

BRUNO A. CAYOUN

**TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
CON MINDFULNESS INTEGRADO**

Principios y práctica

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Sobre el autor	13
Agradecimientos	15
Prefacio	17
Abreviaciones	21
Introducción	23
Tres bases de aprendizaje	28
Acerca de este libro	31
 PARTE I: Base de la TCCMi	 35
1. Puesta en práctica del Mindfulness	37
Definición de la TCCMi	47
Ilustración con un caso de trastorno de ansiedad generalizada	39
La comprensión occidental de la conceptualización oriental	42
Cambios en la psicología clínica occidental	49
Resumen de los puntos más importantes	52

2. Modelo de coemergencia de refuerzo: una base para la integración del Mindfulness	53
Integrar componentes esenciales del cambio de conducta ..	55
Papel y fenomenología de los cuatro componentes funcionales	56
Ampliar el alcance de la teoría de aprendizaje	66
Una explicación de sistemas dinámicos de los pensamientos intrusivos	69
Mantener la enfermedad mental.	76
Recrear equilibrio en el sistema	81
Resumen de los puntos más importantes.	83
PARTE II: Interiorizar las habilidades.	87
3. Adecuación y base para la TCCMi: pautas prácticas para terapeutas	89
Una evaluación transdiagnóstica	89
Contraindicaciones	91
Evaluar la motivación para cambiar: propuesta de guión ..	93
Desarrollar y transmitir la lógica adecuada	94
Una lógica práctica para Mindfulness con respiración	105
Modelar la aceptación y la ecuanimidad en la primera entrevista	109
Resumen de los puntos más importantes.	110
4. Fase 1 de la TCCMi – Parte I: Cómo generalizar la exposición metacognitiva e interoceptiva	111
Configuración.	111
La relajación como medida preparatoria.....	114
Resumen de la práctica: descripción y puesta en práctica ..	115
Resumen de los puntos más importantes.	139
5. Relevancia clínica.	141
Factores de confusión	141
Relajación y ecuanimidad	152
Resumen de los puntos más importantes.	158

6. Fase 1 de la TCCMi - Parte II: Explicar las dificultades y facilitar los cambios	159
Perdidos en los pensamientos	159
Abordar el dolor	161
Otras dificultades típicas	163
Promover la adhesión	167
Conclusión de la Fase 1	169
Resumen de los puntos más importantes	169
PARTE III: Externalizar habilidades	171
7. Fase 2 de la TCCMi: exposición consciente y reevaluación cognitiva	173
Objetivo de la Fase 2	173
Noción básica de Exposición Graduada en Terapia de conducta	174
Exposición en Imaginación	174
Superar los límites imaginarios	176
“Exposición bipolar”	176
Noción básica de reestructuración cognitiva en la terapia cognitiva	179
Algunas limitaciones	180
El concepto de Irracionalidad	185
La reevaluación cognitiva como consecuencia del Mindfulness	187
Reevaluar el concepto de uno mismo	194
Resumen de los puntos más importantes	196
8. Fase 3 de la TCCMi: Mindfulness Interpersonal	199
Teoría de la identidad social	200
La fase 3 y la Teoría de la Identidad Social	200
Utilizar las Fases 1 y 2 para entender a los demás	203
Resumen de los puntos más importantes	209

9. Fase 4 de la TCCMi: prevención de recaídas con empatía fundada.....	211
La empatía como parte del modelo de TCCMi.....	212
Consecuencias del Mindfulness	214
La empatía como función de la “ausencia de ego”.....	223
Autoestima	225
Dos bases para la aceptación de uno mismo	227
Práctica en la Fase 4	229
Reevaluar la recaída	232
Resumen de los puntos más importantes.....	235
PARTE IV: Las ventajas	237
10. La TCCMi con trastornos DSM-V de Eje 1 y Eje 2.....	239
Causas de desarrollo frente a causas de situación de la psicopatología.....	239
Detección temprana de señales versus Evitación experiencial.....	243
Ejemplo de caso 1: Fobia social.....	247
Ejemplo de caso 2: TEPT.....	248
Ejemplo de caso 3: TEPT y Trastorno Distímico.....	251
Ejemplo de caso 4: TEPT y Episodio Depresivo Agudo.....	252
Ejemplo de caso 5: TEPT y Ludopatía	255
Ejemplo de caso 6: Dolor Crónico.....	256
Ejemplo de caso 7: Dolor Crónico, Depresión Crónica, TOC y Trastorno de Pánico con Agorafobia	259
Ejemplo de caso 8: Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno del tejido conectivo y osteoartritis	262
Ejemplo de caso 9: Depresión crónica, Ansiedad general, Trastorno por atracción y Diabetes	266
Ejemplo de caso 10: Trastorno límite de personalidad	270
La cuestión de la personalidad	274
Resumen de los puntos más importantes.....	275

