

12 Regulación emocional basada en *Mindfulness* Cuidando al terapeuta

Carmen Bayón
Beatriz Rodríguez-Vega

1. Introducción

La práctica de la psicoterapia constituye un contexto de crecimiento y desarrollo del terapeuta como un ser autónomo en conexión con los otros, donde la autonomía se redefine como un “estar disponible para lo relacional”. El “ser terapeuta” ofrece la oportunidad de un crecimiento relacional muy importante, pero también tiene algunos riesgos que deben ser especialmente cuidados. Entre ellos podemos citar:

- La tendencia a la identificación con los problemas que se escuchan lo que lleva a que en ocasiones sea difícil distinguir qué emociones son propias de las emociones que son sentidas y verbalizadas por los pacientes.
 - La importancia de sentir las emociones y regularlas. En el clima del espacio terapéutico se genera una gran intensidad emocional y el terapeuta debe implicarse en la relación para que el paciente sienta que es sentido por el terapeuta, que está presente en la mente del otro con deseos y necesidades. El problema no es sentir durante el proceso, el problema surge cuando el terapeuta lo que desea o hace es evitar, negar, disociar las emociones y el resultado es que el paciente deja de existir como sujeto en la relación. Por lo tanto, el terapeuta debe aprender a estar en conexión y cuando lo requiere, para poder cuidarse, romper esa conexión entrando en contacto consigo mismo y con sus recursos para desde ahí, poder volver a reconectar. Son estas micro-interacciones que tienen lugar durante las sesiones las que estable-
- cen la base de la resiliencia, y las que capacitan al paciente para tomar las riendas de su vida.
- Darse permiso a no saber: en nuestro trabajo debemos cultivar el no saber que implica el apegarnos menos a los modelos teóricos y las hipótesis, dejar ir las preconcepciones y ver las cosas con ojos frescos, abrirse a la incertidumbre. El apego excesivo conlleva una falta de flexibilidad. En palabras de Piaget, somos muy buenos en asimilar información que se ajusta a nuestros esquemas, sin embargo es muy difícil la acomodación, el permitir cambiar el modelo, las hipótesis en función de la información nueva que entra. Es importante ver al paciente como si fuera la primera vez, nada es conocido, atentos a cada detalle de la historia y lo no verbal. De alguna forma, es intentar no actuar como Procusto “el hombre que vivía en un castillo al lado de un río, que tenía una única cama de hierro y no tenía problemas cuando los viajeros se quedaban a pasar la noche. Si el viajero era muy largo y se le salían los pies del lecho se los cortaba, si el viajero era pequeño, le estiraba hasta que se acomodara a la longitud de la cama”
 - Aislamiento emocional: con aislamiento no sólo nos referimos al entorno físico, sino también el sentirnos solos con los pacientes, y la soledad puede generar cansancio. En las entrevistas se produce el encuentro entre dos personas durante el cual una de ellas, el terapeuta, se concentra en explorar los pensamientos y sentimiento íntimos del otro, teniendo que contener y gestionar los suyos propios, y donde además, el terapeuta desa-

parece como persona convirtiéndose en una imagen de figuras pasadas de la historia del paciente.

- La preocupación del terapeuta por la imagen que ofrece ante uno mismo, ante los supervisores y compañeros es algo que puede interferir en la terapia. El deseo de ser competente se introduce en medio de la relación y en última instancia puede provocar un alejamiento del paciente. El ser vistos de forma favorable es un deseo humano universal, sin embargo, “cuanto menos nos preocupemos en parecer competentes más competentes seremos”. También, se puede dar el rechazo de partes del terapeuta que no desea que sean visibles para los pacientes, ni siquiera para él mismo. Cada vez que surgen las características no deseadas, el terapeuta puede adoptar una posición defensiva, reaccionando e intensificando lo no deseado. Es bien conocido el dicho “a lo que te resistes persiste, lo que aceptas se transforma”. La amabilidad y aceptación de todas las partes de uno mismo ayuda a ser mejor terapeuta.

La investigación reciente muestra que los factores que influyen en el resultado del proceso psicoterapéutico, más allá de las técnicas aplicadas o del modelo teórico adoptado, se relacionan con las cualidades del terapeuta y la relación terapéutica, lo que explica hasta un 20% de la varianza (Duncan & Miller, 2000; Fulton, 2013; Norcross et al, 1995; Lambert & Barley, 2001). Los terapeutas que son percibidos por los pacientes como cálidos, empáticos, comprensivos, que aceptan y se aproximan a los pacientes con una actitud abierta y de colaboración tienen mejor alianza terapéutica (Norcross & Wampold, 2011). En la adquisición de estas capacidades el terapeuta necesita cultivar un estado mental interno que permita responder con empatía tanto en la dimensión cognitiva como afectiva (Greason & Cashwell, 2009; Lambert & Barley, 2001; Rogers, 1961). Además, se requiere que el terapeuta tenga la suficiente flexibilidad para moverse entre la mente y el cuerpo, pensamientos y sentimientos y entre el mundo inter e intrapersonal.

Diferentes estudios concluyen que la práctica de la meditación para cultivar el estado *mindfulness* por parte de los terapeutas constituye un pilar básico para la efectividad de la terapia. El entrenamiento en *mindfulness* permite a los terapeutas ser flexibles, receptivos y estar presentes lo que influye en una relación segura y empática (Siegel, 2010). Además se ha mostrado que disminuye el estrés profesional y mejora el bienestar

del terapeuta (Cohen-Katz, et al., 2005a; Cohen-Katz et al, 2005b; Regehr, 2014; West et al, 2014).

2. Concepto de Mindfulness. Cómo cultivar Mindfulness

Mindfulness (traducido al español como Atención Plena) se define como un estado de conciencia centrado en el presente, no interpretativo ni enjuiciador, en el que se presta atención, con intención, a lo que surge en el momento presente reconociendo y aceptando cada hecho mental (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Germer y colaboradores (2005) centran el concepto sobre todo en «ser consciente del momento presente con aceptación», mientras que Teasdale y colaboradores (1995) dan más valor al control atencional, el redirigir la atención una y otra vez para manejar el malestar emocional. En general, hay consenso entre diferentes autores en distinguir dos componentes en *mindfulness* (Bishop et al, 2004). El primero es mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente, y el segundo es la actitud en la que se resaltan la curiosidad, la apertura y la aceptación. El término *mindfulness* hace referencia a un constructo teórico, a una práctica o prácticas para desarrollar el estado de conciencia *mindfulness*, y a un proceso psicológico (estar consciente o *mindful*).

El ser humano funciona habitualmente en el «modo de hacer», actividad mental que se caracteriza por rumiar sobre el pasado, planificar el futuro y analizar y procesar la experiencia presente con un tono enjuiciador y una actitud de impaciencia. Frente al modo de hacer, con la práctica de *mindfulness* se cultiva el «modo de ser» en el que se observa lo que viene a la mente sin tratar de controlarlo, permaneciendo genuinamente tranquilos, sin reaccionar, saliendo del continuo “me agrada/me desagrada” y del juicio bueno/malo. En el modo de ser se descansa en el presente que se sitúa en un ámbito no-conceptual, previo al lenguaje, y es el sentido de la experiencia inmediata, el instante que hay entre la imagen mental y el momento en que podemos identificarla y nombrarla.

