*Profesora Titular de Psicopatología  
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica  
Universitat Jaume I  
Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutricion  
(CB06/03 Instituto Salud Carlos III).*

***M<sup>a</sup> Vicenta Navarro Haro***

*Personal Investigador  
Dpt. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología  
Universitat Jaume I*

## **Esquema del capítulo**

1. Introducción
2. Trastornos de la personalidad y trastorno límite de la personalidad
3. Mindfulness en los trastornos de la personalidad
4. Mindfulness en la terapia dialéctica comportamental (DBT)
  - 4.1. Terapia dialéctica comportamental (DBT)
  - 4.2. Integración de las habilidades de mindfulness en el programa DBT
  - 4.3. Introducción de las habilidades de mindfulness a los pacientes
  - 4.4. Habilidades Qué: Observar, Describir y Participar
  - 4.5. Habilidades Cómo: Sin juzgar; centrarse en el momento presente; con eficacia
  - 4.6. Aceptación radical en la DBT
5. Conclusiones
6. Referencias bibliográficas

## 1. Introducción

La práctica de *mindfulness* a través de la meditación es muy antigua en las tradiciones espirituales oriental y occidental (1). La atención plena es un método que ayuda a reducir el sufrimiento y a fomentar cualidades positivas como la sabiduría, el *insight* o la compasión (2). Un número importante de profesionales e investigadores en salud mental han puesto su interés en la conciencia plena como un medio de ayudar a personas aquejadas de distintos problemas mentales. Estos profesionales han conceptualizado la conciencia plena como una serie de técnicas que pueden ser entrenadas fuera del marco de creencias religiosas. La práctica del *mindfulness* se ha incluido en programas de intervención que tienen como finalidad el tratamiento de diversos problemas psicológicos (3). Los tratamientos más conocidos son el Programa de Reducción del Estrés basado en técnicas de *Mindfulness* (MBSR) (4, 5), la terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) (6), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (7), y la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT) (8).

Los trastornos de la personalidad constituyen patologías complejas y difíciles de abordar en terapia. En este capítulo nos vamos a centrar en una de las patologías de la personalidad que mayor interés ha despertado entre clínicos e investigadores dado que constituye un reto para cualquier profesional de la salud mental. Nos referimos al trastorno límite de la personalidad. Para las personas que lo padecen supone un gran sufrimiento y una sensación de falta de rumbo vital, de vacío y abandono. Es por ello que la práctica del *mindfulness* cobra un sentido especial en este trastorno, por su potencial para aliviar el sufrimiento y encontrar sentido a la realidad.

El objetivo de este capítulo es describir la práctica de *mindfulness* incluida en la Terapia Dialéctico-Comportamental (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT), que fue diseñada y validada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. En los primeros apartados de este capítulo describiremos los trastornos de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad. A continuación describiremos

cómo la práctica de *mindfulness* puede beneficiar a estos pacientes y nos centraremos de forma más detallada en la DBT y su propuesta de práctica de *mindfulness*.

## **2. Trastornos de la Personalidad y trastorno límite de la personalidad**

La personalidad sana se caracteriza por un sentido de la identidad personal íntegro que se manifiesta en la capacidad para afrontar el ambiente y sus cambios de manera flexible y adaptativa, fomentando cierto bienestar o satisfacción personal. La personalidad patológica se caracteriza por patrones de funcionamiento no adaptativos e inflexibles que fomentan el malestar y la insatisfacción personal (9).

Los manuales diagnósticos definen los trastornos de la personalidad como patrones de funcionamiento generalizados y desadaptativos caracterizados por disfunciones en áreas psicológicas estructurales como la afectividad, el comportamiento, las relaciones interpersonales y la cognición. Este patrón se manifiesta en la mayoría de los contextos y se desarrolla de forma temprana, iniciándose la patología en la adolescencia o principio de la edad adulta.

Existe una gran polémica en la definición y clasificación de los trastornos de la personalidad. De hecho, constituyen las categorías diagnósticas con peores indicadores de fiabilidad y validez. La próxima publicación de la versión quinta del DSM ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) ha propiciado que se esté llevando a cabo una gran revisión de estos problemas. Uno de los trastornos de personalidad al que se le está prestando más atención por parte de los clínicos e investigadores es el trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP). Como ya hemos dicho, en este capítulo nos vamos a centrar en el TLP, ya que es el trastorno donde con mayor tradición y rigor se ha utilizado la práctica de *mindfulness*.

El TLP se caracteriza por la inestabilidad y ambivalencia de la personalidad en prácticamente todos los ámbitos de la vida del individuo (10). El DSM-IV-TR (11) lo describe como un patrón de funcionamien-

to generalizado y desadaptativo caracterizado por una inestabilidad que se manifiesta en la afectividad, el comportamiento, la cognición y las relaciones interpersonales. Este patrón se traduce en una importante psicopatología que se observa en el área comportamental (conductas impulsivas, relaciones interpersonales caóticas e intensas, intentos de suicidio, etc.), cognitiva (p.ej., pensamientos de abandono, pensamiento rígido e inflexible, actitudes ambivalentes, etc.) y emocional (inestabilidad afectiva, notable reactividad del estado de ánimo, emociones contradictorias, etc.) (12). La gran cantidad de síntomas y psicopatología presentada por estos pacientes ha llevado a los investigadores a intentar clasificar y jerarquizar las áreas problemáticas. A este respecto, las investigaciones más actuales apoyan que la impulsividad y la inestabilidad afectiva son las dimensiones esenciales de este trastorno, siendo los otros síntomas una consecuencia de los problemas en estas áreas básicas del funcionamiento psicológico (13).

El TLP es un trastorno frecuente, sobre todo en el ámbito de la atención a la salud mental. Se estima que el TLP afecta a alrededor de entre el 1 y el 2% de la población general. El último gran estudio epidemiológico llevado a cabo en Estados Unidos, el *National Comorbidity Survey Replication*, ofrece una prevalencia vital de este trastorno del 1,4% (14), constituyendo, aproximadamente, el 10% de las personas atendidas en los centros de salud mental ambulatorios y el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados (11, 15). La tasa de suicidio es muy preocupante, estimándose que alrededor del 9% de estos pacientes se suicidan (11). Por otro lado, el TLP presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, y trastornos de la conducta alimentaria (12).

En relación a la etiología del TLP, existe consenso en que se trata de una etiología multifactorial en la que tienen influencia factores biológicos, psicológicos y socio-culturales. Un modelo que recoge esa multidimensionalidad es el modelo biosocial formulado por Linehan (6, 16), quien conceptualiza el TLP como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos

biológicos y un ambiente invalidante. Según esta perspectiva, el individuo presenta una alta vulnerabilidad emocional o alta impulsividad determinada por factores biológicos que le lleva a presentar una elevada reactividad del estado de ánimo y dificultades en la regulación de las emociones y la conducta. El factor psicosocial del modelo de Linehan es el ambiente invalidante, que consiste en un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales. Se trata de un ambiente que no sabe responder adecuadamente, e incluso castiga la manifestación de los problemas emocionales que presenta el niño. El ambiente no reconoce los problemas emocionales del niño, se le pide que cambie pero no se le enseña cómo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas pero refuerza de forma intermitente las expresiones emocionales extremas, por lo que el individuo aprende a oscilar entre la inhibición emocional y las crisis emocionales extremas. Por otra parte, el ambiente proporciona mensajes erróneos sobre la facilidad de resolver los problemas (p.ej. “si se quiere, uno puede controlarse”). Esto favorece que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar. Algunas de las consecuencias de esta invalidación incluyen dificultades para identificar y etiquetar emociones, dificultades en la modulación emocional e invalidación de las propias experiencias emocionales.

A medida que la personalidad del individuo se va conformando, los dos factores (biológico y psicosocial) interactúan para dar lugar a un patrón de inestabilidad emocional, que constituye la esencia del TLP. El individuo intenta, de forma desadaptativa, regular o controlar su inestabilidad emocional y surgen los problemas en otras áreas: comportamental, cognitiva, interpersonal, e identidad.

A partir de este modelo teórico, Linehan diseña la terapia dialéctica comportamental (DBT), un programa de tratamiento cognitivo-comportamental cuyo objetivo fundamental es que el paciente aprenda a regular las emociones y, a su vez, reducir las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo. El tratamiento se estructura en torno a cinco áreas problemáticas: disfunción emocional, comportamental, cognitiva, interpersonal y de la identidad.

### 3. Mindfulness y trastornos de la personalidad

*Mindfulness* puede definirse como *el acto de focalizar la atención de forma intencionada en el momento presente con aceptación* (5). Germer (17) destaca tres elementos fundamentales para entender la utilización de la práctica de *mindfulness* en psicoterapia: 1) conciencia, 2) de la experiencia presente, 3) con aceptación. La conciencia plena fomenta ser consciente de lo que está pasando en el momento presente sin juzgar o rechazar lo que está ocurriendo, tomar conciencia de nuestras experiencias internas y externas sin rechazar nada, sin aferrarse a nada.

Las personas que padecen trastornos de la personalidad se caracterizan por un sentido de la identidad deteriorado, que no ha podido desarrollarse de forma sana. Esto se traduce en una pobre integración del sentido de la identidad y del autoconcepto y una baja autodirección (dificultades en el establecimiento y la consecución de metas personales y falta de significado vital). Esta falta de integridad en la identidad provoca sentimientos de vacío, de no encajar, de sentirse perdidos. Esto provoca estados de desconexión con los demás y consigo mismos. En el caso del TLP estos estados se asocian además a sintomatología cognitiva provocada por la inestabilidad e intensidad emocional como las dificultades de concentración, la distraibilidad o la disociación. Por todo ello, la práctica de *mindfulness* puede ser muy beneficiosa para estas personas.