11. Evaluación de la práctica de Mindfulness	277
Cuantificar la eficacia de los tratamientos basados en	
Mindfulness	279
Recogida de datos: un análisis de la TCCMi no específico	
de diagnóstico	285
Efectos de la TCCMi en la conducta de salud de personas	
con diabetes de tipo 2	291
Mindfulness y terapias occidentales	293
Resumen de los puntos más importantes	294
 PARTE V: Enseñanza y Práctica	 297
12. Protocolo de implementación semanal	299
Habilidades que se espera adquirir con el Programa	300
Horas de contacto para el Programa de TCCMi de 8 a 12	
semanas	300
Estructura de los documentos del coordinador	302
Resumen del modelo de 4 fases	304
Comentario de cierre	324
Sesiones de seguimiento	325
Resumen de los grupos de seguimiento de la TCCMi	326
Resumen de los puntos más importantes	327
 13. La práctica profesional	 329
La importancia de las variables terapéuticas	329
Efectos del Mindfulness en los resultados terapéuticos	330
La importancia de la práctica profesional	331
Ejemplo de caso 1: Fobia a las agujas	333
Ejemplo de caso 2: Dolor, adicción al juego y ansiedad . . .	333
Ejemplo de caso 3: Dolor	336
Ejemplo de caso 4: Situación perturbadora	337
Ejemplo de caso 5: TDAH	339
Recomendaciones para terapeutas	340
Resumen de los puntos más importantes	341

14. Preguntas más frecuentes	343
Preguntas comunes sobre la meditación Mindfulness	344
Compatibilidad con farmacoterapia	360
Experiencias inexplicadas con la práctica	361
Adherencia a la terapia	363
Traumas	365
Pasión	366
Dolor	370
TCCMi para niños	371
Dirigir grupos	378
Contraindicaciones	379
Resumen de los puntos más importantes	383
Referencias	385
Glosario	403
Lista de apéndices	411
Apéndice A – Guiones	413
Apéndice B – Herramientas de evaluación	425
Apéndice C – Formularios de pacientes	433
Índice de conceptos	457

Sobre el autor

Bruno Cayoun es Director del *MiCBT Institute*, un centro que se dedica a formar, acreditar y asistir a facultativos de terapia cognitivo conductual con Mindfulness integrado (TCCMi). También tiene una consulta privada de psicólogo clínico y es investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad de Tasmania (Australia).

Las investigaciones del Dr. Cayoun en el pasado se han centrado en la disfunción de los sistemas de atención y la capacidad humana para el control inhibidor y de la atención (dos mecanismos esenciales para la práctica del Mindfulness) en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En la actualidad su investigación incluye la eficacia de la TCCMi en pacientes con comorbilidad compleja, los efectos de la TCCMi en adicciones y traumas, y la medición de los mecanismos de Mindfulness en poblaciones clínicas.

En los últimos 22 años ha practicado meditación Mindfulness y ha participado en varios cursos intensivos en centros Vipassana de varios países (Francia, Nepal, India y Australia). También es el principal desarrollador del modelo de TCCMi, que integra la enseñanza de habilidades de Mindfulness con principios bien establecidos de terapia cognitivo conductual tradicional.

El Dr. Cayoun ofrece cursos de formación continuada en TCCMi a varios servicios y asociaciones profesionales de Australia, Nueva Zelanda y el Sureste Asiático. Sus CDs de Mindfulness se utilizan en todo el mundo y es el principal desarrollador de dos cuestionarios: el *Short Progress Assessment* (Evaluación de progreso breve) y la *Mindfulness-based-Self Efficacy Scale* (Escala de autoeficacia basada en Mindfulness), que se han traducido al portugués y al neerlandés.

Prefacio

Este libro tiene su origen en el primer curso intensivo de diez días de meditación Mindfulness de tradición Vipassana birmana en el que participé en marzo de 1989. Fue en ese momento cuando empecé a conceptualizar de manera informal un modelo de procesamiento de la información que integra el sistema psicológico budista. Doce años de práctica diaria personal, muchos cursos intensivos y de estudio de principios cognitivos y conductuales después formulé un modelo que integra la práctica del Mindfulness tradicional con principios cognitivos y de conducta con el fin de tratar el malestar psicológico. Una integración que al principio se denominó “práctica de la ecuanimidad”.