Con la práctica de *mindfulness* se entrena la atención. No se trata sólo de una atención focalizada o concentrativa, sino de una atención relajada (conciencia sin elección) en la que los hechos mentales y sensaciones fluyen y llegan a la conciencia, explorando la experiencia cambiante y cultivando el insight sobre uno mismo y sobre la realidad. Se potencia la

capacidad de distinguir entre la experiencia sentida con todas las sensaciones primarias que nos permiten saber de ella, de las reacciones emocionales o cognitivas de segundo orden que tienen una naturaleza evaluativa «bueno, malo o neutro», una valencia afectiva «agradable, desagradable» y que suelen estar condicionadas por los recuerdos e historias pasadas. Utilizar la mente de forma plena y darse cuenta de lo que ocurre en cada instante, como si fuera la primera vez que ocurre ¿Cuáles son tus pensamientos, tus emociones, tus sensaciones corporales ahora y ahora y ahora...? El diferenciar entre estos dos modos de procesamiento facilita el desarrollo de la instancia del «yo observador» (Chambers et al., 2008; Farb et al., 2007).

En el ámbito de la psicología contemporánea, la práctica de *mindfulness* ha sido incorporada como una forma de hacerse consciente de las reacciones automáticas y los procesos psicológicos aprendidos que, con frecuencia, contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Williams, 2010). *Mindfulness* como un proceso de regulación que favorece la capacidad de atender al constante flujo de pensamientos, emociones y sensaciones físicas y modifica la orientación y la relación con la experiencia. La investigación muestra que los intentos continuos para suprimir o evitar pensamientos y emociones (estrategias habituales de afrontamiento) sólo sirven para aumentar la frecuencia y la intensidad de éstos (Hayes y Strosahl, 2005). Se entrena la mente para estar con los pensamientos, emociones sin identificarse con el contenido.

En la práctica de *Mindfulness* se cultiva una actitud que incluye hasta siete factores que constituyen los soportes de la práctica (Bishop y colaboradores, 2004). El primero es “**No Juzgar**”, ser testigos imparciales de la propia experiencia tomando conciencia del constante flujo de juicios y reacciones a experiencias, tanto internas como externas, en las que nos vemos atrapados. La costumbre de categorizar y de juzgar nuestra experiencia nos limita a reacciones mecánicas de las que ni siquiera nos damos cuenta y que carecen totalmente de base objetiva. Los juicios tienen tendencia a dominar nuestras mentes y dificultan el encontrar la calma en nuestro interior. El segundo es “**Paciencia**”, esperar a que las cosas ocurran cuando tengan que ocurrir. La mayoría de las veces nuestros pensamientos arrollan nuestra percepción del momento actual y hacen que perdamos nuestra

conexión con el presente. Tener paciencia es estar completamente abierto a cada instante, aceptándolo con su plenitud y sabiendo que las cosas se descubren cuando les toca. Como decía Juan Ramón Jiménez «No corras, ve despacio, que adonde tienes que ir es a ti solo». El tercero es “**Confianza**”: confiar en el ser consciente, teniendo siempre la motivación de no hacer daño, el ver y realmente ver con todos los sentidos, confiar en tu cuerpo. El cuarto es “**No Luchar**”. El quinto es “**Aceptación**”: El sufrimiento surge de la resistencia que presentamos a lo que está sucediendo, buscando que las cosas sean de diferente forma. El sufrimiento está basado no en lo que ocurre, sino en la relación que tenemos con lo que ocurre. Sufrimiento = dolor × resistencia. La cantidad de resistencia que ponemos frente al dolor determina la cantidad de sufrimiento. Una forma diferente de relacionarse con la experiencia es la aceptación radical. La técnica de *Mindfulness* nos enseña a dejar de luchar, dejar de resistir a lo que hay. Cuando descansamos y aceptamos, tenemos una oportunidad para percibir y relacionarnos con las circunstancias directamente, con mayor claridad y libertad. El sexto es “**Dejar ir, no apegarse**”: nuestra mente se apega a determinados estados, sobre todo cuando son agradables y pretendemos que permanezcan y no cambien, pero las sensaciones, emociones y pensamientos no responden a nuestros deseos, son caprichosos, van y vienen cuando ellos quieren. Es como el ejemplo de la caza de monos en la selva, se coloca una caja con una banana en el interior y con una ranura lo suficientemente pequeña para que entre la mano del mono. El mono mete la mano por la ranura, coge la banana, cierra la mano y ya no puede sacar la mano, se apega a la banana y queda atrapado. La solución sería dejar la banana y abrir la mano. El problema no es la banana o el deseo de tener la banana, el problema es la incapacidad para separarnos. En la condición humana, hay aspectos que no pueden ser cambiados y sin embargo nos apegamos y gastamos demasiada energía en intentar cambiarlas o en evitar cosas que no están bajo nuestro control. El dejar ir no es desembarazarse de la condición humana, es cambiar nuestra relación con la experiencia y prestar atención a lo que acontece en cada momento siendo testigos del fluir. El séptimo es “**Mentalidad del principiante o curiosidad**”: para ver con claridad, para que surja la creatividad hay que colocarse en la posición del no saber, e ir teniendo conocimiento directo de todos

los detalles de la experiencia. La sabiduría está en el límite entre el saber y el no saber. En la tradición budista, en palabras de Thich  Hanh, es «mirar en profundidad», exploración cuidadosa y cercana del momento presente, sin categorizar de forma automática antes de “experimentar”.

3. Resonancia emocional y empatía. Reflejar en espejo

Carl Rogers (1957) sugería que el terapeuta debía hacer uso de una profunda comprensión y tratar de percibir al paciente como el paciente parece percibirse a sí mismo. Define la empatía como “sentir el mundo interno del paciente como si fuera el tuyo, sin perder la cualidad del “como si” (Rogers, 1961). Kohut (1959) creía que la empatía y la reflexión verbal sobre lo que el paciente estaba sintiendo, eran elementos claves para el cambio. Decety y Lamm (2006) definen la empatía como “la capacidad de experimentar y comprender lo que otros sienten sin que exista confusión entre uno mismo y el otro”. Existe por lo tanto dos niveles, un nivel de abajo arriba que es el sentir y experimentar lo que el otro siente y que se ha puesto en relación con el funcionamiento de las neuronas espejo. El nivel de arriba abajo, tomar perspectiva de la experiencia emocional, implica el interpretar, evaluar y regular las señales afectivas. El contagio emocional se produce cuando se experimenta y se siente lo que siente el paciente sin ser consciente. Esta excesiva identificación conduce al malestar del terapeuta y en última instancia al distanciamiento y evitación.

