



Fabrizio
Didonna

**TERAPIA
COGNITIVA
BASADA EN
MINDFULNESS
PARA EL **TOC****

Un manual de tratamiento



biblioteca psicología



DESCLÉE DE BROUWER

FABRIZIO DIDONNA

Prólogo de Mark Williams

**TERAPIA COGNITIVA BASADA
EN *MINDFULNESS* PARA EL TOC**

Un manual de tratamiento

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer**

Título de la edición original:
MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY FOR OCD
A Treatment Manual
© 2020 The Guilford Press
The Guilford Press, New York, USA

Traducción: Fernando Montesinos Pons
Revisión técnica: Dr. Joan Miquel Soldevilla Alberti

© EDITORIAL Desclee De Brouwer, S.A., 2021
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com
Facebook: EditorialDesclee
Twitter: @EdDesclee

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

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

Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-3158-7
Depósito Legal: BI-01552-2021
Impresión: Grafo, S.A. - Basauri

Índice

Sobre el autor	11
Prólogo	12
Agradecimientos	18
Introducción	22

PARTE I

Teoría y conceptualización

1. ¿Qué es el TOC?	35
2. Un enfoque del TOC basado en el <i>mindfulness</i>	102
3. El programa de la MBCT para el TOC: Fundamentación, estructura y principios básicos.	161
4. Prepararse para dirigir la MBCT para el TOC y evaluación de los participantes	189

PARTE II

El programa de la MBCT para el TOC

5. Sesión 1: Comprender qué es el <i>mindfulness</i>	209
6. Sesión 2: Comprender el TOC y cómo el <i>mindfulness</i> sirve de ayuda	238

7. Sesión 3: Ayudar a los familiares y a las parejas a apoyar a los pacientes con TOC.	276
8. Sesión 4: Comprender la propia desconfianza y desarrollar una confianza real.	289
9. Sesión 5: Usar los sentidos para desarrollar la confianza	317
10. Sesión 6: Desarrollar una relación saludable con los pensamientos.	353
11. Sesión 7: Desarrollar la aceptación como un paso esencial para el cambio	387
12. Sesión 8: «Hacer consciente» y exposición consciente	417
13. Sesión 9: Desarrollar la autocompasión y el autoperdón	455
14. Sesión 10: Aprender a correr riesgos	484
15. Sesión 11: Afrontar la vida con confianza y hacer frente a los obstáculos de manera efectiva	503
Apéndice: Formación y supervisión en la MBCT para el TOC	540
Bibliografía complementaria.	545
Índice terminológico	546

Sobre el autor

Fabrizio Didonna, Doctor en Psicología, es profesor en el Instituto de Formación Continua de la Universidad de Barcelona (España), y profesor visitante en la Universidad Jiao Tong de Shanghái (China). Es psicólogo clínico, así como profesor y formador en varias escuelas de posgrado de terapia cognitivo-conductual en Italia. El doctor Didonna es el fundador y presidente del *Istituto Italiano per la Mindfulness (IS.I.MIND)*, y director científico del Máster en Terapia Basada en *Mindfulness* patrocinado por este Instituto. Es coordinador de la Unidad para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en el Hospital Privado de Villa Margherita en Vicenza (Italia), y director de la MBCT para el Centro TOC en Vicenza. Practicante y maestro de meditación desde hace mucho tiempo, es un experimentado instructor de grupos basados en *mindfulness* y ha entrenado a más de 2.000 participantes en entornos hospitalarios y ambulatorios. Fue uno de los primeros terapeutas en implementar el entrenamiento en *mindfulness* en pacientes hospitalizados con trastornos severos. El doctor Didonna ha publicado artículos científicos, ha impartido talleres, ha pronunciado conferencias a nivel internacional y ha publicado numerosos artículos, capítulos y libros, entre ellos el *Manual clínico de mindfulness*.

Prólogo

Una arquitecta estaba visitando un centro comercial que había diseñado. Esta visita tenía lugar pocos meses después de su apertura al público, y quiso hacerla para comprobar cómo funcionaba el diseño en la práctica. La acompañaba un alumno, un estudiante que había ido a su estudio de arquitectura durante dos semanas para ver si la carrera de arquitectura era la idónea para él.

Aparcaron el coche y cogieron el ascensor hasta una de las plantas del centro comercial. ¿Qué vio cada uno de ellos cuando las puertas del ascensor se abrieron y salieron del mismo? La arquitecta captó toda la escena: el edificio, los espacios y sus formas, cómo jugaba la luz con las estructuras internas. A medida que avanzaba, observó los diferentes niveles del edificio y el flujo de personas que atravesaban sus espacios –dónde se detenían, en qué puntos parecían tener más prisa–. Pudo percibir su diseño en acción: su forma y su función. Miró a su alrededor para hacerle una pregunta al estudiante, y descubrió que este se había detenido un poco por detrás de ella. ¿Qué es lo que había visto él? Un gran anuncio del último teléfono inteligente en un escaparate había captado *su* atención. La mente del alumno en prácticas, que no tenía la experiencia de la arquitecta, no estaba en sintonía con la estructura del espacio o con cómo funcionaba este en la práctica, sino solo –como nos habría pasado a la mayoría de nosotros en su situación– con los objetos expuestos.

Al practicar *mindfulness* y enseñárselo a otras personas, el terapeuta/instructor de *mindfulness* es como la arquitecta, que ve más allá del *contenido* de la mente –los objetos expuestos– a fin de discernir la forma y la función de esta. Los instructores de *mindfulness* se interesan por el modo en que fluye la información dentro del «espacio» de la mente y el cuerpo, así como por ver claramente los lugares y los momentos en que ese flujo se ve bloqueado por los patrones habituales de procesamiento. Gracias a su propia práctica diaria y a su formación continua para trabajar con los pacientes, los instructores de *mindfulness* están en condiciones de ayudar –primero a sí mismos y luego a

los demás— a descubrir esos patrones mentales que alguna vez pudieron tener una función útil (y que, en algunos contextos, todavía la tienen), pero que ahora actúan para perjudicar, o incluso para destruir, el bienestar psicológico y físico.