En 2001 propuse y empecé a introducir un modelo de cuatro etapas de “terapia cognitivo-conductual basada en Mindfulness” (TCCBM) para intervenciones en situación de crisis en varios servicios de salud mental de Tasmania (Australia) y un año después se publicaba la versión en inglés del libro *Terapia cognitiva de la depresión basada en la nueva conciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas* del Dr. Zindel Segal, el Dr. John Teasdale y el Profesor Mark Williams (traducido al español en 2006), que se ha convertido en una gran influencia para la proliferación del uso de los

modelos con Mindfulness integrado en la terapia occidental moderna y cuyo acrónimo es TCBM (terapia cognitiva basada en Mindfulness). En los cuatro años posteriores la similitud de ambos acrónimos, TCCBM y TCBM, que tanto yo como otras personas estábamos utilizando creó cierta confusión y aunque hay solapamientos inevitables entre ambos enfoques, también existen diferencias importantes; tanto es así que son muchos los terapeutas e investigadores que los han intercambiado repetidamente y con frecuencia.

Tras una conversación con Mark Williams quedó claro que las siglas TCCBM tenían que cambiarse. Sin embargo dado que muchos terapeutas e investigadores participaban en cursos de formación de TCBM y que lo utilizaban profesionalmente en sus investigaciones, era importante que tuvieran algo que decir y que el cambio de nomenclatura se hiciera entre todos juntos, como un grupo. Así es que invité a 211 colegas y miembros del *Mindfulness-based Therapy and Research Interest Group* de todo el mundo para ayudar en el proceso, que transcurrió durante varios meses de lluvia de ideas y de deliberaciones y que acabó siendo un proceso democrático muy inspirador para todos nosotros del que se obtuvieron cincuenta y tres propuestas y de las que se extrajeron solamente algunas opciones. A partir de ahí se acuñó el nuevo nombre “terapia cognitivo-conductual con Mindfulness integrado” (TCCMi) para representar efectivamente la esencia del método descrito en este libro.

El nuevo nombre nos gustó porque mantenía los dos enfoques básicos (Mindfulness y TCC) y su integración en todas las fases del modelo. Por ejemplo, utilizaríamos el diálogo socrático incluso al principio con personas que creen que no tienen tiempo para practicar dos veces al día.

También quedamos satisfechos con la nomenclatura TCCMi porque la noción de “integración teórica” (en lugar de “eclecticismo técnico”) había sido el principio que nos había guiado desde siempre. La TCCMi integra muchos principios de ambos enfoques; por ejemplo, en la primera fase y como describiremos más adelante, utiliza los principios de aprendizaje operante; en concreto el condicionamiento interoceptivo y la extinción para explicar varias experiencias duran-

te la observación del cuerpo. Además también utiliza la teoría de la red neuronal para explicar la intrusión de pensamientos (distracciones) y la desactivación durante el Mindfulness de la respiración en un intento por medir la mayor conciencia de las sensaciones físicas y explicarla en términos de neuroplasticidad. En la cuarta fase relaciona un aspecto de la práctica de Empatía Sólida (“benevolencia” hacia todos los seres) con los principios contra-condicionantes.

En los últimos siete años la escritura de este libro ha sido una experiencia dinámica. Mi intención inicial era simplemente proporcionar un manual exhaustivo para estudiantes de postgrado y profesionales de la salud mental que se dedican a la TCCMi. Terapeutas multidisciplinares del campo de la salud mental ya han estado utilizando versiones menores de este libro, “Manual de TCCBM”, y más tarde el “Manual de TCCMi” y además terapeutas, investigadores y escritores se han referido a él en muchas ocasiones y han expresado un fuerte interés en su publicación (p. ej. Ivanovski y Malhi, 2007; Lindsay, 2007; Whitfield, 2006). Ahora siento que el “manual” se ha convertido en una guía lo suficientemente exhaustiva y de fácil lectura para que los terapeutas integren con confianza la práctica del Mindfulness con habilidades y principios cognitivos y de conducta de manera genérica para tratar una amplia gama de trastornos y espero que los lectores lo encuentren útil para ese fin.

Abreviaciones

AMS: área motora complementaria; parte del lóbulo frontal del sistema motor que activa la programación de las secuencias de movimiento.

DSM-V: siglas en inglés de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a edición)

EEG: electroencefalograma (medida de las ondas cerebrales)

FFMQ: siglas en inglés del Cuestionario de cinco facetas de Mindfulness

FMI: siglas en inglés del Inventory Mindfulness de Friburgo

fMRI: siglas en inglés de Imagen por resonancia magnética funcional (fotografía del riego sanguíneo del cerebro durante tareas mentales)

ICD-10: siglas en inglés de la Clasificación internacional de enfermedades (décima edición)

KIMS: siglas en inglés del Inventory de habilidades de Mindfulness de Kentucky

MBSR: siglas en inglés de Reducción del estrés basada en Mindfulness

MSES: siglas en inglés de la Escala de autoeficacia basada en Mindfulness

RM: resonancia magnética (fotografía estructural del cerebro)

RMP: relajación muscular progresiva, también conocida como relajación de Jacobson

SCI: subsistemas cognitivos interactivos

SNC: sistema nervioso central

SPA: siglas en inglés de Evaluación de progreso breve

SUDS: unidades subjetivas de malestar

TAC: terapia de aceptación y compromiso

TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness

TCC: terapia cognitivo-conductual

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

TEPT: trastorno de estrés postraumático

TOC: trastorno obsesivo compulsivo.