Daniel Stern (Stern, 1985) denomina sintonía al doble proceso de resonancia emocional y comunicación que nos permite sentir que sentimos algo próximo a lo que siente otro y acordar con el otro que estamos compartiendo una experiencia, lo que requiere compartir el foco de atención, las intenciones y los estados emocionales.

Los individuos en estrecha interacción espontánea e inconscientemente imitan las expresiones faciales y las posturas. La sonrisa refleja en respuesta a una persona que sonríe es una muestra. Cuando se imitan las expresiones faciales o posturas físicas asociadas a emociones específicas, ambas personas pueden experimentar el mismo sentimiento. Los terapeutas capturan las emociones de los pacientes. A veces, esto ocurre de forma transitoria. El peligro

está cuando se produce sin ser conscientes y el efecto es a largo plazo, pudiendo ser una fuente de trauma vicariante o fatiga profesional. Como decía Daniel Stern un terapeuta puede convertirse en el “prisionero del sistema nervioso del otro”. Para minimizar el riesgo, es importante tomar conciencia, *¿cómo captas la información del paciente, cómo te sintonizas con él, cuál es tu área de vulnerabilidad?*

Con *Mindfulness* cultivamos la sintonía intrapersonal, la resonancia con uno mismo que nos permite sentirnos seguros y abiertos a pensamientos, emociones y sensaciones corporales que surjan momento a momento. La resonancia interna nos fortalece y nos ayuda a sentirnos lo suficientemente seguros como para permanecer presentes con paciencia, empatía y sabiduría ante el mundo emocional del otro. La conexión intrapersonal abre la puerta a la resonancia y sintonía interpersonal.

Con *mindfulness* se cultiva la presencia del terapeuta quien se mantiene atento y en sintonía intrapersonal y cuanto más sea consciente de las sensaciones corporales que surgen momento a momento, más es consciente de los estados emocionales del paciente, mantiene una mirada intencional al otro, percibiendo su vulnerabilidad. La conciencia somática es la puerta de entrada para contactar con el mundo del otro.

Siegel en su libro “*Themin  herapist*” (2010) ofrece un acrónimo sobre las características que el terapeuta ofrece en la relación terapéutica, PART (presencia, sintonización, resonancia y confianza). “P” para presencia, un estado de receptividad a lo que emerge dentro del terapeuta, dentro del paciente y entre el terapeuta y paciente. A través de la presencia focalizamos la atención en la experiencia interna de otra persona, el proceso que se denomina sintonización. Pero, también se cultiva la sintonización intrapersonal donde el yo observador está receptivo al yo que experimenta. Estos dos selves  en vías anatómicas y funcionales diferenciadas (Farb, 2007). La presencia conduce a la sintonización interpersonal, la capacidad de dejar de lado las preocupaciones personales y tomar la esencia de la experiencia del paciente. La sintonización interpersonal resulta en resonancia, un estado en el que dos entes separadas se convierten en un todo funcional. Resonancia es cómo nos sentimos sentidos.

La combinación de presencia, sintonización y resonancia permite al paciente sentir seguridad y confianza, condiciones necesarias para promover el cambio.

Tara Brach (2003) define “presencia” como la experiencia sentida de estar despierto, abierto y con una actitud de calidez que surge cuando estamos, aquí y ahora, con nuestra experiencia. De alguna forma, *Mindfulness* y “Presencia” son sinónimos, aunque *Mindfulness* también se refiere al proceso de entrenar la mente a permanecer presente.

La aceptación del cliente desde la actitud del no-juicio es un aspecto central en la relación terapéutica (Rogers, 1961). La práctica continuada de la atención plena cultiva esta actitud en el momento presente (Brown, 2007), lo que puede evolucionar en la habilidad para reducir el juicio y las percepciones negativas hacia el cliente y el aumento de la apertura a la experiencia (Crane, 2006).

Cuando a estas habilidades se añade la intención del terapeuta por cuidar y hacer algo por el sufrimiento del otro, se denomina compasión. Los pacientes necesitan sentir que la intención del terapeuta es el cuidado, el no dañar, mostrando la justa preocupación por el bienestar del paciente y fomentando el crecimiento de éste.

La psicoterapia es relación y afecto. Supone una relación especial que proporciona seguridad y apoyo por parte de una de ellas para ayudar a que otra explore su propia vida. En la intersubjetividad la experiencia de una persona influye en la experiencia de otra, se produce un estado de resonancia en el que los dos sienten una conexión íntima (Siegel, 2010). La experiencia intersubjetiva implica dos personas compartiendo el estado afectivo, el estado de conciencia y la intención. La primera característica de la intersubjetividad es la sintonización, compartir el estado afectivo, la expresión corporal de las emociones (expresiones faciales, gestos, postura, prosodia) (Stern, 1985). La segunda característica es la de la atención conjunta a un estado, acontecimiento, objeto. Estados de atención o conciencia conjunta conducen a la sincronización. Y por último es tener intenciones complementarias, si tú quieres enseñar a alguien a cocinar, el otro debe querer aprender de ti.

La teoría polivagal de Stephen Porges (Porges, 2011) nos dice que cuando estamos seguros e interesados en la interacción y comunicación con otra persona, la rama ventral vagal del sistema nervioso autónomo está activada. La activación de la rama ventral se relaciona con el sistema de vinculación social, y en este estado somos más conscientes y respondemos a los cambios en la prosodia, las expresiones facia-

les, los gestos y movimientos. La probabilidad de que nos sintamos seguros con otra persona y por lo tanto que nos relacionemos tiene que ver con sentirnos aceptados sin ser evaluados o juzgados. *Mindfulness* se refiere al estado de conciencia de apertura, sin juzgar de lo que surge en el momento presente, sea la respiración, una flor, una narrativa, hay aceptación, sin prejuicios o asunciones, nos colocamos en una actitud de “no saber” y de apertura. Es razonable sugerir que en estado *mindfulness* se produce también la activación de la rama ventral vagal, que conduce a un estado de calma, sin reactividad, ni defensa, ni evitación.

Intersubjetividad y *mindfulness* en psicoterapia se facilitan por la presencia de cuatro cualidades: el juego, la aceptación, curiosidad y empatía (PACE). En última instancia, se transmite la idea de que cualquier experiencia sea lo difícil que sea puede ser contenida e integrada. La curiosidad nos ayuda a descubrir y abrir nuevos significados, y con la empatía, el terapeuta resuena con el tono emocional y el significado de la experiencia del otro, creando un espacio de seguridad, manteniéndose presente para regular las emociones difíciles y los nuevos significados.