Los pacientes con TLP están constantemente “escapándose” de sus experiencias, sobre todo de sus experiencias emocionales debido a que han “aprendido” que son muy dolorosas. Tienen la tendencia, como el resto de los trastornos de la personalidad, a no participar de las experiencias presentes. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, identificar aquellas experiencias problemáticas que tienen consecuencias muy negativas en sus vidas. Tomar conciencia es el primer paso para aceptar la realidad y cambiar aquello que es disfuncional. Sólo desde la aceptación será posible el cambio. Esta es la premisa fundamental de la terapia dialéctica

comportamental. A continuación veremos cómo este programa de tratamiento incluye la práctica de *mindfulness* como un aspecto fundamental para el tratamiento del TLP.

## 4. Mindfulness en la Terapia dialéctico-comportamental

### 4.1. Terapia dialéctica comportamental (DBT)

La Dra. Marsha Linehan y su equipo de la Universidad de Washington en Estados Unidos diseñaron y pusieron a prueba la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT). En este apartado describiremos brevemente este programa de tratamiento. Para una mayor profundización se recomienda la lectura de los manuales publicados por Linehan que describen la terapia (6, 18). Existen también resúmenes de la misma en castellano que proporcionan una idea general de la DBT (19, 20).

Uno de los aspectos más innovadores de la DBT dentro del marco de la terapia cognitivo-comportamental (TCC) es la incorporación de la **filosofía dialéctica**, que cristaliza sobre todo en la **combinación de la aceptación y el cambio**. La DBT surgió como la aplicación de la TCC a personas suicidas. La TCC es predominantemente una serie de técnicas destinadas al cambio. La idea de Linehan era que los individuos que quieren suicidarse no tienen las habilidades para construir una vida que valga la pena vivir (1). Por tanto era necesario que los pacientes adquirieran habilidades para reducir las conductas desadaptativas mediante técnicas focalizadas en el cambio comportamental como la solución de problemas, la exposición y el manejo de contingencias. Sin embargo, al aplicar estas técnicas se hizo evidente que un tratamiento centrado exclusivamente en el cambio no funcionaba. Los pacientes eran muy sensibles a la crítica e inestables emocionalmente, por lo que un énfasis en producir cambios de forma rápida llevaba a que el paciente se sintiera sobrepasado y aumentaba la disregulación emocional. Por otro lado, dejar de lado el énfasis en el cambio y adoptar una actitud de aceptación y validación de

las dificultades del paciente, llevaba, tarde o temprano, a que los pacientes interpretaran la actitud del terapeuta como de insensibilidad y de no tomarse en serio sus graves problemas. Linehan considera que enfatizar sólo el cambio o sólo la aceptación con los pacientes que sufren TLP es insuficiente y poco eficaz. El planteamiento más eficiente parece ser combinar la aceptación con el cambio. El deseo de cambiar una experiencia dolorosa tiene que equilibrarse con el correspondiente esfuerzo por aprender a aceptar el dolor inevitable que conlleva la vida. En la terapia esto se traduce en 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. Es ésta la primera dialéctica que se le plantea al terapeuta dialéctico-comportamental y al mismo paciente. La filosofía dialéctica, que sintetiza una proposición inicial o tesis que se opone a una proposición opuesta o antítesis, proporciona el enfoque para fomentar ese equilibrio entre la aceptación y el cambio. Y este equilibrio se ve en todos los aspectos del programa, incluyendo las técnicas básicas que se estructuran en estrategias de aceptación (validación, *mindfulness* y tácticas de tolerancia al malestar) y estrategias de cambio (eficacia interpersonal y regulación emocional, entre otras).

La DBT tiene varias **fases**. La primera de ellas constituye el programa DBT que ha sido más estudiado y validado empíricamente. Esta fase tiene una primera parte denominada pretratamiento. El pretratamiento es fundamental porque en él se determinan los límites que van a guiar y dar estructura al programa psicoterapéutico. Los objetivos de esta fase son la orientación del paciente hacia la terapia, el establecimiento de la relación terapéutica, y fijar las metas y los compromisos básicos para el buen funcionamiento del programa.

La segunda parte de esta primera fase es el tratamiento propiamente dicho. El objetivo fundamental es tratar los aspectos fundamentales del TLP: Disminuir las conductas suicidas y parasuicidas, trabajar con las conductas que interfieran en la terapia y tratar las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente.

En esta primera fase se utilizan distintos modos de terapia. Tiene una duración de un año y se establece una sesión individual y una sesión de grupo a la semana y las consultas telefónicas se utilizan entre sesiones principalmente para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en consulta a su contexto natural.

Una vez que el paciente ha adquirido las habilidades anteriores y es capaz de una mejor regulación de los afectos, el programa se dirige a la segunda fase. En esta fase el paciente se encuentra en un estado de “angustia vital” porque, aunque su estado clínico ha mejorado, la estabilidad le hace más consciente de las cosas que ha perdido en su vida (relaciones interpersonales significativas, oportunidades laborales o académicas, etc.) y de lo difícil que va a ser tomar las riendas de la misma. Por ello, un objetivo de esta fase es el abordaje de traumas y pérdidas no elaborados. Los problemas con la regulación de las emociones hacen que la elaboración de experiencias traumáticas y las pérdidas sean muy difícil de procesar para estos pacientes. Por ello, la DBT dedica una parte de su programa al procesamiento emocional de acontecimientos o problemas del pasado no elaborados. Una vez se han trabajado estos aspectos, otro objetivo es potenciar el respeto por uno mismo. Se trabaja fundamentalmente el establecimiento y consecución de metas vitales guiadas por valores, así como el afianzamiento de los logros conseguidos durante la terapia.

La DBT utiliza distintos **modos de terapia**: La terapia individual, el grupo de habilidades, las consultas telefónicas, los grupos de autoayuda y el grupo de terapeutas.

El modo de terapia básico de la DBT es la terapia individual. La terapia individual de la DBT no sigue un tratamiento manualizado como es típico en la terapia cognitivo-comportamental. Como señalan Miller y Rathus (21) la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento. Lo que guía la terapia es una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente:

1. Conductas suicidas y parasuicidas;
2. Conductas que interfieran con la terapia;
3. Conductas que interfieran en la calidad de vida;
4. Aumentar habilidades comportamentales.

Los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades y se van tratando de forma individualizada en las sesiones de terapia individual teniendo como estrategias fundamentales el análisis funcional y la solución de problemas. Para el abordaje de los problemas de los pacientes en distintas áreas, además de la adquisición y práctica de cuatro tipos de habilidades propias de la DBT, se utilizan técnicas terapéuticas como el manejo de contingencias, la exposición, o las técnicas cognitivas. El proceso terapéutico también sirve para abordar los problemas del paciente. Se utilizan tácticas de validación, estrategias de comunicación recíproca, el uso de distintos estilos de comunicación, desde un estilo más confortador a un estilo más irreverente, y estrategias dialécticas, planteando los problemas como polos (tesis y antítesis) de un continuo que pueden llegar a una integración o solución (síntesis).

El modo de terapia grupal tiene como objetivo entrenar a los pacientes en distintas habilidades. Existe un manual de tratamiento estructurado que especifica los aspectos a tratar en cada módulo del entrenamiento en habilidades (18). Los cuatro tipos de habilidades se presentan en el grupo y se practican en este formato y en la terapia individual. El grupo de terapia se compone de entre seis a ocho pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de alrededor de dos horas y media. El entrenamiento de todas las habilidades puede tener una duración variable, aunque la duración más habitual es de 6 meses. A continuación describimos brevemente cada una de las habilidades:

- *Habilidades de regulación emocional.* Constituyen técnicas de cambio y son fundamentales en el tratamiento del TLP ya que abordan el núcleo fundamental del mismo, la disregulación afectiva. Los objetivos de estas técnicas son los siguientes: a)

Identificar y etiquetar las emociones, es decir, aprender a observar y describir las emociones y los contextos en los que se dan. Se incluye psicoeducación sobre qué son las emociones, se analizan los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se propone un modelo de las emociones que ayuda a discriminar lo que ocurre cuando se experimenta una emoción, y por tanto, a conocerlas; b) Identificar obstáculos para el cambio emocional, analizando mediante análisis conductual las contingencias que refuerzan las emociones problemáticas; c) Reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables (ingesta, sueño, conducta de enfermedad, etc.); d) Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras y el trabajo en valores.

- *Habilidades de eficacia interpersonal.* Estas habilidades también se consideran técnicas de cambio. El problema de las personas con TLP no suele radicar en un déficit en sus habilidades sociales, sino en las expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos deben comportarse en las interacciones sociales. El entrenamiento está dirigido a retar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre el contexto social, los demás y sobre ellos mismos. En esta fase del entrenamiento se trabaja en equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones y construir competencia y dignidad personal. Las técnicas que se incluyen son las tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando principalmente la solución de problemas y los ensayos de conducta.
- *Habilidades de Mindfulness:* Son las técnicas de aceptación por excelencia en la DBT. Profundizaremos en ellas en el próximo apartado.
- *Habilidades de tolerancia del malestar.* Se incluyen también entre las técnicas de aceptación y es en esta práctica donde el concepto de aceptación de la realidad adquiere su máximo sig-

nificado. El sufrimiento forma parte de nuestras vidas y no nos podemos deshacer de él; la incapacidad de aceptar este hecho lleva invariablemente a mayor sufrimiento. Tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que permitan reducir el sufrimiento. Los pacientes límite tienden a evitar el malestar, las conductas límite son, en muchas ocasiones, intentos muy desadaptativos de escapar del sufrimiento. La evitación lleva a un desconocimiento del malestar y a un aumento del mismo. El objetivo de estas técnicas es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor. Las tácticas de tolerancia del malestar incluyen cuatro tipos de técnicas: tácticas de distracción, confortarse a sí mismo, mejorar el momento y analizar pros y contras.