Introducción

Mucha erudición no enseña comprensión.

Heráclito

Practicar para mejorar nuestra capacidad de permanecer tranquilos y recogidos mientras nos enfrentamos a las vicisitudes de la vida es algo que viene de lejos y que se remonta por lo menos a hace veinticinco siglos. Ésa fue y sigue siendo en algunas tradiciones orientales una de las características básicas de la práctica del yoga que enseña el Budismo y su enfoque sistemático encarna un sistema cosmológico y psicológico para entender los procesos mentales y el remedio del dolor psicológico, que procede claramente de rituales tradicionales y de prácticas religiosas (Goleman, 1977). Precisamente algunos de esos principios los experimenté de la manera más poco habitual.

Aunque ocurrió hace más de 29 años, aún me recuerdo sentado en el filo de una cama de hotel al sur de Israel con un terrible dolor de muelas. Hacía varios meses que había dejado Francia, mi país de origen, para visitar Oriente Medio y me encontraba de repente casi sin dinero después de haber perdido la cartera y toda la documenta-

ción. Eran aproximadamente las dos de la tarde de un caluroso sábado y los pocos dentistas que había en la zona no estaban disponibles. Además, no tenía dinero para comprar los calmantes y no conocía a nadie que pudiera ayudarme. El dolor era tan paralizador que ni siquiera podía andar al hospital que se encontraba a varios quilómetros de distancia.

Entendía mínimamente cuál era el problema y decidí pensar en él: “el nervio no me dolerá para siempre... solo es una cuestión de tiempo que la infección mate al nervio y el dolor desaparezca, así que lo único que tengo que hacer es esperar”, pensé. Y eso es lo que hice sentado en el filo de la cama, esperar a que el dolor pasara. También reflexioné sobre cómo podría calmar la agitación interna que sentía mientras tanto y no estoy seguro de por qué pero pensé que centrarme en el dolor para controlar el cambio y el “dejarse fluir” podría quizás acelerar el proceso. Esperaba pasar lo que quedaba de día y por lo menos parte de la noche con un sufrimiento intenso, pero no podía hacer mucho más. Mi principal preocupación era saber cuánto tardaba una infección dental en matar el nervio de la raíz y mientras prestaba atención al centro del dolor lo sentía con mayor intensidad durante un momento y después, para mi sorpresa, disminuía rápidamente. Después de unos diez minutos el dolor había disminuido bastante y me quedó claro que el alivio que experimentaba se debía a cómo había prestado atención a las sensaciones de dolor en lugar de a la desensibilización del diente debido a la infección.

Al no haber estado nunca en contacto con las técnicas de meditación ni conocer su potencial, esta experiencia me resultó increíble y a partir de ese momento mi interés por los recursos de la mente se hizo mucho más fuerte. Después entendí que sin saberlo había utilizado una técnica muy conocida en la meditación Budista, la práctica de la ecuanimidad, un componente central de lo que se conoce como Meditación Mindfulness. Y también me di cuenta de que subestimaba la potencia constructiva del sufrimiento humano; después de todo fueron el dolor y la necesidad de aceptarlo los que me enseñaron una de las mayores lecciones de mi vida: que las cosas cambian, hasta la experiencia más dolorosa.

La enseñanza Budista sugiere que creamos sufrimiento debido a nuestras expectativas. Aunque las cosas que queremos a menudo no ocurren, las que no queremos a menudo sí lo hacen y cuando logramos lo que queremos, las cosas cambian pronto. Y aunque algunas cosas que queremos parecen no cambiar, nosotros sí cambiamos y nos acostumbramos a lo que tenemos, acabamos por perder el interés y pronto nos sentimos insatisfechos otra vez. Ser consciente de esta realidad universal sencilla aunque transcendental de una forma que alivie el sufrimiento es un aspecto importante de la vida con Mindfulness. De hecho, establecer Mindfulness en todos los niveles de la experiencia (algo que al principio se denominaba *Satipatthana*) es la esencia del aspecto práctico de la enseñanza Budista. Tradicionalmente el significado del término “Mindfulness” (*sati*, en Pali o el idioma que se hablaba en la antigua India) ha sido explicado por los maestros de meditación como un factor mental que sirve para mantener nuestra mente en el objeto de concentración elegido (Taylor, 2010) con una comprensión más profunda del objeto en cuestión. Como se describirá con detalle en el Capítulo 1, se pueden reconocer elementos de atención sostenida.

