

Paul Gilbert



TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN

Características distintivas



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

PAUL GILBERT

TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN
Características distintivas

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:

COMPASSION FOCUSED THERAPY

Distinctive Features

© 2010 Authorised translation from the English language edition Published by Routledge, a member of the Taylor; Francis Group, New York, USA

Traducción: Ramiro Álvarez

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2015

Henao, 6; 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com



[EditorialDesclée](https://www.facebook.com/EditorialDesclée)



[@EdDesclée](https://twitter.com/EdDesclée)

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.

ISBN: 978-84-330-3762-6

Adquiera todos nuestros ebooks en

www.ebooks.edesclée.com

Prólogo

La investigación sobre los efectos benéficos del desarrollo de la compasión ha avanzado mucho en los últimos diez años con la consideración de la compasión interna como un importante foco de interés y objetivo terapéutico. Este libro explica cómo la Terapia Centrada en la Compasión (Compassion Focused Therapy: CFT)¹ –un proceso de desarrollo de la compasión hacia uno mismo y hacia los demás para aumentar el bienestar y ayudar a la recuperación– se diferencia de otras formas de Terapia Cognitivo Conductual.

A lo largo de 30 puntos clave, este libro explora los principios fundamentales de la CFT y destaca los pormenores de la compasión en dicho enfoque. Dividido en dos partes –teoría y práctica de la compasión– este conciso manual ofrece una guía clara sobre las características distintivas de la CFT.

Paul Gilbert es profesor de psicología clínica en la Universidad de Derby y se ha implicado activamente, durante más de 30 años, en la investigación y el tratamiento de personas con cuadros de vergüenza y trastornos del estado de ánimo. Ha sido presidente de la British Association for Cognitive and Behavioural Psychotherapy y miembro de la British Psychological Society y ha desarrollado la CFT a lo largo de veinte años.

¹ . Hemos optado por mantener las siglas correspondientes a la denominación en inglés –CFT– debido a que el equivalente en español (TCC) coincidiría con la designación habitual de la “Terapia Conductual Cognitiva” (N. del T.)

Introducción y agradecimientos

Quisiera dar las gracias a Windy Dryden¹ por haber recopilado esta excelente colección, invitándome a contribuir en ella, así como por su paciencia con mis variados esfuerzos para corresponderle. Me parece algo temerario porque, hasta la fecha, no existía ningún texto importante sobre Terapia Centrada en la Compasión (CFT) por lo que era preciso un cierto apoyo y evidencias sobre el valor del enfoque de la compasión. En consecuencia, este volumen va a resultar un poco más largo y con más referencias que otros de la colección. De modo que muchas gracias a Windy, a Joanne Forshaw y Jane Harris de Routledge por su apoyo.

He procurado subrayar los rasgos característicos al tiempo de reconocer la enorme deuda y los préstamos tomados de otros enfoques. Muchas gracias a todos los que han apoyado la CFT especialmente a mi actual equipo de investigación: Corinne Gale, Kirsten McEwan y Jean Gilbert; a los miembros del consejo de Compassionate Mind Foundation: Chris Gillespie, Chris Irons, Ken Goss, Mary Welford, Ian Lowens, Deborah Lee, Thomas Schroeder y Jean Gilbert; a los colegas clínicos que han estado trabajando también en este enfoque, Michelle Cree, Sharon Pallant y Andrew Rayner, todos ellos han aportado su conocimiento, sus intuiciones y sus aprendizajes enriqueciendo en gran manera nuestra visión de la CFT. Nuestra gratitud también a Giovanni Liotti que me sirvió de guía respecto a la importancia de la mentalización y a la forma de relacionarla con las mentalidades sociales; a Andrew Gumley por su apoyo, interés y guía en el campo de las psicosis y a Sophie Mayhew y Christine Braehler por su trabajo inspirador en CFT con pacientes con psicosis. La Terapia Centrada en la Compasión está respaldada por la Compassionate Mind Foundation que proporciona enlaces a otras páginas web centradas en la compasión así como actualizaciones, descargas y entrenamiento en CFT (véase www.compassionatemind.co.uk). Gracias también a todos aquellos que han participado en la lista de debate de mente compasiva (véase también www.compassionatemind.co.uk). Mi gratitud para Diane Woollands por su maravilloso apoyo en la gestión de la Compassionate Mind Foundation y a Kelly Sims por su entusiasmo, trabajo administrativo y comprobación de referencias –lo que no es poco–.

Este libro está dedicado, con mi agradecimiento, a todos los clientes que, a lo largo de tantos años, han compartido sus tragedias y logros y han orientado el desarrollo de la CFT con su honestidad respecto a lo que era útil y lo que no. Tengo una enorme deuda con todos ellos.

¹ . Windy Dryden es el director de la colección “The CBT Distinctive Features Series” en la que fue publicada originalmente la presente obra de Paul Gilbert.

I

Teoría: comprendiendo el modelo

1

Algunos conceptos básicos

Todas las escuelas de psicoterapia creen que la labor terapéutica debería ser llevada a cabo de una forma compasiva, que sea respetuosa, comprensiva y, en general, amable con la gente (Gilbert, 2007a; Glasser, 2005). Rogers (1957) formuló los aspectos esenciales de la relación terapéutica que implicaban la aceptación incondicional, congruencia y empatía –y que se pueden considerar “compasivos”–. Más recientemente, la forma de ayudar a la gente a desarrollar *auto-compasión* mereció la atención de los investigadores (Gilbert & Procter, 2006; Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007; Neff, 2003a, 2003b) y se convirtió en un punto de referencia en la autoayuda (Germer, 2009; Gilbert, 2009a, 2009b; Rubin, 1975/1998; Salzberg, 1995). El desarrollo de la compasión por uno mismo y por los demás, como camino para favorecer el bienestar, también ha sido un aspecto central de la práctica budista para la mejora del bienestar durante miles de años (Dalai Lama, 1995; Leighton, 2003, Vessantara, 1993).

Después de explorar el telón de fondo de los principios para el desarrollo de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), en el punto 16 se destacan con más detalle los aspectos principales de la compasión en el enfoque de la CFT. Podemos hacer una observación preliminar, sin embargo, respecto al hecho de que están surgiendo diferentes modelos de compasión basados en diferentes teorías, tradiciones e investigaciones (Fehr, Sprecher & Underwood, 2009). La palabra “compasión” proviene de la voz latina *compati* que significa “sufrir con”. Probablemente la definición mejor conocida sea la del Dalai Lama que definió la compasión como “una *sensibilidad* hacia el sufrimiento del yo y de los otros junto con un *compromiso* profundo para tratar de aliviarlo”; es decir, atención-conciencia sensible *más* motivación. En el modelo budista, la verdadera compasión surge por insight en relación a la naturaleza ilusoria de un yo separado y al esfuerzo por mantener sus límites –frente a lo que se conoce como una mente iluminada o despierta–. Kristin Neff (2003b; véase www.self-compassion.org), una pionera de la investigación sobre auto-compasión, derivó su modelo así como las correspondientes medidas de autoinforme a partir del Budismo Theravada. Su enfoque sobre la auto-compasión implica tres componentes principales:

1. ser consciente de y estar abierto al propio sufrimiento individual,
2. ser amable y no condenarse a sí mismo y
3. la consciencia de compartir las vivencias de sufrimiento con los demás en lugar de sentirse solo y avergonzado –una apertura a nuestra común humanidad–.

En contraste, la CFT se desarrolló con y para gente que presentaba problemas crónicos y complejos de salud mental ligados a la vergüenza y la autocrítica y que, por lo general, procedía de ambientes conflictivos (p. e., descuidados o abusivos). El enfoque CFT de la compasión toma elementos prestados de muchas enseñanzas budistas (especialmente el papel

de la sensibilidad hacia el sufrimiento así como la motivación para aliviarlo) pero sus raíces se derivan de un enfoque evolutivo, neuro-científico y psicosocial, vinculado a la psicología y a la neurofisiología del cuidado –tanto del que se da como del que se recibe (Gilbert, 1989, 200a, 2005a, 2009a)–. Sentirse cuidado, aceptado y compartir un sentido de pertenencia y afiliación con otros es fundamental para nuestra maduración psicológica y bienestar (Cozolino, 2007, Siegel, 2001, 2007). Esto, a su vez, está relacionado con determinados tipos concretos de afecto positivo que se asocian con el bienestar (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Mikulincer & Shaver, 2007; Panksepp, 1998) y con un perfil neuro-hormonal que se corresponde con niveles elevados de endorfinas y oxitocina (Carter, 1998, Panksepp, 1998). Este tipo de sentimientos positivos, tranquilos y calmados, se puede diferenciar de las emociones activadoras del sistema psicomotor asociadas con el logro, la agitación y la búsqueda de recursos (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). En la actualidad, es posible distinguir, por medio de auto-informes, la vivencia de una sensación positiva de bienestar, satisfacción y seguridad, en contraste con los sentimientos de agitación o los centrados en el logro (Gilbert et al., 2008). En ese estudio, encontramos que las emociones de satisfacción y seguridad están asociadas a baja tendencia a la depresión, ansiedad y estrés con mayor claridad que las emociones positivas de entusiasmo o de sentirse lleno de energía.

Entonces, si hay *distintas clases de emociones positivas* –y existen diferentes sistemas cerebrales apoyando esas emociones positivas– tiene sentido que los psicoterapeutas se puedan centrar en buscar el modo de estimular la capacidad para experimentar esas emociones positivas asociadas con tranquilidad y bienestar. Como vamos a ver, esto implica ayudar a los clientes a (motivarse para) desarrollar la compasión hacia sí mismos, la compasión hacia los demás y, también, la sensibilidad para percibir la compasión proveniente de los demás. Hay formas compasivas (y no compasivas) de abordar las vivencias dolorosas, los sentimientos de vergüenza o los recuerdos traumáticos. La CFT no consiste en evitar el dolor ni en intentar alejarlo sino que, más bien, es una forma de implicarse con el dolor. En el punto 29 veremos que muchos clientes tienen miedo de los sentimientos compasivos de los demás, y de los suyos propios, por lo que trabajar con ese miedo puede resultar uno de los principales objetivos de la terapia.

Un segundo aspecto del enfoque evolutivo de la CFT sugiere que los sistemas auto evaluativos operan a través de los mismos sistemas de procesamiento que utilizamos cuando evaluamos procesos sociales e interpersonales (Gilbert, 1989, 2000a). De modo que, por ejemplo, como han señalado los conductistas, si fantaseamos sobre algo de tipo sexual, el sistema de activación sexual es el mismo que si contemplamos algo de carácter sexual –no existen sistemas distintos para los estímulos internos y externos–. De igual manera, la autocrítica y la auto-compasión pueden operar mediante los mismos procesos cerebrales que resultan estimulados cuando son otras personas las que se muestran críticas o compasivas con nosotros. Existen evidencias cada vez más numerosas sobre este planteamiento a partir del estudio sobre la empatía y las neuronas espejo (Decety & Jackson, 2004) y de nuestro propio reciente estudio fMRI (imagen por resonancia magnética funcional) sobre autocrítica y auto-

compasión (Longe et al., 2010).

Intervenciones

La CFT es una terapia multimodal que se apoya en diversas intervenciones cognitivo-conductuales (CBT) y de otras terapias. Por esa razón se centra en la atención, el razonamiento y las cavilaciones o barruntamientos, la conducta, las emociones, los motivos y la imaginación. Utiliza como herramientas: la relación terapéutica (véase más adelante), el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, la psico-educación (del modelo CFT), las formulaciones estructuradas, el pensamiento, la emoción, la conducta y la supervisión “corporal”, la cadena de inferencias, el análisis funcional, los experimentos conductuales, la exposición, tareas graduadas, la imaginación centrada en la compasión, el trabajo en la silla, la representación de diferentes “egos”, mindfulness¹, el aprendizaje de tolerancia emocional, aprender a entender y hacer frente a los conflictos y complicaciones emocionales, la formulación de compromisos para el esfuerzo y la práctica, el esclarecimiento de estrategias de seguridad, la mentalización, la escritura expresiva (carta), el perdón, la distinción entre autocrítica y corrección del yo compasivo y el trabajo para fuera de la sesión así como la práctica guiada –¡por citar sólo algunas!–.

Sentir el cambio

La CFT confiere características propias a su enfoque central sobre la compasión y utiliza imágenes de compasión con los enfoques tradicionales, tales como la CBT. Como en otros muchos desarrollos recientes en terapia, se presta una atención especial tanto al cliente como al terapeuta (Siegel, 2010). En su formulación, la CFT se centra en el modelo de regulación del afecto que se destaca en el punto 6 y las intervenciones se utilizan para desarrollar pautas específicas de regulación del afecto, de los estados cerebrales y de las auto-experiencias que apoyan los procesos de cambio. Esto es especialmente importante a la hora de trabajar con la autocrítica y la vergüenza con gente procedente de entornos conflictivos. Tales individuos puede que no hayan tenido muchas experiencias de conductas de cuidado o afiliación por parte de los demás y, por eso, les resulta más difícil tener acceso a su sistema (tranquilizador) de regulación de las emociones. Se trata de sujetos que, posiblemente, digan: “Entiendo la lógica de [digamos] la CBT pero no puedo sentir de otra manera”. *Sentir* de otra manera requiere la capacidad de acceder a los sistemas del afecto (una estructura neurofisiología específica) que dan lugar a nuestros *sentimientos* de tranquilidad y seguridad. Este es un tema bien conocido en CBT (Leahy, 2001; Stott, 2007; Wills, 2009, p. 57).

Hace unos veinte años yo exploraba por qué los “pensamientos alternativos” no parecían “vivenciarse” de una manera eficaz. Eso revelaba que el tono emocional y la manera en que los clientes “oían” en su cabeza los pensamientos alternativos era, por lo general, analítica, fría, desimplicada o, incluso, agresiva. Pensamientos alternativos a un sentimiento de fracaso tales como: “¡Vamos! La evidencia no apoya ese punto de vista negativo; recuerda todo lo que

conseguiste la semana pasada”, van a tener un impacto muy distinto si uno se los dice a sí mismo (los vivencia) de una manera agresiva y con irritación o lentamente, con amabilidad y calidez. Otro tanto sucedía en relación a las exposiciones o tareas para casa –la manera en que se lleven a cabo (ya sea de forma abusiva y forzándose a sí mismo o bien dándose ánimos y siendo uno amable consigo mismo) puede ser tan importante como la tarea que se está realizando–. De manera que parecía claro que necesitábamos centrarnos más en la forma de *sentir* las alternativas y no sólo en el contenido –por cierto, el énfasis directo sobre el contenido no solía dar resultado–. Por eso, mis primeros pasos en CFT simplemente se orientaron en el sentido de animar a los clientes a que imaginaran una voz cálida y amable brindándoles las alternativas o colaborando con ellos en sus tareas de conducta. En el momento de la segunda edición de *Counseling for Depression* (Gilbert, 2000b) toda mi atención estaba concentrada en el “desarrollo de la calidez interior” (véase también Gilbert, 2000a). Por lo tanto, la CFT se desarrolló a partir de practicar CBT y de trabajar con las emociones *de un modo compasivo (amable)* hasta llegar, más tarde, a medida que las evidencias sobre el modelo se fueron desarrollando y otros ejercicios más específicos demostraron su eficacia, a la CFT.

La relación terapéutica

La relación terapéutica desempeña un papel fundamental en la CFT (Gilbert, 2007; Gilbert & Leahy, 2007), prestando especial atención a las micro habilidades de la implicación terapéutica (Ivey & Ivey, 2003), a cuestiones de transferencia / contratransferencia (Miranda & Andersen, 2007) a la amplificación, inhibición y /o miedo de la emoción (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2003; Leahy, 2001), a la vergüenza (Gilbert, 2007c), validación (Leahy, 2005) y mindfulness del terapeuta (Siegel, 2010). Cuando entrenamos a gente que proviene de otros enfoques, especialmente de la CBT, nos damos cuenta de que tenemos que ir más despacio; permitir espacios y silencios para la reflexión y para vivenciar interiormente la terapia en vez de formular series de cuestiones socráticas o de “establecer objetivos”. Enseñamos a utilizar el propio tono y velocidad de la voz, la comunicación no verbal, el propio ritmo de la terapia para que resulte consciente (Katzwo & Safran, 2007; Siegel, 2010) y el proceso reflexivo que genere “seguridad” para explorar, descubrir, experimentar y desarrollar. La clave está en proporcionar contextos emocionales donde el cliente pueda experimentar (e internalizar) al terapeuta “de modo compasivo junto a él” –tarea nada fácil porque, como expondremos más adelante (véase el punto 10), la vergüenza suele implicar que los pacientes tienen la experiencia emocional (transferencia) de ser malinterpretados, lo que complica las cosas al tratar de calcular lo que la otra persona quiere que hagan, así como una *intensa soledad*. El tono emocional en la terapia se establece parcialmente a través de la actitud global y el ritmo del terapeuta y es importante en este proceso de *experimentar* el “estar juntos”. Los terapeutas CFT son sensibles a las dificultades que puede tener el cliente para experimentar el “estar juntos” o “ser cuidado” que les lleva a involucrarse en estrategias de seguridad acorazando el ego frente a los “*sentimientos* de estar juntos y de conexión” (véase

el punto 29; Gilbert, 1997, 2007a, especialmente capítulos 5 y 6, 2007c).

La CBT se centra en la colaboración, de modo que terapeuta y cliente enfocan juntos el problema –como un equipo–. La CFT se centra también en “compartir” (una mente). La evolución del compartir (y los motivos para compartir) –por ejemplo, no sólo objetos sino también pensamientos, ideas y sentimientos– es una de las adaptaciones humanas más importantes y los humanos destacamos en el deseo de compartir. Como especie prioritariamente social, los humanos tenemos un deseo innato de compartir –no sólo objetos materiales sino también nuestro conocimiento, valores y el contenido de nuestras mentes– para ser reconocidos, comprendidos y validados. De ese modo, cuestiones sobre motivación para compartir, frente al miedo a compartir (vergüenza), así como sobre empatía y teoría de la mente² son motivaciones y competencias importantes, fruto de la evolución. Experimentar barreras frente a este “fluir de las mentes” es lo que puede resultar problemático para algunas personas y la forma en que el terapeuta “desbloquea” este flujo, lo que puede llegar a ser terapéutico. La terapia conductual dialéctica (DBT; Linehan, 1993) aborda la cuestión clave de las conductas que interfieren con la terapia. La CFT, como cualquier otra terapia, necesita ser capaz de establecer límites claros y de utilizar la autoridad para frenar ese proceso de interferencia. Algunos clientes pueden ser “abusos emocionales” amenazando al terapeuta (p. e., con denuncias o suicidio) y resultar muy exigentes. El terapeuta temeroso puede someterse o dar marcha atrás. El cliente, de alguna manera, tiene miedo de su propia capacidad de forzar al otro a alejarse de él. Con otros clientes, durante los momentos dolorosos, el terapeuta podría intentar rescatarlos en lugar de quedarse callado. Por eso, la clarificación de la relación terapéutica es muy importante. Por esta razón, la DBT recomienda sensatamente el apoyo de un grupo para aquellos terapeutas que trabajen con este tipo de clientes.

La investigación ha demostrado que la compasión puede ser una parte auténtica de la auto-identidad pero también puede estar relacionada con objetivos de auto-imagen que lleven a que la gente sea compasiva con el fin de conseguir el aprecio de los demás (Crocker & Canevello, 2008). Los objetivos de auto-imagen que puede perseguir la compasión pueden resultar problemáticos de muy diferentes maneras. Los investigadores también están empezando a explorar el estilo de apego y las relaciones terapéuticas y sacan la conclusión de que los terapeutas con apego seguro desarrollan alianzas terapéuticas más fácilmente y con menos problemas que los terapeutas con un estilo de apego inseguro (Black, Hardy, Turpin & Parry, 2005; véase también Liotti, 2007). Leahy (2007) señaló también cómo la personalidad y el esquema de organización del terapeuta pueden desempeñar un importante papel en la relación terapéutica –por ejemplo, terapeutas autocráticos con pacientes dependientes o terapeutas dependientes con pacientes autocráticos–. De este modo, la compasión no consiste en una “amabilidad” condescendiente –puede resultar dura, estableciendo límites, siendo honesta y no concediendo a los clientes lo que quieren sino lo que necesitan: Un alcohólico siempre querrá otro trago; no se trata, por lo tanto, de lo que quieren–. Mucha gente querrá evitar el dolor y puede intentarlo de muchas maneras –pero puede que lo que realmente le facilite el cambio y el crecimiento sea la (amable) clarificación de los motivos para afrontarlo, la exposición a las

condiciones adversas y la aceptación consciente del sufrimiento (Siegel, 2010)–.

Evidencias de los beneficios de la compasión

Aunque la CFT tiene su origen en un modelo de ciencia neurológica y psicológica, es importante reconocer sus importantes préstamos derivados de las influencias del Budismo. Durante 2500 años el Budismo se ha centrado en la compasión y la atención consciente (mindfulness) como elementos centrales de la iluminación y la “sanación de nuestra mente”. Mientras que el Budismo Theravada se centra en la atención consciente y en el amor-amabilidad, las prácticas Mahayana están específicamente dirigidas a la compasión (Leighton, 2003; Vessantara, 1993). Al término de su vida, Buda dijo que sus principales enseñanzas eran la atención consciente y la compasión –no causarse daño a uno mismo ni a los demás–. Buda destacó un camino óctuple para practicar y entrenar a la propia mente en la evitación del daño y la promoción de la compasión. Este óctuple camino incluye: meditación e imaginación compasiva, conducta compasiva, pensamiento compasivo, atención compasiva, sentimiento compasivo, habla compasiva y medios de vida compasivos. Este compuesto multimodal conduce a la mente compasiva. Ahora sabemos que la práctica de los diversos aspectos de la compasión acrecientan el bienestar y afectan al funcionamiento cerebral, especialmente en las áreas de regulación emocional (Begley, 2007; Davidson et al., 2003).

Los últimos 10 años han sido testigos de un aumento importante de la exploración de los beneficios del cultivo de la compasión (Fehr et al., 2009). En un estudio pionero, Rein, Atkinson y McCraty (1995) encontraron que inducir en la gente imágenes de compasión tenía efectos positivos en un indicador del funcionamiento del sistema inmunológico (S-IgA) mientras que las imágenes relacionadas con enfado tenían efectos negativos. Las prácticas de imaginación relacionadas con compasión hacia los demás producen cambios en el córtex frontal, en el sistema inmunológico y en el bienestar (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone & Davidson, 2008). Hutcherson, Seppala y Gross (2008) encontraron que una breve meditación de amor-amabilidad acrecentaba los sentimientos de conexión social y de afiliación hacia los extranjeros. Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek y Finkel (2008) asignaron a 67 empleados de Compuware a un grupo de meditación de amor-amabilidad y otros 72 a un grupo de control en lista de espera. Encontraron que seis sesiones grupales de 60 minutos a la semana, con práctica en casa siguiendo un CD sobre meditación de amor-amabilidad (compasión dirigida hacia el yo, hacia los otros y hacia extraños), incrementaban las emociones positivas, la atención consciente, los sentimientos de propósito en la vida y el apoyo social y, por otra parte, disminuía los síntomas de enfermedad. Pace, Negi y Adame (2008) encontraron que la meditación en compasión (durante seis semanas) mejoraba las funciones del sistema inmunitario y endocrino y las respuestas conductuales al estrés. Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman y Glover (2008) hallaron que la imaginación compasiva incrementaba la variabilidad del ritmo cardíaco y reducía el cortisol en los que eran poco autocríticos pero no en los muy autocríticos. En nuestro reciente estudio de imagen por resonancia magnética fMRI

encontramos que la autocrítica y la autoafirmación frente a acontecimientos amenazadores imaginados (p. e., pérdida del trabajo) estimulaban áreas cerebrales distintas, de modo que la auto-compasión, pero no la autocrítica, estimula la ínsula cerebral –un área asociada con la empatía (Longe et al., 2010)–. La vista de cara tristes, neutras o con actitud compasiva tiene un efecto sobre las respuestas neurofisiológicas a las caras (Ji-Woong et al., 2009).

En un sencillo estudio, sin grupo control, sobre gente con problemas mentales crónicos, el entrenamiento en compasión redujo significativamente la vergüenza, la autocrítica, la depresión y la ansiedad (Gilbert & Procter, 2006). El entrenamiento en compasión también resultó eficaz para psicóticos con alucinaciones auditivas (Mayhew & Gilbert, 2008). En un estudio de grupo sobre CFT con 19 clientes en un establecimiento psiquiátrico de alta seguridad, Laithwaite et al. (2009) constataron “...una gran cantidad de cambios en los niveles de depresión y autoestima... Se encontró una moderada magnitud de cambio respecto a la escala de comparación social y psicopatología general, con una magnitud de cambio reducida en vergüenza... Tales cambios se mantenían a las 6 semanas de seguimiento” (p. 52).

En el campo de las relaciones y el bienestar, existen ahora evidencias de que preocuparse por los demás, mostrar aprecio y gratitud y tener habilidades de empatía, es muy importante para establecer relaciones positivas capaces de influir de manera significativa en el bienestar y la salud física y mental (Cacioppo, Berston, Sheridan & McClintock, 2000; Cozolino, 2007, 2008). Hay una evidencia creciente acerca de que el tipo de “yo” que intentamos llegar a ser va a influir en nuestro bienestar y relaciones sociales y que las auto identidades compasivas, más que las centradas en el yo, se asocian con mejores resultados (Crocker & Canevello, 2008). Tomado en su conjunto, existe una buena base para un posterior desarrollo e investigación de la CFT.

Neff (2003a, 2003b) ha sido una pionera en estudios sobre la *auto-compasión* (véase el apartado “algunos conceptos básicos”). Demostró que la auto-compasión se puede diferenciar de la autoestima y que predice algunos aspectos del bienestar mejor que la autoestima (Neff & Vonk, 2009), y que la auto-compasión ayuda a enfrentarse al fracaso escolar (Neff, Hsieh, & Chen, 2009). Escribirse una carta compasiva a uno mismo mejora la manera de hacer frente a los acontecimientos de la vida y reduce la depresión (Leary et al., 2007). Como se indicó, sin embargo, los conceptos de compasión de Neff difieren del modelo evolutivo y asentado en el apego que aquí venimos destacando y, además, no hay un acuerdo general en cuanto a la definición de compasión –por cierto, la palabra compasión puede tener significados ligeros pero significativamente diferentes en distintos idiomas. De manera que, aquí, definiremos la compasión como un tipo de “mentalidad”, una actitud básica, y lo exploraremos detalladamente en el punto 16.

¹ . El concepto de “mindfulness” está tomando carta de naturaleza propia en las obras de psicología actuales para referirse a la atención consciente o a la consciencia plena del momento presente. En esta obra utilizaremos los tres términos –atención consciente, consciencia plena del presente o mindfulness– de modo indistinto (N. del

T.)

2. La teoría de la mente se refiere a la capacidad de interpretar la conducta, sentimientos o intenciones de las demás personas. El interés por este aspecto del funcionamiento humano se desarrolló a partir de la constatación de su déficit en los sujetos autistas. Puede ampliarse el tema en Angel Rivière, "*Objetos con mente*". Alianza Editorial. Madrid, 1991 (N. del T)

Un viaje personal

Mi interés por desarrollar la capacidad de la gente por la compasión y la auto-compasión se debió a varias cuestiones:

- Primero, fue un gran interés por los enfoques evolutivos de la conducta, el sufrimiento y el desarrollo humanos (Gilbert, 1984, 1989, 1995, 2001a, 2001b, 2005a, 2005b, 2007a, 2007b, 2009a). La idea de sistemas cognitivos conectados de forma subyacente y de una motivación y mecanismos motivacionales evolucionados era, también, central en el enfoque cognitivo de Beck (Beck, 1987, 1996; Beck, Emery & Greenberg, 1985), con una edición especial dedicada a la exploración de la interfaz evolutivo-cognitiva (Gilbert, 2002, 2004).
- En segundo lugar, la psicología evolutiva se ha centrado de forma significativa en el tema del altruismo y el cuidado (Gilbert, 2005a) con un creciente reconocimiento de la importancia que esos factores han tenido en nuestra evolución (Bowlby, 1969; Hrdy, 2009) y tienen, en la actualidad, en nuestro desarrollo físico y psicológico (Cozolino, 2007) y en nuestro bienestar (Cozolino, 2008; Gilbert, 2009a; Siegel, 2007).
- Tercero, la gente con problemas crónicos de salud mental, por lo general, procede de entornos de elevado estrés y/o bajo altruismo y cuidados (Bifulco & Moran, 1998), entornos que afectan de modo significativo al desarrollo físico y psíquico (Cozolino, 2007, Gerhardt, 2004; Teicher, 2002).
- Cuarto, como consecuencia, en parte, de esas experiencias vitales, la gente con problemas crónicos y complejos puede resultar especialmente afectada, de un modo profundo, por la vergüenza, la auto-crítica y/o el odio hacia sí misma y puede que le resulte enormemente difícil abrirse a la bondad de los demás o ser amable consigo misma (Gilbert, 1992, 2000a, 2007c.; Gilbert & Procter, 2006).
- Quinto, como indicamos anteriormente, cuando son tratadas mediante CBT, estas personas, por lo general, suelen decir: “Entiendo la lógica de los pensamientos alternativos pero sigo sintiendo X o Y. Puedo entender por qué no tengo que culparme por el hecho de que hayan abusado de mí, pero aún sigo sintiendo culpabilidad” o bien: “Aún sigo sintiendo que hay algo malo en mí”.
- Sexto, hay una conciencia creciente en relación al hecho de que *la manera* en la que los clientes son capaces de pensar y reflexionar sobre los contenidos de su propia mente (p. e., competencias para simpatizar en lugar de ser alexitímico) tiene consecuencias fundamentales para el proceso y el objetivo de la terapia (Bateman & Fonagy, 2006; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Liotti & Gilbert, en prensa; Liotti & Prunetti, 2010).
- Finalmente, aunque no por ello menos importante, existe un gran interés personal en

las filosofías y prácticas del Budismo –aunque no me considero tan budista como eso–. Las prácticas compasivas, tales como el desarrollo del yo compasivo (véase la segunda parte), pueden crear una sensación de seguridad que ayuda en el desarrollo de la consciencia plena y la empatía. En la psicología budista, la compasión transforma la mente.

Lógica y emoción

Es bien conocido, desde hace mucho tiempo, que lógica y emoción pueden entrar en conflicto. Ciertamente, desde los años 80, la investigación ha demostrado que en nuestra mente tenemos sistemas de procesamiento muy diferentes. Uno de ellos está relacionado con lo que se llama *procesamiento implícito (automático)* que es no consciente, rápido, emocional, requiere muy poco esfuerzo, está sujeto al condicionamiento clásico y a funciones de auto-identidad y puede generar sentimientos y fantasías, incluso en contra de los deseos conscientes. Este es el sistema que proporciona esa “sensación de un sentimiento de algo”. En contraste, hay otro *sistema explícito (controlado)* que es más lento, orientado conscientemente, reflexivo, verbal y que requiere esfuerzo (Haidt, 2001; Hassin, Uleman & Bargh, 2005). Tales hallazgos han sido muy bien formulados mediante trabajo clínico (p. e., Power & Dalgleish, 1997) con modelos más complejos ofrecidos por Teasdale y Barnard (1993). Pero el asunto principal es que no hay una conexión sencilla entre cognición y emoción y que existen diferentes sistemas neurofisiológicos apoyando a cada una (Panksepp, 1998). Entonces, alguno de los problemas que se dan al vincular pensamiento y sentimiento (“Lo entiendo pero no lo siento”) se pueden atribuir a los (distintos) sistemas implícito y explícito que se proponen en relación a las distintas estrategias y resultados del procesamiento. Los cognitivistas, y otros muchos –terapeutas y psicólogos– no han sido de gran ayuda, precisamente, por utilizar como intercambiables los conceptos de procesamiento cognitivo y de la información, como si se tratara de la misma cosa. Pero no son lo mismo. Tu ordenador y tu DNA –de hecho, cada célula de tu cuerpo– son mecanismos de procesamiento de la información pero no creo que tengan “cogniciones”. Este fallo a la hora de definir lo que es y lo que no es una “cognición” o “cognitivo”, en contraste con un motivo o una emoción, ha generado dificultades en este ámbito de investigación.