El libro de Fabrizio Didonna es un maravilloso ejemplo de cómo investigar un problema clínico difícil y desarrollar un enfoque que incluya lo que ha demostrado ser efectivo en la actualidad, un enfoque en el que basarse para futuras investigaciones y trabajos clínicos. El libro sigue los pasos de los enfoques cognitivo y conductual para desmitificar el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), demostrando que todos nosotros experimentamos, en mayor o menor medida, los procesos que parecen causar angustia en las personas con TOC. Durante la infancia, casi todos nosotros pasamos una fase en la que evitamos algunas cosas de manera ritualista. Y la mayoría de nosotros, ya en la edad adulta, comprobamos varias veces en el aeropuerto si nuestro pasaporte está en el bolsillo o en el bolso. ¿Por qué no nos basta con hacerlo una sola vez? Del mismo modo, la mayoría de nosotros hemos tenido alguna vez un pensamiento o un recuerdo angustioso que aparece en nuestra mente de manera espontánea, que permanece demasiado tiempo en ella, y que creemos que deberíamos poder descartar o que ya deberíamos haber «superado», pero que sigue regresando.

Estos mismos procesos mentales tratan de hacer frente a pensamientos e imágenes extremadamente desagradables en aquellas personas que buscan ayuda para los problemas psicológicos más graves, de modo que esos procesos se agitan, tratando sin cesar de deshacerse de dichos pensamientos e imágenes. La repetición implica que los procesos se han convertido en habituales y han echado raíces. Por otra parte, además del problema principal, suele haber también un sentido secundario de desesperación profunda en el que los recuerdos de los fracasos pasados por lo que respecta al control de la mente y el comportamiento se enredan con un sentimiento de vergüenza y de autoculpabilidad.

En ninguna parte está esto más claro que en el problema aparentemente intratable que denominamos TOC. A una persona se le diagnostica que padece TOC cuando experimenta un patrón habitual de pensamientos y miedos, como el miedo a contaminarse con gérmenes o el temor de haber causado un daño a alguien (un miedo que la propia persona reconoce como irracional y, de ahí las *obsesiones*), al que siguen intentos repetidos de neutralizar los pensamientos o de poner las cosas en orden. Estas acciones se convierten a menudo en rituales y no se sienten como elecciones libres. En vez de ello, la persona se siente *obligada* a realizarlas (y de ahí las *compulsiones*), a pesar de hacerse la idea de que son excesivas e inapropiadas. Por ejemplo, la persona que tiene miedo de la contaminación podría lavarse las manos de manera compulsiva una y otra vez hasta que estuvieran doloridas y agrietadas, para así detener o prevenir la contaminación. La persona que cree que puede haber golpeado sin querer a alguien mientras conducía podría volver sobre sus pasos para cercio-

rarse de que no lo ha hecho. *Todas* las personas con TOC se sienten atrapadas, ya que el tratar de detener las obsesiones y/o las compulsiones solo parece hacer que regresen con más fuerza y que aumente la angustia que causan. En última instancia, la persona se siente impelida a realizar actos aún más compulsivos a fin de reducir la ansiedad. Sin embargo, aunque estos actos compulsivos alivian las cosas durante un tiempo, no tienen un efecto duradero. Las obsesiones regresan, y el impulso que impele a actuar se muestra más fuerte que nunca. Así es como consigue arraigarse un círculo vicioso.

Tanto los pensamientos obsesivos como los comportamientos compulsivos interfieren en gran medida en la vida cotidiana de una persona, desviando la atención que se debería prestar a otras personas y otras actividades. Demandan una enorme cantidad de tiempo a lo largo del día, y ocasionan una gran angustia y vergüenza tanto a las personas que los sufren como a sus familias. El *mindfulness* implica prestar suficiente atención a estos patrones –y ocuparse de ellos de un modo que resulte amable y compasivo– para que, de este modo, se revele lo que previamente se había ignorado: a saber, que debido a la estructura y al funcionamiento normal de la mente, reaccionamos de forma automática al material no deseado de manera que las mismas cosas de que nos gustaría liberarnos se vuelvan *más* adhesivas. Dado que estos procesos son automáticos y, por lo tanto, suelen producirse fuera de nuestro conocimiento consciente, es esencial entrenar a la persona para que tome conciencia de ellos. Es como entrenar a un arquitecto, alejándole del *contenido* mental que le distrae y acercándole hacia los procesos que determinan el flujo de información y que, si son perturbados u obstaculizados, exacerbaban los elementos de nuestras vidas que crean esa angustia.

Desde el comienzo de la investigación conductual y cognitiva en las décadas de 1960 y 1970, la búsqueda se ha centrado en encontrar las mejores formas de ayudar a las personas con TOC. Aunque se ha hecho un trabajo importante, sigue habiendo un problema: la mitad de las personas que sufren TOC no se benefician todavía de los tratamientos que tienen a su disposición. Existe una necesidad imperiosa de probar nuevas teorías y nuevos métodos para intentar lograr más progresos. Estos nuevos métodos deben basarse en los éxitos del pasado, además de considerar los modelos teóricos más recientes para ver lo que podrían haber pasado por alto. Solo de esta manera avanzará el sector para entender los mecanismos que subyacen en los patrones adhesivos de pensamientos, sentimientos y comportamientos que anidan en el TOC. Tal empresa requiere tiempo y un gran de trabajo detectivesco. Este libro justamente es el resultado de este tipo de investigación minuciosa desarrollada a lo largo de muchos años, una investigación llevada a cabo por uno de los principales profesionales clínicos en la materia. Esta investigación se basa en las últimas teorías psicológicas, neurobiológicas, evolutivas y del desarrollo y pretende proponer una nueva forma de abordar el problema: la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT, por sus siglas en inglés, *mindfulness-based cognitive therapy*) para el TOC.