4. Emoción y conciencia somática

La percepción de señales corporales juega un papel importante en la mayoría de las teorías sobre las emociones, lo que sugiere una estrecha relación entre la conciencia interoceptiva (la sensibilidad del individuo para reconocer las señales corporales) y la experiencia de emociones. Es importante mantener un foco en la experiencia corporal que permite traducir ésta a emociones o sentimientos y que hace posible la regulación de la emoción. William James (1884) fue uno de los primeros en postular que el feedback visceral aferente se relaciona con la experiencia emocional y señaló que la emoción podría definirse como «el cambio corporal que se produce tras la percepción del estímulo». Las emociones reflejan la capacidad del ser humano de experimentar estados del sistema nervioso de forma subjetiva (Panksepp, 1998). Estos estados que se describen con palabras tales como alegría, temor, vergüenza, ira y amor, pueden ser experimentados como buenos o malos y conducen a la aproximación o evitación de los otros o de situaciones específicas. La emoción tiene una función motivadora

y organizadora que ayuda a los sujetos a conseguir sus propósitos. La emoción es más antigua que la razón, y constituye un tipo de inteligencia más instantánea que informa de cómo estamos viviendo algo y, bien utilizada, puede ayudar a resolver situaciones o mejorar la relación con los demás. Si se despierta miedo o rabia, todo el cuerpo se prepara para la acción, pues ante un peligro real no hay tiempo para pensar. Sabemos que dejarse llevar por la emoción puede suponer un problema, pero ignorar o reprimir lo que se siente, también, pues la tensión emocional acumulada tiende a desbordarse. El mantener conexión con las propias emociones suele ser garantía de una mayor capacidad para encauzarlas.

Antonio Damasio propone una diferenciación entre emoción y sentimiento. La emoción incluye todos los aspectos corporales: sensaciones, cambios musculares somáticos y autonómicos, movimientos, postura, expresión facial. El sentimiento es la etiqueta que describe la suma de estos estados corporales una vez que han sido reconocidos por el cortex frontal. Por lo tanto, cada emoción tiene una manifestación somatosensorial observable y un patrón particular de actividad no observable asociado a cambios del sistema nervioso autonómico. Se caracteriza por un patrón de respuesta muscular (cara, postura), visceral (sensación interna) y de activación autonómica característica. Por ejemplo, la temperatura corporal aumenta con la rabia y disminuye con la tristeza.

Las características observables de la expresión facial y la postura pueden ser conscientemente copiadas de forma voluntaria o imitadas de forma no consciente y la reproducción o copia provoca cambios en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) La actividad de las neuronas espejo puede explicar en cierta medida el mimetismo inconsciente.

El "reflejo postural" es el término que se ha acuñado para la imitación de la postura física de otra persona, incluidas las expresiones faciales, y la comunicación de información emocional y otras información que puede acompañar a la imitación.

Uno de los objetivos de la atención plena es serenar el cuerpo y aquietar la mente y otro es conectar la mente y el cuerpo para formar un todo unificado. Para reconocer las señales que envía el cuerpo al cerebro, se debe conseguir que la comunicación entre pensamientos y cuerpo fluya libremente, sin obstáculos. El cuerpo es el canal de conexión entre el mundo exterior y el mundo interno. A través del cuerpo

experimentamos y percibimos la realidad y a la vez refleja nuestra historia. En general, cuando nos sentimos bien no apreciamos nuestro cuerpo, al cual solemos prestar atención cuando se encuentra enfermo. El cuerpo y las emociones nos mandan mensajes y en vez de bloquear sus señales, se puede optar por escucharlas y utilizarlas como indicaciones útiles.

Observar y conectarse con el cuerpo: respiración, posición del cuerpo, acciones del cuerpo y atención a las partes corporales.

5. Procesamiento emocional y regulación emocional

En la regulación de la emoción están implicados procesos extrínsecos e intrínsecos que son responsables de la monitorización, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, especialmente de las características de intensidad y temporalidad con el objetivo de conseguir unas metas (Thompson, 1994). En la regulación emocional se utiliza la emoción de forma apropiada al contexto. La capacidad de tolerar y regular la emoción crea la condición necesaria para el crecimiento continuado del sistema nervioso central, se expande la organización neuronal, se facilita la integración cognitiva y emocional y se crean redes de control descendente que ayudan en la inhibición y regulación de los afectos.

Una regulación afectiva equilibrada y flexible permite el procesamiento cortical y que se continúe con el aprendizaje y la integración. El aumento en la integración es el aumento en la capacidad para experimentar y tolerar pensamientos y emociones que previamente han sido inhibidas, disociadas, o de las que nos hemos defendido. La regulación afectiva puede ser el resultado más importante del proceso psicoterapéutico, porque permite la reconexión con el desarrollo natural y armónico que ha sido programado genéticamente.

El sistema nervioso autonómico se encuentra en el núcleo de las respuestas corporales al estrés. Es el SNA el que prepara al cuerpo para luchar, huir o paralizarse ante una amenaza para la vida. El aumento del ritmo cardíaco, la sudoración fría, la sequedad de boca asociadas con los efectos del estrés están en función de la rama simpática del SNA. Del mismo modo, la respiración relajada, el calor y sequedad en la piel y la presión sanguínea baja asociados con sentimientos de calma están relacionados con la rama pa-

rasimpática del SNA. EL sistema nervioso simpático (SNS) y el parasimpático (SNP) funcionan de manera equilibrada y mantienen la homeostasis en el cuerpo. Ambos sistemas se activan y se relajan, se elevan y se reducen de forma complementaria entre sí. Cuando una rama está más activada, la otra está más suprimida, pero ninguna de las ramas cesa de funcionar en ningún momento. Durante la respiración, el SNS se activa al inspirar y el SNP se activa al expirar.

El conocimiento del funcionamiento del SNA y la capacidad para identificar las señales interoceptivas internas que diferencian el estrés de la relajación son críticas para el terapeuta tanto para beneficio del paciente como para él mismo para protegerse de los riesgos laborales como la fatiga por compasión, la traumatización vicariante o el síndrome de burnout. El terapeuta que trabaja con sujetos muy estresados o traumatizados es vulnerable al aumento de activación del SNA, incluso mientras permanece sentado en su despacho, hablando con el paciente. El seguimiento de la activación del SNA en el cuerpo del terapeuta le permite elegir la cantidad de activación que puede manejar o usar en su propio beneficio y le proporciona la capacidad para detener o reducir tal activación de forma consciente.

La práctica regular de ejercicios que promuevan la “conciencia somática” o interoceptiva es importante en el proceso psicoterapéutico. El primer paso sería familiarizarse con las características de activación del SNS y SNP en la persona del terapeuta. La sincronía autonómica es uno de los componentes centrales de la resonancia emocional. Algunas veces, la primera sospecha que recibe el terapeuta sobre la ansiedad del cliente se deriva de la aceleración de su ritmo respiratorio o cardíaco. Muchos psicoterapeutas conocen que el modo de calmar un ataque de ansiedad de un cliente consiste en respirar lentamente ellos mismos, el paciente que sufre pánico, inconscientemente, sincronizará su respiración, enlenteciéndola y calmándose en el proceso. De todas formas, si no somos conscientes de la sincronía que se produce corremos el riesgo de entrar en un estado de desbordamiento que nos incapacita para pensar y proceder.