Se han propuesto varias soluciones para abordar el problema de los sentimientos que no siguen a ninguna cognición ni razonamiento lógico, tales como: la necesidad de más tiempo para practicar; que la mayoría de los cambios son lentos y requieren un duro trabajo; la necesidad de una mayor exposición a emociones problemáticas; identificar los “bloqueos” y su función (Leahy, 2001); necesidad de una determinada relación terapéutica (Wallin, 2007); o desarrollar la atención consciente y la aceptación (Hayes, Follette & Linehan, 2004; Liotti & Prunetti, 2010). La CFT ofrece una posición adicional. La CFT sugiere que puede haber un *problema fundamental en un sistema emocional implícito* que evolucionó con los sistemas de cuidado de los mamíferos y de los humanos y que puede dar lugar al surgimiento de

sentimientos de tranquilidad, seguridad y conexión (véase el punto 6). La imposibilidad de acceder a este sistema de afectos es lo que mantiene este problema. De hecho, como hemos señalado anteriormente, alguna gente puede generar “pensamientos alternativos” cognitivamente (de manera lógica) pero escucharlos en su cabeza de un modo frío, distante o agresivo. No hay calidez ni ánimo en sus pensamientos alternativos –el tono emocional se parece, más bien, a una instrucción fría–. He comprobado que la idea de *sentir* bondad y apoyo (internamente) como una parte del proceso de generar “pensamientos” alternativos es para esa gente un anatema. De este modo, esas personas, simplemente, no pueden “sentir” sus pensamientos e imágenes alternativos.

Estos clientes tienen también un arraigado sentimiento de “tener la culpa de sus problemas”; es “por culpa de ellos”; hay algo “básicamente imperfecto o dañado” en ellos que bloquea los sentimientos de compasión o auto aceptación. Parece claro, entonces, que lo que necesitamos es “poner a punto” la capacidad de la gente para distanciarse de sus pensamientos, sentimientos y problemas y tratarse a sí misma con más compasión y amabilidad, así como utilizar la intuición, la lógica, la exposición a la solución de problemas y el “entrenamiento mental”.

Ejemplo

Durante más de veinte años trabajé con Jane, que padecía una particular depresión bipolar crónica con rasgos borderline y tendencias suicidas. Había sido adoptada de niña y siempre había sentido que no encajaba en ningún lugar. Llegó a ser buena a la hora de generar pensamientos alternativos razonables frente a la idea de que era un fracaso y de que, en realidad, no era querida –aunque no conseguía cambiar su estado de ánimo durante mucho tiempo–. Cuando le pregunté por el tono emocional de sus pensamientos alternativos, si los experimentaba como tranquilizadores, útiles y amables, ella se quedó perpleja. “Naturalmente que no”, dijo, “lo que tengo que hacer es ser lógica. ¿Por qué iba a querer ser amable conmigo misma? Ser amable conmigo misma sería una debilidad y una forma de auto indulgencia. Lo que necesito es controlar esos pensamientos”. Ahora, estaba casada, tenía hijos y contaba con una familia acogedora, de modo que le hice una reflexión sobre esto. “¿Pero no es de esto de lo que se trata?, ¿de explorar estos pensamientos e ideas alternativos para ayudarte a que te *sientas* querida y apreciada, para sentir ese apoyo, pertenencia, amabilidad y aceptación que estás buscando?”, le pregunté. Desde una lejana memoria, ella replicó: “Sí, pero no quiero ser compasiva conmigo misma; hay muchas cosas de mí que no me gustan”. Necesitamos un cierto tiempo para que ella reconociera: (1) que estaba realmente cerrada (y se mostraba desdeñosa) hacia la bondad de los demás debido a su propia auto-aversión; (2) lo cual debilitaba su capacidad de ser asertiva y, por consiguiente, (3) la llevaba a un resentimiento sumiso y a sentimientos de impotencia; y (4) su resentimiento secreto y su odio interior la llevaban a nuevos sentimientos de aversión.

De este modo, consideramos con Jane cómo podría generar un mayor calor

emocional, “aceptación” y “amabilidad en sus pensamientos alternativos”; la idea era que cuando ella pensara y (tal vez) escribiera pensamientos alternativos (a los pensamientos depresivos que mantenía), debería centrarse en los *sentimientos* de calidez y tranquilidad correspondientes. Esto nos llevó a descubrir otro aspecto importante en el trabajo con la compasión: Al principio, Jane se mostraba desdeñosa y temerosa de desarrollar calidez hacia sí misma. También tenía miedo de permitirse a sí misma *prestar atención de verdad a los demás* y de sentir preocupación por ellos; miedo de una proximidad emocional intensa; que la aproximación a los demás acabara, antes o después, en vergüenza y rechazo. Sus pensamientos típicos eran de temor al rechazo (“Si tú te acercaras a mí *realmente y realmente* conocieras lo que hay dentro de mí, encontrarías algo que te volvería en mí contra –p. e., mis pensamientos de odio–) o de miedo a la dependencia (p. e.: “Si me acerco a alguien, entonces voy a empezar a necesitarlo, me volveré dependiente, necesitada, débil y vulnerable”). De manera que la exposición a un tipo de afecto *positivo* (de amabilidad y afiliación) y el trabajo con el *miedo a sentir* ese afecto positivo demostró ser eficaz en su caso. Jane fue una de las primeras en utilizar “imaginar una imagen compasiva ideal” (véase el punto 26), ¡que ella construyó como un Buda vestido como una diosa terrenal! Fue una dura tarea pero no volvió a tener ninguna recaída importante desde hace quince años. El trabajo con Jane nos hizo pensar que *algunas personas tienen miedo a las emociones positivas debido a su estrecha vinculación con otras emociones y resultados negativos. Y conseguir la desensibilización y la activación de emociones positivas y de afiliación requiere un gran trabajo en términos de su desensibilización como emociones basadas en la amenaza* (véase punto 29).

De manera que, en su formulación más simple, parece que la gente con elevados niveles de vergüenza y autocrítica tiene dificultades para acceder a los sentimientos de calidez (consigo misma), compasión y tranquilidad. Este sistema clave de regulación de afectos parece estar “fuera de línea”. Como analogía, uno puede tener todas las claves sexuales, pensamientos y fantasías que queramos pero si el sistema de la pituitaria que descarga en el cuerpo las hormonas correspondientes no funciona, todas esas claves y fantasías no van a producir ningún impacto fisiológico –de manera que no va a haber “sentimiento”–. De este modo, la CFT se desarrolló originalmente para –y con– gente que sufría de niveles elevados de vergüenza y autocrítica y a la que le resultaba difícil tranquilizarse a sí misma o generar sentimientos de calidez y apaciguamiento interno (Gilbert, 2000a, 2000b, 2007a; Gilbert & Irons, 2005)

La CFT se centra en el proceso más que en el trastorno porque la vergüenza y la autocrítica son procesos trans-diagnóstico que están asociados a una amplia variedad de trastornos psicológicos (Gilbert & Irons, 2005; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005). La CFT es un enfoque “des-patologizador” que se centra más en las respuestas adaptativas de las personas (en las variaciones fenotípicas) a los entornos difíciles. Por ejemplo, todos tenemos un sistema de apegos pero el que desarrollemos los fenotipos de confianza, apertura y afiliación

o de desconfianza, evitación y manipulación de los demás, dependerá de que hayamos tenido o no experiencias de amor y cuidado en las primeras etapas de nuestra vida o bien de abandono, hostilidad y abuso, así como de nuestros contextos sociales actuales. El fenotipo de la conducta afiliativa adopta diferentes patrones de acuerdo con el contexto en el que se desarrolla.

La mente evolutiva y la Terapia Centrada en la Compasión

Buda y los primeros filósofos griegos comprendieron muy bien que nuestras mentes son caóticas, sometidas a conflictos y dominadas por fuertes emociones, lo que nos llevaba a problemas de ansiedad, depresión, paranoia y violencia. Lo que no pudieron descubrir es el porqué. El comienzo de tal respuesta vino con la publicación en 1859 de *“El origen de las especies”* de Darwin que revelaba que nuestras mentes y cerebros son el resultado de la selección natural. A medida que las especies se adaptan a entornos cambiantes, van teniendo lugar cambios lentos; los entornos, por lo tanto, son desafíos que favorecen algunas variaciones individuales de una población sobre otras posibles. Lo que es más importante, la evolución no puede retroceder al tablero de los proyectos iniciales sino que se apoya siempre en los diseños previos. Por esta razón todos los animales siguen el mismo prototipo básico de cuatro extremidades, un sistema cardiovascular, un sistema digestivo, órganos sensoriales, etc. Los cerebros, también, desempeñan funciones básicas que son compartidas a través de las especies. Esto tiene importantes implicaciones para entender cómo están diseñadas nuestras mentes y cómo llegan a ser lo que son (Buss, 2003, 2009; Gilbert, 1989, 2002, 2009a; Panksepp, 1998).

Las profundas intuiciones de Darwin tuvieron un gran impacto en la psicología y en la psicoterapia (Ellenberger, 1970). Sigmund Freud (1856-1939), por ejemplo, reconoció que la mente contiene muchos instintos y motivos básicos (p. e., sexo, agresión y poder) que tenían que ser regulados (para que no actuáramos todos simplemente al capricho de nuestros deseos) de diferentes maneras. De modo que disponemos de varias formas de mantener nuestros deseos, pasiones e impulsos destructivos bajo control –por ejemplo, mediante mecanismos de defensa tales como la negación, la proyección, disociación y sublimación–. Freud distinguió entre pensamiento primario (pensamiento generado por los deseos innatos) y secundario (basado en el ego y apoyado en la realidad). En su modelo, la mente está, de forma inherente, en conflicto entre los deseos y el control. Para Freud esos conflictos podían ser abrumadores para la consciencia del ego y, de ese modo, volverse inconscientes y convertirse en fuente de trastornos emocionales. El papel del terapeuta era hacer conscientes esos conflictos y ayudar a la persona a reconciliarse con ellos.

En la actualidad, existen una amplia evidencia acerca de que el cerebro, ciertamente, tiene diferentes sistemas que están asociados a nuestras pasiones y motivos (p. e., implícito vs. explícito; Quirin, Kazen, & Kuhl, 2009) ubicados en antiguos sistemas cerebrales tales como el sistema límbico (MacLean, 1985) así como a la regulación de motivos y emociones –primariamente, a través del córtex frontal (Panksepp, 1998)–. En caso de daño de esas áreas cerebrales, la impulsividad y la agresividad suelen ser los síntomas principales. Numerosos

estudios, utilizando el procesamiento subliminal, han demostrado que el procesamiento inconsciente puede tener un fuerte impacto sobre emociones y comportamiento (p. e., Baldwin, 2005) –de hecho, la consciencia es un estadio bastante tardío de procesamiento de la información (Hassin et al., 2005)–. También sabemos que la mente está enmarañada con motivos y emociones en conflicto (véase el punto 4). En la actualidad, existen también estudios científicos sobre la naturaleza de mecanismos de defensa tales como la represión, la proyección y la disociación y cómo estos afectan al funcionamiento psicológico, a la autoconstrucción, a la relación social y a la terapia.

Arquetipos, motivos y significados

Pocos, hoy en día, aceptan el punto de vista del ser humano como una *tabula rasa*. Más bien, la opinión general es que el bebé humano viene al mundo preparado para convertirse en un representante factible de su especie (Knox, 2003; Schore, 1994). Si todo va bien, el niño desarrollará apegos con sus cuidadores, adquirirá el lenguaje, desarrollará competencias cognitivas, establecerá relaciones sexuales de pareja y demás. En otras palabras, hay aspectos innatos en nuestras motivaciones y construcción de significados. No es una idea nueva ya que sus orígenes se remontan a Platón y Kant. Una persona muy relacionada con el intento de esclarecer la naturaleza innata de la capacidad humana para *crear distintos tipos de significado* en psicoterapia fue Jung (1875-1961).

Jung llamaba *arquetipos* a nuestros sistemas innatos de guía (p. e., para buscar y formar apegos tempranos con padres/cuidadores, pertenecer a grupos, buscar un estatus, percibir y buscar pareja sexual). Los arquetipos influyen en el despliegue del desarrollo (p. e., procurar cuidado, convertirse en miembro de un grupo, encontrar una pareja sexual, convertirse en padre y asumir el hecho de la muerte; Stevens, 1999). De modo que Jung postulaba que los humanos, como especie evolucionada, heredan predisposiciones específicas para el pensamiento, el sentimiento y la acción. Tales predisposiciones existen como puntos de referencia en el inconsciente colectivo y sirven como guía para la conducta, los pensamientos y las emociones.

Jung señalaba que todos estos temas: cuidado de los hijos, lealtades y traiciones familiares y grupales, búsqueda de romance y amor, búsqueda de estatus y posición social, empresas heroicas, auto sacrificio y demás, aparecen en todas las culturas, literaturas e historias con más de un millar de años. Son temas que desempeñarán un papel una y otra vez en nuestros problemas de salud mental porque forman parte de nosotros; son arquetípicos.

Además, Jung sugería que la forma de funcionar de los arquetipos maduros y el modo de mezclarse con otros arquetipos resultaba afectado tanto por nuestra personalidad (genes) como por nuestra experiencia. Por ejemplo, aunque tengamos un arquetipo que nos inspira y nos guía hacia el amor y el confort en los brazos de nuestras madres cuando somos niños, si esa relación no funciona bien, puede que tengamos un arquetipo maternal atrofiado. Stevens (1999) se refiere a esto como un *intento arquetípico frustrado*. En este caso, como adultos,

podemos pasarnos buena parte de nuestra vida buscando una figura materna o paterna – intentando encontrar a alguien que nos quiera y nos proteja como un padre, o bien podemos echar el cerrojo a nuestra necesidad de cuidado y amor y rechazar las relaciones cercanas–. Los investigadores que estudian estas relaciones tempranas y lo que se conoce como “conducta de apego” han descubierto que los niños (y adultos) pueden, de hecho, comportarse de alguna de estas maneras: Mientras que unos se muestran abiertos al amor y al cuidado, otros se manifiestan ansiosos respecto a la pérdida de cariño y necesitan una reafirmación constante y otros evitan las relaciones estrechas porque tienen miedo o sienten desprecio y desdén por la intimidad (Mikulincer & Shaver, 2007).

Jung sugería también que, dado que nuestros arquetipos internos están diseñados para hacer diferentes cosas y perseguir objetivos distintos, *pueden estar en conflicto entre sí*, lo que suele producir problemas de salud mental. Para Jung, este es el camino por el cual estos procesos arquetípicos maduran, se desarrollan, se integran, se malogran o entran en conflicto con el self, lo que es una fuente de problemas mentales.

Mentalidades sociales

Gilbert (19989, 1995, 2005b, 2009a) combinó la teoría de los arquetipos con el evolucionismo moderno, la psicología social y del desarrollo y sugirió que los seres humanos tienen varias “mentalidades sociales” que los capacitan para procurarse y formar determinados tipos de relación (p. e., sexual, tribal, dominación-sumisión, cuidar de-ser cuidado por). La idea básica es que para la consecución de “metas y motivos bio-sociales evolucionados de la especie general” –tales como la búsqueda de una pareja sexual y el establecimiento de lazos sexuales, la procreación de una descendencia propia, formación de amistades y alianzas, desarrollo de un sentido de grupo de pertenencia, actuar como un miembro del grupo y competir por un estatus– las pautas cerebrales se organizan de manera particular. Se puede definir una mentalidad social como “la organización de diferentes competencias y módulos (p. e., para la atención, formas de pensar y tendencias de acción) *guiados por motivos* para asegurar tipos específicos de relación social”. Por ejemplo, cuando estamos en mentalidad de *prestar* cuidado, centramos nuestra atención en la angustia o necesidades del otro, sentimos preocupación por los demás, calculamos cómo podemos proporcionarles lo que necesitan, organizamos nuestra conducta para que así sea y nos sentimos recompensados con su recuperación o prosperidad. En los humanos, esto incluso puede llegar a estar vinculado a la auto identidad, p. e., “me gustaría ser una persona solidaria”. En una mentalidad de *búsqueda* de cuidados, buscamos señales *procedentes de* los demás que alivien nuestra angustia y nos ayuden a crecer y desarrollarnos. Dirigimos nuestra atención hacia quienes pueden sernos potencialmente útiles, expresamos nuestra angustia u orientamos nuestras conductas para acercarnos a quienes parecen ser capaces de ofrecernos lo que creemos necesitar. Nos sentimos bien si obtenemos esas señales, pero podemos sentirnos enfadados, ansiosos o deprimidos si no podemos encontrar las señales de cuidado que buscamos. Si eso ocurriera,

podríamos sentir que los demás son deficitarios en aquello que buscamos o que son negativos.

En contraste, si estamos compitiendo con otros, nos comparamos socialmente a ellos en cuanto a fortalezas y debilidades relativas. Tomamos decisiones para emplearnos más a fondo o rendirnos. Podríamos aumentar los sentimientos o los actos de agresividad hacia ellos y *desactivar* nuestras preocupaciones o sentimientos ante la angustia que ellos pudieran experimentar. En esta mentalidad, formulamos pensamientos sobre nosotros mismos en términos de inferior-superior o ganador-perdedor. Si ganamos, podríamos experimentar un “ronroneo” de buenos sentimientos pero, en cambio, sentirnos ligeramente deprimidos si perdemos o si nos sentimos inferiores o derrotados (Gilbert, 1984, 1992, 2007a). En relación con la auto-identidad, una mentalidad de rango social puede convertirse en un requisito para el logro (ser superior a los demás) junto con un estatus de reconocimiento o bien en un sentimiento depresivo de estar subordinado y carecer de determinadas cualidades. Hay, sin embargo, distintos tipos de motivación de logro (véase el punto 14). Ver cómo los demás prosperan podría, en realidad, hacer que nos sintiéramos envidiosos y molestos, mientras que verlos fracasar o derrumbarse, haría que nos sintiéramos bien –cosa que, desde luego, es algo muy distinto a tener una mentalidad de prestación de cuidados–.

En contraste, de nuevo, cuando estamos en mentalidad de cooperación y establecimiento de alianzas, nuestra atención se centra en la búsqueda de afinidades con gente que sea semejante a nosotros, que vaya a cooperar, a apoyarnos y/o a perseguir objetivos comunes (tocar en una orquesta, jugar en un equipo). Esto se relaciona con la evolución de nuestro intenso deseo de compartir. Nos sentimos bien cuando nos llevamos bien con otros pero mal, si nos vemos rechazados, marginados o bien sentimos que la gente nos está engañando de alguna manera. “Llevarse bien” frente a “llevar ventaja” hace mucho tiempo que se reconoce que implican psicologías muy distintas (Wolfe, Lennox, & Cutler, 1986). Lanzetta y Englis (1989) mostraron que premiar a la gente por sus relaciones cooperativas o competitivas producía importantes diferencias en la conductancia de la piel, tasa cardíaca y EMG; favoreciéndose la empatía con la cooperación mientras que con la competitividad se favorecía la “contra-empatía”. Por tanto, distintas mentalidades sociales pueden organizar todo un conjunto de procesos psicológicos y fisiológicos de muy distintas maneras, cambiando algunos aspectos (p. e., cuidado, simpatía o agresión) pero desactivando otros.

En la figura 1 se ofrece un sencillo diagrama comparativo entre las mentalidades de competición y de cuidado.

Figura 1. Comparación entre las mentalidades de competición y de cuidado





De acuerdo con el enfoque CFT nuestras mentes están organizadas y motivadas por la búsqueda de diferentes metas y para crear distintas mentalidades de acuerdo con las metas bio-sociales que se persiguen. Desde luego, las mentalidades se solapan; algunas son más conscientes que otras; algunas, claramente, implican mecanismos compensatorios (p. e., competir por estatus podría ser debido a una falta de afecto; véase el punto 14) y la gente las cambia. Además, la capacidad de cambiarlas es una señal de salud (Gilbert, 1989) como, por ejemplo, el individuo capaz de competir en el mercado de trabajo pero que, en casa, actúa como un padre amoroso en lugar de intentar competir también con sus hijos por el afecto y el tiempo de su esposa. Las personas que se quedan bloqueadas en un tipo de mentalidad particular, por ejemplo, que son competitivas o sumisas todo el tiempo y realmente se esfuerzan en ser cooperadoras o entregadas y en dar y recibir cuidados, pueden tener muchas desventajas. Los pacientes paranoides, por ejemplo, consideran muy amenazador el recibir cuidados debido a su recelo básico. A los psicópatas les resulta muy difícil dar cuidados y tener preocupaciones empáticas pero podrían mentalizarse muy bien en una situación competitiva. De manera que la cuestión es que tenemos cerebros evolucionados que poseen ciertas estrategias, roles y relaciones sociales y, para ponerlas en marcha, distintos aspectos de nuestra mente se activan y se desactivan. Si estuviéramos (digamos) con una mentalidad

tribal y viéramos al otro grupo como enemigos, las tendencias empáticas y las preocupaciones (por el sufrimiento que les pudiéramos causar) permanecerían decididamente desconectadas, posibilitándose así el que nos comportáramos de manera agresiva, sin preocupación ni culpabilidad por el daño que les estuviéramos infligiendo. Hay muchos casos complejos en psicoterapia en los que lo que intentamos es suavizar algunas mentalidades para activar otras. Beck, Freeman y Davis (2003) adoptaron un punto de vista evolutivo semejante en su enfoque de los trastornos de personalidad.

La forma en que se desarrollan, se mezclan y se activan las mentalidades sociales está relacionada con los genes, el entorno y las demandas sociales actuales. Esto es importante porque la CFT asume un punto de vista *interactivo y compensatorio* respecto a la forma en que está organizada la mente. Por ejemplo, los niños que son víctimas de malos tratos aprenden que no es probable que consigan cuidados, ayuda o consuelo por parte de demás; intentarlo sería inútil o, incluso, amenazador y peligroso. En vez de eso, lo que tienen que hacer es prestar atención al poder y al potencial de resultar dañados o de ser avergonzados por los otros. Esto va a hacer que su desarrollo cambie hacia una mentalidad de rango social centrada en la amenaza (sistema competitivo) que los orientará para estar atentos a las claves de agresividad/rechazo. Liotti (2000, 2002, 2007) señalaba cómo la conducta de apego de los niños puede llegar a desorganizarse especialmente cuando el cuidador es, al mismo tiempo, la fuente de seguridad y de amenaza. En tales casos, la coherencia de la mentalidad social de los niños se desorganiza experimentando una alternancia entre la sumisión, la evitación agresiva y la búsqueda de cercanía por vías que resultan difíciles de entender a quienes están en su entorno.

La CFT también adopta un punto de vista interactivo en la medida que considera que trabajar sobre una mentalidad social, tal como la búsqueda de cuidado o el proporcionar cuidados (a través de la compasión) puede tener un profundo efecto en la organización de otras mentalidades sociales (Gilbert, 1989). De nuevo, tenemos que decir que no se trata de una cuestión novedosa. El Budismo ha sostenido desde hace mucho que la compasión transforma y reorganiza la mente y Jung afirmaba que el proceso de individuación consistía en una organización y reorganización de nuestros potenciales arquetípicos.

La cuestión básica es que necesitamos entender que el cerebro es un órgano evolucionado que está *diseñado para funcionar de determinada manera* y que cambia sus pautas en diferentes contextos y para propósitos distintos. Busca determinados inputs (p. e., relaciones de afiliación con otras mentes), responde a esos inputs y muestra desviaciones del desarrollo defensivas si tales inputs no están disponibles. Algunas psicoterapias y la mayoría de las clasificaciones psiquiátricas no tienen esto en cuenta y se conforman con apoyarse en cómo se ven las cosas desde fuera. La CFT se fundamenta en la tradición de la comprensión de la mente en términos de su diseño evolutivo y, en particular, en nuestras metas humanas bio-sociales y en nuestras *necesidades*, p. e., de afecto, cuidado, protección, pertenencia; y en competencias humanas tales como la teoría de la mente, empatía, capacidades de fantasía e imaginación, tal como ahora las vamos a examinar.

4

Multi-mente

Sabemos que diferentes tácticas psicológicas (motivos, emociones y competencias cognitivas) se establecieron en diferentes momentos de la evolución. Por ejemplo, las capacidades para el sexo, la lucha, la caza o la conquista y defensa del territorio se pueden rastrear en los reptiles hace 500 millones de años y antes de ellos. No fue hasta la evolución de los mamíferos (aproximadamente hace 120 millones de años) que las tácticas psicológicas (apoyadas en emociones y sistemas motivacionales) de cuidado de los niños, formación de alianzas, juego y jerarquías de estatus hicieron su aparición en el mundo. No fue hasta hace 2 millones de años que empezaron a surgir las competencias de pensamiento complejo, reflexión, teoría de la mente y toma de sentido del self y auto-identidad. De manera que el cerebro evolucionó en una serie de etapas, llenando nuestras mentes de una amplia variedad de emociones y motivos distintos, surgidos en diferentes momentos, muchos de los cuales pueden entrar en conflicto.

Cerebro viejo y cerebro nuevo

Una forma de imaginar todo esto, y de hablarles a los clientes sobre el tema, es decir que tenemos un cerebro antiguo, que tiene varias emociones y motivaciones que compartimos con otros muchos animales, pero que también disponemos de la capacidad de pensar, reflexionar, observar y formar una auto-identidad (Gilbert, 2009a). Los problemas pueden surgir en la forma en que interactúan nuestros cerebros, antiguo y nuevo. Por ejemplo, en el caso de determinadas sensaciones corporales, cuando están ligadas a las habilidades del cerebro nuevo –que puede pensar, razonar y dar explicaciones–, se puede llegar a una conclusión como que “mi tasa cardíaca elevada significa que me va a dar un ataque al corazón y me voy a morir”, lo que propicia los ataques de pánico. Además, nuestra propia reflexión sobre la incidencia, considerando que “este error quiere decir que soy un fracasado, alguien despreciable que no tiene futuro”, puede acentuar la depresión. Los animales no se estresan preocupándose de tener que pagar la hipoteca, de lo que les va a deparar el futuro, de qué va a ser de sus hijos si no son estudiosos ni de si este bulto o dolor puede ser el principio de un cáncer. Todo eso lo generamos con nuestra capacidad de pensar de determinadas “meta”-formas (Wells, 2000).

Una variedad de estados mentales

El hecho de tener muchos y muy diferentes motivos, potenciales arquetípicos y demás, que han evolucionado a lo largo de muchos millones de años y de que esos diferentes potenciales puedan dar lugar a serios problemas es algo bien conocido hoy en día, incluso referenciado en la mayoría de textos universitarios de introducción a la psicología. Por ejemplo, Coon (1992) iniciaba su texto de introducción a la psicología con esta gráfica descripción:

Eres un universo, un conjunto de mundos dentro de otros mundos. Tu cerebro es, posiblemente, la herramienta más complicada y asombrosa que existe. Por medio de ella, eres capaz de hacer música, arte, ciencia y guerras. Tu potencial de amor y compasión coexisten con tu capacidad de agresión, odio... ¿asesinato?

(pg. 1)

Lo que Coon y otros investigadores sugieren es que *no somos un self unificado*, a pesar de nuestra experiencia de serlo así. Más bien, estamos hechos de muchas posibilidades diferentes para la creación de significado y la generación de pautas cerebrales y estados mentales. Como Ornstein (1986) señaló hace veinte años:

Nuestro largo progreso en la comprensión de nosotros mismos ha ido desde un punto de vista simple y, por lo general, “intelectual” a la consideración de que la mente es una estructura mixta ya que contiene un conjunto de “talentos”, “módulos” y “políticas” en su interior... Todos esos componentes generales de la mente pueden actuar independientemente el uno del otro; pueden tener prioridades completamente diferentes.

El descubrimiento de una complejidad y diferenciación crecientes ha tenido lugar en muchas áreas de investigación diferentes... en el estudio de las funciones y localizaciones cerebrales; en las concepciones de la naturaleza de la inteligencia; en las pruebas de personalidad; y en las teorías de las características generales de la mente.

(pg. 9)

De hecho, la idea de que hay subsistemas y programas complejos en nuestra mente y la manera en que interactúan ha sido un punto central en la teoría de la CBT. Por ejemplo, Beck (1996) supuso la existencia de una variedad de “modos” diferentes, donde cada modo representaba sistemas motivacionales, emocionales y cognitivos integrados –un punto de vista que tiene algunas similitudes con las ideas de arquetipo y mentalidad social–. En la misma tradición, Teasdale y Barnard (1993) suponían una gama de subsistemas de procesamiento emocional y motivacional que interactuaban.

En cierto sentido, tanto Coon como Ornstein están ofreciendo una moderna exposición de la naturaleza arquetípica de la mente humana y reflejan otra idea junguiana: que aunque, generalmente, pensamos en nosotros mismos como individuos completos e integrados, esto es una ilusión. De hecho, Jung sugería que la integración y la totalidad son logros psicológicos –realizaciones de la maduración–. Estamos compuestos de muchos y diferentes talentos, habilidades, motivos sociales, emociones y demás y enfrentarse a sus continuos vaivenes no es nada sencillo.

Este cajón de sastre de motivos y módulos creadores de significado (arquetipos) puede dar lugar a la experiencia no de un self sino de toda una variedad de ellos (p. e., Rowan, 1990). Estos posibles “yoes” o sub-personalidades pueden sentir cosas diferentes y desempeñar

papeles diferentes cuando estamos en diferentes estados mentales. En terapia podemos, incluso, saber el nombre de esos diferentes “yoes” y hablar con ellos. Podemos reconocer al self abusón, al self perfeccionista, al self sádico-vengativo, al self indulgente, etc. Otra forma de verlo es considerándolo como el potencial de representar diferentes papeles sociales que requieren mentalidades sociales distintas (y distintas pautas cerebrales; Gilbert, 1989, 1992; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & McGuire, 1998).

Mentalización³ y sentido del self

La CBT se desarrolló originalmente para las personas que son conscientes de sus pensamientos y emociones y que pueden articularlos fácilmente –como se recogen en las diferentes escalas de valoración (p. e., Safran & Segal, 1990)–. Los terapeutas utilizan esta técnica para dirigir la atención de sus clientes hacia su particular estilo de pensamiento o hacia su esquema de creencias básicas. Sin embargo, ahora sabemos que las *competencias* que sustentan nuestra capacidad de hacernos conscientes de nuestros motivos, emociones y pensamientos y nuestra habilidad para pensar y reflexionar sobre ellos, así como para expresarlos, son muy complejas y siguen un proceso de desarrollo. Los evolucionistas han señalado hace tiempo que puede resultar casi imposible traer algunos procesos motivacionales a la luz de la consciencia. Tales son las complejas facetas de nuestra “multi-mente”.