La MBCT fue desarrollada en su origen por Zindel Segal, John Teasdale y un servidor; al igual que su intervención «matriz» –la reducción de estrés basada en *mindfulness* (MBSR, por sus siglas en inglés, *mindfulness-based stress reduction*) de Jon Kabat-Zinn–, la MBCT tenía algunos elementos genéricos (transdiagnósticos) y algunos elementos específicos. Los elementos genéricos han permitido aplicar esta terapia a una serie de ámbitos clínicos en los que la *incapacidad de descentrarse del pensamiento rumiativo* mantiene el problema psicológico. Los elementos específicos de la MBCT en Segal, Williams y Teasdale¹ se diseñaron para ayudar a las personas con depresión recurrente. Estos elementos incluyen un enfoque en el reconocimiento de que en la depresión existe una tendencia persistente a pasar a emplear interpretaciones negativas cuando se hace frente a situaciones ambiguas, y de que prácticamente cualquier situación puede activar una espiral de pensamientos autodenigrantes. La MBCT para prevenir la depresión incluye información específica sobre (1) cómo reconocer los signos que advierten de los inminentes cambios de humor, (2) cómo valerse de actividades que aportan una sensación de dominio y de placer para reconectar con esos aspectos de la vida cotidiana que solían ser enriquecedores y reinstalarlos, y (3) cómo trabajar más hábilmente con aquellos aspectos de la vida diaria que se están viendo mermados. Sin embargo, los desarrolladores de la MBCT advirtieron del uso de un conjunto idéntico de teorías y prácticas para diferentes problemas psicológicos². Para nosotros es evidente que en el mantenimiento de los diferentes tipos y patrones de problemas intervienen diferentes procesos psicológicos. De este modo, si fuéramos a aplicar la MBCT a un nuevo grupo de personas que comparten características distintivas (características que normalmente se resumen en un «diagnóstico»), deberíamos empezar por examinar detenidamente los factores que mantienen el trastorno en este grupo, en vez de suponer que la MBCT estándar funcionaría.

Eso es precisamente lo que Fabrizio Didonna hace en este libro. Al proponer la manera de abordar las cuestiones, no solo aporta nuevas ideas sobre el TOC en sí mismo, sino que también desarrolla la MBCT en nuevas direcciones en su programa de 11 sesiones. En sus manos, la MBCT mantiene su característica principal: la unión de la ciencia psicológica y la teoría y la práctica del *mindfulness*. Pero va más allá. Toma buena nota de los rasgos distintivos del TOC que deben tenerse en cuenta: rasgos tales como los pensamientos supersticiosos, la falta de confianza en uno mismo y la incapacidad de tolerar la incertidumbre; la falta de confianza en la experiencia

-
1. Z. V. SEGAL, J. M. G. WILLIAMS Y J. D. TEASDALE, *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, Guilford Press, Nueva York 2002; Z. V. SEGAL, J. M. G. WILLIAMS Y J. D. TEASDALE, *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, Guilford Press, Nueva York 2013² (trad. esp.: *MBCT. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*, Edición revisada, Kairós, Barcelona 2017).
 2. J. D. TEASDALE, Z. V. SEGAL Y J. M. G. WILLIAMS, «Mindfulness training and problem formulation»: *Clinical Psychology Science and Practice*, 10 (2003), 157–160.

interna (memoria, percepciones, atención e intenciones); la inversión excesiva en posibilidades imaginadas/hipotéticas; la desconfianza en la experiencia perceptiva, e incluso su invalidación (p. ej., favoreciendo el sentido subjetivo frente a la evidencia objetiva); la hiperactividad al generar escenarios de riesgo; la responsabilidad excesiva, la culpa, el asco y el perfeccionismo; y extremos de evitación experiencial que puede adoptar la forma de una autoaversión agresiva a los propios pensamientos, emociones y sensaciones físicas. La confianza en uno mismo es una cuestión clave en el enfoque de Didonna. Quiere demostrar que es posible creer en uno mismo como alguien en quien se puede confiar y que es capaz de hacer frente incluso a situaciones de riesgo, siempre que se tenga el valor de cultivar un sentimiento de apertura, seguridad, aceptación, libertad y positividad hacia la vida y el mundo.

¿De qué manera ayuda la MBCT para el TOC a hacer frente a esa desconfianza fundamental en uno mismo? En primer lugar, el programa enseña a los pacientes a validar sus propias experiencias sensoriales priorizando la conciencia plena de las propias sensaciones. En segundo lugar, el programa se basa en los conocimientos de la terapia cognitivo-conductual (TCC): es decir, la destinada a ayudar a los pacientes a detectar el punto en el que están atrapados en su forma de pensar, y a descubrir nuevas maneras de considerar su situación. En la MBCT para el TOC, los síntomas obsesivos y compulsivos se convierten, en sí mismos, en sujetos naturales de observación consciente. Los pacientes aprenden a observarlos, y a advertir también sus reacciones secundarias a esos síntomas, con una mayor claridad y conciencia; también aprenden la manera de *descentrarse* y *desidentificarse* de ellos. Esta «exposición consciente» es un sello distintivo del enfoque de la MBCT para el TOC.

En tercer lugar, la MBCT para el TOC incluye en el programa a los *miembros de la familia* del paciente (de manera específica en una nueva sesión 3), para que también ellos puedan aprender sobre los objetivos y las intenciones de la MBCT, y para que identifiquen y dejen ir las adaptaciones y las alianzas involuntarias que puedan haber establecido con el paciente, que, con la mejor de las intenciones, podrían estar impidiendo en realidad el progreso. En cuarto lugar, la MBCT para el TOC incluye un nuevo elemento cognitivo basado en el *mindfulness*, la «Validación de la experiencia perceptiva», que tiene por objeto ayudar al paciente a desarrollar una mejor relación con la realidad y a neutralizar las dudas obsesivas. Este elemento se introduce en la sesión 5 (capítulo 9) y ayuda a que los participantes aprendan a valorar y a dar prioridad a sus propios sentidos: a lo que sus órganos sensoriales comunican realmente, momento a momento.