Además del modo de terapia individual y grupal, la DBT también incluye otros modos. Las consultas telefónicas o el contacto por otros medios a distancia como el correo electrónico sirven principalmente para fomentar la generalización de las habilidades aprendidas en el periodo entre sesiones. Los grupos de autoayuda están constituidos por pacientes en fases avanzadas del programa con el objetivo de reducir la probabilidad de crisis emocionales y vitales.

Por último, el grupo de supervisión clínica lo constituye el equipo terapéutico que aplica la DBT. Para este programa es fundamental un entrenamiento específico de los terapeutas que lo llevan a cabo, así como una supervisión constante del curso de la terapia por un equipo de terapeutas. De hecho, no se concibe la DBT como una terapia que se pueda llevar a cabo por parte de un solo terapeuta, sino una terapia que aplica un grupo de terapeutas a un grupo de pacientes. La atención al terapeuta es un aspecto fundamental en la DBT. El tratamiento de un paciente con TLP es una tarea compleja y su patrón de funcionamiento disfuncional repercute en la relación terapéutica. Los compromisos adquiridos se rompen con frecuencia y se producen abandonos. Por ello, Linehan recomienda que los casos se lleven en equipo por medio de sesiones clínicas, supervisión de los terapeutas y consulta de casos.

Antes de acabar este apartado, comentaremos los datos más relevantes con respecto a la eficacia empírica de la DBT. Se han llevado a cabo un número importante de ensayos clínicos controlados que ponen a prueba la eficacia de la DBT en su primera fase (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35). Los resultados indican que se reduce de forma significativa el número de intentos suicidas y de comportamientos autolesivos, el número de hospitalizaciones y la utilización de los servicios de urgencia. Asimismo, la DBT es un programa que consigue reducir de forma significativa el número de abandonos. En el momento actual, en el que existe amplia evidencia de la eficacia de la fase 1 de la DBT, el grupo de la doctora Linehan se centra en el desarrollo y validación empírica de la fase dos, así como en el análisis de la eficacia diferencial de los distintos componentes del programa y de los mecanismos de cambio implicados.

#### ***4.2. Integración de las habilidades de mindfulness en el programa DBT***

Como hemos visto, la práctica de *mindfulness* está integrada en la DBT como una de las cuatro habilidades principales del programa de tratamiento. En un principio, Linehan entrenaba a sus pacientes suicidas en meditación formal y prolongada. Sin embargo, a los pacientes les resultaba muy difícil seguir el entrenamiento debido a sus problemas de disregulación emocional y comportamental y porque no entendían las ventajas que podía reportarle un entrenamiento tan largo y costoso (36). A partir de esas primeras experiencias, Linehan ha ido depurando la práctica de *mindfulness* con el fin de facilitar el aprendizaje a los pacientes de modo que les resulte beneficiosa.

Las habilidades de conciencia plena en la DBT están basadas en la filosofía oriental Zen y se conceptualizan como experimentar plenamente el momento presente. Se trata de adoptar una actitud de contemplación de las experiencias en el momento presente, de conocer y aceptar las experiencias sin realizar juicios de valor.

La práctica de conciencia plena se lleva a cabo en la terapia grupal, siendo las primeras tácticas que se entrenan para después practicarlas a lo largo de toda la terapia, tanto en el formato grupal como en la terapia individual.

Una de las características de la práctica de la atención plena en DBT es que se trata de ejercicios de corta duración (unos 2 minutos) y de sencilla ejecución. Esto es debido a que la práctica de *mindfulness* no suele ser, en principio, una experiencia agradable para los pacientes. Como hemos dicho, las personas con TLP suelen evadirse de las experiencias, sobre todo de las emocionales, porque son dolorosas. Por tanto, centrarse en las experiencias es tomar conciencia de aspectos que son dolorosos (emociones, pensamientos, etc.). Esto hace que a veces los pacientes respondan a la práctica del *mindfulness* con ansiedad, miedo, rechazo, e incluso a veces con síntomas disociativos. Por ello, es conveniente que la práctica sea progresiva, comenzando por ejercicios de muy corta duración y sin centrarse en los aspectos más dolorosos como las emociones. Por ejemplo, se puede comenzar por ejercicios cortos de observar con los cinco sentidos las sensaciones que llegan desde el mundo exterior, luego empezar a observar sensaciones internas, como la respiración y luego progresivamente observar emociones o pensamientos.

Otra característica es que, dado que, sobre todo al principio, puede no resultarles agradable practicar *mindfulness* es importante proporcionar a los pacientes una explicación de por qué les puede beneficiar el *mindfulness*. En el siguiente apartado describimos cómo se introduce.

Para finalizar, nos parece muy importante enfatizar que es necesario que la práctica de *mindfulness* en estos pacientes se realice de forma progresiva. En nuestra experiencia es muy beneficioso para el tratamiento, pero es necesario que los pacientes comprendan que la conciencia plena consiste en observar y participar de las experiencias presentes, ya que, en muchas ocasiones nos encontramos con pacientes que practican meditación pero la utilizan para evadirse todavía más de sus experiencias, para suprimir sus emociones y su sufrimiento. Por ejemplo, en uno de nuestros grupos DBT incluimos

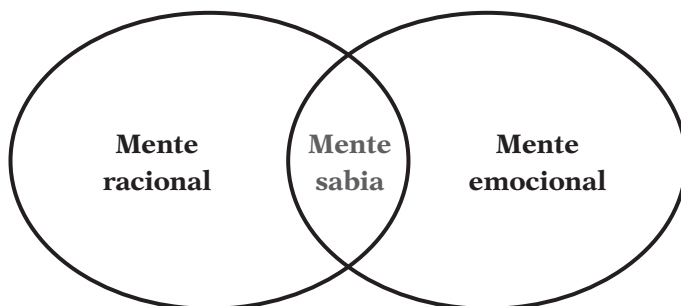
a una paciente que tenía una gran experiencia en meditación. Al hablarle del *mindfulness*, nos dijo que conocía muy bien la tradición budista y que practicaba meditación todos los días durante un mínimo de 3 horas. De hecho, decía que la meditación le había salvado de una vida de conductas impulsivas (abuso de sustancias, sexo sin protección, compras compulsivas). En el momento en que comenzó el programa DBT las únicas conductas impulsivas que no podía controlar eran las relacionadas con la comida (atracones y vómitos). También manifestaba sufrimiento y angustia profunda, aislamiento de los demás y una sensación de vacío intensa la mayoría del tiempo en el que no estaba meditando. Al indagar sobre su práctica de meditación y al observar el funcionamiento habitual de la paciente, lo que se identificaba era un estado disociativo, en concreto, una disociación del afecto, casi continua. La meditación no le servía para estar en el presente y participar de sus experiencias, sino para evadirse de las mismas. Esto, en principio, había tenido un efecto importante y beneficioso en el control de las conductas impulsivas, pero se había, por así decirlo “extralimitado”, estaba suprimiendo, no siendo consciente de sus problemas. La consecuencia era que seguía teniendo graves problemas psicológicos. Fue necesario, no sin dificultades, que la paciente aprendiera a dirigir su atención al presente, a sus experiencias para poder reconducir su práctica de meditación y “reconciliarse” con sus emociones y sus experiencias.

Es decir, es necesario conocer la psicopatología inherente a estos pacientes con el fin de aplicar de manera adecuada el entrenamiento. Linehan y su equipo, concedores de estos aspectos, nos ofrecen una forma óptima de entrenamiento en conciencia plena con pacientes con graves problemas de regulación emocional.

### ***4.3. Introducción de las habilidades de mindfulness a los pacientes***

Las técnicas de *mindfulness* se introducen con el concepto de **mente sabia**. Este concepto constituye la base lógica del entrenamiento. Se plantea un ejercicio a los pacientes en el que se les pide que describan dos conceptos: *la mente emocional* y *la mente racional*.

Estos conceptos se presentan como polos opuestos, como tesis y antítesis de un dilema dialéctico. Este ejercicio se realiza en la terapia grupal. El terapeuta va escribiendo en la pizarra las definiciones (adjetivos, frases cortas) que utilizan los pacientes para caracterizar a la mente emocional y a la mente racional. También se puede realizar una discusión sobre la utilidad de los dos tipos de mente y los ámbitos en los que predomina el uso de una mente sobre la otra (por ejemplo, en el arte predomina el uso de la mente emocional, pero en la ciencia predomina la mente racional). Después de esta discusión se le pregunta a los pacientes con qué mente se identifican. Los pacientes con TLP se suelen identificar con la mente emocional que constituye el estado en el que las emociones controlan otras experiencias como los pensamientos o el comportamiento. Por otro lado, la mente racional es el estado en el que la lógica, la razón, es la que controla a las emociones y a las conductas. También manifiestan que no les gusta ser tan emocionales porque esto les hace sufrir y que les gustaría ser más racionales. Invalidan la esfera emocional porque para ellos es una fuente de sufrimiento y les gustaría, muchas veces, “deshacerse” de las emociones. En nuestra experiencia también encontramos algunos pacientes que se aferran a la mente emocional y desprecian la mente racional por encontrarla aburrida y fría. En este momento de la discusión los terapeutas hacen ver la utilidad de ambas mentes y los beneficios de integrarlas, (por ejemplo, los seres humanos hemos utilizado la mente racional para llegar a construir aviones; para ello hemos tenido que hacer cálculos matemáticos complejos, conocer las leyes de la física, etc., nos ha llevado siglos conseguirlo. Pero igual de necesario ha sido el deseo de volar, de ver a los pájaros y poder hacer lo que ellos hacen, éste deseo no proviene de la razón, sino de la mente emocional). Con la integración de la mente emocional y la mente racional llegamos a la mente sabia. Se trata del conocimiento profundo e intuitivo de algo (ver figura 1). Es difícil definir la mente sabia, se podría decir que no es un lugar a donde queramos llegar, sino el camino que recorreremos, lo que experimentamos en un momento dado, es decir, la esencia de la conciencia plena o *mindfulness*.