En los últimos 10 años ha habido un interés creciente respecto al modo en que los humanos vinculan el auto entendimiento y la auto-identidad con el atender y razonar sobre las emociones y pensamientos internos. Sabemos, por ejemplo, que el cerebro es capaz de generar una amplia variedad de emociones complejas y contrapuestas así como pensamientos y fantasías (a veces, extrañas y desagradables) que necesitan ser organizados de una manera coherente para que los sujetos tengan un sentido consistente de sí mismos (Gilbert, 2005a; McGregor & Marigold, 2003). La gente puede llegar a sentirse profundamente perturbada y abrumada por algunos de los contenidos de su mente. Las nuevas informaciones (sentimientos, fantasías, pensamientos) que amenazan el sentido del yo y la auto-identidad, aunque prometan iniciar un cambio positivo, de hecho, pueden generar resistencia. Swann, Rentfrow y Guinn (2003) indicaron que la gente busca coherencia, familiaridad y predictibilidad respecto a su auto-identidad, no sólo mejora personal. De este modo, las auto-identidades sumisas o agresivas pueden resistirse al cambio (para un análisis detallado de estos temas, véase Leary & Tangney, 2003 y el punto 29 del presente volumen).

Una forma de lograr la coherencia es a través de la capacidad de entender y reflejar los contenidos de la propia mente y de la de los demás –y la capacidad de utilizar esta información para entrar y salir en los distintos tipos de rol social y de relaciones sociales. La mentalización nos ayuda claramente en la utilización y la organización de nuestras mentalidades sociales (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Y esto nos lleva al centro de la cuestión de cómo nuestros evolucionados cerebros nuevos, que son la fuente de los razonamientos y competencias necesarias para generar una auto-identidad, interactúan con los

viejos cerebros de las emociones y los motivos –esas estrategias básicas de supervivencia y reproducción que han evolucionado a lo largo de tanto tiempo (Gilbert, 1989, 2009a)–.

Lamentablemente (como ocurre muchas veces en investigación sobre psicoterapia) uno de los problemas que surgen en este ámbito de estudio (el de las competencias que sostienen las capacidades de reflexión sobre los estados mentales) es que está plagado de enfoques, conceptos y teorías diferentes, muchos de los cuales se solapan de manera significativa y la investigación todavía no los ha aclarado. Por ejemplo, ser capaz de prestar atención, pensar sobre, reflexionar acerca de y ser capaz de contener diferentes sentimientos, junto con nuestra forma de atribuir diferentes causas y significados a nuestros estados mentales y a los de las otras personas, se ha relacionado con: esquemas emocionales, alexitimia, mentalización, teoría de la mente, empatía y simpatía, inteligencia emocional, evitación de las vivencias internas, mindfulness, el uso de mecanismos de defensa proyectivos y el síndrome de asperger (p. e., Choi-Kain & Gunderson, 2008) ¡por citar sólo algunos ejemplos!

Consideremos el ejemplo de la alexitimia –que se refiere a dificultades en el reconocimiento e identificación de sentimientos a nivel subjetivo, dificultades para describir ambivalencias y conflictos de sentimientos así como tendencia a centrarse en acontecimientos externos en lugar de hacerlo en los internos (p. e., Meins, Harris-Waller, & Lloy, 2008)–. Estos autores también hallaron evidencias de que algunas de esas dificultades estaban vinculadas a historiales de apego (inseguro). Existen cada vez más evidencias acerca de que las dificultades del tipo de la alexitimia son prevalentes en una amplia gama de dificultades relacionadas con la salud mental –especialmente las relacionadas con trauma (Liotti & Prunetti, 2010). También es probable que existan muchos individuos, tal vez con éxito en los negocios o en la política, que tengan rasgos de alexitimia pero que no manifiesten en la actualidad cuadros de problemática relacionada con la salud mental –aunque su insensibilidad puede que les ocasione otros–. Sabemos también que alguna gente justifica su posición, pensamiento y conducta por todas las vías posibles sin reflexión ni duda aparente –y ayudar a la gente a que vaya más allá, siendo más abierto, reflexivo y a que acepte responsabilidades y entre en un diálogo genuino, puede ser difícil–. Los que se justifican y quienes externalizan, sin embargo, no suelen acudir a terapia –porque no ven razón para ello; no hay “nada mal” en ellos– y puede que sean altamente “evitadores” de la vergüenza. De manera que ellos, sencillamente actúan siguiendo todo tipo de formas no reflexivas.

Meins et al. (2008) indicaron que el rasgo de alexitimia del pensamiento orientado externamente puede surgir a partir de una *decisión consciente* de no explorar el contenido de la propia mente (motivos, pensamientos y sentimientos) y que habría que diferenciar esta actitud de una incapacidad para hacerlo. Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, Sher y Etzion-Carasso (2002) comprobaron que mientras que algunas madres eran capaces de pensar en la mente de sus bebés, a otras madres (despreocupadas) esto les resultaba angustiioso y evitaban activamente hacerlo. Tales madres, probablemente, iban a tener niños con apego inseguro.

Si unimos a toda esta complejidad los procesos en los que utilizamos la proyección y la identificación proyectiva (Miranda & Andersen, 20079) para comprender nuestra mente y la

de los demás (incluyendo cómo creamos nuestros pensamientos y fantasías religiosas; Bering, 2002), podremos ver que nuestro “cerebro nuevo” puede enredarse muy bien con las emociones y motivos que surgen de nuestro viejo cerebro.

Desarrollo de competencias psicológicas

En CFT se considera que competencias tales como la empatía y la mentalización son las que permiten que las mentalidades sociales funcionen en niveles cada vez más complejos. Las competencias maduran y se desarrollan con el tiempo. De manera que, además de aspectos tales como la alexitimia y la mentalización, que influyen en nuestra forma de pensar sobre nuestros estados mentales, necesitamos también pensar sobre los procesos de desarrollo –que no son habilidades estáticas–. Los terapeutas de CBT han dirigido su atención al hecho de que los clientes van a presentar distintas habilidades cognitivas relacionadas con los estadios de desarrollo cognitivo de Piaget (Rosen, 1993). Por ejemplo, algunos van a ser mucho más pre-operacionales (dificultad para pensar en términos abstractos y para reflexionar sobre estados internos) que otros. De manera que la capacidad de la gente para reflejar sus sentimientos internos y los de los demás está claramente ligado a estas habilidades cognitivas (véase también Kegan 1982, para una mayor ampliación). También sabemos que las competencias de una *teoría de la mente* se desarrollan con el tiempo –y que pueden estar relacionadas con otras competencias cognitivas–. Sabemos, además, que la capacidad de la gente para pensar y razonar moralmente se desarrolla con el tiempo pasando de simples conceptos sobre lo bueno y lo malo, de acuerdo con aquello que los adultos castigan o premian, a una forma de pensamiento mucho más abstracta pero influenciada también por el contexto social (Gilbert, 1989).

Piaget estableció también una distinción entre asimilación (cómo se hace que la nueva información se ajuste a las creencias actuales) y acomodación (la nueva información origina un cambio interno y una transformación en el organización del conocimiento y la percepción). Otro aspecto a considerar es la “apertura” a nuevas posibilidades y al cambio que, a su vez, tropieza con los conceptos de motivación y “disposición para el cambio”.

Otra área importante relacionada con la CFT es la de la maduración emocional. Por ejemplo, Lane y Schwartz (1987) sugirieron que la complejidad afectiva se relaciona con la capacidad de diferenciar y experimentar emociones distintas. Ellos sugieren un conjunto de estadios que pueden ir paralelos a los estadios cognitivos de Piaget y que son la conciencia de:

1. Sensaciones corporales.
2. El cuerpo en acción.
3. Sentimientos individuales.
4. Mezcla de sentimientos y
5. Mezcla de mezclas de sentimientos.

En su nivel más bajo, los bebés sólo tienen consciencia de las experiencias de sus

sensaciones corporales y estas, por lo general, se diferencian sólo de forma rudimentaria a lo largo de una dimensión de placer-dolor. Posteriormente, aparece la conciencia de los sentimientos que se derivan de las acciones. Más tarde, surgen los afectos más diferenciados de tristeza, rabia, ansiedad, alegría, etc. Luego, aparecen mezclas de esos sentimientos y la capacidad de hacer frente a la ambivalencia. Un poco más tarde, surgen mezclas de sentimientos entremezclados. Todavía no se entiende bien de qué modo tiene lugar esta maduración emocional pero sabemos que la capacidad de mentalización de los padres (capacidad de ser conscientes de los estados de ánimo de sus hijos) así como sus propios afectos, son cruciales. Los clientes que se esfuerzan en entender sus emociones y se quedan bloqueados en los niveles más bajos de conciencia emocional, ciertamente van a tener que esforzarse con la compasión y no es de extrañar que muchos de ellos no lleguen a ser capaces de entender cómo se experimenta la compasión porque, en general, *las emociones* para ellos resultan un problema (véase el punto 29).

Los terapeutas son cada vez más conscientes de que una parte de su papel (no sólo con los problemas más severos de salud mental) consiste en promover la capacidad de mindfulness y de mentalización del paciente para ser menos “evitativo”, menos enjuiciador y autocrítico hasta llegar a ser capaz de llegar a reflejar sus propios sentimientos, de entender mejor la mezcla de sentimientos, los conflictos entre sentimientos, las emociones condicionadas (y los recuerdos emocionales) y las creencias positivas y negativas sobre los sentimientos (véase también Gilbert, 1992, capítulo 4). El beneficio de todo esto es que los clientes se hacen más tolerantes y aceptan mejor sus sentimientos en lugar de luchar contra ellos o tratar de evitarlos y se vuelven más abiertos a las relaciones basadas en el esfuerzo auténtico por entender la mente de los demás.

Mentalidades sociales y mentalización

La conexión entre estos tipos de conciencias y competencias tales como la mentalización y aquellas relacionadas con la búsqueda de roles sociales, mentalidades sociales y auto-identidad, es compleja. Recientemente, Liotti y Prunetti (2010) sugirieron que la forma en que mentalizamos está relacionada con las mentalidades sociales. Por ejemplo, individuos que se sienten seguros en un determinado papel, como hablando cooperativamente con el terapeuta, pueden ser capaces de mentalizar razonablemente bien; pero si se activa su mentalidad de obtención de cuidados (y, por lo tanto, su sistema de apegos), puede resultar muy amenazador para el cliente y sobrepasar su capacidad de mentalizar. Liotti (diciembre, 2009, comunicación personal) sugiere que no deberíamos considerar la mentalización como un fenómeno de todo o nada sino como dependiendo de un conjunto de condiciones distintas – en especial, del grado de seguridad que sienten los individuos. La activación de amenaza puede desactivar la mentalización ya que ésta es una competencia de alto nivel de funcionamiento mientras que la activación de amenaza está concebida para hacer selecciones desde un menú de sistemas de atención y respuesta dirigidas a una acción rápida (Liotti & Gilbert, en prensa).

Como algunas mentalidades y motivos o necesidades son más amenazadores que otros, puede haber diferencias en mentalización en cada uno, lo que puede sorprender al terapeuta.

Sugiero que los ejercicios de compasión pueden crear un sentido de seguridad que facilite la mentalización. Esto resulta especialmente cierto cuando enseñamos el ejercicio del “yo compasivo” porque se centra en mantener al cliente en una posición relajada y apaciguada (véase el punto 21). Todavía estamos desarrollando la metodología de investigación necesaria para explorar este tema pero evidencias indirectas apuntadas anteriormente para el valor de la compasión (véase “Evidencias de los beneficios de la compasión”, en el cap. 1) indican que parece una buena posibilidad de investigación. También es posible facilitar a los clientes la comprensión de lo que es mentalizar ayudándolos a detenerse para que reconozcan que hay *muchas partes diferentes* en el yo, cada una de ellas con distintos pensamientos y sentimientos (y sin identificarse con ninguna parte concreta). A eso lo llamamos “multi-mente”.

Evidentemente, aquí, sólo hemos tocado de pasada este complejo ámbito, pero los terapeutas CFT tienen que ser conscientes de estos distintos grados de habilidades (competencias) y habilidades (de desarrollo) de los clientes para pensar y reflexionar sobre “todo lo que surge en el interior de la propia mente”. Esta va a ser la clave del trabajo con la compasión porque enseñamos a los clientes a que miren de forma compasiva los contenidos de su mente –en parte porque muchos de ellos son arquetípicos y no fueron creados por nosotros sino por la evolución y las experiencias vitales personales (y, por lo tanto, no son culpa nuestra)–.

Por lo tanto, teniendo en cuenta nuestras “multi-mentes”, una cosa queda clara: no somos un yo integral, coherente y acabado sino que, más bien, estamos hechos de una variedad de motivos y competencias que se combinan e interactúan de formas muy complejas. Tenemos la ilusión de ser un self único porque el hecho de tener una multitud de deseos y de posibles roles y “yoes” sin tener un sentido de una sola identidad única, daría lugar a una *excesiva flexibilidad*, a posibilidades de pensamiento y acción contrapuestas y a una total incoherencia (McGregor & Marigold, 2003). En la actualidad, muchos psicólogos consideran el “self” y la “auto-identidad” como procesos organizativos que coordinan recuerdos, emociones, creencias y otros procesos para generar un sentido coherente del yo que permita un sentimiento de consistencia o continuidad y permita las relaciones sociales. Por eso mismo, si necesitamos desarrollo y reorganización de nuestras mentalidades básicas (p. e., para ser más asertivos y competitivos), esto puede suponer una amenaza para la auto-identidad y para nuestro sentido de cohesión.

De modo que nuestro sentido del self es una *hazaña* organizativa y cuando la organización de nuestros potenciales internos se rompe (o, p. e., nos vemos superados por la ansiedad, rabia, intrusión de recuerdos traumáticos, una sensación de soledad o evitación sumisa) podemos tener problemas de salud mental (véase, p. e., Leary & Tangney, 2003 para reseñas). De hecho, la gente habla de perder el control de “partes de sí misma” o de “desintegrarse”.

Esto nos remite a la cuestión de lo que nos permite enfrentarnos a nuestros múltiples potenciales (útiles o destructivos) de pensamiento, sentimiento y acción así como de cambiar de estado mental. Es también lo que nos permite abrirnos a explorar nuevos potenciales dentro de nosotros e integrarlos en nuestro sentido del yo, en lo que Jung llama un “proceso de individuación”. Una respuesta es: *compasión*. Porque la compasión genera las condiciones que facilitan la apertura, el cuidado, la seguridad y la integración (Gilbert, 2005a, 2005c). La compasión desde fuera y la auto-compasión desde dentro facilitan la aceptación y la tolerancia creando así patrones cerebrales que hacen más fácil la exploración y la integración de diferentes elementos de nuestra mente.

- 3 . Mentalización, en este contexto, se refiere a la capacidad de atribuir estados mentales (intenciones, emociones, ideas, etc.) a la conducta de los demás. Véase la nota 3 sobre “Teoría de la mente” (N. del T.)

Apego e importancia de los afectos

La importancia del afecto

La CFT es una terapia típicamente basada en la fisiología que tiene en cuenta la naturaleza, función evolutiva y estructura de nuestros cerebros. En CFT, la compasión está arraigada en los motivos y mentalidades que sustentan el altruismo y la prestación de cuidados. Gilbert (1989, 2005a) apuntó que dos fuentes de altruismo (con los sistemas de motivación y procesamiento) apoyan la compasión: uno es el sistema de altruismo y apego con la familia; el otro se basa en el altruismo recíproco y en el deseo de relaciones sociales equitativas y justas. En la actualidad, se están desarrollando otros modelos más complejos (p. e., Hrdy, 2009).

Cuando adoptamos un enfoque evolutivo, una de las cualidades más importantes de los mamíferos, que está por encima del sexo, la lucha y la búsqueda de estatus, es la gran importancia del cuidado. Sabemos que la evolución del cuidado se llevó a cabo junto con cambios profundos del sistema nervioso central y periférico, resultando ser la regulación de la lucha-huida una de las principales adaptaciones que posibilitaron la proximidad e hicieron que la proximidad tuviera “propiedades tranquilizadoras”. Por ejemplo, las endorfinas y la oxitocina del cerebro evolucionaron para regular el procesamiento de la amenaza (inhibiendo la lucha/huida) y facilitaron el interés social y el cuidado (Bell, 2001; Wang, 2005). Porges (2003, 2007) detalló cómo la evolución del nervio vago mielinizado (al corazón) ha apoyado las conductas de aproximación que permitieron la afiliación social, el cuidado y el compartir. El nervio vago mielinizado evolucionó junto con el apego y la capacidad de los niños para ser tranquilizados mediante la conducta de cuidado de los padres (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Este añadido al sistema nervioso autónomo puede inhibir conductas defensivas frente a las amenazas transmitidas por vía simpática así como la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y favorecer un estado fisiológico de calma, conducente a la cercanía personal y a la afiliación social. En general, cuanto más segura se siente la gente, más abierta y *flexible* puede ser en respuesta a su entorno (Porges, 2003, 2007). Esto se refleja en el balance dinámico de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático que producen variaciones en la tasa cardíaca (TC; Porges, 2007). De aquí, que el sentimiento de seguridad interpersonal se relacione con la TC y que una TC más elevada correlacione con una mayor capacidad de auto-tranquilizarse (rapidez para ser capaz de bajar el tono del procesamiento de amenazas) cuando se está estresado (Porges, 2007).

Dejando al margen la neurofisiología de los cuidados, uno de los modelos evolutivos más importantes de los últimos 40 años ha sido el de la teoría del apego de John Bowlby (1907-1990) (Mikulincer & Shaver, 2007); con preocupaciones similares retomadas por la teoría de la aceptación-rechazo (Rohner, 1986, 2004). (Véase también Hrdy, 2009, respecto a la importancia de los múltiples cuidadores en la evolución humana). Estas teorías, realmente

importantes, han favorecido una considerable cantidad de investigaciones sobre la manera de interactuar entre padres e hijos de tal manera que esas interacciones tienen un efecto importante en el cerebro de los niños y en las competencias fisiológicas (Cozolino, 2007; Siegel, 2001). Para muchos mamíferos, la afectividad ha evolucionado como una clave para la regulación de motivos y emociones. En relación a los humanos, existe una evidencia creciente respecto a que si uno se siente cuidado, como opuesto a abandonado o rechazado, tal situación va a tener importantes efectos en sus estados fisiológicos y mentales (Cozolino, 2007; Gerhardt, 2004; Porges, 2007). Como veremos más adelante, la CFT tiene sus raíces en esta concepción evolutiva del significado fundamental de la evolución, el afecto y la afiliación.

Para especies sin sistema de apego, como las tortugas, la esperanza de vida es corta. La madre puede poner cientos de huevos y sólo entre un uno y un dos por ciento sobrevive hasta llegar a reproducirse. Sin embargo, en el caso de los mamíferos, proporcionar una base segura frente a las amenazas externas y responder a las llamadas de angustia era fundamental en la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1980) que considera el apego, primariamente, como un *sistema de regulación de la protección frente a la amenaza* (MacDonald, 1992). Bowlby (1969, 1973, 1980) fue uno de los primeros en considerar las implicaciones del hecho de proporcionar seguridad a los niños y de sus efectos en el desarrollo infantil, así como en la regulación emocional e internalización de “prototipos del yo y de los demás” (Mikulincer & Shaver, 2007).

Múltiples dominios de cuidado

A lo largo del tiempo, el sentido de paternidad de los mamíferos ha evolucionado, haciéndose cada vez más elaborado de manera que la paternidad humana es *ahora* multifacética y abarca: *protección* (mantener a los niños alejados de todo peligro y acudir en su rescate), *aprovisionamiento* (p. e., leche con anticuerpos, alimento, abrigo y otros recursos necesarios para su desarrollo) *consuelo* (calmar la angustia del niño y abrazarlo), *estimulación del sistema de emociones* (mostrarle expresiones faciales y oportunidades de juego), *mediación* (de la exposición del niño ante el mundo), *enseñar y socializar* (enseñarle sobre el mundo y la reglas de relación social, establecer límites), *validación* y “*mente compartida*” (entrenamiento emocional y mentalización; Hrdy, 2009). Todos esos aspectos influyen una gama de procesos de maduración cerebral y de competencias psicológicas (Cozolino, 2007; Gerhardt, 2004; Gilbert, 1989, 2005a; Siegel, 2001, 2007; Wallin, 2007). Con el tiempo (en los humanos) se desarrollan potencialidades en las que otros parientes (p. e., hermanos y tíos) desempeñan un papel en el cuidado del niño. De hecho, los humanos parecen estar especialmente adaptados para compartir cuidados de manera que el niño interactúe con muchos otros que van a cuidar de él o ella. Esto puede haber facilitado la motivación psicológica de búsqueda de cuidados de otros (distintos) y el deseo y la competencia psicológica de interpretar las intenciones (de cuidado) de los demás (Hrdy, 2009). Además, a lo largo de la vida, los humanos están altamente motivados para esperar ser

queridos, deseados, valorados y aprobados (Barkow, 1989; véase Gilbert, 1992, especialmente el capítulo 7, 1997, 2007a, especialmente el capítulo 5, 2007c).

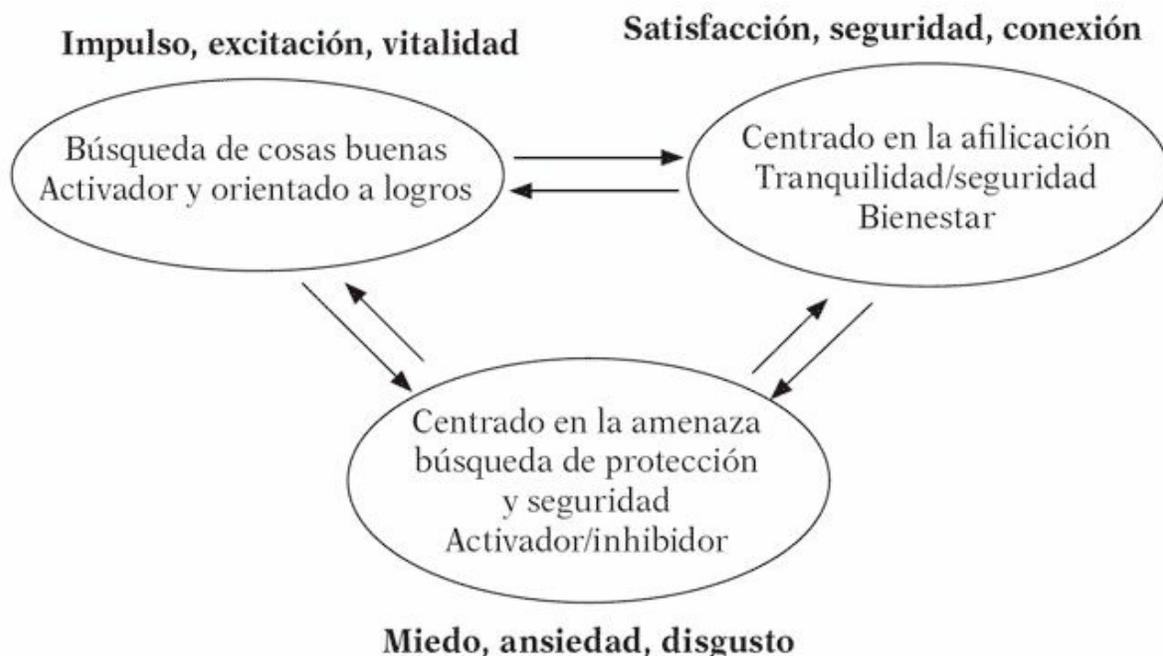
Ahora sabemos que el cuidado cariñoso, asociado a los sentimientos de ser querido y valorado tiene múltiples efectos de largo alcance en la maduración psicológica del niño (Cozolino, 2007; Hofer, 1994). Para primates y humanos, especialmente, el poder que tienen este tipo de relaciones nutricias, provenientes de una diversidad de individuos (padres, amigos y personas cariñosas), de impactar en la psique, a lo largo de la vida, se ha hecho más profundo (Cacioppo et al. 2000; Cozolino, 2008; Schore, 1994). Como los conceptos CFT de compasión se basan en estos procesos, habrá que tener en cuenta las complejidades de las relaciones de cuidado cuando se considere la compasión y la CFT (véase el punto 16). Este enfoque basado en la evolución y en la fisiología más que, digamos, el Budismo, es el fundamento de la CFT.

Regulación de los afectos: Los tres sistemas de regulación de los afectos, cuidado y CFT

Nuestras metas y *motivaciones* bio-sociales en relación (digamos) a sexo, estatus, vinculaciones y logros están guiadas por *emociones*. Cuando vamos siguiendo nuestras metas y motivaciones bio-sociales con éxito, tenemos una descarga de emociones positivas mientras que cuando encontramos obstáculos y amenazas, experimentamos emociones basadas en la amenaza. La investigación sobre el procesamiento emocional ha puesto de manifiesto varios circuitos integrados en el cerebro que dan lugar a distintos tipos de emoción que regulan la motivación (Panksepp, 1998).

Un modelo adecuado, aunque simplificado, derivado de las investigaciones más recientes (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998) ha puesto de manifiesto que nuestro cerebro contiene, como mínimo, tres *tipos* principales de sistemas de regulación de emociones. Cada uno está diseñado para hacer cosas distintas. Los tres sistemas interactivos se representan en la figura 2

Figura 2. Interacción entre nuestros tres principales sistemas de regulación emocional.
Publicado en Gilbert, P. (2009a) *The Compassionate Mind*. Londres: Constable & Robinson y Oaklands, CA: New Harbinger. Reproducido con autorización



1. El sistema de amenaza y autoprotección

La función de este sistema es detectar y seleccionar rápidamente amenazas para elegir una respuesta –p. e., luchar, huir, quedarse paralizado o algún otro sistema de afrontamiento– y proporcionarnos ráfagas de emociones tales como ansiedad, ira o disgusto. Estos sentimientos se extenderán por nuestro cuerpo alertándonos y forzándonos a pasar a la acción contra la amenaza. El sistema también se activa si se producen amenazas a la gente que amamos, amigos o personas de nuestro grupo de referencia. Aunque es fuente de sentimientos penosos y difíciles (p. e., ansiedad, enfado, disgusto), ten en cuenta y explica a tus clientes que este sistema evolucionó como un *sistema de protección*. De hecho, nuestro cerebro le da mayor prioridad al enfrentamiento con amenazas que a las cosas agradables (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer & Vohs, 2001). El sistema de amenaza opera mediante determinados sistemas cerebrales como, por ejemplo, la amígdala y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) (LeDoux, 1998). Cuando el modo de amenaza está activo, la atención, el pensamiento y razonamiento, el comportamiento, emociones y motivos, imágenes y fantasías pueden estar, todos ellos, centrados en la amenaza y con cada faceta de nuestra mente orientada hacia el objetivo de la protección y la seguridad. De manera que a esto le podemos llamar “mentalidad de amenaza” porque las distintas facultades de nuestra mente están organizadas de una manera determinada (véase el punto 4). Una vez que tanto los animales como los humanos están satisfechos con su forma de enfrentarse a una amenaza específica, puede haber una activación pequeña frente a las claves de amenaza y la “mentalidad de amenaza” sólo se reactivará en caso de que esas estrategias de seguridad resulten bloqueadas. Como indicamos más adelante, los comportamientos y estrategias de seguridad pueden reducir la activación a corto plazo pero, a largo plazo, pueden darse consecuencias imprevistas e inútiles (Gilbert, 1993; Salkovskis, 1996; Thwaites & Freeston, 2005).

De modo que el sistema de amenaza selecciona amenazas rápidamente (centrando y sesgando la atención) y, luego, origina estallidos de emociones tales como ansiedad, cólera o disgusto. Estos sentimientos se extienden por todo nuestro cuerpo alertándonos y disponiéndonos para la acción en relación a la amenaza –para auto protegernos–. Las conductas resultantes pueden incluir lucha, huida o sumisión (Gilbert, 2001a, 2001b; Marks, 1987). En parte, por estar orientado el sistema hacia “mejor asegurarse que lamentarse” (Gilbert, 1998), es fácilmente condicionable (Rosen & Schulkin, 1998). La regulación genética y sináptica de serotonina desempeña un papel importante en el funcionamiento del sistema de amenaza-protección (Caspi & Moffitt, 2006). Los problemas relacionados con el sistema de amenaza son:

1. el tipo de desencadenantes que activan el sistema de amenaza-protección, que están ligados a la naturaleza de la amenaza, respuestas emocionales condicionadas y significados personales;
2. el tipo y formas de respuesta de amenaza-protección, p. e., ira o ansiedad, lucha o huida, tasa cardíaca, náuseas, sudor, descargas de pensamientos rápidos y atención

focalizada;

3. la rapidez e intensidad de la respuesta de amenaza-protección;
4. la duración de la respuesta de amenaza-protección y los medios y formas de apaciguar la activación aversiva de amenaza;
5. la frecuencia de activación del sistema de amenaza-protección a las claves contextuales externas (p. e., vivir en una familia violenta) e internas (autocrítica, barruntamientos, preocupación);
6. la forma en que diferentes formas de afrontamiento (p. e., evitación de las vivencias internas y estrategias de seguridad inútiles) o el colapso de las capacidades de mentalización acentúan el sentido de amenaza activando más, de ese modo, los elementos 1 al 5.

Como se indicó en otro lugar (Gilbert, 1989, 1993), casi todas las psicoterapias se centran, en mayor o menor medida, en las complejidades de la amenaza-protección pero con diferentes tipos de teorías y métodos para tratar con los problemas de este sistema.

También sabemos que el procesamiento de la amenaza y la respuesta son complejos. Por ejemplo, los recuerdos emocionales, incluyendo los recuerdos de amenaza, permanecen almacenados en diferentes sistemas como el sensorial (amígdala) y la memoria de acontecimientos (hipocampo), que pueden entrar en conflicto; como en el caso de alguien que haya tenido una experiencia de miedo en un flashback y siente que el acontecimiento traumático está teniendo lugar otra vez (Brewin, 2006; Lee, 2005). Algunos tipos de miedo pueden interferir con la capacidad de mentalización (Liotti & Prunetti, 2010). También sabemos que diversas emociones defensivas y tendencias de acción pueden entrar en conflicto; no es posible huir y luchar de manera simultánea –aunque uno se puede sentir ansioso y enfadado, al mismo tiempo, en el seno de un conflicto social o, incluso, puede que quisiera llorar (Dixon, 1998). Los conflictos *entre distintas* emociones y el “¿qué hacer?” aumentan con el estrés. Podemos sentirnos ansiosos por perder el control frente a la ira o enfadados por sentirnos inhibidos por la ansiedad. También se puede producir estrés mediante conflictos de aproximación-evitación, tales como el odio hacia el propio trabajo y la necesidad de mantenerse en el puesto debido a la necesidad de dinero para pagar una hipoteca –lo que lleva al sentimiento de estar atrapado– (Gilbert, 2001a, 2001b, 2007a).

Complejidad emocional

Para ayudar al cliente conviene reconocer que en cualquier estado mental de angustia pueden existir múltiples sentimientos y conflictos. Por ejemplo, Kim sufría depresión y ansiedad. Tras una discusión con su pareja, se sintió superada por sus sentimientos. De modo que nos preguntamos si eso podría haber sido debido a *múltiples* sentimientos, conflictos entre sentimientos y conflictos y dilemas en la relación. Pudimos, entonces, trazar un círculo y escribir en el centro “sentirse terrible” y, alrededor, llevamos a cabo una tormenta de ideas con los sentimientos que formaban parte de esa descripción general y que incluía: ira, ansiedad,

desesperanza, soledad y sentirse incomprendida, deseos de seguir y deseos de romper, culpar a la pareja y culparse a sí misma, impotencia, dudas, tristeza, llanto, etc. También es posible ayudar a los clientes a explorar si tienden a centrarse en un tipo de sentimientos (p. e., ira) para bloquear y evitar otros sentimientos (o inhabilitar el proceso). Así, sería posible reflejar y mentalizar *cada elemento individual* de ese estado mental de angustia –ayudando a los clientes a que lo hagan por sí mismos en vez de sentirse abrumados por la complejidad y variedad de sentimientos–.