En quinto lugar, hay un ejercicio específico en la sesión 8 (capítulo 12), la «Práctica de las intenciones saludables» (asignado como práctica para casa), que tiene como objetivo ayudar a los participantes a tomar una mayor conciencia de sus verdaderas intenciones cada día. La idea es permitir que los

participantes vean y luego influyan en su *modo hacer*; que armonicen sus intenciones del día con la forma en que desearían actuar, pensar, hablar y sentir; y que aprendan qué acciones pueden emprender para poner en práctica esas intenciones. Por último, la MBCT para el TOC integra el entrenamiento en *mindfulness* con la práctica de la compasión, introducida explícitamente como respuesta al autorrechazo agresivo profundamente arraigado que caracteriza a muchas personas que sufren por ello. Dentro de este marco de compasión, se anima a los participantes a correr riesgos, e incluso a que cuenten con un ritual de «dejar ir» que les ayude a que se inicie este proceso.

Otros enfoques terapéuticos enseñan a descentrarse de los comportamientos y los pensamientos negativos y repetitivos; muchos enseñan la bondad y la compasión. Sin embargo, la MBCT para el TOC entrena de manera explícita estas habilidades en relación con los pensamientos, los impulsos y las sensaciones. Además, la MBCT para el TOC sigue todas las intervenciones basadas en el *mindfulness*, comenzando con la conciencia plena de los aspectos de la mente que son relativamente neutrales, para luego pasar a abordar los problemas más difíciles y adhesivos. Fabrizio Didonna usa la abreviatura APLICCAS para ayudar a que sus pacientes recuerden las cualidades nucleares que están aprendiendo: Aceptación, Positividad, Libertad, confianza Interna, Conciencia, Control, Apertura y Seguridad³.

Si la ciencia y la práctica de la MBCT han de progresar, necesitarán la cuidadosa combinación de sabiduría clínica y rigor científico que representa este libro. Este es el primer manual para la aplicación de la MBCT al TOC, y no solo sienta las bases para una mayor investigación, sino que también traza la hoja de ruta esencial que los profesionales clínicos necesitan para comprender y ayudar a las muchas personas que sufren por esta causa. Es un privilegio leerlo, y todo un honor recomendárselo al lector.

DOCTOR MARK WILLIAMS
Profesor emérito de Psicología clínica
Universidad de Oxford

3. En inglés, PASIFACO: Positivity, Acceptance, Security, Internal confidence, Freedom, Awareness, Control y Openness (NdT).

Introducción

No es ni con acciones ni con palabras
como nos liberamos de las contaminaciones mentales,
sino viéndolas y reconociéndolas una y otra vez.

—ANGUTTARA NIKAYA

Arbeit macht frei, «el trabajo libera», eran las palabras infames que figuraban en la entrada de Auschwitz y de otros campos de concentración nazis. Esta frase es, indudablemente, una de las más terribles e injustas que se ha usado nunca para engañar a los humanos. Sabemos que en Auschwitz el trabajo no salvaría a nadie. Sin embargo, los propios prisioneros se aferraban a la idea mientras trataban desesperadamente de mantener cualquier esperanza de sobrevivir. Hace muchos años, cuando viajaba por Polonia, me sorprendí mirando esas palabras en esa puerta. Entre los muchos pensamientos, imágenes y escenas dramáticos que abarrotaron mi mente, no pude evitar hacer una comparación entre esa frase y el gran autoengaño de las personas que padecen trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): «Los rituales me liberan» —de la ansiedad, de las obsesiones, de la responsabilidad y de la culpa—. Pero esta creencia es, precisamente, lo que lleva a las personas con TOC a entrar en una serie de círculos viciosos que mantienen y alimentan su problema incapacitante y desafiante. Sus formas contraproducentes de hacer frente a este problema crean una ilusión de seguridad y control a la que resulta difícil renunciar.

Ayudar a los pacientes a comprender los modos en que estos autoengaños desencadenan y ayudan a mantener su trastorno debe ser uno de los objetivos más importantes de cualquier enfoque terapéutico eficaz del TOC. Igual de importante es reconocer que la fenomenología y la sintomatología obsesivas derivan, más o menos directamente, de las conductas humanas, de los hábitos y de los mecanismos cognitivos normales y adaptativos. Sabemos que la mayoría de las personas experimentan pensamientos intrusivos y rea-

lizan rituales, y que estos hábitos comienzan a desarrollarse en la infancia porque proporcionan una sensación de organización, de equilibrio, de seguridad y de control en la vida diaria. Por ejemplo, llevamos a cabo un cierto conjunto de conductas en el mismo orden; mantenemos determinados objetos en el mismo lugar; comemos los mismos alimentos, en el mismo orden, para desayunar todos los días; limpiamos nuestras casas de la misma manera usando los mismos productos; muchas personas fuman un cigarrillo después de las comidas o de la actividad sexual; y tenemos pensamientos intrusivos cuyo contenido no es diferente de los que tienen las personas con TOC. Nuestra cultura, nuestras vidas sociales y nuestras prácticas religiosas están imbuidas y se caracterizan por comportamientos rituales que regulan, coordinan y organizan nuestra relación con el mundo exterior y con nuestros mundos interiores. Aunque estos rituales pueden proporcionarnos una sensación de orden y estabilidad, tenemos que adaptarlos continuamente a lo que ocurre en nuestras vidas para que puedan seguir siendo funcionales. En las personas que padecen TOC, el desencadenante de ciertos mecanismos psicopatológicos conduce a una distorsión, a menudo grave, en la duración, la frecuencia y la intensidad de comportamientos que en un principio eran normales. A su vez, esta distorsión lleva al desarrollo de un trastorno complejo e incapacitante.