**Figura 1: Introducción de la práctica de mindfulness en DBT**

#### 4.4. Habilidades *Qué*: *Observar, Describir y Participar*

La práctica de *mindfulness* en DBT se plantea como aprender a ejercitar la mente sabia. En este programa de intervención la práctica de conciencia plena se divide en dos tipos de estrategias. Las técnicas *Qué* y las técnicas *Cómo*.

**Tabla 1: Habilidades de *mindfulness* en la DBT**

Objetivo: Ejercitar la mente sabia.	
Técnicas “ <b>Qué</b> ”:	Técnicas “ <b>Cómo</b> ”:
Observar	No juzgar
Describir	Centrarse en una cosa a la vez
Participar	Con eficacia

La meta de las técnicas *Qué* es desarrollar una actitud de participar con los “ojos totalmente abiertos”. Se compone de tres tácticas: observar, describir y participar.

- *Observar* hace referencia a atender a las experiencias en un momento dado sin dejarse atrapar por los conceptos. Se trata de atender a lo sensorial sin ponerle nombre, utilizando todos los senti-

dos. La práctica de observar es sencilla en su ejecución pero resulta muy difícil a los pacientes que se caracterizan por tener ideas preconcebidas de casi todo, lo que hace muy complicado no aferrarse a los conceptos e ideas preconcebidas.

A continuación describimos brevemente algunos ejercicios para practicar esta estrategia, incluyendo la meditación guiada del primero de ellos. El equipo de Linehan en 2002 publicó un CD titulado *From Suffering to Freedom through Acceptance* (publicado por Behavioral Tech, LLC: Seattle, WA, USA) que recoge algunas de las prácticas de *mindfulness* más significativas de la DBT.

1. Contar la respiración: Se trata de observar la respiración pero con una pequeña ayuda. La práctica de *mindfulness* no es fácil para los pacientes con TLP. Resulta difícil, sobre todo en el inicio de entrenamiento, poder centrar la atención en la práctica concreta que estemos realizando. La mente se distrae y se deja atrapar por pensamientos, preocupaciones, emociones, etc., alejándonos del momento presente. Por eso, una buena estrategia es introducir algo que hacer durante la práctica. En este ejercicio se pide a los pacientes que observen la respiración y que cuenten la respiración. En concreto contar las primeras 10 respiraciones y cuando lleguen al 10, volver a empezar en el uno. Así durante 2 minutos.
2. Observar una sensación física como el sabor de un alimento o la sensación de frío o calor de una bebida.
3. Observar con los cinco sentidos. Se trata de dirigir la atención de los pacientes a las sensaciones que nos proporcionan cada uno de los sentidos en un momento dado, recorriéndolos de uno en uno.
4. Observar las experiencias que acudan a la mente en el momento presente, cualquier experiencia. Se puede utilizar una imagen como que la mente es el cielo y las experiencias son las nubes o una cinta transportadora y las experiencias se colocan en la misma. Las experiencias se observan y se dejan pasar sin hacer nada, sin aferrarse a ninguna de ellas.

5) **Mente del principiante.** Se trata de observar un objeto como si fuera la primera vez que lo observamos, liberándonos de las ideas preconcebidas que tenemos de los objetos y del mundo, utilizando las “herramientas” que nos sirven para explorar el mundo, los cinco sentidos. Se le dice a los pacientes que cierran los ojos y se le pone en el regazo un objeto diferente a cada uno. Se les guía primero con los ojos cerrados a que exploren el objeto con el tacto, el oído, el olfato y el gusto y por último con la vista.

- *Describir* trata de poner palabras a lo que *observo*, de ponerle nombre a las experiencias. Describir viene después de observar, no antes. Se pueden complementar los ejercicios anteriores de observar con la descripción de lo observado. Por ejemplo, tras observar la realidad como el cielo en el que las nubes son las experiencias, se le puede dar nombre a esas experiencias: emociones, pensamientos, sensaciones, etc. Tras finalizar el ejercicio de la mente del principiante se puede pedir a los pacientes que le pongan palabras a las sensaciones que han sentido explorando el objeto.

- La tercera de las técnicas *Qué es participar*. Aquí es donde el concepto de aceptación cobra más sentido. Se trata de “entrar” en las experiencias y vivirlas, no quedarse al margen. Participar significa tomar conciencia de que yo no soy ajeno a mis experiencias, no me escapo de ellas, sino que participo de las mismas con plena conciencia. Esta es una de las enseñanzas más valiosas y beneficiosas para el paciente con TLP.

#### **4.5. Habilidades *Cómo*: Sin juzgar; centrarse en el momento presente; con eficacia**

El otro grupo de práctica de *mindfulness* son las técnicas *Cómo* que se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias *Qué*. ¿Qué practicamos? Observar, describir y participar, ¿*Cómo*? *sin juzgar*, experimentando los acontecimientos *de uno en uno*, y con *eficacia*.

Una de las enseñanzas más importantes de las primeras técnicas cómo (*sin juzgar*), que constituyen también la esencia de la conciencia plena, es diferenciar entre lo que es un juicio y lo que es la realidad. Los pacientes con TLP suelen tener una confusión importante respecto a estos conceptos, debido a que su procesamiento cognitivo está muy influenciado por sus emociones (procesamiento emocional). Las técnicas de *mindfulness* ayudan a experimentar los pensamientos y los juicios como otra experiencia más y no necesariamente la realidad.

Otro aspecto a entrenar es experimentar los acontecimientos *de uno en uno*. Se trata de practicar atender a las experiencias de una en una, lo que ayuda a interrumpir la tendencia a aferrarse sólo a ciertas experiencias mentales (p.ej., rumiación), fuente de malestar en estos pacientes. Se practica participar activamente primero de una experiencia y luego de la siguiente, enfatizando así las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiarlas.

Por último, la técnica *eficacia* es donde se enfatiza la intensa conexión del *mindfulness* con la acción. Linehan afirma que la práctica de *mindfulness* lleva a tener conciencia plena de cómo el ambiente cambia, a asimilar la información nueva promoviendo el conocimiento y la eficacia en las acciones (1). Esta práctica cobra significado con la tarea específica en la que estemos involucrados en el momento presente. Por ejemplo, ser eficaz en una situación de crisis emocional es por ejemplo, darme cuenta de que no voy a ser capaz de manejar la situación porque las emociones son ya muy intensas y pedir ayuda (por ejemplo, en un servicio de urgencias). No es eficaz aferrarme a pensamientos como “soy un fracasado, no sé controlarme, no merezco que me ayuden”, sino observar esos pensamientos y emociones, pero centrarme en la tarea de conseguir ayuda.

En resumen, la práctica de *mindfulness* en la DBT consiste en ejercicios de meditación no formal de corta duración que ayuden a los pacientes con grandes dificultades de regulación emocional y

conductual a no escapar de sus experiencias sino a experimentarlas, describirlas y participar de ellas sin hacer juicios de valor, de una en una y con eficacia. Estas tácticas se aprenden en el modo de formato grupal, siendo las primeras que se entrenan y se siguen practicando durante todo el curso del programa de tratamiento con el fin de que se incorporen al repertorio de funcionamiento de los pacientes, pudiendo llegar a experimentar la aceptación radical.

#### **4.6. Aceptación radical en la DBT**

Como señala Linehan, la aceptación es a la vez un objetivo y una actividad en la DBT. La experiencia de la aceptación es el resultado de comprender el mundo contextual y dialécticamente (1).

En el marco de la terapia esto significa conseguir ver el sufrimiento como una respuesta a las condiciones preexistentes más que como un problema desconectado del contexto que tiene que ser resuelto. Este conocimiento proporciona las condiciones para encontrar la solución apropiada dado el contexto, en vez de actuar impulsivamente para reducir o suprimir el malestar. La aceptación refleja así el conocimiento, la sabiduría de tener la voluntad de reunir en vez de dispersar, captando el contexto a la vez que lo afrontamos.

La práctica de la aceptación incluye centrarse en el momento presente, viendo la realidad con los ojos bien abiertos, sin juzgarla, sin aferrarse a nada, con eficacia, encontrando la síntesis, el equilibrio.

En la DBT se entrena y anima a los pacientes a utilizar las habilidades de *mindfulness* para aceptar la realidad de manera completa y radical como prerrequisito para poder cambiarla si es necesario. La aceptación radical es la experiencia plena y abierta de entrar en la realidad tal como es, en este preciso momento, sin constricciones, sin distorsiones, sin juicios, sin evaluaciones, sin querer ni aferrarse ni deshacerse de ella. Hay que destacar que aceptar no es necesariamente evaluar algo como positivo. Aceptar es una cosa y evaluar es otra. Tampoco la aceptación es necesariamente lo mismo que la compasión o el amor (1).

La aceptación radical es la verdad radical. Es un acto de la persona como un todo, no es una mera actividad cognitiva, es una acción total. Implica entrar de manera plena y aceptar el momento presente de forma global.

La experiencia de aceptación radical en terapia implica que la solución al sufrimiento es incrementar la aceptación del momento presente y reducir la supresión o el aferrarse excesivamente a partes de la realidad. Esta idea constituye una de las características fundamentales de la DBT.

## 5. Conclusiones

En este capítulo hemos descrito las técnicas de *mindfulness* que se utilizan en un programa de tratamiento concreto, la Terapia Dialéctica Comportamental, diseñado para el tratamiento de los graves problemas de regulación emocional de los pacientes con TLP. En este último apartado nos gustaría destacar los aspectos que nos parecen más relevantes para concluir este capítulo.

En primer lugar, nos gustaría señalar que esta práctica de *mindfulness* se puede utilizar en otros trastornos de la personalidad. Por ejemplo, en nuestra experiencia esta práctica resulta muy beneficiosa para pacientes con trastornos de la personalidad del cluster C (11), como el trastorno de la personalidad por evitación o el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. Estos pacientes tienen problemas de regulación emocional de otra naturaleza al del TLP; lo que les caracteriza es la evitación y la supresión emocional, más que la disregulación y la intensidad emocional, pero al igual que el TLP, tienen la tendencia a escaparse de las experiencias del momento presente, por lo que un entrenamiento en *mindfulness* y un énfasis en la aceptación combinada con el cambio les resulta muy beneficioso.