De esta manera, el proceso de amenaza resulta complejo y a los clientes les sirve de ayuda explicárselo, aclarándoles cómo trabaja su cerebro, por qué entramos en estado de amenaza y anticipándoles las dificultades específicas en su sistema de amenaza personal.

2. El sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos

La función de este sistema consiste en brindarnos sentimientos positivos que nos guíen, motiven y animen en la búsqueda de los recursos que (tanto nosotros como aquellos que nos importan) vamos a necesitar para sobrevivir y prosperar (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Nos sentimos motivados y recompensados con la procura, consumo y logro de cosas agradables (p. e., alimento, sexo, comodidades, amistades, estatus y reconocimiento). Si resultamos ganadores en una competición, aprobamos un examen o salimos con la persona que deseamos, podemos experimentar sentimientos de emoción y placer. Si uno gana en la lotería y se vuelve millonario, podría sentirse un poco hipomaniaco –tan lleno de energía que podría tener dificultades para conciliar el sueño, con la actividad mental disparada y con ganas continuas de fiesta: el sistema de activación emocional estaría desequilibrado–. La gente maniacodepresiva puede experimentar problemas con este sistema porque puede pasar de una activación demasiado elevada a otra demasiado baja. Cuando se encuentra equilibrado con los otros dos, este sistema nos guía hacia objetivos vitales importantes. Cuando los bloqueos a nuestros deseos y metas se convierten en una “amenaza”, el sistema de amenaza se dispara con ansiedad o frustración-ira.

Este sistema es, primariamente, un sistema activador y de “vamos a conseguirlo”. La dopamina, una sustancia del cerebro, juega un papel importante en nuestros impulsos. La gente que consume anfetaminas o cocaína intenta conseguir el estado energético de la dopamina para incrementar los sentimientos agradables. Sin embargo, el “bajón” es justo lo contrario. Nos referiremos a este sistema como el sistema de activación-emoción, como una abreviatura que nos ayude a recordar que se centra en la *activación* de sentimientos y motivos positivos. Aunque, como veremos más adelante, algún tipo de activación centrada en el logro resulta defensiva (véase punto 14).

Incentivos y metas frustrados

Sin embargo, como señalamos hace algún tiempo, los bloqueos e impedimentos a nuestros impulsos, metas e incentivos, por lo general, activan el sistema de amenaza (p. e., ansiedad,

frustración, ira) hasta que, o bien superamos el bloqueo, o nos desvinculamos de la meta (Klinger, 1977). Desentenderse de una aspiración o una meta y renunciar a ella puede ser la base de una bajada de ánimo (p. e., tristeza) y cuanto mayor sea la implicación de la renuncia para el yo y para la red de las demás metas, mayor será la bajada de ánimo. Algunas depresiones están relacionadas con la persistencia en el seguimiento de metas que no se pueden lograr (anhelo de) y el fracaso en la desconexión y la reorientación hacia metas posibles (Gilbert, 1984; Klinger, 1977), p. e., la persona que no puede asumir pérdidas (p. e., de una relación), obstáculos, enfermedades y heridas. Hay muchas cosas en el enfoque de desconexión del incentivo de Klinger que encajan en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2004). En la CFT, las metas a lograr se consideran en cuanto a sus funciones – especialmente aquellas vinculadas a diferentes formas de logro (véase el punto 14)–.

3. El sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad

Este sistema nos permite aportar cierta calma, tranquilidad y paz al self, lo que contribuye al restablecimiento del equilibrio. Cuando los animales no se están defendiendo de ninguna amenaza o problema y no tienen que conseguir ni hacer nada (tienen suficiente) pueden estar *satisfechos* (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Estar satisfecho es una forma de sentirse feliz por el modo como van las cosas y por sentirse seguro; no luchar ni desear nada; una paz interna que es un sentimiento muy distinto de la euforia, o del sentimiento de “luchar para lograrlo” de los sistemas de activación-excitación. También es distinto de un nivel bajo de amenaza, que se puede asociar con aburrimiento o con una especie de vacío. Cuando la gente practica meditación y ralentización, informa de que experimenta sentimientos tales como: ausencia de necesidades o de inquietudes, sensación interna de calma y de conexión con los demás.

Lo que complica este sistema, pero que tiene gran importancia para nuestra exploración de la compasión, es que también está relacionado con el afecto y la bondad. Por ejemplo, cuando un niño está angustiado, el amor de los padres lo tranquiliza y lo calma. El afecto y la amabilidad de los demás también nos ayudan, como adultos, a tranquilizarnos cuando estamos angustiados y nos brinda sentimientos de seguridad en nuestra vida diaria. Estos sentimientos de tranquilidad y seguridad actúan a través de sistemas cerebrales semejantes a los que producen sentimientos de paz asociados a satisfacción y contento como los de las *endorfinas*. La hormona *oxitocina* se relaciona también con nuestros sentimientos de seguridad en contextos sociales y (junto con las endorfinas) nos proporciona sentimientos de bienestar que provienen del hecho de sentirse querido, deseado y seguro con los demás (Carter, 1998; Wang, 2005). Este sistema es un punto central en el entrenamiento en compasión porque es vital para nuestro bienestar. Me referiré a él como un *sistema de confortamiento y satisfacción*.

Depue y Morrone-Strupinsky (2005) asociaron los dos posibles sistemas de regulación de afectos con distintos tipos de conducta social. Distinguieron la afiliación de la organización y la sociabilidad. La organización y la sociabilidad están relacionadas con el control y la

obtención de logros, con dominancia social y con evitación (centrada en la amenaza) del rechazo y el aislamiento. La interacción cálida y afectiva, en cambio, se relaciona con conexión social y seguridad en la medida que está apoyada por los demás. Las relaciones sociales de afiliación tranquilizan a los participantes, modifican los umbrales de dolor, afectan al sistema digestivo y al inmunitario y operan mediante el sistema de oxitocina-opiáceos (Depue & Morrone-Strupinski, 2005). Cada vez hay más evidencias de que la oxitocina está relacionada con el apoyo social y que disminuye el estrés, de manera que la gente con niveles bajos de oxitocina presenta niveles elevados de respuesta frente al estrés (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum, & Ehlert, 2003). La oxitocina influye también en el procesamiento de las amenazas en la amígdala.

La CFT distingue claramente entre búsqueda de seguridad (como protección) y seguridad (como sentimiento de tranquilidad). La búsqueda de seguridad se relaciona con el sistema de amenaza y se encarga de prevenir o enfrentarse a la amenazas. Por su parte, la seguridad-tranquilidad es un estado mental que permite que los individuos estén contentos y en paz consigo mismos y con el mundo, con una atención relajada y con capacidad de exploración (Gilbert, 1993). La seguridad no implica un bajo nivel de actividad –cuando nos sentimos seguros, podemos estar igualmente activos y con energía–. Si alguien intenta generar un estado de seguridad mediante, digamos, el aislamiento y marcando distancias respecto a los demás, podemos considerarlo más bien como un intento de búsqueda de protección. El problema es que el cerebro puede interpretar el aislamiento/desconexión como una amenaza y, por otra parte, esta conducta de seguridad bloquea el regulador natural de las amenazas –el sistema de endorfinas-oxitocina de la afiliación–. De manera que, aunque la evitación y el aislamiento puedan funcionar hasta cierto punto, es difícil saber cómo afecta esta opción al bienestar. Desde luego, la investigación muestra que la anhedonia social –la incapacidad de experimentar satisfacción en la relación social– se relaciona con una amplia gama de dificultades psicológicas.

Análisis funcional evolutivo

Varios puntos clave surgen a partir de la comprensión de la naturaleza y orígenes de nuestras emociones y del fin para el cual han sido diseñadas –*cuáles son sus funciones*–. El primero es que muchas emociones negativas, tales como la ansiedad, la ira, el disgusto y la tristeza forman parte normal de nuestro repertorio emocional. Al igual que la diarrea y el vómito, son desagradables pero tienen funciones protectoras básicas e, incluso aunque tengan efectos nocivos, no constituyen, necesariamente, una patología (Nesse & Ellsworth, 2009). Tan importantes resultan nuestras emociones protectoras que son los grandes protagonistas de nuestro cerebro y pueden anular, muy fácilmente, las emociones positivas (Baumeister et al., 2001). También les podemos explicar a nuestros clientes que nuestro cerebro no evolucionó para la felicidad sino para la supervivencia y la reproducción de modo que, de vez en cuando, tenemos que aprender a aceptar, tolerar y lidiar con emociones negativas o estados de ánimo bajos; todo ello no es ningún indicador de “algo malo” en nosotros sino que pueden ser

respuestas normales a los acontecimientos de la vida.

En segundo lugar, de todo ello se sigue que nuestro sistema emocional puede funcionar de manera perfectamente normal pero que los estímulos son problemáticos. Alguien que se vea atrapado, digamos, en una relación sin amor se puede sentir deprimido lo que, a su vez, puede estar reforzado por su preocupación, creencias y barruntamientos, naturalmente, pero la depresión también puede ser, en cierto grado, la consecuencia *normal* de esta situación en la que él o ella se encuentran. Es muy difícil controlar el “sistema de producción de estrés-cortisol” cuando están abusando de uno. La vida de alguna gente *resulta* estresante –o puede que hayan vivido tragedias y pérdidas y por eso se sienten tristes o están afligidos–. Por supuesto, hay cosas que podemos hacer para aumentar los sentimientos basados en la amenaza mediante nuestra propia forma de pensar (Wills, 2009; Dryden, 2009) o la manera de poner en práctica distintas formas de evitación (Hayes et al., 2004) pero es importante ayudar a la gente a normalizar y reconocer que algunos de nuestros sentimientos y reacciones desagradables no son anormales sino que tienen que ser aceptados –de forma compasiva–.

El tercer punto es reconocer que las sociedades modernas son, de muchas maneras diferentes, sobre-estimuladoras tanto de nuestro sistema de amenaza (empleo precario, situaciones de embargo, pobreza) como del de activación (“quiero más y necesito hacer más”) creando, de esta manera, un caos entre nuestra necesidad de conexión y nuestro empeño en la comparación social (Gilbert, 2009a; Pani, 2000; Wilkinson & Pickett, 2009). Twenge, Gentile, DeWall, Ma, Lacefield y Schurtz (2010) elaboraron un estudio riguroso sobre el alarmante aumento de los problemas de salud mental, sobre todo, entre los jóvenes. Ellos atribuyeron buena parte de la causa a los cambios culturales hacia metas extrínsecas, tales como el individualismo y materialismo junto con la autoevaluación competitiva y centrada en el estatus, y el abandono de metas intrínsecas tales como la cooperación, la comunidad y el compartir. De manera que necesitamos contextualizar socialmente los temas del dolor y de la salud mental.

7

Afiliación, calidez y afecto

Hemos visto que la evolución del apego es uno de los aspectos más fundamentales de la mente de los mamíferos. Además, la evolución del apego ha tenido un fuerte impacto en la evolución de los sistemas de regulación emocional y, en especial, la significación de un sistema de confortamiento social que opera mediante endorfinas y oxitocina. Este sistema y estas neuro-hormonas desempeñan un papel especial en la regulación de la amenaza y de la activación de la amenaza.

Sin embargo, distintos tipos de cuidado van a afectar y a estimular el sistema de confortamiento de distintas maneras. Por ejemplo, el cuidado puede ser con calidez y afecto o sin él (MacDonald, 192) pero, seguramente, es la calidez lo que más se asocia con consuelo y liberación de endorfinas (Wang, 2005). La calidez implica varias cualidades tales como ternura, gentileza, amabilidad y preocupación así como actitud lúdica. Podemos diferenciar la calidez frente a dar protección. También es posible tener apego en ausencia de calidez-afecto y brindar a los demás un cuidado afectuoso (p. e., cuidados del moribundo) en ausencia de (un deseo de) apego. Los animales dominantes y los humanos pueden ser capaces de proteger a sus crías de peligros y amenazas de una manera que los miembros subordinados no pueden hacerlo (Suomi, 1999) pero esto no significa que proporcionen mayor calidez. La gente puede formar apegos basados en la sumisión/apaciguamiento frente a otros “no demasiado cálidos” si es que los consideran como su mejor opción de protección (Gilbert, 2005a). De hecho, la gente con apego ansioso utiliza el apaciguamiento como una herramienta de apego/seguridad (Sloman, 2000). Ahora bien, la calidez es un atributo importante de la compasión; entonces, ¿qué queremos decir con “calidez”?

Calidez

Hay un importante número de modelos que consideran la calidez como un constructo de personalidad importante. Se asocia al factor de amabilidad en la clasificación de los “cinco grandes⁴” rasgos de personalidad y a la dimensión central de amor-odio en el modelo interpersonal circunplejo⁵ (McCrae y Costa, 1989). Numerosos estudios han mostrado que los atributos de “amabilidad-calidez” están asociados con conducta prosocial, mejores resultados académicos y mayor bienestar (p. e., Laursen, Pulkkinen, & Adams, 2002). Por eso tiene sentido pensar que la calidez debería ser un centro de interés para el trabajo y la investigación terapéutica.

La calidez parece tener, como mínimo, tres atributos principales. En primer lugar, la calidez proporciona señales verbales y no verbales de interés, cuidado y amabilidad que resultan *consoladoras*. En segundo lugar, la calidez puede implicar el compartir un afecto positivo entre individuos, lo que estimula la *vinculación*, el afecto y los sentimientos de conexión (en

contraste con la indiferencia, la evitación o el ataque). En tercer lugar, la calidez es más probable cuando los individuos se sienten seguros el uno con el otro y se confían. Las personas que se sienten fácilmente amenazadas y se vuelven defensivas puede que tengan que hacer un esfuerzo para sentir o expresar calidez.

La calidez respalda los sentimientos positivos de tranquilidad, calma y de *ser consolado* –modera las emociones defensivas (ira, ansiedad, tristeza) y las conductas de defensa (p. e., agresión, huida) y puede, asimismo, desactivar el excesivo hacer, lograr y adquirir–. Parte de los sentimientos positivos de consuelo pueden provenir de la disminución o la regulación del afecto negativo (p. e., sentimientos de alivio, Gray, 1987). Sin embargo, los afectos positivos de *consuelo generado por la seguridad del entorno social*, mediante el intercambio de señales sociales, que tienen un impacto en la mente del otro, necesitan consideración por derecho propio. Y ello es así debido a que tienen efectos organizativos de largo alcance sobre el cerebro y están asociados con señales sociales (no sólo con la desaparición de la señal de amenaza) específicas (que confieren seguridad) tales como comunicación no verbal, expresión facial, tono de voz y contenido verbal, así como contacto físico.

Field (2000) analizó las evidencias sobre los efectos beneficiosos de mantener en el regazo, acariciar y tocar durante el desarrollo –interacciones de cuidado afectuoso–. Incluso las ratas de laboratorio crecen más tranquilas si reciben caricias con regularidad. Estas señales son tranquilizadoras por sí mismas e influyen en la secreción de endorfinas. Como observó Sapolsky (1994):

Fácilmente pensamos en los estresores como en distintas cosas desagradables que se le pueden hacer a un organismo. A veces, un estresor puede ser la *falta* de proporcionarle algo a un organismo y la ausencia de contacto es, al parecer, uno de estresores del desarrollo más acusados que podemos sufrir (p. 92).

De manera que, desde los primeros días de vida, la seguridad– vía-calidez no consiste meramente en la ausencia de amenaza sino que es *conferida* y estimulada por los otros mediante el confortamiento, las señales de acariciar y acunar por parte del cuidador (Field, 2000), el tono de voz, la “musicalidad” del modo hablar de la madre a su hijo, las expresiones faciales positivas y de afecto, favoreciendo y recompensando mutuamente los intercambios, es lo que constituye la base de los *lazos* de apego (Trevarthen & Aitken, 2001). Todas estas señales estimulan las endorfinas que dan lugar al surgimiento de sentimientos de seguridad, conexión y *bienestar*. Y lo sistemas psicológicos del niño están conectados a ellos (Carter, 1998; Wang, 2005). De este modo, desde el nacimiento, los niños son altamente sensibles a las comunicaciones interpersonales y, en especial, a las señales que regulan la activación, ayudan a organizar los sistemas psicológicos y establecen estrategias en las trayectorias de desarrollo.

Cuando pensamos en el “otro compasivo”, por lo general, nos lo imaginamos con características de bajo afecto negativo y capacidad de generar calidez y de manifestar señales

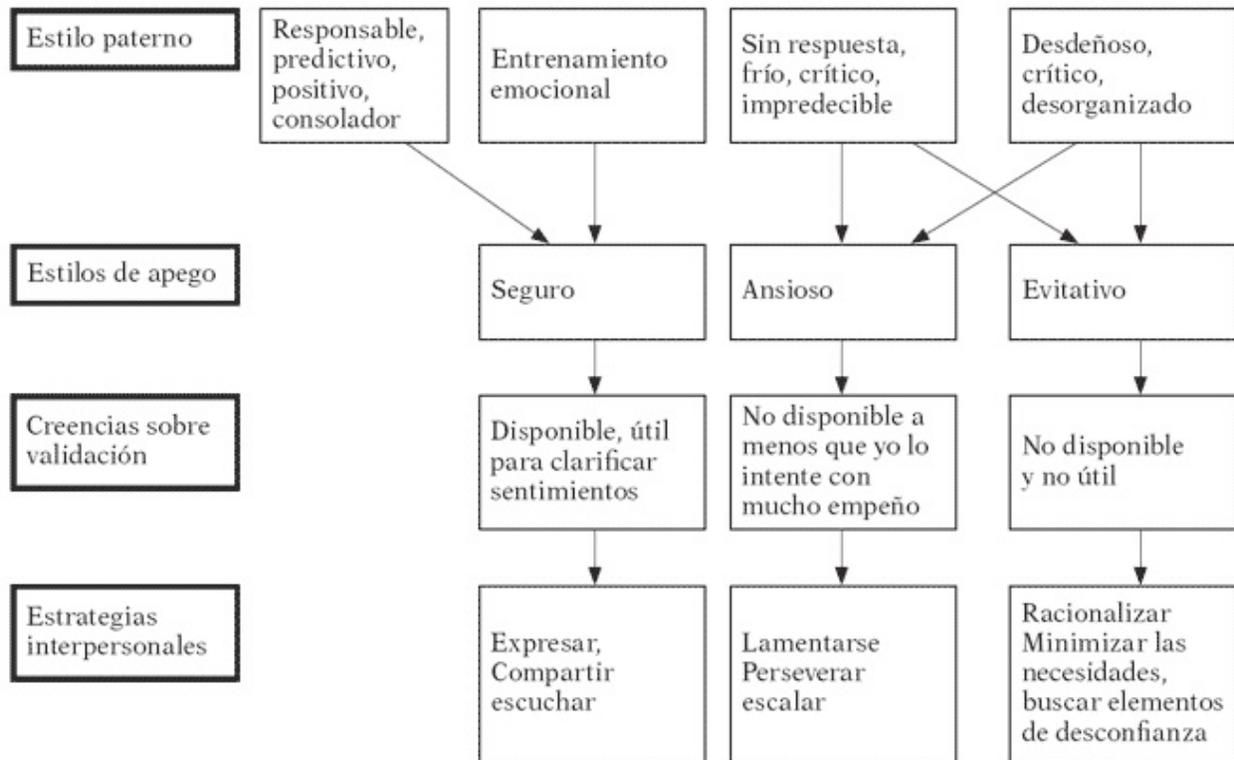
de consuelo (p. e., expresión facial amigable, voz tranquilizadora y con sentimientos de aceptación hacia nosotros). De ese modo, surge una alianza co-reguladora básica que implica genes y aspectos fisiológicos de una de las personas comunicándose con genes y aspectos fisiológicos de la otra y mentes comunicándose con otras mentes. El sentido del propio yo se va labrando en la interacción y, en la raíz de todo ello hay cerebros que necesitan de otros que los cuiden y los quieran.

De ahí que sentirse “socialmente confortado y seguro” requiera determinadas señales sociales mientras que para ser “consolador” es necesario proporcionarle estas señales al otro (Gilbert, 1993, 2009a). Como señalaron Bowlby (1969, 1973) y Porges (2003, 2007), una vez confortados, los individuos pueden o bien relajarse (seguridad pasiva) o volver a dirigir su atención a la exploración del entorno (seguridad activa). Este razonamiento es lo que ha estimulado el trabajo terapéutico para tratar de enseñar a la gente a generar imágenes, sentimientos y pensamientos *confortantes* (compasivos) (Gilbert, 200a, 2009a; Gilbert & Irons, 2005). Resulta interesante que la misma idea de desarrollar imágenes internas de consolar a los demás (p. e., llevar imágenes del Buda compasivo a la mente) sea un aspecto esencial de la imaginería budista de la compasión (Vessantara, 1993). Es importante, sin embargo, señalar que en el trabajo clínico, a muchos clientes con elevados sentimientos de minusvaloración la calidez y el consuelo les resultan difíciles de lograr y se muestran temerosos y resistentes (véase el punto 29) como si este sistema estuviera atenuado y suprimido.

Búsqueda de validación

En terapia se puede buscar o evitar la validación de las emociones y de las reacciones personales a los acontecimientos (tempranos) de la vida. Linehan (1993) y Leahy (2005) destacaron la importancia de la aceptación de la emoción y la validación de las emociones del niño –un proceso clave para la compasión–. Leahy destacó un modelo útil describiendo cómo la validación de emociones y el entrenamiento emocional temprano se pueden asociar a distintas estrategias emocionales y estilos de relación. Esto se esquematiza en la figura 3. Estos estilos van a surgir en la terapia y en la relación terapéutica.

Figura 3. Relación entre estilo paterno, formas de apego, creencias sobre validación y estrategias interpersonales. Reproducido con permiso de Gilbert, P. (Ed.) (2005c) *Compassion: Conceptualisations. Research and Use in Psychotherapy*. Londres: Routledge



Cuando desarrollamos el “yo compasivo” y llevamos a cabo un trabajo en la silla (puntos 21 y 22) ponemos mucha atención en la capacidad de los clientes para validar compasivamente sus sentimientos y conflictos de sentimientos –lo que, a muchos, les lleva tiempo aprender–.

Habilidades cognitivas

El amor y el afecto son como vitaminas para el cerebro pero van más allá de las interacciones físicas. Cada vez hay más trabajos que muestran que el modo en que la madre entiende y responde a las necesidades y emociones de su hijo es crucial para la capacidad del hijo para entender y regular su propia mente (Cozolino, 2007; Siegel, 2001; Wallin, 2007). Así, en el contexto de una relaciones validantes y cariñosas, llegamos a sentirnos seguros y capaces de explorar nuestra propia mente para entender nuestras emociones, sentirnos confortados y acunados y, en este proceso, somos capaces de entender la mente de los demás. Estas habilidades cognitivas resultan vitales para que las capacidades metacognitivas sean capaces de reflejar nuestras propias emociones, distanciarnos de ellas y no sentirnos abrumados (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Wallin, 2007; véase el punto 4).

4 . El modelo de personalidad de los “cinco grandes” está constituido por los factores de: Apertura, responsabilidad, extraversión, amabilidad e inestabilidad emocional. La primera descripción del modelo se debe a Thurstone (1933) y su investigación experimental a Goldberg (1993) (N. del T.)

5 . El modelo interpersonal circunplejo de Wiggins (1982) trató de representar los trastornos de personalidad en función de sólo dos dimensiones bipolares: dominancia-sumisión y amor-odio. (N. del T.)

Clarificando el enfoque CFT

Según se desprende de todo lo anterior, la CFT tiene sus raíces en la ciencia de la mente y en la investigación básica en psicología en lugar de, digamos, un enfoque especialmente “terapéutico”. También adoptamos algún punto de vista de la fisioterapia respecto a la salud mental en el sentido de que la manifestación de un problema puede que no sea la fuente del problema. Por ejemplo, yo tuve un problema con mis lumbares pero todos los esfuerzos para tratar mis lumbares me dieron muy poco resultado. Entonces, un terapeuta se dio cuenta de que yo tenía pies planos y que mis rodillas se metían hacia dentro, lo que afectaba a mis caderas y presionaba los músculos de mi espalda (¡qué desastre!). Sin tocarme para nada la espalda y trabajando sobre mi problema de pies planos, consiguió resolver mis problemas de espalda. A veces, la psicoterapia funciona también de esa manera. Si sólo nos centramos en intentar cambiar el sistema de amenaza, podemos pasar por alto que parte del problema radica en el balance de los otros sistemas de regulación de los afectos y, en particular, los pobres resultados del sistema de confortamiento. Una vez que se desarrolla ese sistema, los otros pueden consolidarse.

Postura filosófica

La postura filosófica de la CFT parte de distintas observaciones sobre la naturaleza de la vida. Nosotros le llamamos a esto “comprobación de la realidad” y exploración de los desafíos de la vida (Gilbert, 2009a). La “comprobación de la realidad” se utiliza para contrarrestar la patologización y es esencial en el entrenamiento de terapeutas. Estas “comprobaciones de la realidad” son las siguientes:

Mente evolutiva

Somos una especie emergente en el flujo de la vida –formamos parte de la evolución de los mamíferos y primates–. Nuestro cuerpo, cerebro y mente evolucionaron para funcionar de determinada manera, con capacidad para experimentar determinadas emociones (p. e., ira, ansiedad, repugnancia, alegría y deseo), organizar determinados sistemas de defensa (p. e., lucha, huida y sometimiento) y con determinados sistemas motivacionales arquetípicos (p. e., formación de apegos, búsqueda de estatus, pertenencia a grupos y deseo y búsqueda de pareja sexual). Todo eso representa motivos y competencias de nuestro cerebro primitivo. Son las fuerzas activadoras de buena parte de cuanto hacemos y pensamos. Las competencias y talentos de nuestro “cerebro nuevo” (para albergar pensamientos, reflexiones y autoconsciencia de carácter complejo) pueden interactuar con los motivos y pasiones del viejo cerebro para llegar a sacar lo mejor y a lo peor de nosotros mismos. En distintos estados mentales, distintos elementos de nuestra mente se activan y se desactivan. La mente focalizada

en la amenaza o la venganza, por lo general, desactiva motivos y competencias para la compasión respecto al objetivo de nuestra venganza personal. En contraste, la “mente compasiva” suaviza los sentimientos, pensamientos y conductas centrados en la amenaza.

La CFT empieza, por lo tanto, con el reconocimiento de que nuestros cerebros son, en realidad, *complicados y engañosos*; *no* están bien diseñados; nuestros pensamientos, emociones y comportamientos pueden quedar atrapados por emociones, motivos –y terrores– primitivos. En estados mentales diferentes, pensamos y sentimos de manera muy distinta. Buda adoptó un punto de vista parecido al sugerir que nuestras mentes son caóticas y están anhelantes y que sólo mediante el entrenamiento de nuestra mente conseguiríamos alcanzar una cierta armonía interna y hacernos responsables de nosotros mismos y de nuestras acciones.

Mente trágica

La segunda comprobación de la realidad es que nuestra vida es relativamente corta (de 25.000 a 30.000 días con un poco de suerte). Estamos atrapados en una lotería genética que determina la duración de nuestra vida y el tipo de enfermedades que vamos a sufrir. Hijas jóvenes, esposas y madres mueren cada día debido a los genes del cáncer de mama; la leucemia, la fibrosis quística o la malaria pueden arrebatarles los niños a sus familias. Estamos sometidos a una enorme variedad de enfermedades que pueden paralizarnos, despojarnos de nuestra capacidad de oír o ver o bien matarnos lentamente (p. e., el sida o la demencia). Los seres humanos hemos entendido desde hace mucho que, de distintas maneras, vivimos una vida trágica, con mucho dolor y sufrimiento. De hecho, el intento de explicar por qué tiene que ocurrir esto es la base de muchas tradiciones filosóficas y espirituales.

Los terapeutas centrados en la compasión parten de una posición de consciencia de la “mente trágica”. De hecho, son las verdaderas tragedias de nuestras vidas las que determinan la importancia de la compasión; todos estamos atrapados en nuestra común humanidad y estamos luchando continuamente con ella.

Mente social

La tercera comprobación de la realidad es el hecho de que vivimos en un mundo de inmensas injusticias y sufrimiento. Sabemos que las circunstancias sociales de nuestras vidas desempeñan un papel muy importante en la maduración de nuestro cerebro, en los valores que desarrollamos, en nuestras motivaciones y en las auto-identidades dentro de las cuales nos desenvolvemos (Schoore, 1994). Incluso nuestras capacidades cognitivas y mentales terminan resultando favorecidas o atrofiadas por las relaciones con las que crecemos (Allen et al., 2008; Cozolino, 2007). Si yo hubiera nacido en el seno de un cártel mejicano de la droga o en algún lugar en el que se hubiera producido un intercambio de bebés en el momento de su nacimiento, lo más probable es que ahora estuviera muerto, que hubiera matado a alguien, que fuera un drogadicto y/o que estuviera viviendo en la cárcel por el resto de mis días. Tal vez el potencial que había en mí (de llegar a ser profesor de psicología y terapeuta) no hubiera tenido

la más mínima posibilidad de asomar siquiera en semejante entorno. Es importante reconocer y reflexionar sobre el hecho de que este “tú” en “esta vida” es sólo “una versión” de las muchas que podrían haber surgido el día en que naciste. Cuando vemos a nuestros clientes, sólo vemos un aspecto de su potencial, sólo una versión de ese self –¿Podemos (ver y) ayudarlos a reconocer y desarrollar otros distintos?–.

Del “yo no tengo la culpa” a la asunción de responsabilidades

Esta comprensión compartida respecto a las dificultades de nuestros cerebros y mentes humanos (y vidas) lleva al reconocimiento de que muchas cosas que se nos pasan por la mente *no son a propósito y, por lo tanto, la culpa no es nuestra*. Aclarar esta cuestión puede resultar fundamental para reducir el sentimiento de minusvaloración, inutilidad y de no ser bueno cuando uno cae en la depresión o siente que su mente está fuera de control. He trabajado con grupos de gente diagnosticada con severos trastornos de personalidad borderline y les he presentado el modelo CFT, explicándoles por qué muchas de las cosas que sucedían en su mente no eran culpa suya. Todos nosotros, *estamos aquí, sencillamente*, con este complicado cerebro creado a lo largo de millones de años de evolución, de predisposición genética y con un sentido de nosotros mismos y varias memorias emocionales obtenidas a lo largo de las circunstancias sociales de nuestras vidas –ninguna de las cuales hemos elegido–. Aunque mucha gente ha pasado antes por distintos tipos de terapia, por lo general, reconoce que nadie les había señalado esto. Comentamos también cómo el hecho de “llegar a ser quien somos” es el resultado de múltiples factores (Gilbert, 2009b). A los clientes esto les resulta muy liberador y tranquilizador al principio de la terapia porque muchos de ellos sentían que, o bien eran malos, o que estaban locos o tenían una mente extraña; que había algo muy malo en ellos por tener los problemas que tenían y merecer ese diagnóstico. Nosotros les decimos a los clientes: “No estamos tan interesados en tu diagnóstico como en la manera en que tus sistemas de amenaza, activación y confortamiento están trabajando para ti”. El tiempo que se emplea en ayudar a la gente a que entienda, realmente, este aspecto de sus mentes, de que “no es por culpa suya”, es tiempo bien empleado porque orienta a la persona a enfocar sus dificultades de una manera más objetiva (compasiva).