A partir de la década de 1970, dentro del contexto de la terapia conductual, se desarrollaron muchos enfoques terapéuticos diferentes que demostraron ser sorprendentemente eficaces en el tratamiento del TOC en personas con compulsiones manifiestas (p. ej., lavado, comprobación), alcanzando tasas de éxito del 80-90% de los pacientes tratados¹. Sin embargo, estos enfoques no resultaron ser tan eficaces para tratar el TOC comórbido con el trastorno depresivo mayor², con otras patologías, y en los casos no tan raros de trastorno obsesivo en los que no hay compulsiones o rituales manifiestos –es decir, en el así llamado *TOC puro*– porque tiene lugar de manera exclusiva en la mente del paciente. Según Rachman³, «el principal obstáculo para el éxito del tratamiento de las obsesiones es la ausencia de técnicas efectivas». De acuerdo con esta afirmación, casi podríamos definir los trastornos mentales como *la falta de mecanismos, recursos o estrategias efectivos, funcionales y adaptati-*

-
1. E. B. FOA, M. R. LIEBOWITZ, M. J. KOZAK, S. DAVIES, R. CAMPEAS, M. E. FRANKLIN ET AL. «Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder»: *American Journal of Psychiatry*, 162(1) (2005), 151–161; P. M. G. EMMELKAMP, S. VISSER Y R. HOEKSTRA, «Cognitive therapy vs. exposure in the treatment of obsessive-compulsives»: *Cognitive Therapy and Research*, 12 (1988), 103–114; C. A. L. HOOGDUIN Y W. A. HOOGDUIN, «The outpatient treatment of patients with an obsessional-compulsive disorder»: *Behaviour Research and Therapy*, 22 (1984), 455–459.
 2. E. B. FOA, «Failure in treating obsessive-compulsives»: *Behaviour Research and Therapy*, 17(3) (1979), 169–176; S. J. RACHMAN Y R. J. HODGSON, *Obsessions and compulsions*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ 1980.
 3. S. RACHMAN, «Obstacles to the treatment of obsessions», en E. B. Foa y P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behaviour therapy*, Wiley, Nueva York 1983.

vos de las personas (o su dificultad para usarlos) para cambiar la relación disfuncional que tienen con su experiencia interior.

Como veremos en los dos primeros capítulos de este libro, sabemos que el 50% de las personas con TOC no mejoran de manera significativa o de forma duradera con los enfoques de que disponemos en la actualidad⁴. Ante la carencia de un tratamiento efectivo, a lo largo de los años he intentado –con entusiasmo, curiosidad y compromiso– encontrar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Qué más podemos hacer, de manera realista, para ayudar a las personas con TOC que todavía no han encontrado un alivio suficiente para este trastorno incapacitante?
- ¿Qué medios, técnicas y enfoques terapéuticos que no empleamos todavía pueden mejorar, reforzar o integrarse de manera efectiva con los enfoques terapéuticos de que disponemos en la actualidad?
- ¿Qué aspectos del trastorno no comprendemos todavía plenamente desde el punto de vista clínico y etiopatogénico?
- ¿Qué factores comunes y transversales caracterizan a todos los tipos de TOC, y qué intervenciones pueden ser efectivas para tratar cada uno de ellos, teniendo en cuenta la extrema heterogeneidad de la sintomatología y la fenomenología del trastorno?

Un viaje personal

Mi viaje personal en el trabajo con el TOC comenzó a finales de la década de 1990, cuando visité el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford. Allí, Paul Salkovskis en persona me enseñó cómo tratar a los pacientes con TOC, involucrándome en conversaciones esclarecedoras y compartiendo conmigo vídeos interesantes de sesiones terapéuticas reales. Gracias a esta experiencia aprendí un enfoque innovador y poderoso para relacionarme con las personas con TOC, aprendí la importancia de una formulación del problema compartida con los pacientes, y aprendí también varias técnicas cognitivas que podían centrarse en los sesgos y en los mecanismos cognitivos que activan y mantienen el trastorno. Al mismo tiempo, comencé a cultivar la meditación por mí mismo, asistí a talleres y retiros con Jon Kabat-Zinn, Zindel Segal, Mark Williams, John Teasdale y muchos otros maestros budistas y de *mindfulness* conocidos a nivel internacional. En primer lugar, me di cuenta del poderoso efecto que estas prácticas ejercían en mí para reducir el estrés y para cambiar mis propias actitudes, conductas y creencias, a fin de que se volvieran más flexibles y funcionales.

4. P. M. SALKOVSKIS Y J. KIRK, «Obsessive–compulsive disorder», en D. M. Clark y C. Fairburn (Eds.), *The science and practice of cognitive behaviour therapy*, Oxford University Press, Oxford, UK 1997; E. B. FOA, J. B. GRAYSON, G. STEKETEE, H. G. DOPPELT, R. M. TURNER Y P. R. LATIMER, «Success and failure in the behavioral treatment of obsessive–compulsives»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (1983), 287–297.

Mientras trabajaba como psicoterapeuta en el hospital, sentía curiosidad por ver cómo esta práctica milenaria, desarrollada para lidiar con el sufrimiento, podía ayudar a las personas afectadas por una patología grave, en particular el TOC refractario. A menudo observé que gran parte de las personas que no mejoraban gran cosa con la terapia cognitivo-conductual (TCC) estándar encontraban alivio gracias a las prácticas de *mindfulness*. Durante muchos años dirigí grupos de terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT) en tratamiento hospitalario y pude observar cómo las personas afectadas por trastornos severos en fase aguda (TOC, trastorno límite de la personalidad, depresión mayor, etc.) recurrían a las prácticas de *mindfulness*, y advertí los efectos que estas tenían en determinados tipos de sufrimiento.