Puedes realizar este ejercicio antes y durante la consulta. Una vez que lo hayas practicado no te llevará más de unos segundos en los que puedes desconectar del paciente para buscar la calma y la seguridad en ti. Lo que sí es importante señalar es que trabajamos con la observación, el ser consciente de

las sensaciones corporales sin pensar, ni evaluar, ni interpretar el significados de los cambios corporales.

“Siéntate cómodamente y advierte las señales de tu cuerpo de las que seas más consciente. Identifica la temperatura y la humedad de la piel, ¿está caliente y seca, fría e hidratada o algo intermedio entre estos dos extremos?. Percibe qué partes de tu cuerpo están tensas y cuáles relajadas. Busca los matices diferenciales a lo largo del cuerpo , la parte superior frente a la parte inferior, derecha frente a la izquierda...¿cómo está la respiración? ¿es profunda o superficial, centrada en la parte superior de tu cuerpo o en el abdomen?, Observa también cómo te sientes desde el interior, ¿cuál es la posición y expresión de la boca, de los ojos de la frente? ¿puedes sentir el corazón, las palpitaciones son rápidas o lentas?”

Estas son algunas de las áreas de conciencia que te ayudarán a identificar tu nivel de activación y a estimar si se va a mantener o no dentro de los límites de la ventana de tolerancia. Puedes darte cuenta que algunas de las áreas de tu cuerpo son más accesibles que otras a la conciencia, descubre cuáles son las claves somáticas más accesibles para ti y ejercítate en las más difíciles. Para ello, la práctica del BodyScan o Revisión Corporal puede ser muy útil. Esta práctica se debe realizar durante un tiempo más prolongado y en un lugar tranquilo.

Otro ejercicio que es útil en tu autoconocimiento es la observación de los cambios corporales que se producen ante estímulos agradables frente a estímulos desagradables.

La conciencia somática es la percepción de uno mismo internalizada, viva, auto-sentida. Es el equivalente experiencial de un estado psicobiológico integrado. El nivel de la experiencia perceptiva inmediata es un nivel emocional y las emociones son íntegramente una experiencia corporal. La observación atenta del cuerpo nos permite darnos cuenta y reconocer cómo nuestro cuerpo siente o experimenta y nos permite descubrir el asiento de las diferentes emociones. Algunas de las sensaciones corporales que experimentamos pueden ir acompañadas de emociones y pensamientos y la observación corporal nos ayuda a clasificar la multitud de sensaciones y experiencias internas en agradables, desagradables y neutras.

Utilidad de la conciencia somática: Monitorizar la alerta psicofisiológica promoviendo un equilibrio entre el esfuerzo orientado a conseguir un objetivo y el dejar pasar. Permite establecer un link con el aquí y

ahora facilitando la separación entre presente y pasado. Al dirigir la atención a la observación atenta del cuerpo en este instante se consigue frenar y contener estados de hiperactivación. Nos permite conectar con recuerdos de experiencias de capacitación y de crecimiento. Y por último, se fomenta el tomar conciencia de los límites físicos e interpersonales.

6. Establecer una base segura. Recursos centrales

El terapeuta puede utilizar “anclas” que recuerdan el regresar a un lugar de seguridad y confort, es como volver a casa cuando nos hemos perdido. Un paciente dice que se quiere matar, toma conciencia de lo que sientes, ¿ansiedad, temor, frustración, molesto, confuso? ¿Qué puedes decir?. Parar, date unos segundos, olvida lo que decir y regresa a tu ancla, quizás 2 o 3 respiraciones profundas, sentir los puntos de contacto de tu cuerpo, o enraizarte.

En situaciones de estrés, puedes comprobar que el simple hecho de concentrarte en tu cuerpo como hemos descrito más arriba, puede ser suficiente para reducir el nivel de activación y regresar a la ventana de tolerancia, manteniendo un nivel óptimo de activación. Si esto no te es útil, puedes utilizar otras herramientas.

El *grounding* o “**enraizamiento**” es una de las herramientas más útiles para entrar en un estado de seguridad y calma. De forma literal, significa echar raíces en el suelo, pisar tierra, estar sobre los pies. El enraizamiento conlleva estabilidad, firmeza y con capacidad sobre uno mismo, implica estar en el cuerpo, permanecer en el presente y estar disponible para experimentar cualquier cosa que ocurra.

Respiración: se puede entrenar la respiración diafragmática que es la respiración con la que nacemos y que mantiene el equilibrio entre oxígeno y dióxido de carbono, lo que ayuda al cuerpo a mantener un estado relajado y evitar la ansiedad propia de los estados de hiperalerta. También se entrena la respiración abdominal en la que se tiende a prolongar la expiración que activa el parasimpático y calma el estado de hiperactivación. Se sugiere inspirar por la nariz y expulsar el aire por la boca.

Ejercicio del lugar seguro: Se puede utilizar otros adjetivos como lugar tranquilo, lugar de calma, de relajación. Este ejercicio sirve para preparar al paciente a procesar los sucesos traumáticos, para cerrar una sesión en la que se ha producido mucha

activación, y/o para estabilizar los estados de desbordamiento que pueden ocurrir durante la sesión. Se pide al paciente que visualice o cree un lugar en el que se sienta tranquilo, seguro. “imagine un lugar real o imaginario, que le produce calma (tranquilidad, seguridad)...revisa todos los detalles, qué vistas, sonidos, olores le llegan?. El paciente se concentra en la imagen, revisa todos los detalles, y los sentimientos evocados y en qué parte del cuerpo lo siente. “Concéntrate en esa imagen, en qué zona del cuerpo sienten las sensaciones de calma?, céntrate en esas sensaciones corporales, pudiendo estar con ellas.....”, se profundiza en las sensaciones corporales, en el estado corporal, y se le pide que identifique una palabra o realice un movimiento que le ayude a contactar con ese estado de calma.

Meditación en la respiración: Se debe cuidar no sólo la actitud mental sino también la actitud corporal prestando atención a la postura antes de comenzar. *«Sentado con la espalda erguida, sin tensión, con los pies en contacto con el suelo, sin cruzar las piernas, estable, cómodo pero firme, con las manos descansando en los muslos o en el regazo, con los hombros bien colocados, sin tensión, con el mentón levemente inclinado hacia el esternón... los ojos pueden estar cerrados o abiertos y si están abiertos, con una mirada desenfocada descansando en algún punto a uno o dos metros por delante...y cuando esté preparado, traer la atención a la respiración, centrando la atención en las fosas nasales, en el pecho, en el abdomen, elige el lugar que mejor te permite entrar en contacto con la respiración...notando los cambios al inspirar y al expirar, los movimientos asociados a la inspiración y la expiración, respiración a respiración... cómo la pared abdominal se hincha al inspirar y se deshinchaba en la exhalación...darte cuenta quizás de ligeras pausas entre la inspiración y la expiración, cómo el aire cambia la dirección...no es necesario cambiar la respiración, sólo observarla, ser consciente de la respiración momento a momento. Antes o después la mente se distraerá, con un pensamiento, un ruido o quizá no sepamos donde fue...ésta es la forma en la que trabaja la mente, no es un fracaso, observa tu reacción, puedes anotar mentalmente que te ha distraído y volver amablemente la atención a la respiración, a esta inspiración, a esta expiración... una o mil veces que se distraiga, una o mil veces que puedes felicitarte por haberte dado cuenta dónde está la mente y volver a conectar con esta inspiración, con*

esta expiración». Continuar durante quince minutos con el propósito de estar consciente de la experiencia sin evitarla ni apegarnos a ella, utilizando la respiración como ancla para volver al aquí y al ahora.