En Occidente el Mindfulness se ha definido como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 2009, pág. 26). Hace más de una década Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn (1998) ya observaron al interés cada vez mayor por el Mindfulness desde su temprana integración con la psicoterapia occidental en 1979, cuando se implementaron más de 240 programas basados en Mindfulness en Norteamérica y en Europa. Los investigadores han propuesto la integración formal de enfoques basados en Mindfulness con modelos cognitivos, conductuales y otros modelos existentes de psicoterapia (p. ej. Bennett-Goleman, 2002; Cayoun, 2003; Hayes, 2003; Hayes, Follette y Linehan, 2004; Kutz, Borysenko y Benson, 1985; Lau y McMain, 2005; Roemer y Orsillo, 2002; Shapiro y Carlson, 2009; Whitfield, 2006).

Los que proponen esa integración han propuesto varias maneras de operar y varios fundamentos teóricos para la implementación de los sistemas de terapia basada en Mindfulness según la teoría de psi-

copatologías específicas, pautas para intervenciones clínicas y una descripción de los estándares de calidad del enfoque terapéutico (p. ej. Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985 [dolor crónico y estrés]; Carlson et al., 2001 [depresión y estrés]; Linehan, 2003 [trastorno límite de personalidad]; Orsillo, Roemer y Barlow, 2003 [trastorno de ansiedad generalizado]; Kabat-Zinn et al., 1992 [pánico y otros trastornos de ansiedad]; Segal, Williams y Teasdale, 2006 [depresión]; Witkiewitz y Marlatt, 2006; Follette, Palm y Pearson, 2006 [trastorno de estrés postraumático]) y problemas concretos de procesamiento de la información (Breslin, Zack y McMain, 2002; Teasdale, 1999; Teasdale y Barnard, 1993; Wells y Matthews, 1994).

Son muchos los autores, con conocimientos que van desde la categorización social a la investigación oncológica, que han demostrado que la capacidad humana para el Mindfulness puede desarrollarse y utilizarse con éxito en el proceso de la sanación (Grossman et al., 2004; Lindsay, 2007; Speca et al., 2000). También existen pruebas que apuntan a que incluir los principios de Mindfulness en la psicoterapia occidental puede resultar beneficioso para una gran variedad de enfermedades (p. ej. Baer, 2003). Así, y manteniendo esa tendencia he propuesto una técnica no dual e integrativa para la modificación cognitiva y conductual basada en la combinación de una vertiente tradicional del Mindfulness, en los principios occidentales bien establecidos del condicionamiento operante y en los principios de la “cognición encarnada” y las redes neurológicas en el procesamiento de la información (Cayoun, 2005a).

De hecho, la integración del Mindfulness con principios cognitivos y de conducta no es nada nuevo. Son muchas las paráboles Budistas que explican historias que tienen veinticinco siglos de antigüedad y que ilustran maneras de utilizar lo que consideramos habilidades cognitivas y de conducta para abordar el sufrimiento de las personas además de con fines didácticos.

En una de esas paráboles una mujer que no había podido tener hijos durante siete años finalmente dio a luz a una criatura pero por desgracia el niño murió de enfermedad a los dos años, dejando a su

madre consternada hasta el punto que lo seguía llevando por las calles de la ciudad como si nada hubiera ocurrido y haciendo ver que su hijo estaba bien, que simplemente estaba durmiendo y que solamente necesitaba ayuda para despertar. Como es natural ninguno de las docenas de vecinos a los que pidió ayuda pudo despertar al niño hasta que, conmovido por su consternación, un viejo del lugar le sugirió que fuera a hablar con el “Maestro Gautama en su ashram¹”. Desesperada en busca de un milagro, la mujer siguió el consejo y visitó al Maestro Siddhartha Gautama, más conocido como Buda, sosteniendo el cadáver del niño en sus brazos: “Mi hijo se ha dormido y nadie puede despertarlo. En el pueblo me han dicho que usted podría ayudarme. Por favor, señor, haré lo que sea...”

Buda vio que la agonía emocional de la mujer no le permitiría entender el motivo real de su sufrimiento y que no estaba preparada para recibir una enseñanza de Mindfulness, así que le propuso lo que nosotros percibiríamos como un “experimento conductual” para iniciar una reevaluación cognitiva utilizando las siguientes instrucciones: “Vaya a todos y cada uno de los hogares de la ciudad, pida a cada familia cinco semillas de sésamo y tráigamelas, pero sólo deberá aceptar semillas de aquellas familias en las que no haya habido muertes”. La mujer se fue llamando sin cesar a todas las puertas y pidiendo las semillas mágicas que salvarían a su hijo del sueño eterno, pero la inviabilidad de su tarea se hacía cada vez más clara al no poder dar con un hogar que no hubiera sido tocado por la muerte; en todos los lugares había muerto alguien. Y cuando regresó a ver al Buda la mujer había recuperado el sentido y antes incluso de que el Maestro hablara le dijo: “Ahora lo entiendo, Señor, todo el mundo se muere; no es solamente mi hijo, es así en todas partes”. El Buda se alegró de oír aquello y pensó que la mujer ya estaba preparada para la práctica de Mindfulness. Y según prosigue la historia aquella mujer se convirtió en una excelente y reconocida maestra de meditación Mindfulness, liberada de lo que podría haber sido una pena profundamente arraiga para gran parte de su vida.