Este libro es fruto de más de 20 años de experiencia y de trabajo con cientos de personas con TOC en tratamientos hospitalarios y ambulatorios, practicando y enseñando la meditación *mindfulness*, y entablando conversaciones con algunos de los mayores expertos en el campo del *mindfulness*, de la TCC y del TOC. Al compartir conmigo sus esclarecedoras ideas y su amplia experiencia, los expertos me han ayudado, de manera directa e indirecta, a comprender cómo y por qué la práctica del *mindfulness* es clínicamente relevante y efectiva para tratar el TOC. Este libro es también el resultado de 15 años de trabajo a fin de perfeccionar y adaptar la fundamentación, el formato, la formulación del problema y los ejercicios del programa a través del método de ensayo y error, gracias al *feedback* y a la experiencia de cientos de pacientes con TOC que compartieron aquello que consideraban de utilidad a la hora de hacer frente a sus problemas.

El marco teórico

Como parte de la continua búsqueda de conocimiento, las disciplinas científicas cuestionan regularmente sus supuestos filosóficos. Por medio de este proceso encuentran a menudo relaciones con otras filosofías. Esto es lo que ha sucedido en la evolución de la TCC y la investigación clínica durante las dos últimas décadas, ya que se ha integrado con la psicología y los principios budistas. Esta integración proporciona el fundamento y el marco teórico de este libro y el protocolo de tratamiento que este presenta.

La evolución de la TCC durante los últimos 20 años ha llevado a una mejor comprensión, no solo de los contenidos de la mente, sino también de la *relación* que las personas tienen con sus propios procesos internos y de cómo estos pueden activar y mantener los trastornos psicológicos. El objetivo es liberar a los individuos de los estados mentales negativos desarrollando una conciencia de los procesos perceptivos y cognitivos y alterándolos de forma sana y adaptativa. Así pues, la principal finalidad de un programa para el TOC basado en el *mindfulness* es ayudar a los individuos a transformar fundamentalmente la relación que tienen con los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones físicas que activan y perpetúan sus estados psicopatológicos.

Este libro es un intento de reunir cuatro áreas de estudio específico en el campo de la salud mental que, a lo largo de las dos últimas décadas, han proporcionado evidencia empírica sobre los orígenes del TOC, sobre cómo funciona y cómo tratarlo. Estas cuatro áreas son la TCC, la psicología evolutiva, la neurobiología y la psicología budista. Cada uno de estos enfoques me ha permitido comprender qué, cómo y por qué suceden ciertas cosas en una mente obsesiva y dónde y cómo es importante intervenir.

La TCC ha desempeñado un papel fundamental en la comprensión de los modos en que los mecanismos disfuncionales y los sesgos cognitivos funcionan como factores de activación y mantenimiento del TOC. Esta comprensión ha permitido desarrollar técnicas terapéuticas, estrategias y protocolos de tratamiento validados que han resultado efectivos. La TCC también nos ha llevado a una comprensión de cómo los comportamientos y las estrategias de búsqueda de seguridad mantienen el trastorno, y ha demostrado la relevancia clínica de las intervenciones de exposición con prevención de respuesta a la hora de crear un cambio clínico significativo y duradero.

Al ofrecer una descripción clara y detallada de las funciones y los objetivos comunes y adaptativos de los seres humanos, la psicología evolutiva ha contribuido a normalizar los problemas psicológicos de una manera lógica y coherente. En general, la psicopatología se produce cuando los comportamientos, las actitudes y los modos mentales que resultan funcionales y adaptativos para la supervivencia de cada ser humano son llevados al extremo de forma inadaptada. La consecuencia de ello es una forma más cuantitativa que cualitativa de pensar en la psicopatología. Dicho con otras palabras, el paso de la normalidad a la enfermedad tiene que ver más con la sobreactivación o la subactivación de actitudes, procesos y fenómenos normales (p. ej., pensamientos, sentimientos, conductas, sinapsis en el cerebro) que con el hecho de que estos sean únicos o diferentes. Como hemos visto brevemente, el TOC se ajusta a este principio adaptativo porque las conductas y las cogniciones obsesivas son, principalmente, una expresión disfuncional excesiva de conductas, actitudes y cogniciones normales y adaptativas.

Los avances en neurobiología, sobre todo en las dos últimas décadas, han hecho posible que comprendamos mejor qué áreas y circuitos del cerebro están alterados en las personas con TOC. Aún no sabemos si estas diferencias son la causa o el efecto de procesos normales que se transforman en una fenomenología desadaptativa e incapacitante. La neurobiología también ha permitido verificar cómo la TCC y las intervenciones basadas en el *mindfulness* pueden afectar, e incluso reconfigurar, los circuitos cerebrales alterados de una manera terapéutica y adaptativa: *la mente puede cambiar el cerebro*. Por último, la neurobiología ofrece apoyo a las hipótesis y a los enfoques cognitivos, evolutivos y basados en el *mindfulness* del TOC.

La última, pero no por ello menos importante, área de estudio es la psicología budista. Las teorías y los principios centenarios en los que se basa

proporcionan una visión detallada e integral de cómo funciona la mente humana y una comprensión no solo de los factores que causan y alimentan el sufrimiento psicológico, sino también de los factores que pueden promover y mantener el bienestar. Las enseñanzas budistas nos han transmitido un importante descubrimiento a lo largo de los siglos: el modo en que usamos la mente es el origen de todo el sufrimiento humano, ya sea en forma de ansiedad, de vergüenza, de ira, de desesperación o de pena. A través de una práctica regular que nos ayude a comprender y a experimentar cómo funciona la mente, podemos aprender a domar nuestras mentes y, en consecuencia, a liberarnos del constante sufrimiento psicológico.

La MBCT para el TOC reúne este conocimiento y esta experiencia. El programa se basa principalmente en el formato y en la estructura de la reducción de estrés basada en *mindfulness* (MBSR) y de la MBCT, pero también toma muchas ideas, hipótesis e inspiración de la terapia centrada en la compasión, e incluye algunos componentes de la terapia de aceptación y compromiso –particularmente el uso de la metáfora como herramienta terapéutica–.