En segundo lugar, aunque como hemos visto la DBT es un programa complejo que incluye distintas fases, modos de terapia y estrategias terapéuticas, la práctica de *mindfulness* es esencial y predominante. De hecho, son las primeras habilidades que se adquieren y se

practican en la DBT. La razón es que se consideran un requisito para entrenar las otras habilidades. Es decir, una de las funciones de las técnicas de *mindfulness* es sentar las bases de la adquisición de las demás habilidades (regulación emocional, eficacia interpersonal y tolerancia al malestar).

Pongamos como ejemplo las habilidades de regulación emocional. Aquí el objetivo es el cambio de la disregulación a una mayor estabilidad emocional. Sin embargo, este objetivo no se puede conseguir si sólo nos centramos en el cambio. Para poder modular las emociones, primero es imprescindible poder identificarlas y conocerlas. Como los pacientes con TLP tienden a escaparse de sus experiencias emocionales, suelen tener un desconocimiento importante de lo que realmente están sintiendo. Las técnicas de *mindfulness* sirven para que los pacientes aprendan a observar, describir y participar de sus experiencias emocionales sin juzgarlas ni escaparse de las mismas. Este es el paso previo para poder intervenir en las emociones, para poder modularlas y para conseguir una mayor estabilidad emocional.

Otro de los efectos beneficiosos de las estrategias de conciencia plena es la reducción de la impulsividad. Las técnicas de *mindfulness* ayudan a que el paciente pueda experimentar el malestar emocional sin escapar de él (las conductas impulsivas suelen ser conductas desadaptativas de escape para aliviar el malestar, que, aunque a corto plazo lo consiguen, a medio plazo lo incrementan por mecanismos como el refuerzo negativo). Las estrategias de *mindfulness* y de tolerancia al malestar promueven la reducción de las conductas impulsivas.

Las estrategias de *mindfulness* también producen un efecto más general ya que fomentan que las personas tengan una mayor conciencia de las experiencias vitales. Al ser más conscientes de las experiencias, los pacientes también son más capaces de ver los elementos y mecanismos del contexto que favorecen sus problemas emocionales y los mantienen. Esta mayor conciencia o aceptación de la realidad es la base fundamental para una mayor eficacia en la resolución de los aspectos disfuncionales. Por otro lado, esa mayor aceptación

también incluye una mayor aceptación del propio sujeto, invirtiendo la tendencia a la invalidación, un aspecto fundamental en la teoría biosocial de Linehan.

En el presente capítulo nos hemos centrado en la práctica de *mindfulness* para los pacientes. Sin embargo, la DBT también promueve esta práctica en los terapeutas. Aunque no es un requisito que los terapeutas practiquen meditación formal y prolongada, sí que se aconseja que practiquen habilidades de *mindfulness*. De hecho, las reuniones del equipo terapéutico incluyen la práctica de *mindfulness* liderada cada semana por un miembro del equipo. Además, la DBT enfatiza que los terapeutas lleven a cabo la terapia con conciencia plena, participando de las sesiones con una actitud de aceptación, sin hacer juicios de valor. Esta actitud facilita al terapeuta estar alerta a lo que ocurre en la sesión de terapia, descubriendo información clínica que puede ser muy relevante para la terapia. También fomenta la creación de un marco de validación y aceptación del paciente que favorece un trabajo terapéutico más constructivo.

Por último, nos gustaría señalar las características que diferencian a la práctica de *mindfulness* en la DBT de la que se lleva a cabo en otros programas de intervención como la MBSR (5). O la MBCT (8). Welch y cols. (36) destacan como diferencia fundamental que el *mindfulness* en DBT consiste en habilidades para las que no es necesaria la práctica de la meditación formal, ni para los pacientes ni para los terapeutas. Como ya hemos comentado, la razón fundamental es que la meditación formal y prolongada parece estar contraindicada para los pacientes con psicopatología muy grave (37), que constituyen los clientes habituales de la DBT.

En resumen, Linehan y su grupo han integrado de una manera excelente las estrategias de *mindfulness* en un programa psicológico complejo para un problema muy complejo, dándoles una importancia fundamental. El énfasis en la combinación de la aceptación mediante la conciencia plena, como requisito para conseguir el cambio terapéutico, parece ser la clave del éxito de este programa de tratamiento.

## 6. Referencias bibliográficas

1. ROBINS, C.J., SCHMIDT, H. Y LINEHAN, M.M. "Dialectical Behavior therapy. Synthesizing radical acceptance with skillful means". En: HAYES, S.C., FOLLETTE, V.M. Y LINEHAN, M.M., editores. *Mindfulness and Acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford; 2004. p. 30-44.
2. KABAT-ZINN, J. "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". *Clin Psychol-Sci Pr* 2003; 10: 144-156.
3. BAER, R.A. Y KRIETEMEYER, J. "Overview of Mindfulness- and acceptance-based treatment approaches". En: BAER RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches*. Burlington, MA: Academic Press; 2006. p. 3-30.
4. 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". *Gen Hosp Psychiat* 1982; 4: 33-47.
5. KABAT-ZINN, J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell Publishing; 1990.
6. LINEHAN, M.M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993a.
7. HAYES, S.C., STROSAHL, K. Y WILSON, K.G. *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford Press; 1999.
8. SEGAL, Z.V., WILLIAMS, M.G. Y TEASDALE, J.D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press; 2002.
9. MILLON, T. Y GROSSMAN, S.D. "Goals of a Theory of Personality". En: HERSEN, M. Y THOMAS, J.C., Editores. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2006. Vol 1
10. BELLOCH, A. "Los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista". En: BELLOCH, A. y FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., editores. *Tratado de Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis; 2010. p. 87-89.

11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2000.
12. CABALLO, V.E., GRACIA, A., LÓPEZ-GALLONES, C., BAUTISTA, R. "El trastorno límite de la personalidad". En: Caballo V, editor. *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* 2ª edición. Madrid: Síntesis; 2009. p. 137-160.
13. GUNDERSON, J.G., LYONS-RUTH, K. "BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene-Environment-Developmental Model". *J Pers Disord* 2008; 22: 22-41.
14. LENZENWENGER, M.F., LANE, M.C., LORANGER, A.W., KESSLER, R.C. "DSM-IV personality disorders in the national Comorbidity Survey Replication". *Biol Psychiat* 2007; 62: 553-564.
15. SELVA, G., BELLVER, F., CARABAL, E. "Epidemiología del trastorno límite de la personalidad". En: CERVERA, G., HARO, G. Y MARTÍNEZ-RAGA, J., editores. *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 17-40.
16. CROWELL, S.E., BEAUCHAINE, T.P., LINEHAN, M. "A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory". *Psychol Bull* 2009; 135: 495-510.
17. GERMER, C.K. "Mindfulness. What is it? What does it matter?". En: GERMER, C.K., SIEGEL, R.D. Y FULTON, P.R., editors. *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press; 2005. p. 3-27
18. LINEHAN, M.M. *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993b. Traducción al castellano por Paidós; 2003.
19. GARCÍA-PALACIOS, A. "El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual". En: CABALLO, V., editores. *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis; 2004. p. 483-512.
20. GARCÍA PALACIOS, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*: 453-466.
21. MILLER, A.L. RATHUS, J.H. "Dialectical behavior therapy : Adaptations and new applications". *Cogn Behav Pract* 2000; 7: 420-425.

22. LINEHAN, M.M., ARMSTRONG, H.E., SUAREZ, A. (1991). "Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients". *Arch Gen Psychiat* 1991; 48: 1060-1064.
23. LINEHAN, M.M., HEARD, H., ARMSTRONG, H.E. "Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients". *Arch Gen Psychiat* 1993; 50: 971-974.
24. LINEHAN, M.M., TUTEK, D.A., HEARD, H., ARMSTRONG, H.E. "Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients". *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1771-1776.
25. LINEHAN, M.M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L.A., CRAFT, J.C., KANTER, J., COMTOIS, K.A. "Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence". *American Journal on Addictions* 1999; 8: 279-292.
26. KOERNER, K., LINEHAN, M.M. "Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder". *Psychiat Clin N Am* 2000; 23: 151-167.
27. KOONS, C.R., ROBINS, C.J., TWEED, J.L., LYNCH, T.R., GONZALEZ, A.M., MORSE, J.Q. et al. "Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder". *Behavior Therapy* 2001; 32: 371-390.
28. SWENSON, C.R., SANDERSON, C., DULIT, R.A., LINEHAN, M.M. "The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units". *Psychiat Quart*, 2001; 72: 307-324.
29. TELCH, C.F., AGRAS, W.S., LINEHAN, M.M. "Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder". *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1061-1065.
30. LINEHAN, M.M., TUTEK, D.A., HEARD, H. Y ARMSTRONG, H.E. "Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients". *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1771-1776.
31. VERHEUL, R.; VAN DEN BOSCH, KOERTER, M.W.J., DE RIDDER, M.A.J., STIJNEN, T., VAN DEN BRINK, W. "Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, rando-

- mised clinical trial in the Netherlands". *Brit J Psychiat* 2003; 182: 135-140.
32. VAN DEN BOSCH, L.M.C., KOETER, M.W.J., STIJNEN, T., VERHEUL, R., VAN DEN BRINK, W. "Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder". *Behav Res Ther* 2005; 43: 1231-1241.
  33. KRÖGER, C., SCHWEIGER, U., SIPOS, V., ARNOLD, R., KAHL, K.G., RUDOLF, S. et al. "Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting". *Behav Res Ther* 2006; 44: 1211-1217.
  34. LINEHAN, M., COMTOIS, K.A., MURRAY, A.M., BROWN, M.Z., GALLOP, R.J., HEARD, H.L. et al. "Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder". *Arch Gen Psychiat* 2006; 63: 757-766.
  35. SOLER, J., PASCUAL, J.C., TIANA, T., CEBRIA, A., BARRACHINA, J., CAMPINS, M.J. et al. "Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial". *Behav Res Ther* 2009; 47: 353-358.
  36. WELCH, S.S., RIZVI, S., DIMIDJIAN, S. "Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for borderline personality disorder". En: BAER RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches*. Burlington, MA: Academic Press; 2006. p. 117-142.
  37. LINEHAN, M.M. "Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy". En HAYES, S.C., JACOBSON, N.C., FOLLETTE, V.M. Y DOUGHER, J.M, editors. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno NV: Content Press; 1994. p. 72-86.