1. NdT: Un Ashram es una comunidad espiritual, propia del hinduismo, en la que convive un guía espiritual junto a sus discípulos.

Asumiendo la corrección histórica de esta parábola podemos ver que demuestra una de las maneras destacablemente espontáneas y precisas en las que el Buda implementaba técnicas de modificación de conducta en su doctrina del Mindfulness. En otras parábolas integra un estilo de pregunta-respuesta que asociaríamos fácilmente con lo que conocemos como diálogo socrático y que plasma la incoherencia de ciertos pensamientos y sus ideas subyacentes (véase una colección de parábolas en Axiom 2002).

Con unos principios similares, el modelo de cuatro fases de la Terapia cognitivo-conductual con Mindfulness integrado (TCCMi) que se presenta en este libro es una integración sofisticada de los principios básicos de Mindfulness y de la Terapia cognitivo-conductual (TCC) que incorpora una serie de técnicas basadas en la evidencia para desarrollar el conocimiento de uno mismo y un sentido saludable del autocontrol y la autoeficacia en múltiples ámbitos de la vida. Atributos todos ellos que dependen en parte del tipo de conocimiento de nosotros mismos desde el que operamos para solucionar problemas.

Tres bases de aprendizaje

Según las enseñanzas Theravada, consideradas por muchos como la escuela de pensamiento Budista más antigua, existen tres bases para el autoconocimiento: escuchar y creer a los demás (por devoción, con filosofía o religiosidad, etc.), racionalizar (habilidades intelectuales de uno mismo para solucionar problemas), y experimentar (la experiencia real de uno mismo). Todo ello se refiere a cómo aprendemos sobre nosotros mismos durante la terapia, de donde se desprende que podamos pensar en esos métodos de aprendizaje en términos de dimensiones de implicación personal y cada uno de ellos ofrece información sobre nosotros mismos desde un marco de referencia que va de más limitado (escucha pasiva) a más amplio (experimentación).

Aprendizaje por devoción

Durante la psicoterapia el paciente puede obtener información de él mismo en función de lo que digamos como terapeutas, dándole el toque de nuestra propia visión del mundo y del paradigma operativo. Así, nuestro paciente adquiere un conocimiento de sí mismo basado en la visión de otra persona, la del terapeuta: “el pensamiento del paciente es irracional porque lleva al dolor emocional”. Si ése es el único nivel de implicación (fe en el terapeuta), los síntomas se aliviarán temporalmente pero el sentido de autocontrol y de autoeficacia del paciente tiende a seguir siendo escaso y permanece vinculado al contexto y al tema de la intervención. Además, existe el riesgo potencial de que se instaure una dependencia en el terapeuta para obtener aprobación o tranquilidad que da pie a un tratamiento a largo plazo innecesario.

Aprendizaje racional

El siguiente nivel de implicación para el conocimiento de uno mismo es la solución de problemas entendiendo la información, algo que requiere mayor implicación personal en el procesamiento de la misma además de un procesamiento semántico con el que el significado de la información se evalúa activa y críticamente y se compara con información que ya se ha aprendido y que está almacenada en la memoria. Por ejemplo, ha quedado demostrado que entender cómo nuestros sistemas de creencias o “esquemas centrales” (ideas básicas sobre nosotros mismos y sobre el mundo) crean nuestra realidad, agradable o desgradable, es una habilidad útil durante la terapia cognitiva. Además también se ha demostrado que la comprobación de esa comprensión mediante experimentos conductuales (probar la validez de una idea) ayuda a modificar la visión que tenemos y a menudo el malestar emocional correspondiente. Sin embargo entender nuestros esquemas no siempre basta para cambiar nuestra conducta y a pesar de los intentos profesionales del terapeuta por mejorar la conciencia de un paciente de sus creencias inútiles, éste último puede sentirse incapaz de cambiar una visión o una respuesta habitual. A continuación se ofrece un buen ejemplo de la diferencia entre

darse cuenta de algo de manera racional y hacerlo de manera experimental, que corresponde al siguiente nivel de implicación.