Mindfulness y TOC

En las últimas décadas, los estudios empíricos vienen respaldando cada vez más la eficacia del entrenamiento en *mindfulness* en el tratamiento de numerosos problemas, y ahora es bien sabido que las intervenciones basadas en el *mindfulness* pueden tener efectos psicológicos significativos en varios trastornos psiquiátricos⁵. La investigación clínica también ha puesto de relieve los mecanismos de cambio mediante los que la meditación *mindfulness* y el entrenamiento en *mindfulness* logran sus efectos beneficiosos y crean cambios en el funcionamiento psicológico⁶.

El *mindfulness* es una de las enseñanzas centrales de la antigua psicología budista, y consiste en una manera particular de prestar atención a todo lo que nos rodea y a nuestro interior. Puede definirse como un estado de conciencia que se caracteriza por mantenerse centrado en lo que está sucediendo en el momento presente, tanto a nivel externo como interno, sin evaluarlo, sin darle un sentido ni reaccionar ante ello⁷. El *mindfulness* puede considerarse como una forma de relacionarse con toda experiencia –positi-

-
5. S. G. HOFMANN, A. T. SAWYER, A. A. WITT Y D. OH, «The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2) (2010), 169.
 6. J. CARMODY Y R. A. BAER, «Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms, and well-being in a mindfulness-based stress reduction program»: *Journal of Behavioral Medicine*, 31 (2008), 23–33; R. A. BAER, «Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment»: *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (2009), 15–20.
 7. F. DIDONNA, (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*, Springer, Nueva York 2009 (trad. esp.: *Manual clínico de mindfulness*, Desclée De Brouwer, Bilbao 2011).

va, neutral y negativa-. Es capaz de reducir el sufrimiento y aumentar la sensación de bienestar en quienes lo practican⁸.

La práctica del *mindfulness* implica un entrenamiento mental por medio de ejercicios que tienen por objeto ayudar a las personas a ser cada vez más receptivas a su propia experiencia. Implica ser consciente de todo lo que comuniquen los sentidos y usar esa información de manera atenta y exhaustiva. Las personas aprenden a percibir la realidad de forma aguda y plena y a prestar una verdadera atención a lo que están experimentando. Aprenden a observar sus propios pensamientos sin quedar atrapadas en ellos. Aprenden a ver las cosas como son en realidad y a despertar a la realidad de la vida tal como ocurre en el momento presente⁹.

El *mindfulness* puede considerarse como la antítesis de los mecanismos y los estados más obsesivos de la mente. De hecho, el TOC es una manera generalizada, desadaptativa, reactiva y crítica de relacionarse con la experiencia interna y externa. El objetivo de este libro consiste en describir cómo y por qué el *mindfulness* y las prácticas basadas en la compasión, integradas con algunas intervenciones cognitivo-conductuales, pueden conducir a mejoras en los síntomas clínicos y en el funcionamiento psicológico de los individuos con obsesiones y compulsiones. El programa que presentamos ayuda a que los pacientes desarrollen una forma adaptativa de atención centrada en el yo que mejora la autorregulación cognitiva, emocional y conductual y puede crear cambios en varios sesgos y actitudes obsesivos que generan y refuerzan el TOC (p. ej., en la rumiación, en la evitación experiencial, en los sesgos atencionales). A través de la práctica del *mindfulness*, el programa de la MBCT para el TOC cultiva actitudes mentales como la aceptación, el descentramiento, la desidentificación, la autovalidación y la autocompasión; estas pueden funcionar como antídotos para muchos sesgos y mecanismos cognitivos que activan y mantienen los problemas obsesivos.

Un enfoque del TOC basado en el *mindfulness* ayuda a las personas a desarrollar una manera nueva y más funcional de relacionarse con la experiencia interna incómoda¹⁰. Los pacientes no intentan cambiar los contenidos o la frecuencia de sus pensamientos (como lo harían en la TCC estándar) o reducir la intensidad del malestar (como sería el caso del tratamiento farmacológico). A través de un entrenamiento mental progresivo sobre cómo descentrar

8. C. K. GERMER, R. D. SIEGEL Y P. R. FULTON, *Mindfulness and psychotherapy*, Guilford Press Nueva York 2005 (trad. esp.: *Mindfulness y psicoterapia*, Desclée De Brouwer, Bilbao 2017).

9. B. GUNARATANA, *Mindfulness in plain English*, Wisdom, Boston 2011 (trad. esp.: *El libro del mindfulness*, Kairós, Barcelona 2012).

10. F. DIDONNA, «Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience», en F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*, Springer, Nueva York 2009 (trad. esp.: «Mindfulness y trastorno obsesivo compulsivo: desarrollando una manera de confiar y validar la experiencia interna», en *Manual clínico de mindfulness*, Desclée De Brouwer, Bilbao 2011); J. M. SCHWARTZ Y B. BEYETTE, *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*, Harper Collins, Nueva York 1997.

y desidentificar¹¹ sus cogniciones y sus emociones, los pacientes aprenden a prevenir la activación de las conductas reactivas (p. ej., las compulsiones) cuando experimentan estados internos problemáticos¹². La eficacia de la meditación *mindfulness* parece residir en la capacidad de la persona para aprender a observar los contenidos de su mente con una actitud de aceptación, descentrada e inmediata, en lugar de tratar de *cambiar* los contenidos en sí mismos; el poder coercitivo de algunos contenidos cognitivo-afectivos disminuye progresivamente hasta que llega a desaparecer. En la terapia cognitiva estándar, estos procesos de *descentramiento* y *desidentificación* se consideran un medio para lograr un fin –que es cambiar los contenidos de un pensamiento–, mientras que en los enfoques basados en el *mindfulness* y en la MBCT para el TOC, estos procesos son el fin en sí mismos.

El programa terapéutico descrito en este libro tiene como objetivo ayudar a las personas afectadas por el TOC a contrarrestar sus mecanismos reactivos y automáticos. Paso a paso, los pacientes irán aprendiendo a tomar conciencia, y luego a neutralizar, o a debilitar significativamente, los mecanismos disfuncionales que activan y mantienen su trastorno, reemplazando esos mecanismos por nuevas actitudes y modos cognitivos, emocionales y conductuales saludables.