Sin embargo, esto es sólo el comienzo porque es fácil confundir “causalidad” con “responsabilidad” y por eso es muy importante distinguir ambas cuestiones. De ese modo, sugerimos a la gente que: “No se te puede culpar por la forma de ser de tu mente, por las pasiones, terrores y rabias que pueden fluir en ella; pero sólo tú eres el responsable de entrenarla para tu propia felicidad y la de los demás. Es como un jardín. Uno puede dejar que el jardín crezca y el jardín crecerá salvaje; brotarán hierbajos y flores pero puede que no nos guste la maraña que se forme si lo dejamos, sin más, a su aire. Lo mismo ocurre con nuestra mente. De manera que *cultivar, practicar y enfocar* los elementos de nuestra mente que queremos mejorar es esencial si vamos a tener el control de nuestra mente”. En muchos sentidos, no es muy distinto de decirle a la gente que puede que no sea culpa suya que tenga

los pies planos, que sea corta de vista o que sufra otros defectos; pero sí que es cosa suya hacer algo al respecto.

De manera que puede resultar conveniente favorecer el descubrimiento guiado y la reflexión guiada sobre las consecuencias no buscadas de “no asumir la responsabilidad de cambiar”. Sin embargo, conviene tener presente que esto, también, no es más que un paso porque es menos probable que la gente cambie a partir de la amenaza; p. e., la amenaza de un cáncer puede que no consiga que la gente deje de fumar. Lo que hay que hacer, más bien, es construir imágenes y representaciones realistas de los resultados del cambio.

En CFT es también esencial el enfoque “desculpabilizador” y el asegurarse de que las intervenciones estimulan los sistemas particulares. De modo que, una vez más, mientras que para los clientes es importante trabajar y asumir cada vez mayor responsabilidad por el cambio así como aprender a tolerar los contratiempos, sin vergüenza, el hecho de elaborar el yo adaptativo y compasivo (véase el punto 21) permite un enfoque positivo y no vergonzante sobre la toma de responsabilidades.

Las interacciones entre el nuevo y el viejo cerebro

En la terapia cognitivo conductual estándar, el terapeuta trata de identificar los pensamientos, creencias y esquemas mentales perjudiciales e intenta cambiar su contenido. Las terapias más recientes, tales como la Terapia Metacognitiva (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2000), Mindfulness (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002), La Terapia Conductual Dialéctica (DBT; Linehan, 1993) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2004) han llegado a cuestionar la adecuación de este enfoque. En su lugar, se han centrado en la naturaleza de los barruntamientos y preocupaciones así como en la evitación y se han ocupado menos del contenido de las cogniciones. La CFT sugiere que ambas cosas son importantes dependiendo de cada caso y contexto. Por ejemplo, ayudar a la gente con el contenido de sus creencias, incluyendo aquellas relativas a lo que se necesita (o no) para sentirse segura puede ser muy útil. Sin embargo, deberíamos añadir un cierto enfoque compasivo porque lo esencial no es sólo que las distintas alternativas sean adecuadas o no, sino que también lo sean las experiencias emocionales que las acompañan (véase “La importancia de la práctica personal y (un ejemplo) del pensamiento compasivo” al final del punto 21).

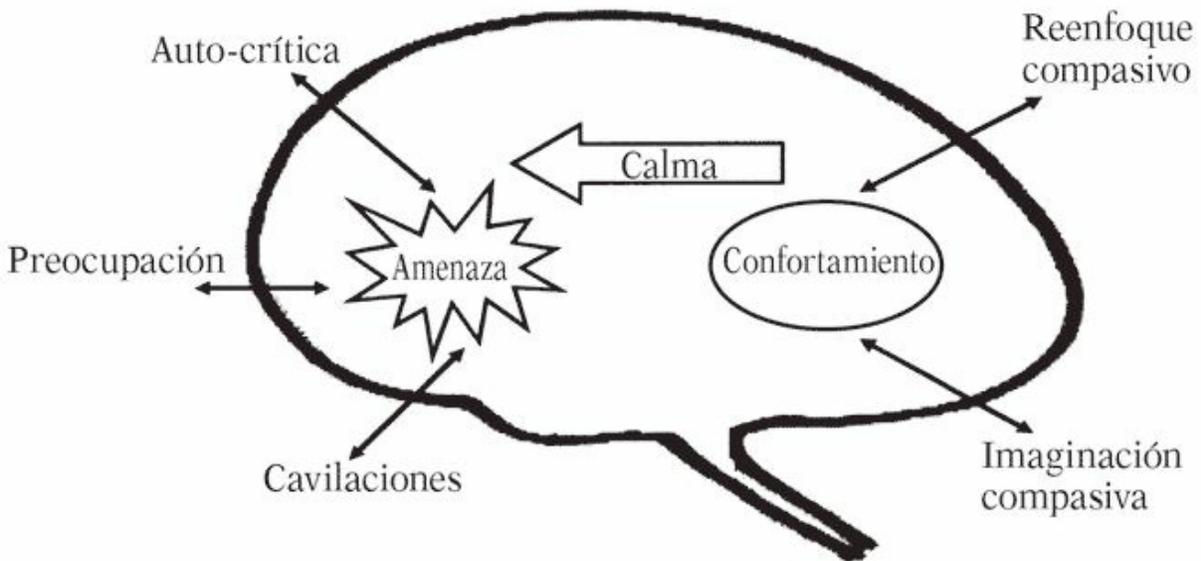
Claramente, además, es importante prestar atención a los procesos de pensamiento relacionados con las maquinaciones, las preocupaciones y la autocrítica. En CFT sostenemos que estos procesos operan como estimuladores complejos de los tres sistemas de regulación del cerebro antiguo, activan sistemas psicológicos y estimulan determinadas mentalidades. Por ejemplo, sentirse humillado o menospreciado y tener cavilaciones de enfado y venganza mantiene el sistema de amenaza y la mentalidad competitiva; darle vueltas a la falta de cariño, de vínculos de apego, mantiene el sistema de amenaza y la mentalidad de búsqueda de cuidados.

En la Terapia Metacognitiva, Wells (2000; Fisher y Wells, 2009) deja claro que los barruntamientos (mirar hacia atrás) y el preocuparse (mirar hacia delante) ejercen su impacto cuando estimulan continuamente el sistema de amenaza e interfieren en el proceso de normal recuperación. Según este enfoque, los problemas surgen porque la atención está demasiado centrada en el yo y en la amenaza al yo desde dentro y desde fuera; este sentido de amenaza se mantiene mediante los barruntamientos y las preocupaciones; y las estrategias de auto-regulación no consiguen alterar este proceso en bucle ni las auto-experiencias (p. e., inferioridad o vulnerabilidad) que lo han puesto en marcha. En CFT consideramos que esas estrategias de auto-regulación también fallan porque no están asociadas al sistema adecuado de regulación de los afectos. De este modo, no es tanto el contenido de la cognición lo que resulta nocivo sino la repetición constante de los pensamientos centrados en la amenaza. La reubicación de la atención es, por lo tanto, un elemento clave de esta intervención. La CFT sugiere que también es conveniente procurar estimular los reguladores naturales del sistema de amenaza-protección –el sistema de confortamiento y afiliación– utilizando de manera compasiva el reenfoque, la imaginación y la atención (véase la segunda parte).

El punto crucial en el enfoque de Wells, y en el de aquellos que se centran en la mentalización, es que las emociones y dificultades problemáticas se mantienen *debido a la creación de un feedback interno en forma de bucle* entre el contenido y el objetivo de los propios pensamientos y el sistema de amenaza. Hay que tener claro que el sistema de amenaza no está concebido para el pensamiento complejo sino para acciones rápidas y, por lo tanto, la CFT sugiere que tiene sentido intentar cambiar a un sistema de afectos distinto para facilitar el nuevo procesamiento.

Se puede describir de una manera sencilla, como en la figura 4. Las flechas van en ambas direcciones porque cuanto más amenazados nos sentimos, más se dirigen hacia la amenaza tanto nuestra atención como nuestro pensamiento, y más intrusiones relacionadas con la amenaza podemos experimentar. La cuestión es que la autocrítica, las preocupaciones y los barruntamientos que están circulando continuamente por nuestra mente están también estimulando continuamente los sistemas de amenaza del sistema nervioso central (cerebro) y periférico (los sistemas nerviosos simpático y parasimpático). Con el tiempo, esas rutas se hacen más fuertes.

Figura 4. Estimulación de los distintos sistemas



En este contexto, por consiguiente, la CFT considera los mecanismos de cambio como:

1. liberarse de los estimuladores (internos) de amenaza, p. e., las cavilaciones, autocríticas o rabia (compartido con las terapias metacognitivas y las basadas en mindfulness) y reenfocarse hacia sentimientos e ideas de compasión;
2. ser capaz de “distanciarse” de modo compasivo de las propias tormentas interiores de la emoción y hacerse más “observador y contemplativo” respecto a los propios pensamientos y sentimientos “tal y como surgen” en lugar de quedarse atrapado en ellos (lo mismo que mantienen las terapias basadas en mindfulness y aceptación). Mantener una base compasiva puede ayudar en este difícil proceso;
3. activar el regulador de amenazas natural del cerebro –el sistema de confortamiento– cambiando a un reenfoque e imaginación compasivos;
4. ser capaz de ocuparse de las experiencias internas aversivas, tales como la memoria de traumas o emociones evitadas desarrollando primero una base compasiva interna.

Cavilaciones y metas

Las cavilaciones suelen estar asociadas a metas y al sentimiento de frustración (Kliinger, 1977) por eso, en CFT, estos barruntamientos requieren, por lo general, un análisis funcional de metas. Por ejemplo, darle vueltas al hecho de haber cometido un error puede estar asociado al miedo-amenaza de ser considerado un incompetente y llegar a ser rechazado; entonces, las cavilaciones pueden estar asociadas a la actividad del sistema de búsqueda de incentivos y recursos (querer tener éxito). La CFT ayuda a la gente a reconocer que puede que tenga que hacer cambios en su vida, renunciar a cosas, aceptar pérdidas, reordenar sus objetivos y

sentido del yo, implicarse en cosas que le den miedo, etc. Y todo esto requiere coraje. En CFT hablamos mucho sobre el desarrollo del valor –y tiene más posibilidades si somos capaces de activar en nuestra mente voces amables, acogedoras y animosas en lugar de voces fríamente lógicas, amenazadoras, críticas o apremiantes–.

De modo que, dentro de una amplia variedad de intervenciones, el enfoque compasivo es lo que le da estructura al tratamiento pero las propias intervenciones han sido tomadas de una amplia gama de terapias distintas basadas en evidencias.

9

Formulación de hipótesis

La formulación de hipótesis es un proceso individual que pretende entender la naturaleza, fuentes, factores de mantenimiento y factores de alivio para las personas con dificultades (Eells, 2007; Tarrrier, 2006). Muchos terapeutas reconocen que la formulación de hipótesis tiene que estar integrada en el pasado de la persona así como en el contexto actual y que debería basarse en la comprensión de *la función* de las emociones, comportamientos y pensamientos de esa persona (Cullen & Combes, 2006). Dos personas pueden ingerir una sobredosis –una estaba deprimida; la otra, bebida, había perdido la cuenta de los calmantes para la resaca–. El sentido de la depresión en alguien que, al menos aparentemente, parece tener un matrimonio feliz y un buen trabajo es muy distinto de una depresión en un contexto de pobreza y violencia doméstica o de abuso sexual previo en la infancia. Aunque las dos personas puedan tener síntomas y creencias similares respecto a “ser un débil y un fracasado” cuando están deprimidas, sus creencias pueden tener orígenes y funciones muy diferentes.

Casi todas las psicoterapias consideran que los síntomas de problemas mentales giran alrededor del miedo y de mecanismos de defensa y protección (Gilbert, 1993). El psicoanálisis considera un complejo conjunto de defensas *internas* tales como la represión, proyección, negación y sublimación. La CBT también se centra en temas de amenaza y defensa pero utiliza marcos comportamentales en los que la evitación es un comportamiento primariamente defensivo. En muchos de sus escritos Salkovskis (p. e., 1996) señaló distintas conductas relacionadas con la evitación de resultados aversivos (Thwaites & Freeston, 2005). Él deja claro que (contrariamente a lo que se representa muchas veces) la CBT *no* consiste en mostrar a la gente que está siendo irracional o que está equivocada en su pensamiento sino en investigar cómo y dónde se han quedado bloqueados y atrapados en su comprensible pero ineficaz estrategia para intentar dar sentido a sus problemas de la mejor manera que saben y de conseguir ponerse a salvo (o mantenerse). Él señala que la gente, por lo general, desarrolla creencias en torno a conductas de seguridad que, más bien, refuerzan que ponen a prueba o debilitan esas mismas creencias. Por ejemplo, un cliente con trastorno de pánico puede tomar asiento porque cree que podría tener un ataque de pánico. Cuando el ataque de pánico no llega, el cliente no lo achaca a su errónea creencia sino al hecho de haberse sentado. De este modo, las conductas de seguridad acaban siendo fortalecidas por: (1) los beneficios o refuerzos experimentados a corto plazo (p. e., el alivio) y (2) las creencias que las mantienen. Las conductas de seguridad y las estrategias están orientadas a la evitación de daño/amenazas tanto *internos* como *externos* y son, por lo tanto, *reguladores clave del sistema de amenaza-autoprotección*. Por ejemplo, una persona con ansiedad social puede vigilar sus manifestaciones verbales, hablar poco para evitar parecer estúpida e intentar calcular continuamente qué imagen está dando ante los demás. Todo ello para evitar la amenaza externa de rechazo, exclusión o humillación. Para controlar la aparición de su amenaza *interna* de

ansiedad y sentirse mal, puede que recurra a beber alcohol.

La CFT sólo considera tres sistemas básicos de regulación emocional con los que trabajar y, de ese modo, su formulación gira en torno a la organización de esos tres sistemas con una especial atención al *desarrollo* de estrategias de amenaza y seguridad. Además, la CFT sugiere que hay muchas posibles estrategias innatas y adquiridas de seguridad que pueden ser activadas y que texturizan los sistemas auto-evaluativos (Gilbert, 2001a). Por ejemplo, una niña, a la que vamos a llamar Ana, que es habitualmente amenazada por sus padres, puede llegar a observar el estado mental agresivo del padre para adoptar rápidamente estrategias de sumisión o evitación en cuanto capta indicios de amenaza. Las estrategias de sumisión y evitación forman parte *normal* de un repertorio innato de defensas sociales. A medida que Ana crezca, disponiendo de mayores competencias cognitivas de consciencia de sí misma y de los demás, esas experiencias de activación de las estrategias de seguridad, formarán parte de su *experiencia de sí misma y de su identidad*. De tal modo que, por ejemplo, cuando tenga que enfrentarse a alguien con poder, Ana captará automáticamente el estado mental de esa persona y se controlará para asegurarse de no hacer nada que pueda despertar su ira. Si la ira se dirige hacia ella, entonces intentará determinar qué fue lo que hizo (auto-culpabilización) para adoptar estrategias de sumisión que minimicen la amenaza. De ese modo, las estrategias defensivas se conectan con los sistemas cognitivos de tal manera que la gente rápidamente se auto controla, se auto culpabiliza y se comporta de modo sumiso. Además, por supuesto, la gente va a tener creencias sobre sí misma que encajen con esas estrategias; por ejemplo, las personas pueden verse a sí mismas débiles, censurables y demás. En CFT aclararíamos que se trata de estrategias de protección de *seguridad* elaboradas en vez de utilizar el lenguaje de las distorsiones cognitivas y de gastar el tiempo ayudando a la persona a que entienda su función y el *miedo* a cambiar. Estos perfiles únicos de estrategias de seguridad que surgen de la amenaza y de las necesidades no cubiertas es lo que importa en CFT más que un enfoque más centrado en el diagnóstico, tratando de identificar síntomas específicos, creencias básicas o esquemas.

Elementos básicos en la formulación CFT

La formulación CFT para personas con alta culpabilización y autocrítica integra los modelos cognitivos, conductuales y de apego y se centra en cuatro terrenos esenciales:

1. las influencias innatas e históricas que dan pie a
2. amenazas y miedos clave, internos y externos, que dan pie a
3. estrategias de seguridad externa e internamente centradas, que dan pie a
4. consecuencias imprevistas –que fomentan una mayor angustia, estrategias de seguridad y dificultades– incluyendo la autocrítica.

Los problemas o consecuencias no deseados pueden estar relacionados con síntomas que, de esa manera, dan pie a un quinto aspecto de miedo, ira y diversas metacogniciones relativas al modo en que uno, actualmente, (no) se enfrenta a ellos y está sufriendo (p. e., deprimido o

ansioso).

Antecedentes e influencias históricas

En este punto, el terapeuta explora los estilos básicos de relación y apego tempranos, acontecimientos vitales y recuerdos emocionales que esclarezcan temáticas de sentirse cuidado o ser objeto de preocupación, o bien, de haber sido descuidado, abandonado, con las necesidades básicas sin atender, vivencias de amenaza o formas de abuso. Estas últimas pueden que sólo se manifiesten lentamente y depende de que la persona se sienta lo bastante segura como para contar todos esos episodios. Sabemos, por ejemplo, que mucha gente puede pasar por terapia y, debido a la vergüenza, no revelar cuestiones que resultarían clave (p. e., MacDonald & Morley, 2001; Swan & Andrews, 2003). Teniendo esto presente, los terapeutas que se apoyan en “listas de problemas” pueden correr el riesgo de pasar por alto problemas relacionados con la vergüenza.

Las experiencias vitales tempranas habrán configurado diversos sistemas neurofisiológicos así como la coordinación de distintos sistemas de regulación afectiva (Cozolino, 2007; Ogden, Minton & Pain, 2006). Sabemos, por ejemplo, que los cuidados tempranos (o la falta de ellos, o el abuso) afectan a la maduración cerebral, a la regulación afectiva (Gerhardt, 2004; Schore, 1994, 2001; Siegel, 2001), a las capacidades cognitivas y a la capacidad de mentalización y de entender los pensamientos y sentimientos de las demás personas (Allen et al., 2008; Siegel, 2001). El terapeuta explora los recuerdos emocionales clave que actúan como centro de la auto-experiencia y que pueden ser activados por acontecimientos vitales (Brewin, 2006).

Alguna gente, sin embargo puede tener un recuerdo pobre de los acontecimientos negativos, quedarse en blanco o encontrar demasiado estresante el hecho de revelarlos y “remover la historia”. Otros dirán que “todo fue maravilloso” y sólo más tarde se da uno cuenta de que no fue así. La importancia de la coherencia de la narrativa de los propios antecedentes ha sido puesta de manifiesto en la investigación sobre apego utilizando la “Entrevista de apego adulto” (Mikulincer & Shaver, 2007). De modo que sabemos que es importante formular preguntas concretas. “Sientes que tu madre o tu padre te querían: *¿Cómo lo demostraban? ¿Cómo te confortaban? ¿Cómo hablaban contigo sobre tus sentimientos? ¿De qué manera mostraban físicamente su afecto? Si estabas angustiado, ¿cómo te ayudaban?*” Por lo general, en los problemas basados en la vergüenza, nos encontraremos una ausencia de sentimientos de cercanía, afirmación y apoyo y, con no poca frecuencia, vivencias de distanciamiento y amenaza o daño.

El historial clínico detallado surge con el tiempo porque no se trata sólo de “encontrar hechos” e identificar los “puntos conflictivos” (que sirvieron de estímulo para las estrategias de seguridad y el desarrollo de significados personales) sino que también ofrece oportunidades esenciales para empatizar de modo compasivo y validar las experiencias vitales de la gente (Leahy, 2005; Linehan, 1993). Crear “seguridad” de esta manera permite que la

gente desarrolle una historia y una narrativa coherente de sus dificultades. La terapia puede constituir la primera ocasión en que los clientes lleguen a encontrarse con la mente de otra persona enfocada hacia ellos de esta forma interesada, sin juicios, comprensiva, empática y cuidadosa, lo que les ayuda a crear una narrativa coherente (liberadora de la vergüenza) (Gilbert, 2007b). Esto inicia el proceso de que empiecen a comprender sus problemas en términos de desarrollo fenotípico, de una mente que ha sido orientada hacia estrategias vitales de “mejor asegurarse que lamentarse” y “ante todo, la seguridad” con un sentido del yo configurado por esas vivencias.

Recuerdos emocionales del yo

Es importante explorar el sentimiento que se deriva del yo y entender cómo este se relaciona con recuerdos emocionales. Por ejemplo, Gilbert (2003) sugería:

Consideremos las experiencias tempranas de cómo experimenta un niño *las emociones de los otros* en una interacción y cómo eso se convierte en el fundamento de las creencias sobre sí mismo. Una creencia positiva tal como “yo soy una persona querida y competente” es, en realidad, una forma abreviada de: “en mis sistemas de memoria hay muchas vivencias matizadas por el hecho de *haber activado emociones positivas en los demás* y haber sido tratado de una forma amable y como alguien competente; por lo tanto, yo soy una persona querida”. Imaginemos que los padres, por lo general, se muestran enfadados hacia un niño. Este niño desarrolla la creencia de que los demás no lo ven de una manera muy positiva, lo que es una forma abreviada de: “en mis sistemas de memoria hay vivencias matizadas por el hecho de *haber activado el enfado de los demás* y haber sido tratado como alguien malo; por lo tanto, yo soy malo”. Supongamos que unos padres manifiestan siempre desprecio o que no muestran cariño y se apartan del niño. No es ira lo que se internaliza, sino pérdida o desprecio. Este niño desarrolla la creencia de que los demás lo ven como a alguien de quien apartarse y cree que no es digno de amor. Esto es una forma abreviada de: “en mis sistemas de memoria hay vivencias matizadas por el hecho de *haber provocado la evitación de los demás* y haber sido tratado como alguien no deseable; por lo tanto, yo no soy deseable”. Supongamos el niño que ha sufrido abusos sexuales. Esto se puede convertir en: “en mis sistemas de memoria hay vivencias matizadas por el miedo y la repugnancia; por lo tanto, yo soy alguien repugnante y malo”. Tomkins (1987) sostenía que la vergüenza (y otras emociones autoconscientes) permanecen en la memoria como escenas y fragmentos de imágenes del yo en situaciones de relación. Las escenas codificadas pueden convertirse en “mini coordinadores” de la atención, el pensamiento, el sentimiento y la conducta, dando lugar a lo que Jung llamaba “complejos”.

(pág. 1221-1222)

Los terapeutas psicoanalíticos verían estos procesos como “auto-objetos”, los terapeutas cognitivos como “auto-esquemas”. La cuestión principal, sin embargo, es que los esquemas del yo emergen a partir de la interacción con “auto-otros” y están asentados en recuerdos emocionales que pueden afectar a la memoria corporal y al “sentimiento del yo” (Brewin, 2006; Ogden et al., 2006). Por este motivo, cuando trabaja con la vergüenza, la CFT, por lo general, se ocupa directamente de las experiencias centrales (p. e., de miedo y soledad-tristeza; véanse los puntos 10 y 11), revisando los recuerdos de amenaza y desarrollando nuevas vivencias compasivas y emocionalmente seguras (Hackmann, 2005; Lee, 2005). Puede que no baste con trabajar sólo en los sistemas de procesamiento explícitos para tratar de desarrollar alternativas racionales para influir sobre los recuerdos cargados emocionalmente que estimulan y mantienen una orientación defensiva (Brewin, 2006).

Amenazas, miedos y necesidades básicas no satisfechas

Las experiencias de fondo tempranas pueden capacitarnos para que nos sintamos seguros y a salvo o, por el contrario, fácilmente amenazados e inseguros (Mikulincer & Shaver, 2007). Como advierten Gilbert (1989), Beck et al., (2003) y otras terapias, los miedos básicos que surgen en la infancia y van a tener una influencia a largo plazo, suelen ser temas arquetípicos e innatos relativos a abandono, separación, rechazo, vergüenza y abuso/daño. En CFT distinguimos entre amenazas *externas* y amenazas *internas*. Las amenazas externas se relacionan con lo que el mundo o los demás podrían hacer mientras que las amenazas internas se relacionan con aquello que surge o se crea en el interior de uno mismo. Por ejemplo, una persona podría sentirse atemorizada por *las amenazas externas de rechazo, explotación o daño de los demás y/o por amenazas internas de pérdida de control o de ser superado por la ansiedad, la ira o la depresión (amenaza interna)*. De hecho, puede ser el miedo a caer en depresión (de nuevo) lo que podría poner en marcha las cavilaciones, la evitación, el miedo y el temor hacia el futuro e, incluso, el suicidio (Gilbert, 2007a). Ayudar a la gente a articular y a reflejar los miedos y preocupaciones básicos que podrían traer desde la infancia puede servirles de gran ayuda –sobre todo cuando consideramos el elemento siguiente, que es cómo han tratado de protegerse desde la infancia en adelante– al poner en marcha estrategias y mecanismos protectores. Lo cierto es que hablamos todo el tiempo en términos de lo que unos antecedentes problemáticos llegan a generar en nosotros; luego, de la necesidad de desarrollar “estrategias de seguridad”, “esfuerzos de autoprotección”, de lo que uno necesita para llegar a ser “bueno en”, y de cómo uno termina “haciéndolo lo mejor posible en cada momento”.

Estrategias de seguridad y compensatorias

Desde los primeros días de vida nuestro cerebro desarrolla automáticamente una serie de estrategias para buscar seguridad, autoprotección y auto-confortamiento. Hay diferencias genéticas en la disposición de los niños para desarrollar determinadas estrategias. Por

ejemplo, algunos niños se consuelan y confortan con afecto físico más fácilmente que otros. Los niños tímidos son más precavidos y “evitativos” que los niños más exploradores. Algunos niños son capaces de utilizar a sus padres como una base de seguridad mientras que, para otros, los padres son una fuente de amenaza en sí mismos (Liotti, 2000). Existe también, en la actualidad, una amplia investigación sobre el modo en que los niños responden a las amenazas utilizando a sus padres como fuente de referencia (¿esto es seguro o no? –Como en el experimento del abismo visual-), protección y calma (Mikulincer & Shaver, 2007). Mientras algunos niños se vuelven hacia sus padres de forma rápida y expectante en busca de tranquilidad cuando son amenazados, otro son mucho más evitadores, con un tercer tipo orientado hacia los padres pero incapaces de tranquilizarse cuando son tomados en brazos o consolados. Todo esto habla de la regulación del sistema de amenaza.

Los padres son tan importantes para la seguridad de los niños que estos van a tratar de influir sobre la mente de sus padres (Liotti, 2000, 2002; Wallin, 2007). Se pueden volver muy sumisos o competitivos y luchadores o cuidadosos y atentos o educados y corteses. Estas estrategias de seguridad se basan en la esperanza de que los demás se sentirán animados a ser útiles y a valorarlos. Si se desarrollan más estrategias de seguridad externas, tales como agresión e impulsividad, entonces parece haber un rechazo (de la esperanza) de desarrollar relaciones de afiliación en favor de otras estrategias de protección más autosuficientes y de la confirmación que el propio potencial de resultar amenazador queda bien registrado en la mente de los demás, de tal manera que estos se mantengan prudentes frente a uno. Esta es una estrategia (la de ser agresivo, de repente) que utilizan algunos monos dominantes para mantener el miedo en sus subordinados (Gilbert & McGuire, 1988).

Los humanos evolucionaron para reclamar vínculos de cuidado, para ser cuidados y consolados cuando se sintieran angustiados. Las desviaciones de estas trayectorias evolutivas tienen consecuencias. Las necesidades no satisfechas pueden constituir una amenaza ya que el individuo no es capaz de un desarrollo adecuado sin los estímulos específicos. Esto puede llevar a un cierto *anhelo y búsqueda* y a diversos miedos que determinadas clases de relación no son capaces de paliar ni satisfacer (Knox, 2003). Junto a eso, se dan complejas estrategias de seguridad y compensatorias. Por ejemplo, una chica que tenga una pobre relación con su padre o que se vuelva hacia él para que la proteja frente a (digamos) una madre fría, puede tener el deseo de establecer una relación estrecha con una figura paterna y sentirse atraída por hombres mayores que pueden, o no, ser figuras eficaces de apego. Dadas las funciones que tienen los padres, tales como protección, provisión, confortamiento, validación, ánimo, “placer en la consecución de”, tales funciones puede que se busquen en la relación terapéutica –o, de hecho, en otra gente–. Cuando la persona se encuentra con que no están disponibles de la forma que esperaba, puede que se sienta frustrada de nuevo, amenazada y decepcionada.

Consecuencias imprevistas

Un cuestión básica en la CBT es que las estrategias de seguridad casi siempre tienen

consecuencias imprevistas y, por lo general, indeseables, siendo los “síntomas” una de tales consecuencias (Salkovskis, 1996; Stott, 2007; Thwaites & Freeston, 2005). Estas consecuencias, a su vez, pueden mantener el problema o hacerlo aún mucho peor. Por ejemplo, los individuos que tienen miedo de sus propias emociones (p. e., algunas emociones desencadenan amenazas internas) pueden desarrollar evitación vivencial –un punto clave en distintas terapias de exposición tales como la ACT y también mindfulness (Hayes et al., 2004). El miedo a las repercusiones que podría tener en los demás el hecho de revelar o manifestar las propias emociones puede llevarlos a evitar ser abiertos y honestos en sus relaciones. Como resultado, en la relación no se van a dar interacciones auto-correctoras (p. e., compartir insatisfacciones) y la persona va a comenzar a barruntar más y más en relación a sus rencores no verbalizados. Estas cavilaciones son deprimentes y, por lo general, la gente no consigue identificar las auténticas dificultades y soluciones ni, tampoco, reconocer lo que le gustaría y apreciaría. En ese esfuerzo por intentar mantener una relación positiva siendo sumiso y ocultando los sentimientos negativos, las consecuencias imprevistas llegan a producir, realmente, el acontecimiento temido. La persona puede, entonces, llegar a la conclusión de que no es digna de amor por alguna característica y puede que no reconozca que son sus propios comportamientos de seguridad los que están causando el problema.

La relación entre amenazas, estrategias de seguridad y consecuencias imprevistas puede ser compleja. Por ejemplo, David creció en un entorno de privación emocional relacionado con la muerte de su joven hermano. Creció en una atmósfera donde “podían suceder cosas terribles”. Su madre estaba angustiada y agresiva con frecuencia. Nos llevó algún tiempo determinar que él desarrollaba una estrategia de “mejor no esperar sentir nada positivo nunca porque todo se puede ir al traste”. Él recordaba muchas ocasiones en las que había podido sentirse bien consigo mismo pero, entonces, el enfado y las críticas de su madre hacían que se le “encogiera el corazón” y que sintiera que estaba “completamente equivocado por sentirse bien”. Desarrolló una serie de estrategias vitales para procurar no estimular deliberadamente su sistema de afectos positivos y, simplemente, mantener la cabeza agachada para librarse de problemas. Le llevó algún tiempo reconocer que, a menos que estimulara sus sistemas de afectos positivos, le iba a resultar casi imposible salir de su depresión. Mostraba claramente miedo a las emociones positivas, a los sentimientos positivos sobre sí mismo así como incapacidad de dirigirse a los demás. En su trabajo era conocido como una persona altamente fiable que siempre se implicaba. Sin embargo, él se dio cuenta de que no lo hacía porque quisiera asumir responsabilidades sino porque sentía que si no actuaba de ese modo, no podía confiar en que los demás hicieran un buen trabajo. Tenía miedo de ser abandonado o rechazado; tenía miedo de que no hubiera nadie lo bastante bueno para asumir responsabilidades, solucionar las cosas y que todo “acabara siendo un desastre”. ¡Uno se puede imaginar los problemas de transferencia que eso nos supuso!

Está claro que en este breve manual no podemos pormenorizar todas estas complejas relaciones pero si los terapeutas, con un método socrático claro, se centran en una búsqueda guiada de los *patrones individuales y característicos* de la amenaza y la autoprotección de la

vida de una persona, esos temas van a salir a la superficie. Por eso, en CFT animamos a la gente a que no intente identificar temas concretos ni creencias de base antes de tiempo, como si se estuvieran tachando los elementos de una lista de comprobación, sino que, más bien, se hagan formulaciones exclusivas basadas en un análisis funcional complejo y en el examen de narrativas –todo ello en torno a los tres círculos (punto 6)–.