7. Establecimiento de los límites apropiados

En este apartado nos centraremos en dos aspectos de los límites relevantes para los terapeutas, los relativos a las distancias físicas o zona de comodidad, y los que nos permiten sentirnos adecuadamente protegidos dentro de nuestra piel, “la armadura corporal”.

La **zona de confort** equivale al espacio personal en el que el terapeuta se siente dentro de la ventana de tolerancia y le permite tener una sensación de sí mismo diferente de la de los pacientes. En el autocuidado, es importante prestar atención al espacio físico entre el terapeuta y el paciente, realizando ajustes sencillos, y utilizando la conciencia somática para saber cuáles son las distancias más cómodas e incómodas. No es la misma para todo el mundo y lo que es óptimo en un momento no lo es al día siguiente, ni tampoco se mantiene de un paciente a otro o de una sesión a la siguiente.

Puedes comenzar con un determinado paciente, presta atención a las sensaciones corporales, particularmente al nivel de activación durante la sesión. Experimenta con la posición hasta mantener un nivel cómodo de activación en ti mismo. Puedes adelantar o retrasar tu asiento, moverlo a la derecha o izquierda, puedes tomar notas o no. Si tomas notas, prueba diferentes pautas, sobre el regazo, sobre una mesa. Intenta organizar el mobiliario del despacho de la forma que te favorezca en la relación, recuerda que la idea es estar presente, y para ello hay que conseguir un estado de calma.

Armadura corporal: Al enfrentarnos a las emociones de los pacientes, la percepción de un sentimiento de protección sobre el cuerpo puede suponer una ventaja. Lo que deseamos es la conexión con el paciente y para ellos debemos sentir la capacidad y fortaleza dentro de nosotros. La sensación de vulnerabilidad nos aleja del paciente y nos conduce a un estado defensivo y de constricción.

Aprende cuáles son tus zonas de vulnerabilidad con diferentes pacientes, o con diferentes historias, a través de qué zona se introduce este paciente o este contenido, a través del pecho, los brazos, el estóma-

go, el pecho? Prueba a tensar la musculatura de esa zona, aguantando la tensión hasta que el músculo comience a sentir cansancio y después descarga la tensión lentamente, con atención plena. Esto hace que permanezca un pequeño grado de tensión después del movimiento. Después del ejercicio, pregúntate si te sientes peor, mejor o del mismo modo al estar en presencia del paciente. Si te sientes menos vulnerable, puedes continuar ejercitando el movimiento de tensión y refinándolo para poder realizarlo durante la sesión.

Nuestra piel es nuestro límite más concreto y nos permite la separación entre uno mismo y el otro. El aumento de la conciencia de la piel puede ayudarnos a mantener un autocontacto más óptimo y servirnos para diferenciar nuestros propios estados de los estados de los pacientes. Durante una sesión, el modo más fácil de percibir la sensación de los propios límites consiste en sentir la piel que está bajo nuestra ropa. Prueba con las siguientes sugerencias:

- Mueve un poco los pies dentro de tus zapatos o siente el contacto entre el calcetín y la piel.
- Mueve levemente tu peso sobre la silla de modo que puedas sentir el contacto entre el asiento y tus glúteos, o sentir las piernas en contacto con el pantalón o la falda.
- Para zonas que no están cubiertas de ropa, puedes llevar la atención y notar las diferencias entre la temperatura de la piel y la temperatura ambiental. Quizás frotar las manos, una contra la otra o frotar la mano sobre el brazo y sentir el efecto de la fricción.
- Entre las sesiones, lavar las manos y la cara con agua fría te ayudará a sentir las y fortalecer los límites.

8. Regulación de imágenes intrusivas

El imaginar las historias que nos relatan los pacientes puede estimular la empatía hacia ellos. Sin embargo, es también origen de problemas. Visualizar los acontecimientos angustiosos o traumáticos que nos cuentan, nos coloca en la posición de testigos oculares y a veces, nos lleva a vivirlas en primera persona.

Como siempre, lo primero es ser consciente de lo que nos está ocurriendo y darnos cuenta del nivel de activación a nivel corporal. En el control de las imágenes no deseadas, Rothschild (Rothschild, 2009)

sugiere utilizar técnicas inspiradas en el concepto de submodalidades de la programación neurolingüística. Una submodalidad es un rasgo o característica de una imagen, por ejemplo el volumen es una submodalidad de un sonido, la claridad, el tono, son otros. La submodalidades de las imágenes visuales son el tamaño, la forma, el color, la distancia. El objetivo es disponer del control de cualquier imagen visual o auditiva que se invoque al escuchar o pensar en historias angustiosas. Mediante la modificación de los elementos de las imágenes, éstas se pueden afrontar mejor.

9. Trabajo con las emociones

Cuando surge en la relación terapéutica una emoción intensa tiende a producirse un estado de hiperactivación o de hipoactivación, ambos fuera de los límites de la ventana de tolerancia para esa emoción. La ventana de tolerancia se define como la zona óptima para “experimentar” una emoción en donde se permite el procesamiento y la integración cognitivo emocional. En la hiperactivación se activa el sistema nervioso simpático asociado a las respuestas de lucha/huida y en la hipoactivación se produce una activación simultánea del simpático y el parasimpático que conduce a la desconexión y parálisis. En cualquier caso, el desbordamiento emocional impide el que el sujeto sea consciente de los pensamientos asociados, hay una incapacidad para responder con equilibrio y fluidez y se produce la REACCIÓN automática, rápida y no consciente. Con la capacidad de regular las emociones, el sujeto puede tolerar estar con la emoción en un nivel de intensidad moderado, etiquetar la emoción y el pensamiento o pensamientos asociados y tener tiempo para pensar sobre la situación de diferente forma, con un pensamiento más objetivo, realista y adaptativo. Se da la RESPUESTA REFLEXIVA. La práctica de *mindfulness* favorece que el intervalo entre el estímulo y la respuesta se prolongue, se sustituye la reacción automática no consciente, por la respuesta reflexiva. Se trabaja con el STOP: S de parar, T de toma una respiración, O de observación, qué surge en la mente, P de procede, actúa.