## Anexo

---

**Práctica de *mindfulness* en DBT: Observar. Traducido de Linehan, M. M. (2002). *From Suffering to Freedom through Acceptance*. Seattle, WA, USA: Behavioral Tech, LLC).**

1) Contar la respiración:

La práctica de *mindfulness* no es fácil. Es difícil, sobre todo en el inicio del entrenamiento, poder centrar la atención en la práctica concreta que estemos realizando. La mente se distrae y se deja atrapar por pensamientos, preocupaciones, emociones, etc., alejándonos del momento presente. Por eso, una buena estrategia es introducir algo que hacer durante la práctica. En este caso, contar. Te voy a pedir que centres tu atención en la respiración y que la cuentes. En concreto que cuentes tus primeras 10 respiraciones y cuando llegues al 10, vuelvas a empezar en el uno. La primera inspiración será 1, la primera espiración, 2, luego la siguiente inspiración será 3, al espirar 4, luego inspirar 5, espirar 6, inspirar 7, así hasta 10 (el terapeuta modela la inspiración y espiración). Puede pasar que la mente se vaya a otras experiencias y dejes de contar. Si eso ocurre, lo único que tienes que hacer es darte cuenta y empezar otra vez desde el 1. Otras

veces lo que pasa es que se sigue contando después del 10, y de repente veo que estoy en el 23. Si eso ocurre, hacemos lo mismo, volvemos al 1. Así durante 2 minutos.

De acuerdo, vamos a empezar, ponte en una posición que sea cómoda, sentado en una silla y con los dos pies tocando el suelo. Los ojos abiertos mirando hacia abajo. Bien.

Durante los siguientes 2 minutos, céntrate en tu respiración, inspirando y contando como si todo el universo estuviera inspirando contigo y espirando y contando como si todo el universo contara contigo.

Haré sonar la campana tres veces para empezar la práctica y una vez para finalizarla (el terapeuta hace sonar la campana 3 veces para empezar y deja que los pacientes realicen la práctica durante 2 minutos; para finalizar hace sonar la campana una vez).

Una vez finalizada la práctica se comenta con los pacientes si han podido contar la respiración y qué “otras” experiencias han tenido. Si les ha resultado fácil o difícil centrarse y contar la respiración, si se han descontado, si su mente se ha aferrado a otras experiencias como pensamientos, emociones o sensaciones desagradables, etc. Se hace mucho hincapié en la dificultad que supone éste o cualquier otro ejercicio, se refuerzan los intentos por volver a la práctica y se enfatiza la necesidad de practicar. Por último, se recuerda la base lógica del entrenamiento (aprender a utilizar la mente sabia que todos tenemos).

# Índice analítico

---

- A.M.Y.S. (Asociación Mindfulness y Salud) 11, 12, 103, 138
- Aceptación 19, 83, 95, 114, 170, 174, 199, 210, 221, 272, 273, 292
- Aceptación activa 253
- Aceptación radical 272, 292
- Actitud 82, 104
- Actitud del psicoterapeuta 104
- Actitud mindful 58, 119, 131
- Afrontamiento 144, 146, 155, 249, 255, 266
- Agustín de Hipona 171, 172, 203
- Ainsworth 186, 206
- Alimentación consciente 220, 221, 232
- Alodinia 245
- Ambiente invalidante 222, 276
- Amígdala 174, 189, 194, 248
- Anclajes básicos 111
- Anicca 70
- Anorexia nerviosa 210, 212
- Ansiedad 82, 87, 90, 98, 99
- Antidepresivos ISRS 180
- Apego ambivalente 186
- Apego seguro 22, 125
- Apertura 9, 43, 69, 99, 100, 130, 139, 187, 219
- Aprendizaje inhibitorio de la extinción 181
- Armstrong 64, 79, 298
- Atención afectuosa 304
- Atención Plena 9, 31, 39, 48, 143, 148, 149, 150, 151, 154, 158, 159, 162, 163, 164, 187, 190, 196, 197, 198, 255
- Atención Selectiva 82, 88
- Atracón 212, 213, 215, 218, 222, 225, 226
- Autoayuda 214, 280, 283
- Auto-compasión 72, 73, 156
- Autocompasión 99, 123, 124, 128
- Auto-observación 185
- Auto-observación terapéutica 185
- Autorreferencial 107

- Baer 105, 136, 166, 207, 225, 238, 239, 296, 299
- Bases neurobiológicas 242, 244
- Belloch 163, 184, 206, 296
- Bishop 12, 65, 67, 79, 136, 166
- Body Scan 103
- Bowlby 186, 206
- Brahm 63, 79
- Bulimia Nerviosa (BN) 210, 212, 214
- Catastrofismo 249
- Cayoun 53, 79
- Cerebelo 194
- Chah 59, 63, 65, 79
- Chödrön 72, 79, 137
- Cierre cerebral 195, 199
- Círculo vicioso autorreferente
- Círculo virtuoso de mindfulness 174
- Circunvolución cingular anterior 189
- Clara comprensión 34, 35, 36, 40, 44, 45
- Clark 176, 204
- Cognición 30, 39, 45, 154, 200, 216, 218, 225, 248, 274, 275
- Comparación 125, 215, 222
- Compasión 83, 99, 123, 156, 242, 258
- Compassionate mind training 164
- Componentes emocionales 244, 255
- Compulsiones 206
- Conciencia corpórea 174, 188, 189
- Conciencia interoceptiva 217
- Conciencia plena 153
- Conciencia somática 229, 252, 253
- Contemplación de la mente 42
- Contemplación del cuerpo 20, 39, 41
- Contemplación de los sentimientos 41
- Coraje 126, 1298
- Corteza orbito-frontal 187, 195, 197
- Corteza pre-frontal 22, 189, 194
- Craske 101, 136, 181, 205
- Cualidades fenoménicas 25
- Curación 28, 90
- Cursos 56, 57, 61
- DBT-BN (Terapia conductual dialéctica adaptada para Bulimia Nerviosa) 214
- DBT-TA (Terapia conductual dialéctica adaptada para Trastorno por Atracción) 215
- De-fusión cognitiva 201
- Decentering 96
- Defusión Cognitiva 120, 122
- Deikman 74, 80
- Desafío 99, 132, 230, 264
- Desarrollo de la práctica del Sati-pathana 44
- Descentramiento 96, 154, 224, 225
- Deseo 134
- Desidentificación 82, 96
- Desliteralización 82, 83, 97, 120, 122
- Deuda emocional 72, 79
- Dharma 59, 79
- Dialectical Behavior Therapy 238, 273, 298, 299
- Diálogo interno 128
- Didonna 79, 135, 191, 207, 237
- Diligencia 34
- Disfunción en la regulación emocional
- Disolución natural 91

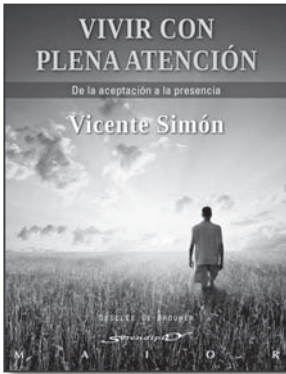
- Disregulación emocional 97  
 Disregulación emocional  
 Dolor Crónico 241, 243, 244, 245,  
 247, 249, 250, 251, 252, 253,  
 254, 255, 256, 257, 258, 263,  
 264, 266, 268  
 Dolor referido 245  
 Dualismo 70, 71  
  
 Ego-distónico 176  
 Ejercicio de la Uva pasa 149  
 Ejercicio Físico 253  
 Emoción negativa 155  
 EMPOWER (Mindfulness para la  
 prevención de la ganancia de  
 peso) 210, 226, 239  
 Energía Vital 134  
 Entrenamiento en comer conscien-  
 te (MB-EAT) 221, 225  
 Entrenamiento en mindfulness 16,  
 20, 29, 30, 31, 33, 45, 52, 56, 57,  
 143, 148, 155, 211, 225, 293  
 Escala de Mindfulness y Darse  
 Cuenta 159  
 Escalado jerarquizado 105, 106,  
 123  
 Escaner corporal  
 Espacio 106  
 Esquemas cognitivos depresógenos  
 145  
 Esquivel 171  
 Estabilizar la atención 113, 132,  
 138  
 Estado de Aceptación 91  
 Estado de Presencia 94, 110, 111,  
 112  
 Estados afectivos negativos 212  
 Estados de ansiedad agudos 115  
 Estilo cognitivo rígido 218  
 Estilos parentales 186  
 Estrategia de evaluación 18  
 Etiquetar 97, 120, 159, 196, 198,  
 222, 262, 276, 282  
 Eventos mentales 107, 120, 152,  
 177  
 Evitación emocional  
 Evitación experiencial 82, 86, 96,  
 99, 102, 104, 105, 224, 261  
 Experiencia directa 21, 25, 25, 33,  
 42, 43, 45, 91, 106, 121, 185  
 Exposición con prevención de res-  
 puesta 98  
 Exposición interoceptiva 102  
 Exposición más prevención de res-  
 puesta (E+PR) 180  
 Exposición mindful 82, 83, 117,  
 128  
 Exposición situacional in vivo 103  
 Extinción 174, 181, 188, 189, 224  
  