En 1952 Donald Glaser, experto en física galardonado con el Premio Nobel, inventó una máquina llamada “la cámara de burbujas” para medir la velocidad a la que las partículas subatómicas que componen el universo “surgen y desaparecen” (Goenka, 1987). El principio es el siguiente: en hidrógeno líquido, que se mantiene a una temperatura próxima a su punto de ebullición, los iones producidos por las partículas energéticas radioactivas que entran a la cámara dejan tras de sí rastros de burbujas que pueden fotografiarse y después Glaser contó los trazos de iones y calculó que el número de iones que aparecían y desaparecían era igual a 10^{22} Hz (ciclos por segundo). Dicho de otro modo, Glaser descubrió que las partículas subatómicas surgen y desaparecen 10^{22} veces por segundo y ese gran descubrimiento, que demuestra la dinámica de la naturaleza transitoria del universo físico, se basaba en una máquina, es decir, un medio de medición externo con el que podemos racionalizar la naturaleza física humana.

Aprendizaje a través de la experiencia

Resulta sorprendente que veinticinco siglos antes un hombre que solo disponía de su capacidad introspectiva para aplicar conciencia y ecuanimidad al momento presente realizara un descubrimiento similar a nivel de experiencia. Siddhartha Gautama (Buda) descubrió que “toda la estructura material está compuesta de diminutas partículas subatómicas que surgen y se desvanecen constantemente. En el tiempo que se tarda en chascar los dedos o parpadear, cada una de estas partículas ha surgido y desaparecido trillones de veces” (Goenka, 1985, citado en Hart, 1994, pág.37). Dado que no existía ninguna descripción anterior ni ningún nombre para esas partículas que vibraban, Gautama creó la palabra *kalapa* –la unidad de materia indivisible más pequeña, y aunque los descubrimientos de ambos hombres fueron similares, el proceso y los resultados del mismo descubrimiento eran inefablemente distintos: uno de los hombres se liberó de una congoja material mientras que el otro se hizo viejo atado a las aflicciones emocionales del deterioro tanto físico como mental.

La TCCMi reúne esos tres aspectos del aprender sobre nosotros mismos haciendo énfasis en las características experimentales y en los sustentos neuroconductuales subyacentes. Cada vez son más los investigadores y los terapeutas que consideran las ventajas de los paradigmas prácticos y que ya han aceptado incluir componentes de Mindfulness en el marco de trabajo cognitivo-conductual (Follette et al., 2006; Hayes, Stroshal y Wilson, 1999; Salzman y Goldin (2010); Teasdale, 1999; Teasdale, Segal y Williams, 1995; Wells y Matthews, 1994; Williams et al., 2000). Este libro es otro reflejo más del pensamiento actual en psicoterapia que considera que la experiencia *per se* tiene un valor terapéutico significativo.

Acerca de este libro

La base

A pesar de la cantidad cada vez mayor de investigaciones y de excelentes libros que se publican sobre el uso del Mindfulness en terapia, la mayoría tienden a orientar sus contenidos hacia contextos específicos de problema o de trastorno (p. ej. Baer, 2006; Williams et al., 2007). Hoy por hoy no existe ninguna serie práctica de principios generales ni de pautas para la integración aplicada de la meditación Mindfulness y de las técnicas de la TCC tradicional que esté bien documentada y que se base en evidencias para abordar múltiples problemas. Y no es solamente que esos principios generales pudieran ayudar en términos de eficacia de los programas en grupos heterogéneos, sino que también ayudarían a abordar el problema de la comorbilidad como ilustran de manera informal las cartas de antiguos pacientes que se recogen en el Capítulo 11. La necesidad de esos principios generales y de esas pautas convencionales ha dado lugar a la elaboración de este libro e, igual que hicieron Stephen Hayes y sus colegas en relación con su modelo integrativo (Terapia de aceptación y compromiso, 1999), este libro ofrece una base y unas pautas generales para la implementación de la meditación Mindfulness (no solo actitud) estrechamente integradas con métodos de TCC bien estudiados y basados en evidencias para una amplia serie de disfunciones psicológicas.

La estructura

Este libro presenta cada capítulo por orden de implementación del programa de cuatro fases de la TCCMi, aunque algunos elementos pueden intercambiarse con flexibilidad en función del caso y según el trastorno y el progreso del paciente. Esta estructura se basa en nueve años de pilotaje, implementación y estandarización en varios centros de salud mental que se convirtieron en años de oportunidades para llevar a cabo modificaciones basadas en los comentarios de los pacientes, en la supervisión de estudiantes y de terapeutas experimentados y en datos empíricos que han dado pie a la estructura y a los contenidos actuales del programa.

Los capítulos 1 y 2 plantean una puesta en práctica del Mindfulness y un marco teórico muy robusto para su inclusión en la terapia psicológica. También ofrecen una explicación neuroconductual de los mecanismos de acción mediante una descripción detallada del modelo coemergente de implementación que muestra una clara interfaz entre la práctica del Mindfulness y la TCC. Además, el resumen de los puntos más importantes al final del Capítulo 2 ayudará al lector a recordar los aspectos destacados de los conceptos y las habilidades y a comunicar el contenido del programa de un modo sencillo a pacientes y a colegas.