Todas las técnicas en el trabajo con las emociones se realizan con atención plena. El entrenamiento en *mindfulness* permite aumentar la ventana de tolerancia, poder estar atentos mientras estamos presentes y a la vez ser testigos del dolor y sufrimiento del otro. Los pacientes tienden a expresar aquellos senti-

mientos que sienten que nosotros podemos tolerar. Si algunas emociones son difíciles de tolerar por nosotros, ellos se dan cuenta y se retraen de expresarlas y explorarlas. Si podemos acompañar al paciente a sus lugares más oscuros y sentir algo de la impotencia, desesperanza que él siente, él se sentirá menos solo, algo más comprendido, con algo más de esperanza. Los pacientes dicen: “la mente es un lugar peligroso” y nosotros les pedimos que exploren ese lugar y en ocasiones les dejamos solos en esa exploración.

El sentir emociones intensas suele conducir a la represión o negación de éstas o bien al desbordamiento, actuando bajo su influencia. El trabajo con las emociones implica primero tomar conciencia, reconociendo su existencia “Esto es enfado; esto es deseo; esto es miedo; etc.”, segundo la aceptación, evitando actitudes como la culpa, el odio hacia uno mismo, la autocrítica o la identificación con la emoción, por ejemplo pensar: “*Yo soy mi enfado*”, que nos conducen a estar obsesionados y a actuar bajo la influencia de la emoción destructiva. Para trabajar con las emociones se cultiva la presencia mental o atención consciente y la “defusión” o desidentificación de las emociones, por ejemplo en lugar de decirte “Estoy enfadado”, puedes decirte “hay enfado en mi mente”.

Dos prácticas para trabajar con las emociones desagradables e intensas

Estar con el discomfort: Postura de dignidad, estabilidad, apertura. Notar las sensaciones de la respiración. 10 minutos. Si sentimos alguna molestia en el cuerpo, dejar la respiración en la retaguardia y acercarnos a la sensación, notando la textura, cómo cambia y se mueve momento a momento. Permaneciendo con la sensación de discomfort lo más que puedas, si es muy fuerte o te sobrepasa, puedes moverte, o rascarte o hacer lo que sea para cambiarla.....reorientar la atención a la respiración.

Las sensaciones corporales no son sólidas ni estáticas, se mueven y se transforman. Vamos aprendiendo a estar con las emociones difíciles.

No es mi emoción es la emoción: las emociones tienen una narrativa verbal, imaginación visual, sensaciones corporales, pero hay que focalizarse y permanecer con la emoción, identificando los pensamientos que la acompañan, detectando las interrupciones o interferencias en el registro experiencial de las mismas, es poder saber qué te está diciendo.

“Imaginar una escena que provocó alguna emoción en ti, quizás enfado, tristeza, miedo....quizás

puedas sentir esa emoción ahora y darte cuenta cómo la sientes en tu cuerpo... Quizás puedas intensificar la emoción, quizás trayendo la atención a ella, o “re-imaginando” la escena que la provocó ...y permanecer con la experiencia de la emoción... observando las sensaciones en la garganta, los ojos, el pecho, estómago o en cualquier otra parte de tu cuerpo. Observar los pensamientos e imágenes que acompañan a las sensaciones... intentando estar con la experiencia unos minutos... reorientar la atención a las sensaciones de la respiración... abrazar la emoción y abrir un espacio... soy consciente que una emoción desagradable ha surgido en mí, soy consciente que una emoción desagradable está presente... inspiro y siento la ansiedad, expiro y abrazo la ansiedad”.

El poder estar con la emoción hace que se reduzca la intensidad de ésta, y al comprender lo que nos dice se puede modificar la expresión conductual y/o actuar de forma opuesta a lo que la emoción nos dirige. Para ello se requieren las habilidades de observar y describir los aspectos de una reacción emocional, el estímulo que lo desencadenó, la interpretación del hecho, la experiencia subjetiva de la emoción, sensaciones corporales, los impulsos que notaron, las conductas realizadas y el cómo se sintieron después de la acción.

La amígdala actúa como un tipo de sistema inicial de alerta. Procesa la emoción antes de que los sentimientos se hagan conscientes en el córtex. Sonreír al ver a un amigo o escuchar una voz de alguien a quien queremos son ejemplos de la velocidad de comunicación de la amígdala. La amígdala está estrechamente conectada con el sistema nervioso autónomo y con el somático generándose las respuestas automáticas, no conscientes y rápidas. El hipocampo favorece el procesamiento de información en su camino hacia la corteza pre frontal y aporta el contexto temporal y espacial del estímulo. Esta supone una segunda vía de comunicación que requiere más tiempo y al llegar la información al córtex se analiza, evalúa, interpreta y como resultado se produce una respuesta. El hipocampo es muy vulnerable a las hormonas del estrés que se descargan ante la alarma de la amígdala. Cuando estas hormonas alcanzan un nivel elevado, se produce un ambiente tóxico que deteriora el funcionamiento del hipocampo y la información no es procesada a través de esta segunda vía. Para que el terapeuta sea capaz de pensar con claridad, el hipocampo debe ser capaz de funcionar, o dicho de otra

forma el terapeuta debe ser capaz de pisar el freno para mantener los niveles de activación del SNS suficientemente bajos como para garantizar la claridad del pensamiento.

En psicoterapia es importante mantener una *conciencia dual* que implica ser capaz de atender y reconciliar simultáneamente la información sensorial externa y la interna. Es una habilidad importante en situaciones de estrés, sin la conciencia dual no es posible la claridad de pensamiento. Normalmente, la conciencia dual funciona automática e inconscientemente, cuando todo va bien, nuestro estado interno se encuentra en sincronía con nuestra conciencia de lo que nos rodea. La falta de conciencia dual en los terapeutas queda ilustrada cuando por ejemplo el terapeuta salta directamente a conclusiones: “siento miedo, por lo tanto el paciente debe estar haciendo algo amenazante”. En otras ocasiones, el terapeuta está sesgado a favor del contexto externo, y se produce un distanciamiento de uno mismo y con los recursos de autorregulación que tenemos. En estos casos, al no estar en contacto con nuestro estado interno, dejamos de prestar atención a las señales de estrés, cansancio o sobrecarga. Prescindir de la información aportada por las emociones nos aleja del autocuidado.

Diálogo interno: trabajo con las frases incapacitadoras y capacitadoras.