 Familia 200, 201, 252, 254  
 Filosofía dialéctica en DBT  
 Foco narrativo 110  
 Freud 18, 25, 171, 172, 250  
 Fusión Cognitiva 96  
 Fusión de pensamiento y acción  
 183  
 Fusión pensamiento-acción (TAF)  
 224  
  
 Germer 11, 13, 49, 73, 79, 80, 137,  
 190, 207, 221, 237, 266, 269,  
 277, 297  
 Gladding 196, 207  
 Guidano 48, 178, 185, 186, 204  
  
 Habituaación entre sesiones 181  
 Habituaación intra-sesión 181

- Hanson 49, 53, 79  
Hayes 10, 13, 48, 49, 135, 174, 199, 204, 207, 208, 235, 237, 238, 296, 299  
Hiperalgesia 245  
Hipocampo 189  
Hölzel 79, 188, 203
- Identificación 75, 77, 144, 153, 192, 217  
Iluminación 107  
Impermanencia 70  
Indefensión 249  
Insight 79, 95, 144  
Insight del sinsentido de las preocupaciones 179  
Instrucciones fundamentales 108  
Insula  
Interactive Cognitive Subsystems 145, 163  
Interferencias 22, 36, 60, 116, 119, 127, 140  
Inventario de las cinco facetas del mindfulness
- James 189  
Janet 171, 172, 250, 257  
Juzgar 64, 71, 88, 99, 105, 108, 116, 122, 134, 148, 159, 177, 187, 219, 222, 227, 229, 230, 260, 261, 272, 277, 288, 290, 291
- Kabat-Zinn 10, 12, 53, 64, 79, 136, 137, 143, 148, 150, 166, 191, 207, 237, 268, 296  
Kalyana mitta 59  
Kristeller 137, 225, 239
- Lazar 79, 188, 203
- Liotti 178, 185, 186, 204  
Logoterapia 130  
Lutz 79, 207
- Machado 70, 79  
Marcador somático 247, 248  
MBCT 92, 165, 210, 221, 224, 225, 273, 295  
MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) 10, 11, 115, 143, 148, 153, 157, 223, 225, 255, 273, 295  
Meditación en grupo 56, 59  
Meditaciones de compasión 226  
Meditación formal 115  
Meditación informal 56, 58, 59, 65  
Meditación sentada 227, 228, 229  
Memorias traumáticas 257, 260  
Mendius 49, 53, 79  
Mente ansiosa 85  
Mente de principiante 37, 69, 114, 119, 139, 158  
Mente sabia 111, 223, 286, 287, 288  
Metáforas 25, 76, 122, 224  
Método de cuatro pasos 174, 192, 195, 202  
Metta 72  
Miedo anticipatorio 247  
Miedo psicológico 84  
Mindfulness 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 48, 49, 52, 53, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 93, 94, 96, 98, 100, 102, 104, 105, 106, 108, 110, 112, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 124,

- 126, 128, 135, 136, 137, 139,  
141, 142, 143, 144, 146, 147,  
148, 150, 152, 154, 156, 157,  
158, 159, 160, 162, 163, 164,  
165, 166, 168, 169, 170, 172,  
173, 174, 176, 178, 180, 182,  
184, 185, 186, 188, 190, 192,  
194, 196, 198, 203, 207, 210,  
212, 214, 216, 218, 219, 220,  
221, 222, 223, 224, 226, 229,  
235, 237, 238, 239, 242, 251,  
255, 257, 259, 261, 265, 266,  
269, 271, 272, 273, 277, 278,  
282, 296, 297, 299
- Miró 6, 7, 12, 15, 48, 55, 67, 157,  
163, 169, 185
- Modelo de Barlow y Craske 101
- Modelo de evitación cognitiva 216
- Modelo metacognitivo 183
- Modo de Hacer 148, 191
- Modo de Ser 147, 148, 191
- Morita Therapy 199, 207
- Multidisciplinar 243, 252
- Narrativa 251, 253
- Neff 80, 105, 136, 137, 156, 164
- Neurobiología Interpersonal 170,  
174, 185, 186, 192, 193, 202
- Neuroplasticidad 245
- Neutralización mental 175
- Núcleo caudado 195
- Obesidad 271
- Observador 93
- Observador silencioso 93
- Obsesiones 206
- Obsessive Compulsive Cognitions  
Working Group 184, 206
- Panna 62, 63
- Paradoja de mindfulness 83, 130
- Paradojas 224
- Parar-Respirar-Sentir 229
- Paseo meditativo informal 115
- Pensamiento Positivo 107
- Pensamientos críticos 219, 220, 223
- Pensamientos de preocupación y  
temor 121, 122
- Pensamientos intrusivos 171, 173,  
177, 179, 182, 183, 184, 202
- Perfeccionista 218
- Plan personal de autocompasión  
124, 128
- Plantilla de registros 110
- Postura 24, 39, 40, 43, 58, 65, 140,  
148, 149, 150, 167, 261
- Práctica de barrido corporal 83, 117
- Práctica de meditación 286
- Prácticas guiadas 111
- Presencia 93, 94, 100, 104, 107,  
110, 111, 112
- Presencia Consciente 93
- Presencia terapéutica 76, 77
- Presente 112, 129
- Prevención de respuesta 98
- Procesamiento de abajo-arriba 26
- Procesamiento de arriba-abajo 26
- Programa de intervención indivi-  
dual 82, 100
- Programas multidisciplinarios 243
- Psicoeducación 82, 101, 104, 106
- Psicoterapia basada en mindful-  
ness 221
- Psicoterapia mindfulness 221
- Rachman 178, 182, 183, 203, 204,  
206
- Reactividad al estrés

- Reactividad Cognitiva 155  
 Recaídas en depresión 11, 145, 146, 148, 156, 157, 158, 162, 173, 191  
 Regulación emocional 82  
 Relación terapéutica 20, 21, 22, 23, 30, 55, 78, 91, 92, 104, 221, 257, 279, 283  
 Relajación 102, 107, 118, 172, 252, 253, 254  
 Repercepción 98  
 Resistencia 176  
 Respiración 83, 108, 112, 113, 149, 151  
 Retiros de meditación 56, 60  
 Revisión corporal 227, 230  
 Rituales 171, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 194, 196, 197  
 Rudimentos de mindfulness 117  
 Rumiación 146, 148, 156, 176, 213, 219, 249, 264, 291
- Salkovskis 135, 184, 186, 204, 206  
 Samadhi 62, 63, 66  
 Sati 31, 35, 36, 37, 38, 64  
 Satipatthana Sutta 16, 20, 29, 31  
 Schore 186, 206, 237  
 Schwartz 174, 195, 196, 204, 207  
 Segal 12, 13, 79, 135, 143, 163, 165, 166, 173, 191, 203, 224, 238, 296  
 Sensación de ser en el conocer 29  
 Sentirse a salvo 83, 104, 123, 125, 126  
 Señales de regulación del apetito 217  
 Señales fisiológicas de hambre y de saciedad 230  
 Señales fisiológicas de la emoción 217
- Sesgo interpretativo 82, 88, 89, 118  
 Siegel 10, 11, 13, 48, 49, 53, 77, 78, 79, 80, 135, 174, 187, 192, 193, 194, 204, 207, 219, 237, 247, 266, 297  
 Siegel DJ 79, 80, 204, 207, 237  
 Siegel RD 13, 49, 79, 207, 237, 297  
 Sila 63  
 Silencio 24, 28, 35, 59, 60, 61, 63, 66, 71, 93, 111, 117, 260  
 Simón 6, 12, 47, 49, 51, 79, 80, 112  
 Sistema fisiológico de lucha-huída 86  
 Sobre-reacción emocional 19, 29  
 Soltar 70, 82, 94, 129  
 Somatización 250  
 Sufrimiento (Aparece unas 50 veces)  
 Supresión de pensamientos 88  
 Supresión y control del pensamiento 201
- Tálamo 195, 244  
 Tao Te Ching 70, 79  
 TCC-TA (Terapia cognitivo-conductual adaptada para Trastorno por Atracón) 215  
 TCPP (Terapia de conducta para la pérdida de peso) 215  
 Teasdale 13, 48, 49, 96, 135, 143, 145, 146, 147, 155, 156, 163, 164, 165, 173, 191, 203, 224, 238, 296  
 Técnicas de defusión cognitiva 224  
 Técnicas de exposición 99, 119, 172  
 Telch 222, 236, 237, 238, 298  
 Temor 69, 70, 83, 84, 86, 103, 120, 121, 122

- Temporizador 65  
Teoría biosocial del TLP 295  
Teoría de la Autodeterminación 133  
Teoría del apego 22, 185, 186  
Teoría del control mental 216  
Teoría del Marco Relacional 200  
TEPT 250  
Terapeuta mindful 221  
Terapia cognitiva 210, 221, 238  
Terapia cognitiva basada en la Atención Plena, 143, 148, 163, 164  
Terapia Cognitiva basada en Mindfulness 142, 162, 173, 224, 273  
Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) 19, 170, 174, 199, 210, 221, 273  
Terapia Dialéctico-Conductual 157  
Terapias mente-cuerpo 254  
Testigo, 74, 75, 76, 93  
Tiempo psicológico, 110  
Tolerancia al miedo, 181  
Tonglen 126  
Trastorno de Agorafobia, 117  
Trastorno Límite de la Personalidad 223, 273, 274, 297  
Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) 170, 171  
Tratamiento 206  
Trauma 242, 260, 267  
Validación/aceptación 295  
Valores 83, 88, 103, 123, 124, 134, 176, 197, 200, 224, 232, 280, 282  
Van der Hart 267  
Vislumbre 95, 124  
Wells 183, 190, 191, 206, 207  
Williams 13, 48, 135, 143, 164, 165, 173, 191, 203, 224, 238, 296  
Yoga 10, 150



## **Vivir con plena atención**

### **De la aceptación a la presencia**

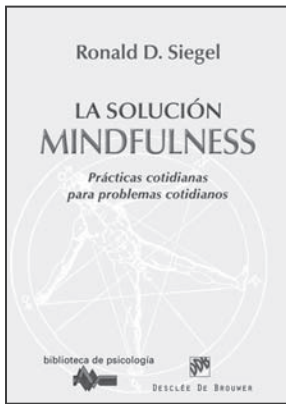
**Vicente Simón**



ISBN: 978-84-330-2524-1

*Vivir con plena atención* trata de la vivencia del ser, más allá de cualquier adscripción a una escuela filosófica o a una tradición religiosa determinadas. Vivir la propia vida es una realidad de primera mano, única, intransferible. Y cuando se la mira de cara, atisbando su más profundo núcleo, lo que se nos manifiesta es la Conciencia misma, que siempre estuvo ahí y que nos tiene reservado el tesoro inagotable de una tranquilidad que permanece para siempre.