Aunque algunos terapeutas hablan de ayudar a los clientes a que reconozcan que, por lo general, han venido haciendo “cosas inútiles por buenas razones”, es importante tener una comprensión muy *clara y con buena sintonía emocional* respecto a las relaciones entre las estrategias específicas de seguridad y las vivencias vitales tempranas. Cuando la gente establece conexiones *emocionales* es cuando se puede producir el cambio –y, a veces, esas conexiones son muy emotivas–. En otras palabras, no nos limitemos sólo a “decir cosas”; asegurémonos de que el cliente conecta emocionalmente con ello. Consideremos el caso de Susan que está muy enfadada consigo misma:

Paul: Susan, según lo veo, cuando tu madre estaba consumiendo drogas y alcohol, eso te daba miedo y, cuando tenías miedo, te escondías en tu cuarto sintiéndote muy sola [*pausa y espacio*]. Pero, al mismo tiempo, querías estar cerca de tu madre. El que tú misma hayas caído en la droga tiene mucho sentido porque me parece que estabas intentando encontrar una forma de conectar con la gente y de sentirte mejor –y, desde luego, de encontrar algún alivio a esa desesperación solitaria que vienes sintiendo desde hace mucho tiempo– [*Pausa y espacio*]. *No fue culpa tuya* que hayas incurrido en las drogas. Fue la parte de ti que estaba intentando buscar la manera de que te sintieras mejor y conectaras con la gente. Tú lo hiciste lo mejor que pudiste.

Susan: Sí, pero debería haberlo sabido. Yo vi el desastre que habían causado las drogas en su j*** vida. Fui una estúpida, una j*** estúpida.

Paul [*Muy lenta y suavemente*] Mírame, Susan; no fue culpa tuya. Tú te sentías tan sola, ¿no es cierto? No fue culpa tuya. Si hubieras nacido en otra familia, no habrías tomado ese camino. [*Ella permanece callada durante un rato y yo repito lentamente*] No fue culpa tuya.

Susan: [*Susan está ahora llorando*] ¡Oh, supongo que sí! Una parte de mí no quería ir por ese camino aunque otra parte estaba desesperada por hacerlo; yo sólo quería unirme y conectar con alguien –con quien fuera–. Estuve rodeada de yonquis toda la vida y, por eso, eran como mi gente, en cierto sentido; gente que me aceptaría y yo era como ellos.

Susan quería y, al mismo tiempo, estaba enfadada con su madre pero para trabajar con eso primero empezamos por soltar la ira hacia sí misma y hacia cómo cambiar. En CFT, una vez que nos hacemos con la ira y la vergüenza, entonces tenemos muchas más posibilidades de trabajar en el cambio de una forma compasiva. Aunque eso va a ser un proceso de vaivén. En la vergüenza es importante conectar *emocionalmente* sin culpa ni auto-condena y no mostrarse impreciso respecto a la “buenas razones” de la conducta problemática.

La formulación de esos aspectos básicos puede llevar, de forma natural, a la comprensión de

cómo los síntomas han surgido como consecuencia natural de un entorno temprano y de las estrategias de seguridad. Nos situamos fuera del terreno de la patologización y de las etiquetas diagnósticas y entramos en el terreno de la comprensión y el reconocimiento de por qué muchas de las cosas que tienen lugar en el interior de las personas con las que trabajamos “no son por su culpa” –cómo la gente, sin proponérselo, se quedó atrapada en su forma de pensar y comportarse (Salkovkis, 1996)–. Este punto de vista, cuando se comunica con claridad, junto con el modelo evolutivo, puede corroer profundamente las raíces de la vergüenza y la autocrítica.

La formulación y los círculos

La formulación, además, también se puede abordar en términos de los tres círculos (véase el punto 6). Aquí se invita al cliente a que piense en cada sistema/círculo y que piense cómo funciona cada uno de ellos para él o para ella. ¿Qué tamaño tiene cada círculo en relación a los otros? ¿Cómo funciona cada uno de ellos? ¿Qué factores vitales pueden haber influido en su desarrollo? ¿Cómo regula cada uno de ellos a los demás? ¿Qué tipo de cosas pondría dentro de cada uno? Por lo general, los clientes sienten que su sistema de amenaza parece ser mayor que sus sistemas de activación-placer o de satisfacción/afiliación y confortamiento. Pueden ver de forma inmediata que utilizan sus logros y esfuerzos para compensar las amenazas –o que no están abiertos a la amabilidad hacia los demás y que son más críticos que amables consigo mismos–. De esta manera, se puede pedir a la gente que dibuje cada uno de sus círculos en términos de las operaciones que lleva a cabo dentro de ellos, de lo poderosos que son para ella o de lo desarrollados que están los círculos. Estas representaciones gráficas pueden servir para proporcionar insight, planificar intervenciones terapéuticas y práctica independiente. Asimismo, este procedimiento ayuda a explorar y a reflexionar conjuntamente que, tal vez, la amenaza y el sistema de autoprotección hayan llegado a solaparse por razones comprensibles.

La formulación no es un proceso único

En CFT hay procesos de formulación continuos y diferentes que se desarrollan en una serie de pasos. Esos procesos se pueden perfilar como sigue:

Primera formulación

- Presentación de los problemas y síntomas actuales.
- Validación y comprensión de las dificultades actuales.
- Establecimiento de la relación terapéutica –observando las posibles dificultades–.

Segunda formulación

- Exploración del contexto cultural e histórico.
- Narrativa de la historia vital.
- Obtención de insight respecto a los recuerdos emocionales clave en relación al yo y a

los demás (esquema yo-otros).

Tercera formulación

- Formulación estructurada en el contexto del modelo de los cuatro ámbitos de: entorno; amenazas, miedos, preocupaciones y necesidades no satisfechas; estrategias internas y externas de seguridad y compensatorias; consecuencias imprevistas.
- Identificación de estrategias de seguridad y de regulación afectiva particularmente problemáticas, tales como evitación, barruntamientos, consumo de sustancias o auto-daño.

Cuarta formulación

- Explicación del modelo (mente evolucionada).
- Distinción entre “no es culpa tuya” y “asumir responsabilidades”.
- Explicación de los “tres círculos” –y reformulación en esos mismos términos–.
- Esbozar el “diagrama del cerebro” (véase punto 18)

Quinta formulación

- Formulación de las tareas terapéuticas, p. e., control de pensamiento y generación de alternativas, experimentos de conducta o tareas graduales, desarrollo del “yo compasivo”, imagería compasiva y escritura de cartas.
- Explorar bloqueos y dificultades.

Sexta formulación

- Revisar las anteriores formulaciones a la vista del progreso en las tareas y de la nueva información.
- Desarrollar y ajustar tareas terapéuticas.
- Futuros trabajos conjuntamente y más allá de la terapia.
- Práctica vital.
- Preparación para el final.

Obviamente, se trata sólo de una *guía general* que no es necesario desarrollar en este mismo orden, de una manera mecánica, y puede haber otras muchas subformulaciones. Entonces, aunque están esbozadas como una secuencia lineal, las cosas puede que no resulten tan claras. La gente puede moverse a distintos niveles, a distintas velocidades y tener avances y retrocesos. Lo esencial es que la formulación es un proceso continuo que se centra en diferentes elementos del viaje terapéutico (Eells, 2007). Conviene tener presente también que, a través de todo este proceso, habrá variaciones en la capacidad del cliente para mentalizar y observar y reflejar lo que está teniendo lugar en su mente y en la terapia. Estas variaciones en las competencias de mentalización van a influir en tu terapia. Por eso, es importante algún tipo de asesoramiento sobre esas capacidades para la formulación y el plan de tratamiento.

Además, la formulación incluirá y clarificará “metas de tratamiento” y resultados. Comprender, trabajar y modelar juntos las metas y objetivos del cliente, incluyendo aquellos relacionados con la auto-identidad (p. e., desarrollar un yo compasivo), se convierte en un punto central para la intervención. Y esto es algo muy distinto de estar, simplemente, centrados en el síntoma.

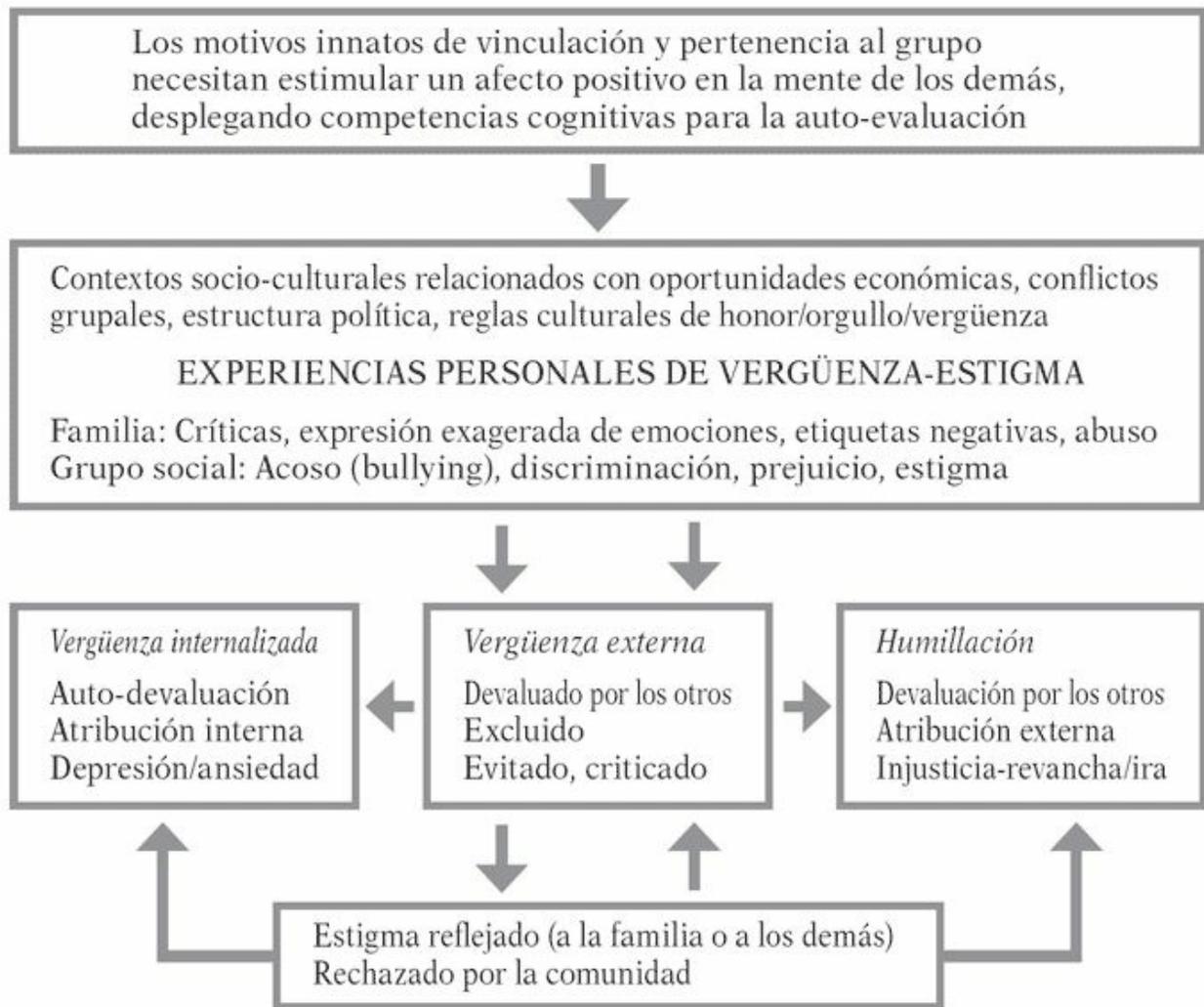
10

Vergüenza

Muchas terapias psicológicas se preocupan por la auto-evaluación y los sentimientos sobre sí mismo pero muy pocas ubican su terapia dentro de la literatura de la vergüenza y la ciencia de la emoción autoconsciente –temas sobre los cuales conocemos ahora bastantes cosas (Tracy, Robins & Tangney, 2007)–. Entender y trabajar con las complejidades de la vergüenza desempeña un papel central en CFT. El modelo CFT de la vergüenza (véase la figura 5) se relaciona con el hecho de que los humanos han evolucionado para desear generar sentimientos positivos sobre el self en la mente de los demás (véase Gilbert, 2007). Lo que sugiere que:

Figura 5. Modelo evolutivo y biopsicosocial de la vergüenza.

Adaptado de Gilbert, P. (2002) “Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy”, en P. Gilbert (Ed.) Edición especial: *Evolutionary Psychology and Cognitive Therapy*, *Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16: 263-294.



1. Todos hemos nacido con la necesidad de conectar con las mentes de los demás y de sentirnos cuidados. Esto se manifiesta en el deseo de conectar socialmente con el propio grupo, de encontrar aceptación y pertenencia social para facilitar unas relaciones adecuadas, de ser querido, apreciado y valorado (Gilbert, 1989). Si lo conseguimos, entonces nuestro mundo es mucho más seguro (y nuestro sistema de amenaza se estabiliza) en contraste con el hecho de no ser valorado o querido, rechazado o de ser dejado solo. Las relaciones adecuadas están reguladas fisiológicamente (Baumeister & Leary, 1995).
2. La forma en que experimentamos nuestras relaciones íntimas –ya sea cariñosas o negligentes y abusivas– y la relación con nuestros iguales –ya sean cariñosas y aceptantes o de rechazo y abuso– tienen importantes consecuencias en la manera en que nos experimentamos a “nosotros mismos” en la mente de los demás. Ser vulnerable a la vergüenza externa es ser sensible a los sentimientos y pensamientos negativos sobre uno mismo *en la mente de los otros*. De esta manera, calcular de

qué manera existe uno para los demás resulta fundamental para nuestros sentimientos de seguridad en el mundo. Por consiguiente, la vergüenza externa se sitúa en el centro del modelo (véase la figura 5).

3. Hay dos defensas principales (estrategias de seguridad) frente a la vergüenza externa. Una es la respuesta internalizada de vergüenza cuando uno adopta una estrategia subordinada, sumisa, asociada con la auto-observación y la propia culpabilización. La otra es una respuesta externalizada de humillación en la que uno adopta una respuesta de ataque, más agresivamente dominante –uno intenta crear un sentido de seguridad personal mediante la propia capacidad de superar o intimidar a los potenciales atacantes/rechazadores–. Estas estrategias no se eligen conscientemente sino que reflejan variaciones fenotípicas y pueden depender del contexto.
4. La vergüenza reflejada se relaciona con la vergüenza que los otros pueden aportar a uno por su asociación con ellos y de la vergüenza que uno puede aportar a los demás. Esto puede tener una importancia especial en determinados contextos, por ejemplo, asociado a las matanzas por honor (Gilbert, Gilbert & Sanghera, 2004c).

Como otros modelos, la CFT distingue entre miedos y creencias sobre el mundo social *externo* (lo que los demás piensan sobre el yo y pueden hacer respecto a él) y miedos y creencias *internos* (p. e., miedo a la propia “inadecuación”, a los propios fallos o pérdida de control de las propias emociones, fantasías o pensamientos). Aunque hay un claro solapamiento e interacción entre amenazas centradas “externamente” y amenazas centradas “internamente”, la CFT clarifica repetidamente esta distinción con los clientes porque tanto las conductas de afrontamiento (estrategias de protección-seguridad) como las intervenciones varían según el foco de la amenaza. Por lo tanto, es conveniente separar claramente los dos tipos de pensamiento. Por ejemplo, la ruptura de una relación romántica puede dar como resultado mucha tristeza, pero cuando está implicada la vergüenza, hay otras dos corrientes de pensamientos. Veamos el ejemplo de Tim:

<i>Vergüenza externa</i>	<i>Vergüenza interna</i>
Atención y razonamiento centrados en lo que está pasando en la mente de los demás respecto al yo como objeto	Atención y razonamiento centrado internamente en la propia experiencia del yo como sujeto.
Esta relación se rompió porque Sally se fue.	Generalmente me siento ansioso e inseguro respecto a qué decir o hacer. Me vuelvo confuso y vulnerable. Me preocupa que mi ansiedad me impida hacer lo que quiero hacer.
Ella me ve aburrido y ansioso. Ella era	

agradable pero, seguramente, estuvo pensando algún tiempo cómo romper.	Esto es patético. Yo soy patético.
<p>Mi miedo básico es:</p> <p>Que en la mente de los demás yo aparezca como una persona anodina; incapaz de hacer sentir amor ni cariño – destinada a la soledad–.</p>	<p>Mi miedo básico es:</p> <p>Ser incapaz de cambiar o de luchar con la ansiedad y quedarme atascado como un yo indeseable. Atascado con sentimientos de estar solo, de ser un miserable <i>donnadie</i>, un indeseable.</p>
(Reactivación de recuerdos infantiles de la experiencia de otros).	(Reactivación de recuerdos infantiles de experiencias internas del yo).

Por lo general, hay un vínculo entre la vergüenza externa e interna y cuando se anotan por separado, la gente suele verlo –p. e., que lo que ellos creen que los demás piensan sobre ellos, por lo general, constituye la forma que tienen de pensar sobre sí mismos–. Uno puede explicar que esto está relacionado con la proyección y cómo, cuándo nos sentimos amenazados, la proyección se vuelve más probable debido al pensamiento de “mejor asegurarse que lamentarse” (Gilbert, 1998), creando un círculo vicioso.

Obsérvese también que nos centramos en los temores/amenazas clave. Utilizamos el término “temores/amenazas clave” con preferencia a, digamos, “cuestiones clave” (que es una expresión que, a veces, se utiliza en CBT) porque queremos emplear un lenguaje que haga referencia directa al sistema de amenaza. Además, también queremos relacionarlo con miedos básicos, evolutivos y arquetípicos de rechazo y temores de “ser incapaz de influir en la mente de los demás en favor propio”. Podemos, entonces, realizar un análisis funcional del diálogo autocrítico interno ya que, al estar relacionado con la amenaza, el foco externo tendrá una función distinta que el foco interno. La función de los pensamientos relacionados con la amenaza externa se referirán, por lo general, a advertencias y explicaciones; por ejemplo: “No le vas a caer bien a la gente porque...; eres débil en...; no estás causando buena impresión en la mente de los otros...; si no cambias/paras/controlas... entonces...; debes dejar de sentirte miserable porque no le vas a gustar a la gente...” Todas esas son preocupaciones habituales, involuntariamente subordinadas.

Obsérvese que las conductas de protección-seguridad pueden ser parecidas, o bastante distintas, de la vergüenza externa e interna. Para controlar su ansiedad, una persona podría beber alcohol antes de ir a ver a su novia. Para impresionarla, sin embargo, podría comprarse un coche que, en realidad, no se podría permitir. De ese modo, la manera de enfrentarse a los miedos que surgen del mundo interno y externo puede ser muy distinta.

Hay dos tipos distintos de traumas relacionados con la vergüenza que pueden activar el sistema de amenaza. El primero es el bien evidente del abuso. Se trata de traumas de *intrusión* donde otra persona (o personas) ha violado el control y los límites del sujeto de una manera altamente amenazadora o dañina. Los otros traumas son aquellos de estar *muy distante* de los

demás, por lo general, cuando no ha sido posible complacerlos o suscitar su simpatía y se ha producido una ausencia de afecto; la vergüenza por no haber sido lo bastante bueno para ser elegido o querido (véase Dugnan, Trower & Gilbert, 2002, para los conceptos básicos y escalas de medida).

Vergüenza de exclusión

Aquí, la vergüenza se relaciona con el sentimiento de ser raramente notado o buscado –no se trata tanto de un rechazo activo como de un pasivo ser ignorado–. Un cliente decía: “Yo quería a mi madre pero ella trabajaba mucho y siempre tenía cosas más importantes que hacer. Supongo que yo no era bastante importante para ella”. Esta gente puede llegar a sentir una y otra vez que no es “interesante o atractiva o suficientemente buena”; pueden ser competitivos en un esfuerzo por encontrar la forma de sentirse conectados con los demás, pero sus éxitos rara vez consiguen satisfacer esas búsquedas (véase el punto 14). El anterior ejemplo de Tim podría tener relación con una exclusión del tipo vergüenza o ansiedad.

Vergüenza por la intrusión y violación

Quienes sufren la intrusión de los demás puede que se sientan impotentes para detener o defenderse del “otro”, haciendo cosas *para ellos* con lo que se vuelven pequeños, impotentes y asustados. Uno puede experimentar el yo como un objeto para que sea utilizado por el otro. El maltrato verbal y la vergüenza *inyectan* significados/etiquetas negativos en las experiencias del self. En términos evolutivos, semejante adoctrinamiento se considera como memes –ideas y creencias básicas que funcionan como una infección vírica, replicándose a sí mismos dentro de una persona y hacia aquellos con quienes se relaciona (Blackmore, 1996)–. Existe alguna evidencia de que el abuso verbal y el tener el propio “self” definido por los demás en términos negativos puede tener tanto impacto y resultar tan patogénico como el abuso físico y sexual (Teicher, Samson, Polcari & McGreenery, 2006). De hecho, a veces se escuchan historias tales como: “Bueno, podría haber soportado las palizas si supiera que mamá/papá me quería. Era cuando me llamaba estúpido y ‘bastardo inútil’ y que yo sentía que no les gustaba –y menos aún me querían– que me afectaba en lo más profundo. Si tu propia carne y sangre no te quiere ni te aprecia, entonces, supongo que es que no sirves para nada”. La vergüenza infligida por los iguales también puede tener un impacto significativo sobre el propio sentido del self como agente social y sobre la vulnerabilidad a la vergüenza y a la autocrítica (Gibb, Abramson & Alloy, 2004).

Recuerdos vergonzosos

Cada vez hay más evidencias de que los recuerdos vergonzosos pueden actuar como recuerdos traumáticos implicando intrusión, hiper activación, esfuerzos para evitar el sentimiento de vergüenza (Matos & Pinto-Gouveia, en prensa) y, desde luego, la vergüenza

puede tener una fuerte repercusión en nuestro sentido de nosotros mismos así como acerca de con quién y cómo relacionarnos socialmente (Gilbert, 2007c). Para explorar las complejidades de la *memoria* de vergüenza y traumas podemos examinar el siguiente ejemplo:

Caso práctico

Sara procedía de una familia humilde cuya madre tenía “varias parejas” y padecía alcoholismo. La madre era impredecible y, muchas veces, agresiva verbal y físicamente. Sara tenía *muchos* recuerdos traumáticos pero uno era de cuando tenía unos siete u ocho años. Ella recuerda sentirse relativamente feliz, jugando con sus amigos en el pasillo de la casa y soltando “risitas”. Su madre estaba bebida y “salió volando” de la habitación donde había estado durmiendo. Golpeó a Sara en la cabeza haciéndola sangrar por la nariz y provocándole un corte en el labio. Además, le gritó a Sara que era una chica mala y egoísta por “despertar a su madre con sus estúpidos j*** juegos”. Sus amigos se asustaron y salieron corriendo de inmediato dejando a Sara completamente sola, abrumada de miedo, terror y tristeza y con el dolor de haber sido golpeada. Ella recuerda su cuerpo encogido y tembloroso.

Las implicaciones de condicionamiento, aquí, están claras. Tomkins (1987) señalaba que los recuerdos de vergüenza son *escenas en nuestra mente*: un conjunto interrelacionado de sentimientos con base corporal y acontecimientos que son fuente de *condicionamiento emocional*. Es esencial tener en cuenta esta complejidad.

En el caso de Sara, los recuerdos emocionales eran:

1. las claves internas de estar pasándose bien (sentimiento interno positivo);
2. asociadas a un furioso ataque (externo);
3. asociado a etiquetas verbales autodefinitorias (estúpida, egoísta);
4. asociado con la fuga de los amigos y el hecho de haberse quedado completamente sola;
5. asociado con el dolor y la conmoción de ser golpeada;
6. asociado con su propio sistema de defensa creando automáticamente, en su cuerpo, pautas de sumisión, miedo/terror, encogimiento y temblor.

Después del ataque, Sara fue enviada a su habitación para que estuviera sola. En el preciso instante en el que un niño necesita consuelo y cuidado (cuando se siente muy angustiado y asustado), Sara estaba aislada. No es de extrañar que se sienta abrumada por sentimientos de *soledad* cuando se angustia debido a las *memorias emocionales condicionadas*. Además, hay sentimientos de *aprimionamiento* porque no hay manera de que ella pueda escapar de su madre –irse a vivir a otra parte–. E incluso esos deseos podrían resultar internamente alarmantes para ella. En CFT intentamos abarcar todas esas complejidades de la memoria emocional.

Un ejemplo de este proceso de interrelación se ofrece en la figura 6.

Figura 6. Asociaciones de “significados” de amenaza en los traumas de vergüenza



Este diagrama simplemente sirve para ayudarte con tus clientes para que puedas ver la consciencia de emociones en “el otro”, lo que ocurre en el propio yo incluyendo etiquetas verbales y miedos y la experiencia, en este caso, de sentirse atrapada y *muy sola*. No sólo no acudió nadie a rescatar a la cliente del abuso (y esto podría incluir el abuso sexual) sino que, después, fue dejada a solas, sin ningún consuelo de fuera.

Como inciso, yo crecí en el interior de África y, allí, estas cosas no sucedían. Si el padre estaba enfadado con el hijo e, incluso, le pegaba, el niño corría a su abuela o a su tía –¡Ellas no lo iban a dejar a solas en un cuarto! (Véase también Hrdy, 2009)–. Se puede ver también cómo y por qué Sara se volvió muy sensible a determinados sentimientos *dentro de ella misma* (p. e., diversión) que, automáticamente, iban a desencadenar el miedo de ser castigada y la sensación de estar haciendo algo malo, una sensación de soledad en un mundo amenazador y el deseo de acurrucarse y esconderse. El condicionamiento clásico es, aquí, el modelo de referencia para la CFT.

En CFT la vivencia de soledad, de ser apartado de una fuente de confortamiento afiliativo cuando se está angustiado es una experiencia central con la que trabajar. También se podrían trazar otra serie de círculos para lo que podría haber quedado sin procesar en ese (temeroso) estado mental, p. e., rabia hacia la madre o el deseo de sanar a la madre o de abandonarla o de encerrarla y los posibles miedos por el reconocimiento de esas posibilidades o el sentimiento de traición (Gilbert & Irons, 2005). Desde luego, Sara quería que su madre hubiera sido

detenida por la policía pero se sentía demasiado asustada para reconocer esos sentimientos porque, a veces, su madre podía ser cariñosa. Por eso, la madre era un objeto temido y querido –lo que, ciertamente, complica el sistema de apegos al querer ser consolado por alguien que te está amenazando–. Estos temas y su relación con la desorganización de apegos y las dificultades de mentalización fueron investigados por Liotti y Prunetti (2010).

La CFT también podría tocar el dolor por la madre/padre tan ardientemente deseado –el arquetipo personal del padre/madre–. Esto no es algo que se suele tener en cuenta en las terapias cognitivo-conductuales pero puede ser de gran importancia –aunque, en cierto sentido, uno esté sufriendo por una fantasía (Gilbert & Irons, 2005). De hecho, la capacidad de sufrir y trabajar con las complejas emociones relacionadas con el sufrimiento podría ayudar al proceso de mentalización.

Por lo tanto, más que abordar esto a nivel de creencias (relacionadas con, digamos, inferioridad, vulnerabilidad o deficiencia) o de pensamientos automáticos, uno *desempaquetaría* esas experiencias codificadas en el sistema de amenaza y desglosaría sus componentes esenciales que son: miedo del otro, activación del miedo interno, un sentimiento de soledad y etiquetas verbales de la experiencia –ser estúpido–. Después de aclarar los diferentes componentes de esta memoria (que podría estimular una creencia básica), se podría: (1) explorar cómo el cerebro de Sara (por razones de autoprotección) iba a tratar de desarrollar estrategias defensivas; y (2) llevar a cabo una intervención compasiva con *cada uno* de los aspectos.

Las múltiples influencias de la vergüenza

La vergüenza se puede centrar en distintos aspectos del yo, tales como el propio cuerpo, los sentimientos, fantasías y deseos, comportamientos del pasado y características personales. La vergüenza también puede desempeñar un papel fundamental en:

1. la adquisición de vulnerabilidad al sufrimiento emocional;
2. el desarrollo de un sentido del yo;
3. conductas de afrontamiento y estrategias de seguridad;
4. falta de apertura hacia los demás, incapacidad de identificarse con los otros (el único), evitar la búsqueda de ayuda –incluyendo el acudir a terapia o no-;
5. afrontar sentimientos y procesos en el transcurso de la sesión (p. e., sentirse superado por las lágrimas, perder el control o revelar un abuso) y afrontar si retirarse o no;
6. cómo se reacciona a la terapia en general, incluyendo la vergüenza que podría tener lugar en casa, mientras los clientes tratan de cambiar, y
7. lo que los clientes revelan o mantienen oculto.

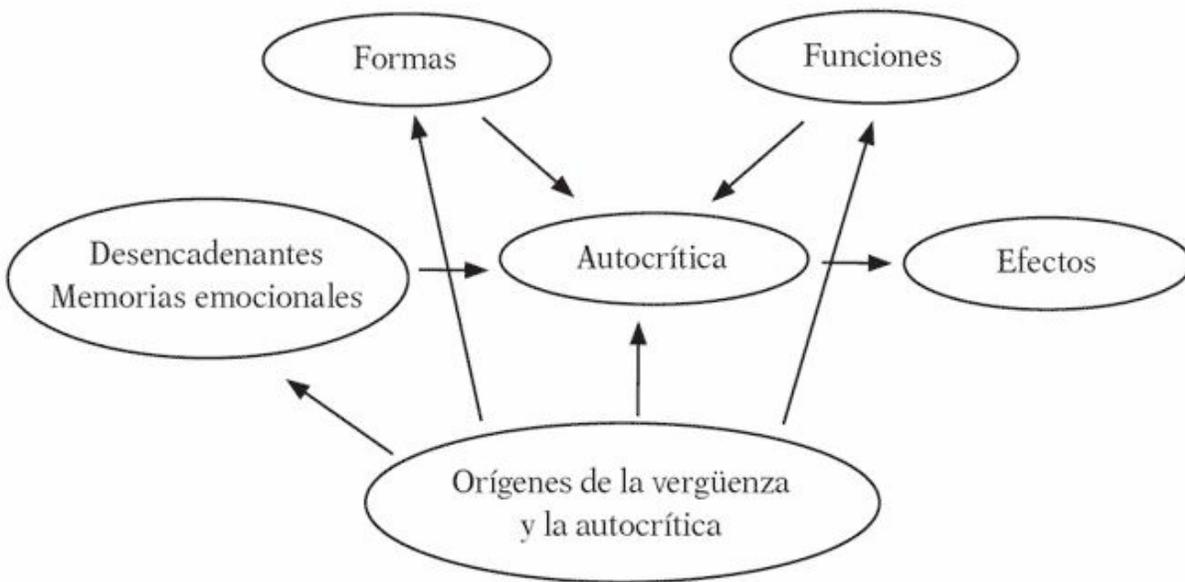
Cualquiera que trabaje con casos complejos haría bien en comprender las múltiples

complejidades de la vergüenza. Otro tema complejo es la autocrítica.

Autocrítica

La autocrítica es muy frecuente en la vergüenza. La autocrítica se ha asociado con una variedad de problemas de salud mental y, en las psicosis, cerca del 70% de las voces son hostiles y críticas (Gilbert & Irons, 2005). La autocrítica tiene diversos orígenes y funciones. La figura 7 ofrece un modelo resumido de autocrítica en distintos ámbitos que los terapeutas pueden explorar. Para llevar a cabo tal exploración se puede preguntar: “¿Cuándo fue la primera vez que te diste cuenta de que estabas siendo crítico contigo mismo? ¿Qué estaba pasando? ¿Cuál era la frustración la desilusión o esperanza/sueño/meta perdidos? ¿Por qué esa esperanza/sueño/meta era importante para ti?” En otras palabras, se trata de ver las amenazas que estaban rondando en el momento en que empezó la autocrítica.