Los Capítulos 3, 4, 5 y 6 explican la Fase 1 de la TCCMi, en la que se describen las habilidades de la práctica de Mindfulness para interiorizar la atención con el fin de regular tanto la atención como las emociones. En estos capítulos se describen técnicas para implicar al paciente en el plan de tratamiento utilizando una combinación de habilidades de Mindfulness y de TCC (exposición interoceptiva y diálogos socráticos), además de algunas de las relaciones e implicaciones clínicas de esta integración particular de Mindfulness y TCC y una completa descripción de las dificultades y las soluciones comunes.

En los Capítulos 7, 8 y 9 se describe cómo la TCCMi externaliza las habilidades que se han adquirido recientemente en la Fase 1 (regulación de la atención y de las emociones) para dotar a los pacien-

tes de herramientas cognitivas y conductuales a largo plazo que les permitan hacer frente a agentes de estés comunes, mecanismos de evitación y problemas interpersonales; todo ello mediante las estrategias aprendidas en las Fases 2, 3 y 4. Por su parte, la base para la utilización de la meditación de amor incondicional o benevolencia, en el Capítulo 9, tendrá mucha importancia para los terapeutas y los científicos cognitivo-conductuales.

Los Capítulos 10 y 11 abordan las ventajas de la TCCMi y su importancia en los trastornos DSM de los ejes 1 y 2. Además en esos capítulos se pone en entredicho la idea de que los problemas debidos a un trastorno de personalidad no pueden cambiarse, y se ilustran con ejemplos de caso la noción de locus interno de aplicación y las ventajas de tratar la cognición y la conducta inadaptativas a nivel de experiencia. También se incluyen los interesantísimos comentarios de diez antiguos pacientes míos tratados con TCCMi y se informa al lector de medidas de cambio muy útiles generadas por enfoques de Mindfulness haciendo hincapié en la noción de autoeficacia. Por último se incluye una evaluación de la práctica del Mindfulness basada en los estándares de Aaron T. Beck (1995).

El Capítulo 12 propone un resumen muy útil del protocolo de implementación semanal para pacientes adultos. Cabe destacar también que la referencia a la utilización de CD es frecuente, por si el terapeuta desea utilizar los CD que suelen utilizarse con la TCCMi para ayudar tanto a pacientes como a terapeutas en su práctica diaria (disponibles online en la web del *MiCBT Institute*: www.Mindfulness.com.au). La experiencia de la mayoría de terapeutas de TCCMi es que los CD de práctica (Fase 1 y práctica avanzada) pueden complementar el uso práctico de este libro y que son muy interesantes a la hora de aplicar el programa.

El Capítulo 13 habla de la importancia de la práctica profesional e incluye un breve resumen del estudio sobre terapeutas formados en Mindfulness y de la estructura del Diploma de Formación Profesional en TCCMi que ofrece el *MiCBT Institute* y que está reconocido oficialmente en Australia.

El Capítulo 14 es una compilación de preguntas que me han formulado pacientes, terapeutas e investigadores durante los últimos nueve años y a las que he ido respondiendo de la mejor manera posible. Y dado que esos intercambios con pacientes y colegas tuvieron lugar en un lenguaje llano, el capítulo mantiene el mismo estilo coloquial para ofrecer las preguntas y las respuestas basadas en la compleja realidad del trabajo clínico.

Los apéndices contienen tres guiones que pueden utilizar los terapeutas que deseen instruir a pacientes personalmente en lugar de utilizando los CD en sesiones de terapia en grupo o individuales. También hay varios formularios que los terapeutas encontrarán de gran utilidad a la hora de aplicar el programa.

El estilo

Por desgracia las referencias académicas a maestros y a escritores orientales que con tanta devoción aportaron la base para la práctica del Mindfulness suelen ignorarse. Sin embargo en este libro aparecen referencias a conceptualizaciones tradicionales y a la implementación de la práctica del Mindfulness así como a la persona que estuvo en su origen: el histórico Buda. Y aunque está claro que eso no convierte a este volumen en un libro “Budista” parece importante que el lector tenga la oportunidad de relacionar conceptos actuales de ciencia conductual con la antigua y bien establecida sabiduría oriental.

Por último, y aunque el estilo de este libro sea más bien coloquial, ciertos conceptos técnicos son necesarios, sobre todo dado que la mayoría de investigadores, profesionales de la salud mental e internos reconocerán muchos de los conceptos no explicados. Con esto se anima al lector a consultar el glosario de términos que se incluye al final del libro cuando lo considere necesario.