Estructura y objetivos del libro

El libro está dividido en dos partes. La parte I (capítulos 1-4) se centra en cuestiones teóricas y conceptuales relevantes relativas al TOC y proporciona el marco teórico, las evidencias procedentes de la investigación y las hipótesis actualizadas que respaldan el uso de un enfoque basado en el *mindfulness* para este tipo de trastorno. Estos capítulos explican también cómo y por qué se desarrolló el modelo MBCT para el TOC y cómo implementar este programa terapéutico.

El capítulo 1 cubre los aspectos epidemiológicos, fenomenológicos, neurobiológicos y clínicos del trastorno; los sesgos y los procesos cognitivos que caracterizan el TOC; y algunas de las principales teorías etiopatogénicas del TOC que contribuyen a construir un modelo coherente y racional del trastorno. El capítulo 2 describe una conceptualización basada en el *mindfulness* y un enfoque para tratar el TOC, y explica por qué el TOC puede considerarse como un estado severo de falta de conciencia (*mindlessness*) y cómo la práctica de la conciencia plena (*mindfulness*) puede debilitar progresivamente los mecanismos y los sesgos cognitivos obsesivos y tener importantes efectos neurobiológicos. También explica la manera en que algunas de las técnicas cognitivas y conductuales más efectivas pueden integrarse con las intervenciones y las prácticas basadas en el *mindfulness*.

11. J. D. TEASDALE, «Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders»: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6 (1999), 146–155.

12. F. DIDONNA, «Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience», *op. cit.*

El capítulo 3 presenta la fundamentación y las características clave del programa de la MBCT para el TOC: se presentan los temas, los contenidos y los objetivos básicos de cada una de las 11 sesiones, así como la estructura y el formato de las mismas. El capítulo explica también qué sectores profesionales están calificados para dirigir este programa terapéutico y proporciona algunas directrices sobre el estilo del instructor y la relación terapéutica en la conducción de la MBCT para las personas con TOC. También se examina el papel que pueden desempeñar los miembros de la familia y las parejas a fin de ayudar a garantizar el éxito del programa.

El capítulo 4 explica cómo prepararse para dirigir el programa de la MBCT. También describe algunas características básicas del mismo, como la composición del grupo, el tamaño de la clase y los materiales que emplearán el instructor y los participantes. Como ocurre en los programas de la MBSR y de la MBCT para la depresión, el primer paso es realizar entrevistas individuales antes de proceder a la primera sesión de grupo. El objetivo de las entrevistas es llevar a cabo una evaluación minuciosa de los problemas de los participantes a fin de evaluar su idoneidad para el programa grupal, así como para motivarlos a que se comprometan con el programa y perseveren en él si deciden participar. Por último, este capítulo explica por qué, cuándo y cómo implementar la MBCT para el TOC de manera individual así como los pros y los contras de usar este formato.

La parte II (capítulos 5-15) presenta las 11 sesiones del programa de la MBCT para el TOC de manera detallada. Cada capítulo de esta parte incluye una agenda de la sesión, una descripción de los objetivos y los contenidos analizados, todos los materiales empleados durante las sesiones, los documentos para los participantes, y los cuadros con las transcripciones de todas las prácticas y ejercicios en el programa para el instructor. También dedica un espacio considerable a los extractos de los diálogos entre los participantes y el instructor, especialmente en lo que se refiere a los componentes de la revisión de la práctica y de la revisión de la práctica en casa, tomados de sesiones de la MBCT para el TOC de la vida real (por razones de privacidad, hemos cambiado los nombres de los pacientes y hemos disfrazado su identidad). Estos extractos ayudan al lector a comprender mejor los contenidos y las dinámicas que caracterizan las sesiones y el modo en que el instructor debe dirigir los momentos importantes de investigación y revisión de la práctica.

He creado para este manual grabaciones de audio de los ejercicios de la práctica del *mindfulness* que se recogen en el libro, que pueden reproducirse directamente o descargarse en formato MP3, en inglés. Los participantes pueden usar estas grabaciones de audio y consultar las transcripciones de las mismas en <https://www.guilford.com/companion-site/Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy-for-OCD/9781462539277/didonna-meditations>. El instructor puede dirigir a los participantes de su curso a dicha página web para que accedan a las grabaciones por su cuenta.

Advertencias: antes de comenzar

Muchas de las sugerencias y las prácticas de este libro implican un movimiento físico, un movimiento que puede conllevar cierto grado de esfuerzo. Aunque estas prácticas requieren estiramientos, balanceos y movimientos suaves y sencillos, antes de que los clientes realicen cualquiera de ellos deben consultar a un médico o a otro profesional de la salud. Es importante que cualquier persona, y en particular las que presentan afecciones de salud, obtengan autorización antes de realizar cualquiera de las prácticas de este libro que impliquen movimiento. Téngase en cuenta que no todos estos ejercicios son necesariamente apropiados para cada uno de los clientes. Para que quede claro, la información y las sugerencias que se ofrecen aquí no pretenden sustituir el consejo médico o la orientación de un fisioterapeuta, de un entrenador, de un instructor de yoga o de otro especialista cualificados.

Aunque este libro ofrece una guía completa para ofrecer la MBCT a los individuos con TOC, tanto la capacitación adecuada como la supervisión continua por parte de terapeutas-instructores resultan esenciales para implementar el programa y aumentar su eficacia. Se recomienda que los terapeutas-instructores asistan a talleres de capacitación profesional acreditados. El apéndice ofrece información sobre la capacitación y la supervisión disponibles en la MBCT para el TOC.

Espero de todo corazón que este libro ayude a que los millones de personas de todo el mundo que se ven afectadas por este complicado trastorno lo superen o encuentren alivio a su sufrimiento. Los deseos más sinceros que puedo enviarles provienen de una cita de la «Práctica de la autocompasión» del programa (capítulo 13): *Ojalá sean felices. Ojalá vivan en paz y estén libres de sufrimiento.*