El diálogo interno es el diálogo que se mantiene con uno mismo donde se condensan parte de los pensamientos, ideas, preocupaciones y obsesiones que ocupan la mente. Estos diálogos ocurren de manera continua, seamos conscientes o no, y pueden aportar una información valiosa o descalificadora sobre uno mismo. Las palabras, el tono, la manera de expresarse suelen ejercer una gran influencia. Nos sentimos muy diferentes al hablarnos de manera crítica o despectiva que si predomina un tono comprensivo y tranquilizador. Al buscar el silencio o la quietud se empieza a escuchar el diálogo interno y es ahí cuando podemos modificar el tono, cambiar el contenido. Las prácticas de *loving-kindness* o amabilidad hacia uno mismo nos ayudan a transformar la forma en que nos tratamos a nosotros mismos y a los otros (Germer, 2009, Gilbert, 2009)

En la formación y autocuidado del terapeuta hay varios puntos esenciales que pueden ser resumidos en:

- Ser consciente y tomar conciencia de los puntos ciegos

- Trabajar con equilibrio, armonía entre el mundo interno y el externo
- En las relaciones se generan emociones y es imposible dejar de sentir las por lo que es importante que se reconozcan y que puedan ser utilizadas. El yo observador es entrenar en prestar atención a los pensamientos, emociones y sensaciones corporales sin reaccionar
- Entrenar la empatía ante el dolor propio y del otro
- Aceptar ser testigo del sufrimiento
- Entrenar la autocompasión, tolerar el propio sufrimiento, suavizar la mirada crítica y la tendencia a juzgar.
- Entrenar la compasión, sentir el sufrimiento del otro junto con el deseo y los esfuerzos para aliviarlo
- Aceptar que se va a influir en el otro, puede surgir la culpa por no estar bien formado o bien el miedo a dañar.
- Conexión intra e interpersonal
- Escuchar en profundidad y hablar con sinceridad
- Confiar en lo que surge

Explorar y reconocer los propios límites: hay un vaivén desde la impotencia a la omnipotencia y ninguno de estos estados ayuda a relacionarse con el otro.

10. Conclusiones

Para el terapeuta supone un desafío poder permanecer atento, plenamente presente y conectado con el paciente, momento a momento. La práctica de *mindfulness* y el cultivar el estado *mindfulness* mejora la calidad de la atención, profundizando la presencia y la compasión hacia el paciente en cualquier intervención clínica y marco teórico con el que se trabaje. Se profundiza en el vínculo terapéutico y en la empatía proporcionando un entorno seguro en el que el terapeuta, al igual que el paciente, puede sentir y tomar conciencia de los riesgos en sí mismo, poniendo en marcha estrategias de autocuidado que en realidad son estrategias de regulación emocional.

11. Lecturas recomendadas

- Rothschild, B. Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. Bilbao: Desclee De Brouwer, 2009. *Introduce y profundiza en los conceptos presentados en este capítulo.*

- Siegel, D.J. The mindful therapist. New York: Norton, 2010. *Este libro profundiza en la integración entre neurociencia y cualidades del terapeuta. Presenta prácticas de mindfulness a realizar por el lector.*
- Susan M. Pollack, Thomas Pedulla, Ronald Siegel. Sitting together. Essential skills for *mindfulness*-based Psychotherapy. Guilford Press, 2014. *Proporciona prácticas a incorporar en diferentes procesos terapéuticos con explicación sobre los motivos y qué trabajar con las prácticas. Hay dos capítulos que se centran en el terapeuta, cómo cultivar mindfulness y cómo cuidarse en la relación terapéutica.*

12. Bibliografía

1. Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S. L., Carlson L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). *mindfulness*: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2004; 11: 230-241 10.
2. Brach T. Radical acceptance: Embracing your life with the heart of a Buddha. New York: Bantam Books, 2003.
3. Brown, K. W., & Ryan, R. M. The benefits of being present: *Mindfulness* and its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology* 2003; 84(4): 822-848.
4. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. *Mindfulness*: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry* 2007; 18(4): 211-237
5. Chambers, R., Lo, B. C. y Allen, N. B. The impact of intensive *mindfulness* training on attentional control, cognitive style and affect. *Cognitive Therapy and Research* 2008;33: 302-322.
6. Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. The effects of *mindfulness*-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic Nursing Practice* 2005 a;19(2):78-86.
7. Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., & Shapiro, S. The effects of *mindfulness*-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice* 2005 b;19(1): 26-35.

8. Crane, R., & Elias, D. Being with what is. *Therapy Today* 2006; 17(10): 31-33.
9. Decety, J., & Lamm, C. Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal* 2006; 6:1146-1163.
10. Duncan, B., & Miller, S. *The heroic client: Doing client-centered, outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
11. Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J. Mc-Keon, D., Fatima, Z., and Anderson, A. K. Attending to the present: *Mindfulness* meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2007; 2: 313- 322.
12. Fulton P.R. *Mindfulness* as clinical training. In C.K. Germer, R.D. Siegel, & P.R. Fulton (Eds) *Mindfulness and Psychotherapy* 2nd ed. New York: Guilford Press, 2013:pp 59-75.
13. Germer, C., Siegel R. y Fulton, P. *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press, 2005.
14. Germer, C.K. *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thought and emotions*. New York: Guilford Press, 2009.
15. Gilbert, P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009; 15: 199-208.
16. Greason, P.B., & Cashwell, C.S. *Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy*. *Counselor Education and Supervision* 2009; 49:2-19.
17. Hayes S. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: *Mindfulness*, acceptance, and relationship. In S.C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press, 2004: pp 1-29.
18. Hayes, S., & Strosahl, K. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer, 2005.
19. James, W. What is an emotion? *Mind* 1984; 9: 188- 205.
20. Kabat-Zinn, J. *Mindfulness* based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003;10: 144-156.
21. Kohut, H. Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. En Ornstein, O. (comp.). *The search for the self*, Vol. 1, p. 205-232. New York: International Universities Press., 1959.
22. Lambert, M.J., & Barley, D.E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 2001; 38: 357-361
23. Norcross, J.C., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Horowitz, M.J., Karasu, T.B., Lambert, M.J., Shoham, V., Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Barkham, M., and Strupp, H.H. (1995). A Roundtable on Psychotherapy Integration. *Common Factors, Technical Eclecticism, and Psychotherapy Research. J Psychother Pract Res* 1995; 4(3): 247-271.
24. Norcross, J., & Wampold B. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 2011; 48(1): 98-102.
25. Panksepp, J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Nueva York: Oxford University Press, 1998.
26. Porges, S. *The Polyvagal Theory: Phylogenetic contributions to social behavior*. *Physiology & Behavior* 2003; 79: 503-513.
27. Porges, S.W. *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: Norton, 2011.
28. Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. R. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2014; 202(5):353-9. doi:10.1097/NMD.000000000000130
29. Rothschild, B. *Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclee De Brouwer, 2009.
30. Rogers, C. R. *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin., 1961.
31. Rogers, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 1957; 21: 97-103.
32. Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., & Freedman, B. Mechanisms of *Mindfulness*. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62: 373-386.
33. Siegel, D.J. *The mindful therapist*. New York: Norton, 2010.
34. Stern, D. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psy-*

chology [El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires. New York: Basic Books, 1985.

35. Teasdale, J. D., Segal, Z. V. y Williams, J. M. G. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (*Mindfulness*) training help? *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33:25-39.
36. Thompson, R. A. Emotion Regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994; 59:25-52.
37. West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine* 2014;174(4): 527–33. doi:10.1001/jamainternmed.2013.14387
38. Williams JM. *Mindfulness* and psychological process. *Emotion* 2010; 1-7.