Figura 7. Autocrítica: una mente autocrítica es también una mente centrada en la amenaza



La autocrítica, generalmente, puede golpear cuando se está implicado en situaciones relacionadas con la amenaza original. Por ejemplo, el profesor de Juan pudo mostrarse despectivo y avergonzar al chico por su pobre nivel verbal diciéndole que era un perezoso y que iba a tener que esforzarse mucho en la vida porque no era demasiado brillante y que sólo el trabajo duro le iba a permitir llegar a alguna parte. Juan se sintió muy desanimado ante tales manifestaciones. Para evitar esos sentimientos de vergüenza, Juan trabajó con más empeño. Más tarde, en la vida, se convirtió en una especie de adicto al trabajo para demostrar que “podía

hacerlo” y evitar ese “tono afectivo de desánimo” que lo hacía sentirse aislado y esos “sentimientos de no ser bueno”. Cuando tenía que escribir algún informe, si alguien hacía la más ligera crítica, eso reactivaba las memorias de vergüenza, de enfado, autocrítica y los sentimientos de soledad (recuérdese que la vergüenza, generalmente, se presenta con el sentimiento de estar solo). Él, entonces, se volvía muy crítico consigo mismo. Esto, en parte, estaba relacionado con el hecho de escuchar la voz de su profesor y, en parte, con el pánico: “¡Oh, cielos, lo he vuelto a hacer!” Por eso, conviene asociar las amenazas tempranas con los orígenes y recuerdos de la autocrítica y sus posibles desencadenantes. Juan creía también que tenía que mantenerse crítico consigo mismo para seguir trabajando duro y no convertirse en un fracasado.

En nuestro trabajo nos encontramos con que hay distintas formas y funciones de autocrítica (Gilbert, Clarke, Kempel, Miles & Irons, 2004a). Prestar atención a la forma es importante. Whelton y Greenberg (2005) mostraron que no era tanto el contexto cognitivo de la autocrítica como las emociones de ira y desprecio lo que tenía más importancia en relación a sus efectos patogénicos. Nosotros hemos identificado una forma que se centra en los sentimientos de inadecuación. Este tipo de autocrítica, por lo general, tiene que ver con la decepción y el sentimiento de inferioridad. Hay, sin embargo, otra forma que se relaciona con el odio hacia sí mismo. Las dos formas son muy distintas y es necesario diferenciarlas a la hora de la terapia. El odio hacia uno mismo tiende a presentarse en raras ocasiones en las poblaciones no clínicas pero con bastante frecuencia en poblaciones que provienen de entornos conflictivos. Sospechamos que el odio hacia sí mismo se relaciona con un pasado más abusivo pero, de momento, no tenemos una evidencia clara (véase Andrews, 1998).

El odio hacia uno mismo puede ser dirigido a partes del yo tales como el propio cuerpo (“odio la forma de mi cuerpo” o bien “odio estos sentimientos que tengo”). De manera que, a la hora de explorar la autocrítica, debemos preguntar: “¿Por lo general, cómo se siente tu parte crítica contigo; qué clase de emociones dirige hacia ti?” Tengo que decir que algunas escalas actuales que, supuestamente, miden la autocrítica, en realidad, no lo hacen; se trata más bien de medidas de cosas tales como la comparación social o la baja autoestima. Es necesario pensar en la autocrítica, principalmente, en términos de comentarios críticos, de diálogos y sentimientos dentro del propio self.

La gente puede odiar cosas de sí misma pero no autoculparse necesariamente por ellas ni sentirse responsable; es el caso, por ejemplo, de la apariencia, de una marca de nacimiento o una deformidad, o de la falta de talento. Por eso es necesario diferenciar cuestiones de causalidad, culpa y disgusto. Obsérvese además, que, cuando hay cosas que no gustan de uno mismo, puede aparecer también envidia hacia los otros (Gilbert, 1992, p. 246-252).

A veces puede ser conveniente pedirle a la gente que *imagine* su autocrítica. Decirle: “Si pudieras sacar tu autocrítica de tu mente y observarla, ¿qué aspecto tendría (p. e., humano o no humano)? ¿Qué expresión facial tendría (suponiendo que tuviera rostro)? ¿Qué emociones está dirigiendo hacia ti? ¿Cuál es su mayor miedo/amenaza?” Para comprender la crítica se puede llevar a cabo un trabajo con las sillas, situando el aspecto crítico en una silla para explorar sus

pensamientos y sentimientos. Luego, se puede colocar al sujeto en otra silla, frente a la crítica, para explorar su forma de *vincularse con ella*. Esta intervención de terapia Gestalt fue desarrollada y popularizada por Leslie Greenberg (p. e., véase Whelton & Greenberg, 2005). A la hora de trabajar con la autocrítica se puede desarrollar primero un yo compasivo y, luego, enseñar compasión hacia la crítica (véase el punto 22). Lo que es esencial es la implicación con las narrativas, significados y emociones de la autocrítica, no sólo con los pensamientos. Por ejemplo, si una persona imagina a su autocrítica como una persona dominante, enfadada, se le puede preguntar qué ocurriría si se dirigiera a ella con pensamientos alternativos, más racionales. El cliente, rápidamente, entendería que eso sería rechazado y vería por qué una intervención cognitiva se quedaría atascada. Por eso, es importante desarrollar una parte del yo que se sienta lo bastante fuerte y abarcadora para ser capaz de trabajar con la parte crítica (véase el punto 21).

Análisis funcional

El análisis funcional de la autocrítica es muy importante. A veces, no existe ninguna función particular –la gente, simplemente, se enfada consigo misma cuando comete errores (p. e., perder el balón en un juego de pelota u olvidarse de algo que tenía que hacer)–. Sin embargo, se puede observar cómo la autocrítica guía a una persona preguntándole: “¿Qué sería lo que te daría más miedo si abandonarás tu autocrítica?” Por lo general, nos encontraremos que la gente teme volverse arrogante, perezosa o fuera de control. De manera que la gente puede ver la autocrítica con una serie de *funciones*, como una forma de asegurarse de prestar atención a los errores para evitar volver a cometerlos en el futuro; en una palabra, una forma de mantenerse alerta. La autocrítica puede actuar como un aviso (p. e., si no adelgazas, nadie te va a querer). Por lo tanto, nosotros enseñamos cómo la compasión ofrece una vía diferente (está basada en un sistema emocional distinto) para la auto corrección y la mejora (véase el punto 13).

El filósofo alemán Friedrich Nietzsche decía: “Nadie se odia a sí mismo sin un secreto deseo de venganza”. Freud lo adoptó para su teoría de la depresión y pensaba que la ira hacia uno mismo es, en realidad, una ira internalizada hacia aquellos de quienes uno depende o hacia los que uno es ambivalente: uno tiene miedo de estar enfadado con ellos de manera que se lo mete para dentro (Ellenberger, 1970). Hay evidencias de que alguna gente siente rabia pero tiene miedo por ello e inhibe su furia (Gilbert, Gilbert & Irons, 2004b). De manera que siempre merece la pena explorar esta posibilidad –ver si una autocrítica seria y el odio hacia sí mismo están relacionados con sentimientos hostiles, no procesados y temidos, hacia los demás. En el momento que alguien me dice “no soy una persona que se enfade”, yo empiezo a sospechar. A veces, resulta cierto pero, por lo general, suele ser el indicador de una emoción temida no procesada. A la gente le gusta verse a sí misma como “personas buenas y cariñosas” en las que la ira no forma parte de su identidad. Todos tenemos capacidad para la ira –la cuestión está en cómo la reconocemos y la trabajamos–. Me he encontrado con muchas

personas con depresión crónica que, cuando empezaban a trabajar y reconocían su rabia, sin sentirse avergonzadas ni atemorizadas, se recuperaban. Si la rabia se experimenta como algo amenazador o vergonzoso y no se reconoce como parte del repertorio de posibles sentimientos, la gente puede permanecer avergonzada y asustada con ella, manteniendo, de ese modo, sentimientos de rabia impotente, de impotencia y de vergüenza.

Auto-observación y auto-culpabilización como estrategias de seguridad

La CFT considera la autocrítica en términos de estrategias de seguridad con formas y funciones complejas que requieren exploración. Una de tales funciones es el poder. Como he observado numerosas veces (p. e., Gilbert, 2007a, 2009a; Gilbert & Irons, 2005), la gente, en contextos religiosos, se culpa a sí misma en lugar de a los dioses por los contratiempos e infortunios. “¿Qué hicimos para incomodarte, Dios de la tierra, que nos has enviado esta hambruna?” La historia está llena de auto-censura y de esfuerzos por aplacar y hacer sacrificios a los poderosos dioses porque les tememos. De hecho, el concepto de pecado es, en sí mismo, un proceso de culpa.

La relación entre la autocrítica y los “poderosos otros”, a la que Freud se refería, es especialmente cierta en el caso de la autocrítica que surge en el contexto del abuso o del trauma. Es porque el trauma, cuando es perpetrado por alguien poderoso, puede, automáticamente, orientar a la víctima hacia el auto-control y la auto-regulación. Entonces, también podemos explorar las respuestas y defensas del sistema de autoprotección y de qué manera están relacionadas con la autocrítica. Consideremos que la primera tarea de un niño es mantenerse a salvo y fuera de todo problema. Si la conducta de un padre o de un abusador es impredecible, entonces es como caminar de puntillas alrededor de un tigre dormido; ya te puedes ir santiguando si pisas una ramita que haga ruido y que pueda despertar al tigre para que te ataque. De tal manera, uno tiene que vigilar su propia conducta y auto observarse con mucho cuidado para no despertar al (tigre) abusador y mantenerse fuera de su camino. Así es como el sistema de auto observación y de auto-culpabilización se relacionan en cuanto a resultados aversivos. Como la propia conducta es *la única* fuente posible de control/protección (uno no puede cambiar al abusador), la auto-culpabilidad va a seguir, inevitablemente, al hecho de llevar a cabo acciones que (al parecer) desencadenan la agresión/rechazo del abusador.

La CFT dedica tiempo a explicar a los clientes estos modelos de *condicionamiento clásico* y el valor funcional de la auto-observación. Cuantos más marcos de referencia tengan los clientes para entender su auto crítica –en cuanto relacionada con estrategias de seguridad–, más reflexivos pueden llegar a ser y más colaborativos para relacionarse con esas memorias y desarrollar auto compasión. Además, ayuda a la gente a entender por qué “sienten” (desde la amígdala) culpa aunque, lógicamente (desde el córtex) saben que no son culpables. Hay un desajuste entre los dos sistemas. La amígdala no atiende demasiado a razones lógicas. He encontrado que algunos clientes se sienten libres de culpa tras esta explicación, por ejemplo: “Bueno, tiene sentido porque tu amígdala y tu sistema de amenaza sólo se preocupan de

mantenerte seguro y, por lo tanto, te auto observarán y te auto culpabilizarán para conseguirlo (ejemplo del tigre dormido). De este modo, tus sentimientos se refieren a las estrategias de seguridad y no a la persona que eres en realidad”.

Para trabajar con esos recuerdos, primero, nos ocuparemos de desarrollar un yo compasivo que sea capaz de ser “prudente, amable y paternal” (véase el punto 21). Cuando el cliente sienta que esa parte se ha desarrollado, entonces, podríamos explorar la manera de reconectar con la memoria que (digamos, en el ejemplo de Sara) podría implicar encogerse y, luego, poco a poco, ponerse en pie, centrándose en las diferencias entre “entonces y ahora”; hacer una tarea de rescritura, un trabajo asertivo respecto a la “madre”, en imaginación o mediante la silla vacía, o expresar sus sentimientos en una carta (que puede quedar sin ser enviada) o explorar la expresión de rabia para desensibilizarla del “miedo a la rabia”. En otras palabras, estamos actuando en contra de las estrategias de sumisión-miedo y nos estamos implicando en una estrategia auto-protectora más dominante. La compasión o el perdón hacia la madre podrían venir más tarde.

Obsérvese también que se puede tratar con el cliente acerca de cuáles son los elementos esenciales sobre los que quiere hablar y trabajar. Por ejemplo, podría ser trabajar con el sentido de impotencia, para lo cual podrían ir bien algunas sesiones de trabajo corporal asertivo. O podría ser una sensación de soledad y, por lo tanto, centrarse en experimentar al terapeuta en los momentos que sea adecuado; o podría ser una sensación de estar atrapado, con lo que el sujeto podría practicar a ser asertivo y dejar la sala; o podría tratarse de un sentimiento de traición como el querer “librarse del padre o romper el contacto con el padre”. Es necesario desglosar los temas clave y trabajar con cada uno ellos individualmente. Como en otras terapias, pueden resultar de ayuda distintas formas de imaginación y re-escritura (Lee, 2005; Wheatley & al., 2007).

El cliente colabora para ver lo que le resulta de ayuda y/o confortador y lo que no. Como el cliente entiende el modelo de los tres círculos, entonces, como en yoga o en fisioterapia, cliente y terapeuta trabajan juntos para intentar distintas cosas con las que reajustar el sistema de confortamiento. El objetivo específico de la terapia es la “generación” de compasión y el cliente lo entiende y, por supuesto, nunca se va más allá o con mayor intensidad de lo que el sujeto siente que está bien.

Otro elemento clave del trauma y los niveles elevados de estrés es que pueden establecer defensas conflictivas. Por ejemplo, ante un acontecimiento de vergüenza, uno puede sentir enfado, querer salir corriendo y sentirse triste todo el tiempo. Como ante el mismo acontecimiento se pueden activar múltiples emociones y tendencias de acción defensivas, algunas personas se sienten muy desorganizadas respecto a la regulación de sus afectos. Sara, por ejemplo, pudo tener mucho enfado consigo misma y podía haberse auto infligido algún daño para controlar su ira. Ella solía padecer una pérdida de activación. Tampoco experimentaba apenas sentimientos de auto-consuelo ni de conexión con los demás. A veces, entraba en estados de alta represión de su ira sentándose en la silla de terapia sin apenas hablar, aunque la sala donde se encontraba se podía percibir como un volcán de rabia. En su interior,

sin embargo, ella cavilaba como una forma escape: “¿Por qué no me habré matado para terminar con todo, de una vez; qué estoy haciendo aquí?” En el sistema que hemos destacado, su sistema de amenaza estaba oscilando entre la ira reprimida y el escape reprimido (Gilbert, 2007a; Gilbert et al., 2004b). La amígdala puede generar muchas defensas en conflicto – ataques de rabia frente a huida temerosa, frente a evitación sumisa, frente a búsqueda llorosa de cuidado. Al seguir una de ellas, las otras quedan suprimidas (véase Dixon, 1998 para un modelo animal de conflicto de las defensas).

Distinción entre vergüenza, culpa y humillación: Responsabilidad frente auto-crítica acusatoria

Es importante aclarar las diferencias entre distintas clases de emoción autoconsciente (Tracy et al., 2007). Existen tres formas principales que son especialmente importantes: vergüenza, culpa y humillación. La vergüenza y la humillación tienen mucho que ver con el yo y la defensa del yo (véase la figura 5); por su parte, la culpa se relaciona con la propia conducta, la consciencia de daño al otro y el deseo de reparar ese daño (Gilbert, 2007c, 2009a, 2009b; Tangney y Dearing, 2002). Como indicación general, recuérdese que la vergüenza, la humillación y la culpa van a tener, cada una, un punto de interés distinto, distintos tipos de pensamiento y diferentes conductas. Para una idea general, véase la tabla 1.

Tabla 1: Regla general para la distinción entre vergüenza, humillación y culpa

<i>Mentalidad de vergüenza interna</i>	<i>Mentalidad de humillación</i>	<i>Mentalidad de culpa</i>
Atención dirigida internamente al deterioro del yo y a la propia reputación	El foco de atención dirigida externamente se centra en la amenaza o daño al yo por parte de otros.	Atención dirigida externamente al daño causado, con empatía hacia el otro
Sentimientos de ansiedad, parálisis, congoja, confusión, vacío, ira contra sí mismo	Sentimientos de ira, injusticia o venganza	Sentimientos de pesar, tristeza y remordimiento
Pensamientos centrados en juicios negativos sobre la “totalidad del yo”	Pensamientos centrados en la injusticia de cualquier juicio o comportamiento de los otros	Pensamientos centrados en el “daño al otro”, simpatía y empatía
Comportamiento centrado en el apaciguamiento sumiso, buscando de nuevo el aprecio o el olvido para seguir adelante, evitación, desplazamiento, negación, auto-daño	Comportamiento centrado en la venganza y el silenciamiento del otro – teniendo poder sobre el otro, denigrándolo y humillándolo-	Comportamiento centrado en procurar reparar el daño, ofreciendo disculpas sinceras, haciendo rectificaciones en beneficio del otro

Hablando en general, mientras que la vergüenza no es deseable y, lo mismo que ocurre con otras emociones, tenemos que aprender a hacerle frente y tolerarla, la evidencia sugiere que

los sentimientos de vergüenza y humillación (que se refieren a sentirse atacado o a ser vulnerable de alguna manera) no suelen tener ninguna utilidad y pueden llevar a conductas defensivas y destructivas (Tangney & Dearing, 2002). En contraste, la culpa es una emoción relacionada con la responsabilidad por la propia conducta, que incluye la responsabilidad de hacer rectificaciones. Piensa en dos maridos que tengan aventuras y que son descubiertos por sus respectivas esposas. Una respuesta centrada en la vergüenza podría consistir en pensar en lo mal que uno se ha portado y en que el resto de la gente podría volverse en contra de uno, por lo que será necesario hacer algún tipo de reparación para que la gente lo siga apreciando a uno. La vergüenza se refiere a “yo, yo, yo” (en un mal sentido). Una respuesta de humillación consistiría en enfadarse y (digamos) acusar a la esposa por no ser lo bastante atractiva, por lo que él ha tenido que buscarse una aventura, o enfadarse con la persona que hubiera desvelado el asunto. Otras respuestas podrían ser la negación o la minimización y otras por el estilo. Una respuesta de culpa, sin embargo, consistiría en el reconocimiento de la infidelidad, del daño causado, una preocupación auténtica por el dolor ocasionado a su esposa junto con un deseo auténtico de ayudarla a que se sienta mejor y de reparar el daño causado.

A veces, si uno fue desagradable o causó algún perjuicio a los demás, es importante cambiar las vivencias basadas en la vergüenza (“yo malo”) por otras basadas en la culpa (consciencia del daño) para tratar de conseguir tolerar los sentimientos aversivos cuando se hacen cosas dañinas, sin incurrir (precisamente) en un ataque al propio yo. A veces, para ser capaz de procesar el daño que se ocasionó a los demás, se debe procesar antes el daño sufrido en carne propia.

Hay también trastornos que parecen problemas de exceso de responsabilidad, como ocurre con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o la hiper-protección (Wroe & Salkovskis, 2000). No está claro, sin embargo, hasta qué punto la gente con TOC se siente *mal personalmente* y se centra en el “yo malo” o, más bien, experimenta una verdadera preocupación por “el otro”, pero sí parece que algunos experimentan “ataques de culpa” que no son muy distintos de los ataques de pánico.

De manera que, como regla general, se puede observar a dónde dirige la gente su atención, en qué centra sus pensamientos y cavilaciones y qué es lo quiere hacer. Recuérdese que todo eso *no se excluye mutuamente* y se puede dar un flujo y reflujo de mezclas diferentes tanto en la terapia como en general.

Es importante, por lo tanto, que la gente aprenda a entender la culpa, a no convertir acciones dañinas en vergüenza centrada en el propio self o a enfadarse sólo porque alguien la provoque. La culpa, en cierto sentido, sirve para consolidar relaciones mientras que la vergüenza, no (Baumeister, Stillwell, & Heatherton, 1994). La culpa es algo sobre lo que debemos reflexionar y tolerar. Mientras que existen diferentes opiniones acerca de tolerar la tristeza, la ansiedad y la ira, hay muy pocos estudios sobre la forma de aprender a tolerar la culpa y comportarse adecuadamente –pero esto es importante en CFT–. La culpa puede ser normal y natural y es esperable porque nadie puede ir por la vida sin hacer daño, causar perjuicios o, simplemente, ser desagradable.

Distinción entre auto-corrección compasiva y auto-ataque basado en la vergüenza de sí mismo

A la hora de trabajar con la vergüenza y la autocrítica (y con la vergüenza versus crítica) conviene distinguir dos sistemas emocionales diferentes que sostienen la auto-corrección. Por ejemplo, si se le pide a la gente que renuncie totalmente a la auto-crítica, se va a mostrar preocupada por la posibilidad de volverse arrogante, perezosa o descontrolada. ¡Esto es así, incluso en un taller de terapeutas! Sin embargo, como señalábamos anteriormente, si yo te pido que imagines tu parte crítica, mirando hacia ti (por así decir) junto con las emociones que está dirigiendo hacia ti, lo más probable es que esas emociones sean frustración, ira, desprecio o decepción. *Todas ellas son emociones del sistema de amenaza*. Por lo tanto, este tipo de auto-crítica activa el sistema de amenaza. No está centrada en nuestro bienestar.

La clave, entonces, consiste en sintonizar con un sistema motivacional distinto que sirva para orientarnos hacia la auto-corrección. Esto sucede cuando nos damos cuenta de que, en realidad, *nos gusta* hacer un buen trabajo, p. e., tratar bien a nuestros clientes y ver cómo progresan. En otras palabras, estamos motivados positivamente para dar lo mejor de nosotros mismos una vez que hemos aprendido a estimular el sistema motivacional. De esta manera, la CFT articula otros principios de psicología cognitiva y positiva al centrarse en nuestras fortalezas. Este enfoque ha ido cobrando una importancia creciente entre las psicoterapias cognitivo-conductuales (Synder & Ingram, 2006). Con este espíritu, nos centramos en el modelo de los tres círculos para ayudar a la gente a contrastar la distinción entre auto-desarrollo compasivo y autocrítica basada en la vergüenza/miedo, tal como se esquematiza en la tabla 2.

Una vez más, esto resulta más directo. Imaginemos a un niño que está teniendo problemas en el colegio con uno de sus dos profesores. El primero de ellos es muy bueno a la hora de detectar errores y es bastante crítico por lo que, seguramente, se sentirá algo frustrado con los fallos del niño. Este profesor o profesora cree que es preciso mantener a los niños alerta o, de lo contrario, si no tienen un cierto miedo, se volverán perezosos. Por el contrario, el segundo profesor o profesora se preocupa por el bienestar del niño y sabe animarlo para que *aprenda de sus propios errores* de una forma compasiva. ¿Cuál de los dos profesores preferirías para tu hijo? En su apasionado libro *How Children Fail*, John Holt (1990) sostenía que una buena parte de la educación occidental nos enseña a tener miedo de nuestros errores. De este modo, desde el punto de vista social, los terapeutas puede que estén trabajando a contrapelo

Otra manera de ayudar a la gente a reconocer el daño de la autocrítica (recuerda que es posible suscitar imágenes de la propia autocrítica de la gente) consiste en explorar los orígenes de esa autocrítica. Por lo general, va a ser la voz de un padre o de un profesor y, entonces, tú puedes preguntar: “¿Esas personas te han criticado desde una preocupación

auténtica por tu bienestar? ¿Te sientes cuidado (o, más bien, percibes ira) cuando estás siendo criticado? ¿Tu parte autocrítica, en el fondo, procura lo mejor para ti o, más bien, sólo te proporciona enfado y decepción?” También se podría preguntar: “Si, en el fondo, tuvieras la mejor de las intenciones, ¿cómo te *gustaría, realmente*, hablar contigo mismo? ¿Cómo ayudarías en este punto a alguien a quien quisieras? ¿Cómo ayudarías a un niño?” En estos ejemplos estás ayudando a la gente a reconocer que, seguramente, no iba a ser excesivamente crítica con los demás, que la autocrítica no responde a sus intereses mientras que la autocorrección compasiva sí que lo hace. Por supuesto, la gente va a pensar cosas críticas de los otros de vez en cuando, pero de lo que se trata es de que reconozcan que no las van a expresar porque se dan cuenta de que tal cosa sería perjudicial, no beneficiosa. De manera que lo importante no es la corrección y la conciencia de los errores *sino las emociones que ponemos en el proceso de intentar mejorar*.

Tabla 2 Distinción entre auto-corrección compasiva y autocrítica y auto-ataque basado en la vergüenza

<i>Autocorrección compasiva</i>	<i>Auto-ataque basado en la vergüenza</i>
• Se centra en el deseo de mejorar	• Se centra en el deseo de condenar y castigar
• Se centra en el crecimiento y la mejora	• Se centra en el castigo de los errores del pasado
• Mira hacia delante	• Por lo general, mira al pasado
• Se produce con estímulo, apoyo y amabilidad	• Se produce con ira, frustración, desprecio, decepción
• Se apoya en lo positivo (p. e., ver lo que se hizo bien y, luego, considerar los principales aprendizajes)	• Se centra en las deficiencias y en el miedo a quedar en evidencia
• Se centra en los atributos y cualidades esenciales del yo	• Se centra en un sentido global del yo
• Se centra en el éxito y la esperanza de lograrlo	• Se centra en un elevado miedo a fracasar
• Aumenta las probabilidades de implicarse	• Aumenta las posibilidades de renunciar y evitar
<i>Para los errores y transgresiones</i>	<i>Para los errores y transgresiones</i>
• Culpa juntamente con	• Vergüenza, evitación, miedo
• Pena, remordimiento	• Descorazonamiento, bajo estado de ánimo
• Reparación	• Agresión
• Utilizar el ejemplo del profesor que apoya al niño que se está esforzando	• Utilizar el ejemplo del profesor que es crítico con el niño que se está esforzando

Adaptado de Gilbert, P. (2009a) *The Compassionate Mind*. Londres: Constable & Robinson and Oaklands, CA: New Harbinger.

Trabajar con la autocrítica

Como la autocrítica es un proceso complejo, por lo general asociado a las conductas/estrategias de auto-identidad y seguridad, no intentamos desarmarla frontalmente. Más bien, les diremos a los clientes: “Puedes seguir manteniendo tu autocrítica si te parece que te resulta útil. Sin embargo, vamos a enseñarte otras formas de considerarla y de tratarte a ti mismo, incluyendo la autocorrección compasiva. Puede que, a medida que la practicas, te des cuenta de que te hace un mejor servicio que la autocrítica”. Intentar trabajar con la autocrítica considerando, simplemente, las evidencias a favor y en contra, rara vez da resultado en los casos de autocrítica y vergüenza elevadas. Una vez que los clientes dejan de sentirse bajo cualquier tipo de amenaza para “cambiar o librarse de las estrategias de seguridad” hasta tener otras estrategias nuevas, se sienten más confiados para intentar hacer cosas.

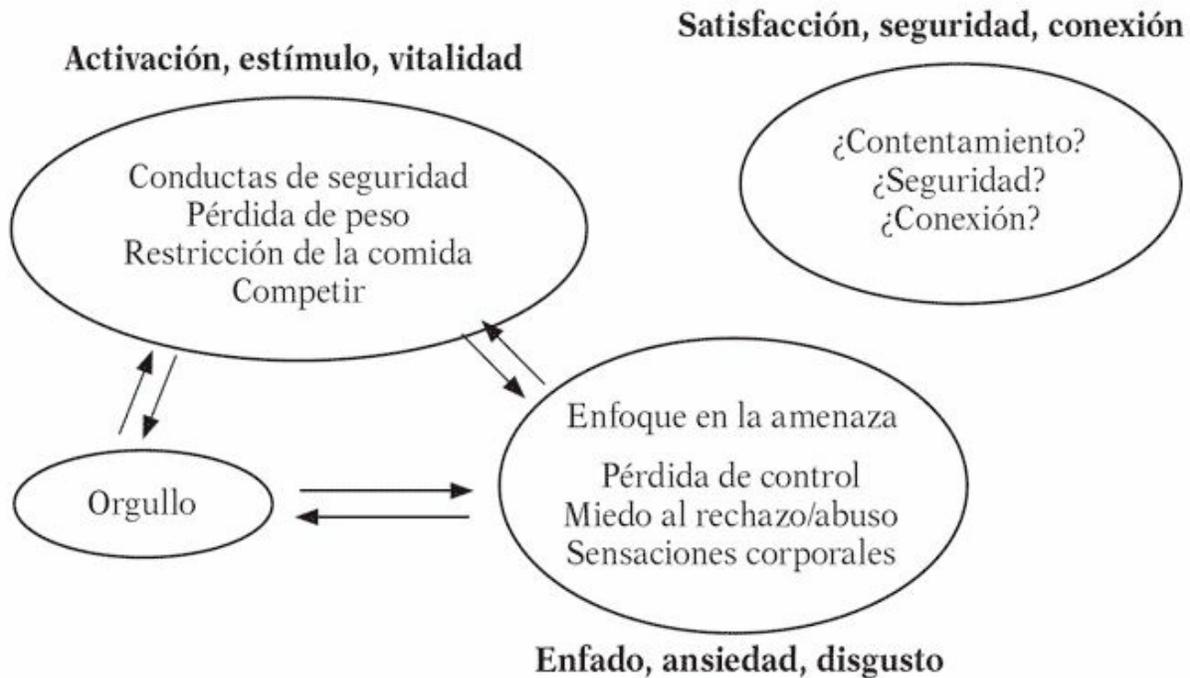
Amenaza y compensaciones de logro

Aunque la vergüenza, generalmente, desemboca en estrategias de seguridad en forma de autocrítica, la evitación, el encerrarse en sí mismo, esconderse y otros muchos intentos inútiles de regular las emociones, también llevan a reforzar la activación de conductas que buscan la consecución de logros –unido a los “tengo que” y “debería”, como señala la Terapia de Conducta Racional Emotiva (REBT; Dryden, 2009)–. Alfred Adler (1870-1937) sostenía que la gente que se siente inferior (que tiene un complejo de inferioridad) puede esforzarse por *compensarlo* y reafirmarse a sí misma frente a los demás –un punto de vista que, ahora, es compartido por la mayoría de las escuelas de psicoterapia–. La CFT, por lo tanto, relaciona las investigaciones sobre compensación con el logro. Hace algunos años, McClelland, Atkinson, Clark y Lowell (1953) hicieron una distinción en teoría de la motivación entre seguidores de valores y seguidores de necesidades. Los seguidores de valores establecen sus estándares en la consecución de satisfacciones mediante el esfuerzo personal mientras que los seguidores de necesidades establecen sus expectativas en el hecho de impresionar a los demás. Por ejemplo, Dykman (1998) sugería que existen dos motivaciones principales detrás del logro: lo que él denominaba búsqueda de *crecimiento* frente a la búsqueda de *validación*. A los buscadores de crecimiento les gustan los desafíos y valoran su propia capacidad de aprender y madurar a través de los desafíos/errores. Los buscadores de validación, sin embargo, se sienten bajo una presión continua para probarse a sí mismos que resultan simpáticos y son aceptados por los demás. También sugería que la búsqueda de validación es una estrategia defensiva que se desarrolla en el contexto de un estilo parental crítico y perfeccionista. En una serie de estudios, Dunkley y colaboradores (p. e., Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006) exploraron diferentes medidas de perfeccionismo y sugirieron dos factores subyacentes: el primero consiste en establecer los propios estándares personales y esforzarse por ellos; el segundo consiste en esforzarse por evitar la crítica/rechazo de los demás –lo que se vino a llamar “preocupaciones evaluativas”–. Dunkley et al. (2006) encontraron que es la dimensión de la preocupación por las posibles evaluaciones lo que se relaciona con diversos indicadores psicopatológicos. También nuestras propias investigaciones han puesto de manifiesto que el empeño, desde un plano de *inseguridad*, en evitar la inferioridad (que no es lo mismo que la búsqueda de superioridad) se puede distinguir de la ausencia de esfuerzo desde un plano de *seguridad*. El empeño inseguro consiste en evitar las consecuencias *sociales* del rechazo, la exclusión y la vergüenza (Gilbert et al., 2007). Los que se sienten seguros y no buscan evitar tales consecuencias piensan que van a ser aceptados tanto si tienen éxito como si fracasan.