Se atestigua que es posible relacionarse de una manera distinta con la propia mente y que, si este empeño perdura, nos acaba revelando la magia de un paisaje imprevisible. No hace falta ir a ninguna parte, ni aguardar ningún acontecimiento venidero. La experiencia puede suceder aquí mismo y ahora, si acaso tenemos la valentía de afrontar la propia realidad tal como es, sin disfrazarla ni zafarnos de ella. El presente libro indaga en la estructura de la mente egoica (predominante entre nosotros) y en sus aspectos más problemáticos, que incluyen su reclusión en un universo conceptual, una ilusoria idea de la felicidad, el protagonismo desmesurado de la historia personal y la ilusión de separación en que vivimos. Pero tras alcanzar una visión cabal de la mente y de su relación con la realidad, se percibe que el mundo no resulta ni tan amenazador ni tan prometedor como lo habíamos imaginado. Se entrevé que la bondad y la belleza han estado desde siempre en el fondo del propio corazón y que una vez reveladas, van a ser reconocidas por doquier.



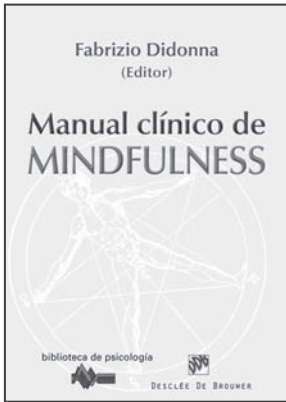
## **La solución Mindfulness** **Prácticas cotidianas para** **problemas cotidianos**

**Ronald D. Siegel**



ISBN: 978-84-330-2474-9

La plena conciencia brinda una senda hacia el bienestar y un herramental para hacer frente a los escollos de la vida cotidiana. Y aunque pueda parecer una cosa exótica, podemos cultivarla –y cosechar sus comprobados beneficios– sin un adiestramiento ni gasto de tiempo especiales. El doctor Ronald Siegel, experimentado terapeuta y experto en esta rama de la psicología, nos muestra en esta guía de agradable lectura cómo hacerlo exactamente. Podremos utilizar estrategias eficaces mientras nos dirigimos en coche al trabajo, sacamos a pasear el perro o lavamos los platos; también encontraremos otros consejos útiles para poner en práctica un plan sencillo y formal en tan sólo veinte minutos al día. Unos planes de acción flexibles, graduales, nos ayudarán a vivir más centrados y a ser más eficaces en nuestro quehacer cotidiano; es decir, a hacer frente a sentimientos difíciles como, por ejemplo, la ira y la tristeza; a profundizar nuestra relación de pareja; a sentirnos más descansados y menos estresados; a domeñar hábitos poco sanos; a encontrar alivio a la ansiedad y la depresión, y a resolver problemas relacionados con el estrés tales como el dolor, el insomnio y otros de orden físico. Nos ayudarán, en suma, a llevar una vida más equilibrada..., desde hoy mismo.



## Manual clínico de Mindfulness

**Fabrizio Didonna (Ed.)**



ISBN: 978-84-330-2511-1

*“Este libro se va a convertir en un clásico. Ábralo en cualquier página y encontrará escritos de gran sabiduría y precisión. Con una visión exhaustiva, el Manual Clínico de Mindfulness nos permite ver con claridad cuán convincentes son el arte y la ciencia de la investigación racional cuando se unen”.*

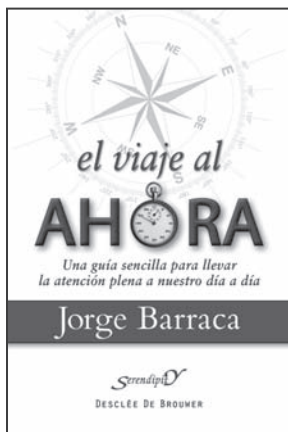
Mark Williams, Ph.D.

En las dos últimas décadas la psicología oriental ha ofrecido un terreno fértil para los terapeutas, como piedra angular, componente o complemento de su trabajo. En concreto, existen estudios que están identificando la práctica budista de Mindfulness como base para intervenciones efectivas en varios trastornos.

El *Manual Clínico de Mindfulness* es una guía que va de la teoría a la práctica, escrita con claridad, y que apunta hacia ese poderoso abordaje terapéutico (además de los conceptos relacionados de meditación, aceptación y compasión) y su potencial para el tratamiento en una serie de problemas psicológicos frecuentes. Sus principales características son:

Revisión neurobiológica de cómo funciona Mindfulness; Estrategias para implicar a los pacientes en la práctica de Mindfulness; Herramientas y técnicas para evaluar Mindfulness; Intervenciones para los trastornos con mayor prevalencia, como depresión, ansiedad y trauma; Capítulos especiales sobre la utilización de Mindfulness en oncología y en dolor crónico; Intervenciones específicas para niños y ancianos; Aplicaciones exclusivas para pacientes internados y Anexo con ejercicios.

El *Manual Clínico de Mindfulness* incluye las contribuciones de algunos de los autores e investigadores más importantes en el campo de las intervenciones basadas en Mindfulness. Interesará a profesionales, investigadores y expertos de la salud mental, y su potencial de aplicación lo convierte en una referencia excelente para estudiantes y aprendices.



## **El viaje al ahora**

### **Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día**

**Jorge Barraca**



ISBN: 978-84-330-2527-2

Vivir con atención plena consiste en mantener la actitud de estar en contacto con el mundo, abierto a lo que se experimenta en cada instante, dirigiendo la atención de forma consciente a lo que se hace en cada momento, y llevarlo a cabo de forma similar a la de un niño que contempla por primera vez un espectáculo sorprendente, sin juzgarlo, valorarlo, cuestionarlo, criticarlo... sin compararlo con vivencias del pasado, sin preocuparse por lo que sucederá, sin envidias. Se trata, en suma, de dejar que sean las cosas, el mundo, las experiencias, los sentidos, el cuerpo los que hablen por sí mismos, directamente, sin que la mente se inmiscuya u opine. Empezar a vivir con atención plena significa vivir realmente. Es despertarse y descubrir el mundo, que resulta entonces mucho más interesante, intenso, atractivo, vivificante y placentero.

La clave para contrarrestar los pensamientos negativos, los estados de ánimo bajos, la ansiedad por problemas futuros, está en no ensimismarse, sino en estar ahora –ya– en conexión con el exterior y francos a lo que llegue en cada momento. Frente al pensar y pensar, invito a vivir y vivir, pero para eso se tendrá que volver al presente. Esta es la idea básica que quiero transmitir en este libro.

Tome su billete para el viaje al lugar más extraordinario del mundo, el único real. Quizás nunca ha estado de verdad en él o lleva años sin frecuentarlo, aunque le aseguro que está muy, muy cerca. Su billete es para el viaje al ahora.



# BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

## Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.<sup>a</sup> Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Elin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS  
Vol 1. Con ejercicios del profesor  
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José M<sup>o</sup> Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

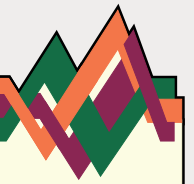
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por M<sup>a</sup> Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por M<sup>a</sup> Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).

## **Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

### **Dirigida por Isabel Caro Gabalda**

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.





A la par que el ritmo de nuestras vidas se ha ido acelerando con la incorporación de nuevas tecnologías en la información y en la comunicación, la práctica de *mindfulness* (o atención plena) se ha ido incorporando, como componente principal o coadyuvante, a todos los modelos de tratamiento psicológico. La investigación de resultados ha puesto de manifiesto que la práctica de *mindfulness* no solo resulta eficaz, sino también eficiente en el alivio de problemas relacionados con el estrés, así como en otras condiciones clínicas y contribuye, además, a mejorar la salud, el bienestar y el funcionamiento cognitivo. En este texto, se ofrecen principios generales y guías prácticas para integrar *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos psicológicos más frecuentes en la práctica clínica, tales como la ansiedad, la depresión, el TOC, los trastornos de la conducta alimentaria, el dolor y el trauma, así como el trastorno límite de la personalidad. En cada uno de estos temas se revisan los programas de tratamiento, la investigación, los consejos prácticos y las precauciones que hay que conocer a la hora de utilizar *mindfulness* en el manejo terapéutico de un trastorno específico. En cuanto al libro en su conjunto, la intención que anima cada capítulo es la de crear un texto que facilite la tarea de aquellos profesionales de la salud mental (terapeutas o investigadores) que comienzan a introducirse en el mundo novedoso y prometedor de *mindfulness*.

M<sup>a</sup> Teresa Miró es psicóloga clínica y profesora titular de la Universidad de La Laguna, en la que da clases de tratamientos psicológicos. Es socia fundadora y Vicepresidenta de la Asociación *Mindfulness y Salud*.

Vicente Simón es catedrático de psicobiología de la Universidad de Valencia y médico psiquiatra. Imparte conferencias y dirige grupos de meditación, especialmente para profesionales de la salud mental. Es miembro fundador y Presidente de la Asociación *Mindfulness y Salud*.



biblioteca de psicología