Goss y Gilbert (2002) indicaron que esto resultaba especialmente cierto en el caso de la gente con trastornos de alimentación. Los anoréxicos se centran en los sentimientos de orgullo derivados de su control respecto al peso y al impulso de comer. Cuando pierden el control de su peso o ceden a los impulsos por comer, se activan en ellos una amenaza y una

alarma elevadas. En estos sujetos es el sistema de activación lo que se pone en juego para tratar de regular el sistema de amenaza. La figura 8, que desarrollamos conjuntamente Ken Goss y yo mismo para describir los problemas relacionados con los trastornos alimentarios, ofrece una visión sencilla de todo esto.

Figura 8. Tipos de sistemas reguladores de afectos (desarrollado con Ken Goss, 2009)



Podemos prescindir de las flechas que relacionan el sistema de satisfacción y seguridad porque no sabemos cómo actúa realmente en estos casos. Este es un modelo que puede ser válido para una amplia gama de individuos que llegan a ser muy competitivos y que se esfuerzan por evitar los sentimientos de amenaza o por sentirse conectados. Este es un problema creciente en nuestra sociedad occidental (Gilbert, 2009a; Pani, 2000) y puede que sea una de las razones por las que tenemos cada vez más problemas con la depresión, la ansiedad, el consumo de drogas y las autolesiones entre los adolescentes (Twenge et al., 2010). Cuando se habla con esos adolescentes, el sentimiento de desconexión (sobre todo, de la sociedad adulta), de inferioridad, soledad y lucha que experimentan para llegar a sentirse realmente valorados por los demás resulta descorazonador. Las escuelas, empresas y gobiernos occidentales han contaminado deliberadamente a las comunidades con creencias tales como que sólo quien es competitivo y capaz puede conseguir el éxito –todos debemos tener un “lado competitivo” con el que probarnos a nosotros mismos en el mercado–. Este planteamiento es problemático porque afecta a nuestro cerebro (Pani, 2000) y genera elevados niveles de desigualdad que resultan patogénicos y contraproducentes para nuestro bienestar

(Wilkinson & Pickett, 2009).

Si les trazamos los tres círculos a nuestros clientes y se los explicamos, rápidamente verán lo que está sucediendo y por qué. Que luego ellos establezcan un acuerdo contigo para intentar equilibrar sus sistemas volviéndose más compasivos y confortadores, eso es otra cuestión. Por lo general, van a mantener firmemente sus creencias relativas a que sólo van a ser apreciados si consiguen tener éxito –un cliente me contó que le habían dicho: “El que llega segundo, es el primer perdedor”–. De manera que conviene diferenciar entre esfuerzos de logro basados en valores y esfuerzos de apego basados en la amenaza –estos últimos son los que están más fuertemente vinculados a la tendencia a la vergüenza y al miedo, a la exclusión social y al rechazo–. Puede darse también un miedo a las emociones positivas relacionado con la satisfacción y la afiliación (véase el punto 29) y el esfuerzo se puede asentar en el sentido de auto-identidad. Se pueden utilizar experimentos de conducta, planificar fracasar en pequeñas cosas sin importancia, juegos, humor y desensibilización de afectos positivos para ayudar a la gente a que piense en sus empeños de una manera distinta.

Lo que se desprende de esta investigación sobre logro y motivación es que los problemas respecto a la capacidad de sentirse conectado con los demás, de ser capaz de confiar en ellos y sentirse seguro con ellos, generan el deseo de sentir que uno “se merece su propio espacio”. Para ello, uno se vuelve excesivamente dependiente del sistema dopaminérgico de búsqueda de incentivos que le brinda una sensación de sentimientos positivos y de seguridad. De hecho, la gente que se vuelve perfeccionista, excesivamente esforzada o que siente la necesidad de ponerse a prueba a sí misma, por lo general, sólo consigue un alivio temporal si consigue triunfar. Otra cosa que llama la atención cuando se trabaja con algunos perfeccionistas esforzados, y con quienes desean desesperadamente ponerse a prueba, es que, por lo general, hablan de ese sentimiento de “estar solo” –de no estar, realmente, sintonizados con otros, de no tener un sentimiento de pertenencia–. También puede que se esfuerzen por sentir alegría y estados satisfactorios de intimidad y proximidad. Son sentimientos que hemos tratado anteriormente en relación con la vergüenza y es importante explorarlos porque pueden ser un punto de interés en la terapia, relacionado con el problema de activación de los sistemas de conexión y confortamiento.

Objetivos centrados en uno mismo frente a objetivos compasivos

Crocker y Canevello (2008) exploraron dos tipos de objetivos de auto-imagen. Uno era compasivo, buscando ayudar a los demás. La preocupación por objetivos altruistas, el deseo de ayudar a los demás, se ha observado en niños pequeños (Warneken & Tomasello, 2009)). El otro objetivo se centraba en uno mismo y consistía en crear y conseguir una buena impresión sobre los demás. Nos parece ver aquí algunas semejanzas con el tema de los seguidores de valores frente a los seguidores de necesidades, los que buscan su propio crecimiento frente a los que buscan validación así como con la motivación de llevarse bien con los demás frente a la de abrirse camino a pesar de los demás. Sin embargo, es importante observar que los

objetivos de compasión se relacionaban con sentimientos de proximidad, conexión y apoyo social y mostraban una relación inversa con conflictos, soledad y sentir miedo o confusión por los sentimientos. Por el contrario, los objetivos centrados en sí mismo mostraban las relaciones opuestas. Reed & Aquino (2003) sugerían que los atributos de cuidado, amabilidad y honestidad pueden ser importantes para la auto-identidad, que ellos denominaban identidad moral. *Procurar* ser una persona amable y compasiva (i. e., utilizar la mentalidad de cuidado para la co-creación del yo y del rol social) contribuye a un comportamiento benévolo y al desarrollo de valores –especialmente en relación a los grupos de referencia–. De manera que los objetivos imaginados de auto-identidad, la clase de “yo” que uno desea ser, trata de ser y practica ser, tienen importantes efectos en la conducta social y el bienestar. Esta investigación debería ser tenida en cuenta cuando consideremos el desarrollo del yo compasivo (puntos 21-29)

Hacer y lograr

No es correcto considerar que la CFT se preocupa sólo por un sistema (el de confortamiento). El principal interés de la CFT es un *equilibrio* entre los tres sistemas de regulación de afectos y *no sólo estimular el sistema de confortamiento*. A veces, también es importante trabajar con el sistema de activación y logro cambiando los logros basados en la *amenaza* por logros centrados en los *valores*. “Hacer” es muy importante en los enfoques de activación conductual para la depresión (Gilbert, 2009b; Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Tampoco la CFT es el final de toda ambición. El Dalai Lama viaja por todo el mundo procurando promover la compasión; en ACT, el compromiso con los propios valores y metas es la clave del crecimiento y el desarrollo personal.

La conducta compasiva implica también brindarle a la gente cosas que son importantes para que se desarrolle en su vida. Por ejemplo, darle a un niño o a una niña, en Navidad, su ansiada bicicleta para que pueda ser igual que sus amigos, puede ser un acto de compasión. Si tenemos una psicología de renuncia, entonces aprender a disfrutar y a proveernos a nosotros mismos puede ser importante. Aprender a disfrutar de los logros propios y de los demás también es importante para equilibrar nuestras emociones. Sin embargo, como en otras terapias, hay una diferencia entre alegrarse de tener y “sentir la necesidad de deber tener” (Dryden, 2009)

II

Práctica de la compasión

Entender el confortamiento: el amplio contexto de equilibrio de los sistemas de regulación del afecto

Suavizar y equilibrar nuestras emociones se relaciona con la compasión (punto 16) pero debería ser considerado como un proceso complejo con múltiples componentes. Aquí mostramos algunos aspectos clave:

(Hábil) afecto y amabilidad

Como señalamos anteriormente, una forma muy importante de consuelo tiene lugar mediante el contacto físico, la amabilidad y la calidez. Sentir que otra persona se preocupa realmente por uno y es capaz de proporcionarle cuidado resulta reconfortante. La amabilidad, sin embargo, muchas veces debe ser complementada con otras cualidades tales como habilidad y destreza. Seguro que tú te quedas más tranquilo si el médico o la médica que te atienden son reconocidamente competentes, expertos y sensatos. Es más probable que te sientas confortado si sabes que “la otra persona” te entiende. La cuestión de “mostrar esa autoridad” ante el cliente tiene su importancia en terapia.

Referencia social

Un niño puede sentirse ansioso por la proximidad de una amenaza o por algún estímulo novedoso y, entonces, mira a sus padres para comprobar cómo se sienten ellos ante ese estímulo. Los padres manifiestan interés y se acercan al estímulo o puede que interaccionen con el estímulo de una forma positiva. Puede que animen al niño a que lo explore. De ese modo, la seguridad surge a partir de una referencia y un modelamiento social. Un ejemplo más complejo es cuando una persona es capaz de referenciar socialmente sus propios sentimientos y descubre que otras personas tienen el mismo tipo de sentimientos que él o ella y que no se sienten alarmados ni avergonzados por tenerlos. Este es un proceso importante de compasión en las terapias de grupo (Bates, 2005).

Una forma más compleja de referencia social es lo que el teórico de la compasión Neff (2003a) llama “común humanidad”. Aquí reconocemos que nuestras fantasías, miedos, preocupaciones y depresiones no nos convierten en anormales sino que las compartimos como elementos de la condición humana –los demás, también son como nosotros–.

Vivir en la mente de los demás

Nuestra capacidad para sentirnos seguros en el mundo social, generalmente, proviene de la

manera en que pensamos que los demás sienten y piensan respecto a nosotros (véase Gilbert, 1992, capítulo 7, 2007a, capítulo 5). Cuando interactuamos con los demás, de tal manera que ellos manifiestan placer y gusto por nuestra presencia, entonces nos sentimos seguros. De hecho, la gente pasa mucho tiempo pensando sobre los sentimientos que pueden tener los demás hacia uno y dispone de sistemas cognitivos especiales para pensar acerca de lo que los demás estarán pensando (lo que se llama teoría de la mente) y buena parte de nuestros objetivos están enfocados a intentar lograr la aprobación y el respeto de los otros y a ser aceptados en grupos. Hace unos cien años, el psicólogo social Charles Cooley se refería a esto como el *yo espejo* (Cooley, 1902/1922). Al contrario que Freud, Cooley se centró en el poder del grupo social y de las relaciones sociales para modelar nuestras mentes y regular nuestras emociones. Es una lástima que este enfoque social de nuestros estados mentales se haya perdido en las terapias más individualistas y medicalizadas que surgieron posteriormente. Tenemos mucho que aprender de Cooley.

En CFT, la mente de los demás y nuestras experiencias y pensamientos hacia ellos resultan cruciales para nuestra capacidad de regulación emocional –y por muy buenas razones evolutivas (Gilbert, 2007c)–. Si piensas cómo te gustaría que te vieran quienes te quieren, tus amigos más próximos, colegas, clientes y jefes, el resultado sería que, sobre todo, te gustaría que te valoraran y te consideraran como una persona deseable, útil, con talento y capaz. Si tú puedes generar esos sentimientos en la mente de los demás, entonces suceden tres cosas. La primera, que el mundo es un lugar *seguro* y, por lo tanto, puedes anticipar que nadie va a atacarte o a rechazarte porque te valoran. En segundo lugar, vas a ser capaz de co-crear roles significativos de apoyo mutuo, relaciones sexuales y de colaboración. En tercer lugar, el hecho de recibir señales de que los demás te valoran y te cuidan, tiene efectos directos sobre tu psiquismo y tu sistema de confortamiento. Muchos clientes pueden sentir temor respecto a cómo viven en la mente de los otros y los otros puede que los vean como raros, débiles, inadecuados o malos. Trabajar con ese sistema de representación interna de “cómo existe uno en la mente del otro” se puede experimentar como algo reconfortante.

Ser escuchado y entendido

La gente se puede sentir amenazada y ponerse a la defensiva cuando piensa que los demás no la entienden y/o no tienen demasiado interés en escucharla ni en tomarse en serio sus puntos de vista. Nos sentimos tranquilizados cuando percibimos lo contrario –que los otros consideran que nuestros puntos de vista merecen ser tomado en consideración, articulados y *validados* y, lo que es muy importante, no ser ignorados ni rechazados–. Esta necesidad puede tener prioridad sobre otras acciones físicas de confortamiento. Por ejemplo, una clienta se sentía molesta y llorosa. Para evitarlo, su marido solía tratar de consolarla rodeándola con su brazo y se sentía herido cuando la mujer intentaba apartarlo. La versión de ella era que sentía que él le estaba diciendo: “venga, venga”, mientras intentaba acallar sus sentimientos en lugar de escuchar activamente sus preocupaciones y de darle la oportunidad de expresarse para que

la entendiera. Para ella, tener a alguien que *realmente escuchara* y que estuviera junto a ella en su angustia y que soportara esa angustia era lo reconfortante. ¡A veces, la gente llora cuando está enfadada y lo que quiere es que la escuchen, no que la consuelen!

Validación empática

Esto implica la experiencia de que otra mente/persona *entienda* nuestra mente –nuestros sentimientos, pensamientos y puntos de vista– y que los valide. De este modo, un terapeuta podría decirle a una mujer que está atravesando una situación de duelo: “El hecho de haber perdido a su marido debe haber sido una experiencia terrible para usted; esos sentimientos tienen mucho sentido porque...” La validación empática significa que: (1) Hemos entendido el punto de vista de la otra persona y hemos sintonizado con ella porque queremos conectar con nuestra psicología humana básica –la otra persona no es un extraterrestre incomprendible–; y (2) la validación significa que confirmamos su experiencia vivida como auténtica y como algo que forma parte de la condición humana y de la vida personal. De ese modo, la validación empática supone más que un simple reflejo (p. e., “te sientes triste o enfadado por tal cosa”); implica el reconocimiento de la reacción del cliente como una vivencia comprensible y válida (p. e., “Dado X o Y... es comprensible que te sientas Z...”). Hay que volver a señalar, sin embargo, que la validación empática comienza en nuestra propia experiencia en relación a cómo existimos nosotros en la mente de los demás. La *invalidación* podría ser: “Eso es neurótico; no tienes necesidad de sentirte de ese modo; no deberías sentirte así; estás siendo irracional, etc.” Pueden surgir muchos conflictos cuando la gente siente que los demás la están invalidando ya sea mediante su falta de interés o su falta de esfuerzo por entenderla u ocuparse de ella o que la están “patologizando” o intentan hacerla cambiar.

Mucha gente tiene una mezcla compleja de sentimientos que le puede resultar difícil de entender e, incluso, puede provocarle temor (Leahy, 2002,2005) y puede tratar de enfrentarse a esos sentimientos mediante la evitación, la negación, la disociación o sustituyendo un sentimiento por otro. La referencia social, el ser escuchado y la validación empática son experiencias importantes en referencia a “lo que hay en la mente del otro” que ayudan a que la persona se reconcilie con y entienda sus propios sentimientos. El terapeuta trabaja junto con el cliente en las “cuestiones básicas de los sentimientos” y lo ayuda a que sea consciente y aborde los recuerdos emocionales, necesidades no satisfechas o miedos básicos que podrían desembocar en el temor hacia los propios sentimientos (véase Gilbert & Leahy, 2007). También conviene sacar a la luz y anotar los distintos sentimientos complejos que puedan surgir en cualquiera de las experiencias.

Razonar

La CBT pone mucho énfasis en razonar y “probar las creencias”. Cuando nos sentimos amenazados, el foco de atención se centra sobre la amenaza y cambiamos al modo de pensamiento “mejor asegurarse que lamentarse” (Gilbert, 1998). Podemos sentirnos

confortados cuando somos capaces de establecer una cierta distancia y examinar nuestros pensamientos detalladamente para adoptar una perspectiva distinta. De niños, podemos aprender a razonar observando a los demás (p. e., padres y profesores), adoptando sus explicaciones, valores y estilo de razonamiento para alinearnos con sus valores y, mediante instrucciones directas, aprender cómo pensar acerca de esto o aquello. Los terapeutas CBT ayudan a la gente en este proceso de pensar y razonar frente a las emociones y miedos intensos. Así, el grado de cambio logrado podría referirse a la medida en que el terapeuta puede conseguir que la persona examine con mayor profundidad sus razonamientos, tome distancia, observe el toro desde la barrera y *experimente* con enfoques y conductas alternativos. Los procesos que nos ayudan a atenuar las amenazas o a enfrentarnos a ellas de otra manera pueden afectar al confortamiento y a la seguridad. Por lo tanto, razonar es, evidentemente, muy importante en relación a lo seguros o amenazados que nos sintamos en el mundo. Sin embargo, hay que tener presente que la gente necesita ser capaz de *sentirse* tranquilizada por sus pensamientos alternativos y que hay varias razones por las que esos sentimientos pueden resultar problemáticos.

Insight

Podemos sentirnos aliviados cuando llegamos a tener una intuición o insight sobre el modo en que funcionan y se relacionan las cosas. El insight se relaciona con nuestra capacidad de distanciarnos y reenfocar nuestros pensamientos –sin el insight de por qué esto es útil, tales esfuerzos podrían limitarse a “seguir el consejo del terapeuta”–. Pero la intuición es también un proceso vivencial emocional. En el budismo, por ejemplo, años de práctica meditativa pueden dar lugar al surgimiento de un *insight* (como vivencia directa) sobre las ilusiones del yo que permite que la gente encuentre la paz interior y la compasión.

Barruntamientos

Existen muchas evidencias de que las cavilaciones o barruntamientos pueden ser muy perjudiciales para la salud mental (véase “Las interacciones entre el nuevo y el viejo cerebro” en el punto 8). Esto, en términos CFT, ocurre, en parte, porque tales barruntamientos continúan (sobre)activando los sistemas de amenaza – autoprotección. De modo que todas las terapias (tales como el mindfulness) que ayudan a disminuir las cavilaciones redirigiendo la atención, pueden resultar beneficiosas. El reenfoque de la compasión puede ser especialmente eficaz para ayudar a que la gente cambie los ciclos de barruntamiento centrados en la amenaza.

Desensibilización

Elemento clave en muchos enfoques conductuales son los procedimientos de exposición y desensibilización. En algunos casos, para llegar a sentirse seguro se requiere que seamos capaces de experimentar los temores, tanto interna como externamente, de una forma

diferente. De este modo, en la CFT la capacidad de “permanecer con” y aprender a *tolerar* los sentimientos o las situaciones de temor puede ser importante para el confortamiento. Sin embargo, lo mismo que un niño puede utilizar a sus padres para aventurarse por esos territorios, también muchos clientes necesitan sentirse “acogidos y consolados” por el terapeuta durante el proceso. La incapacidad de confiar en los demás puede ser la razón principal por la que la gente se resiste a implicarse en estos procesos –porque sienten que no tienen un soporte seguro–. De hecho, un ingrediente esencial para el éxito de la terapia de conducta puede ser la forma en que el terapeuta anima, acoge y consuela las ansiedades de los clientes cuando estos se implican en distintas situaciones de exposición (Gilbert, 1989; Gilbert & Leahy, 2007). Si los terapeutas no consiguen proporcionar este apoyo, el cliente, sencillamente, puede abandonar.

Lo que está menos articulado en terapia de conducta es el reconocimiento de lo muy asustada que puede estar alguna gente en relación a una amplia gama de emociones y resultados positivos –especialmente los de afecto– y, por lo tanto, de la necesidad de desensibilizarla para que sea capaz de sentir y tolerar emociones positivas. Se ha pensado durante mucho tiempo que las emociones/acontecimientos positivos, son siempre positivos, por definición –pero no es ese el caso (véase el punto 29)–.

Desarrollar el valor

La CFT da una gran importancia al desarrollo del valor porque, muchas veces, le pedimos a la gente que se enfrente a cosas y que sienta cosas que resultan desagradables o atemorizadoras. Los que tengan recuerdos traumáticos van a necesitar aprender a enfrentarse a ellos y rescribirlos. Es más probable llegar a desarrollar el valor si tenemos una sensación de apoyo y de ánimo. El valor compasivo nos anima a tolerar los sentimientos más difíciles y a enfrentarnos a ellos. Tolerar la angustia, por lo tanto, consiste en desarrollar valor. De hecho, sin un mínimo de coraje, puede ser muy difícil poner en marcha la compasión (Gilbert, 2009a).

Resumen

Hay otros muchos procesos que pueden ayudar a ajustar los sistemas de amenaza y activar el confortamiento (p. e., mindfulness). Enseguida vamos a considerar algunas formas de atención compasiva, de pensamiento compasivo, de conducta compasiva, de motivación compasiva y de sentimientos compasivos como formas de equilibrar nuestros sistemas de motivación y regulación afectiva. La presencia plena y activa del terapeuta que se implica en lugar de actuar como un técnico distante, oculto tras los procedimientos o como alguien hiper-controlador, resulta esencial. La CFT, por lo tanto, no debe ser confundida con ser “amable” con la gente ni con ser “cariñoso” (Gilbert & Leahy, 2007).

La naturaleza de la compasión

La compasión se relaciona con varios rasgos tales como la calidez y la simpatía (véase el punto 7) y su desarrollo desde la infancia está fuertemente vinculado a las experiencias tempranas de afecto y de apego seguro (Gillath, Shaver & Mikulincer, 2005). La compasión se puede definir de muchas maneras (véase el punto 1). El Dalai Lama define la compasión como una sensibilidad hacia el sufrimiento del yo y de los demás junto con un *compromiso* profundo por tratar de aliviarlo. En el budismo Mahayana, la atención consciente (mindfulness) genera las condiciones para una mente serena y la compasión capaz de transformar la mente. Cada una actúa conjuntamente como las dos alas de un pájaro. Buda entendía el proceso transformativo de la compasión y reconocía que era necesario que entrenáramos nuestras mentes de diversas maneras. Él hablaba del óctuple camino para la compasión y la iluminación:

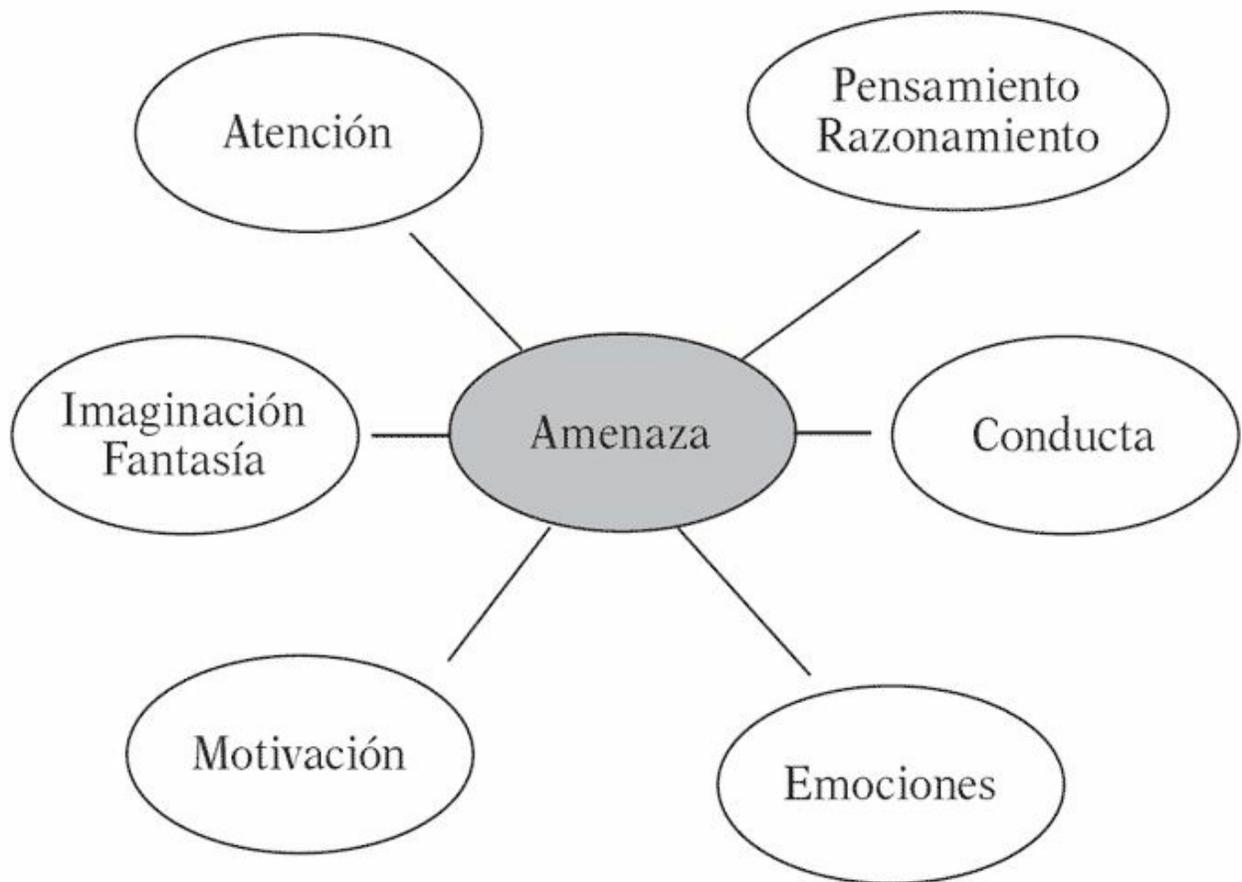
- *Visión correcta*: desarrollar una comprensión clara de las causas verdaderas del sufrimiento que está relacionado con los apegos y deseos.
- *Concentración correcta*: relacionada con el enfoque de la atención como, por ejemplo, en el mindfulness y la compasión.
- *Intención correcta*: Relacionada con la motivación para ser cuidadoso y compasivo.
- *Habla correcta*: relacionada con las relaciones interpersonales. Decir cosas amables en vez de cosas ofensivas.
- *Acción correcta*: relacionada con la conducta que procura curar en lugar de destruir.
- *Vida correcta*: relacionada con la elección de una carrera y la manera de comportarse en el trabajo.
- *Esfuerzos correctos*: relacionado con la necesidad de practicar con esfuerzo/dedicación.
- *Mindfulness correcto*: relacionado con prestar atención “en el presente” de una forma compasiva.

Mente amenazante frente a mente compasiva

Podríamos considerar de qué manera, si nuestro sistema de amenaza-protección está activo de tal modo que tengamos una “mente amenazante”, esto va a influir en nuestros sentimientos y motivos, en las cosas a las que prestamos atención, en aquello que pensamos, en nuestra manera de pensar y en nuestra conducta. El tipo de imágenes y fantasías que surgen en nuestra cabeza, así como nuestros ensueños diurnos, pueden referirse también a temas de amenaza. De manera que cuando estamos en el modo de “mente amenazante”, todos esos elementos van a ser muy distintos de cuando estamos intentando generar una mente compasiva (véase la figura 9 –que puedes dibujarle a tus clientes–).

Figura 9. Comparación entre las mentalidades de amenaza y de compasión.

Reproducido con permiso de Gilbert, P. (2009b) *Overcoming Depression*, 3rd edn.
Londres: Constable & Robinson and New York: Basic Books.





Por el contrario, una mente compasiva puede organizar nuestra mente de manera distinta. Así, la atención compasiva, el pensamiento compasivo, la conducta compasiva, los sentimientos compasivos, los motivos compasivos y la imaginación y fantasía compasivas son muy distintos de los que están centrados en la amenaza. Ayudar a los clientes a entender esta distinción entre la mente amenazante y la mente compasiva de esta manera, relativamente sencilla, puede resultarles de gran ayuda. Parte del trabajo que tenemos por delante consiste en ayudar a la gente a que reconozca cuando se está pasando al modo de mente amenazante y está barruntando en ese modo mental. De manera que debes enseñarles a prestar atención a cualquier cambio en el enfoque emocional, a sus sensaciones corporales, a sus pensamientos e impulsos y, luego, a que se esfuercen intencionadamente en reconducir y activar la mente compasiva. Naturalmente, existe una amplia gama de intervenciones derivadas de la CBT, ACT y DBT que pueden resultar eficaces para lograrlo.

Recuerda, también, que estos estados mentales no son meramente reactivos. A veces, puede que nos despertemos por la mañana con un cierto patrón de amenaza, sintiéndonos ligeramente ansiosos, irritables, hartos, cansados o deprimidos. Estos diversos estados mentales se relacionan claramente con los distintos sistemas de nuestro cerebro. Si hemos estado estresados recientemente o hemos sufrido reveses y pérdidas, el umbral para cambiar a la

mente amenazante puede haber descendido significativamente y, por eso, nos sentimos molestos por nimiedades. Una vez más, conviene explicarle esto a la gente como una consecuencia natural y normal del estrés; pero, también, que uno tiene que estar alerta y practicar el enfoque en la compasión, en vez de dejarse ir.

Una perspectiva más elaborada

La CFT se basa en un enfoque evolutivo y neurocientífico que considera nuestra capacidad de compasión como el resultado de la evolución a partir de nuestra capacidad de conducta de *altruismo y cuidado* (Gilbert, 1989, 2005a). El altruismo hace posible el deseo de ayudar a los demás a que consigan sus metas y a mitigar su sufrimiento. Los niños desde una edad tan temprana como entre 14 y 18 meses manifiestan un interés innato en ayudar a los otros a que consigan sus objetivos –independientemente de posibles recompensas (Warneken & Tomasello, 2009). En cuanto al cuidado, la CFT se apoya en el modelo de nutrición de Fogel, Melson y Mistry (1986) (Gilbert, 1989). Ellos definían los elementos esenciales del cuidado-nutrición como: “... proporcionar guía, protección y cuidados con el propósito de favorecer un desarrollo congruente con el esperable potencial de cambio de quien es objeto de los cuidados” (p. 55). También sugerían que la nutrición implica *conciencia* de las necesidades del que es nutrido, *motivación* para nutrir, *expresión* de sentimientos nutricios, *comprensión* de lo que se necesita para ser nutrido y capacidad para relacionar la nutrición con el *feedback* procedente del efecto que tiene sobre el otro. La nutrición, entonces, tiene que ser llevada a cabo con habilidad. Gilbert (2000a) sostenía que estos aspectos tanto pueden ser dirigidos hacia uno mismo como hacia objetivos externos. La nutrición es un aspecto esencial de la compasión y cualquier problema en alguna de esas habilidades puede interferir con la compasión en las relaciones –incluyendo la relación terapéutica–. De modo que la compasión puede implicar una gama de sentimientos, pensamientos y conductas como las enfocadas hacia la nutrición, el cuidar de, proteger, rescatar, enseñar, guiar, aconsejar, consolar, y ofrecer sentimientos de aceptación y pertenencia –*en beneficio de quien es cuidado* (Gilbert, 1989, 2007a, 2007b)–.

Estas intervenciones requieren otras muchas competencias y atributos *interdependientes*. Para ilustrar esas interdependencias se pueden representar como dos círculos interactivos, llamados los *círculos de la compasión* (Gilbert, 2005a, 2009a). Estos elementos interconectados se potencian mutuamente. Todos ellos están infundidos de una calidez básica (en lugar de, digamos, un frío distanciamiento).

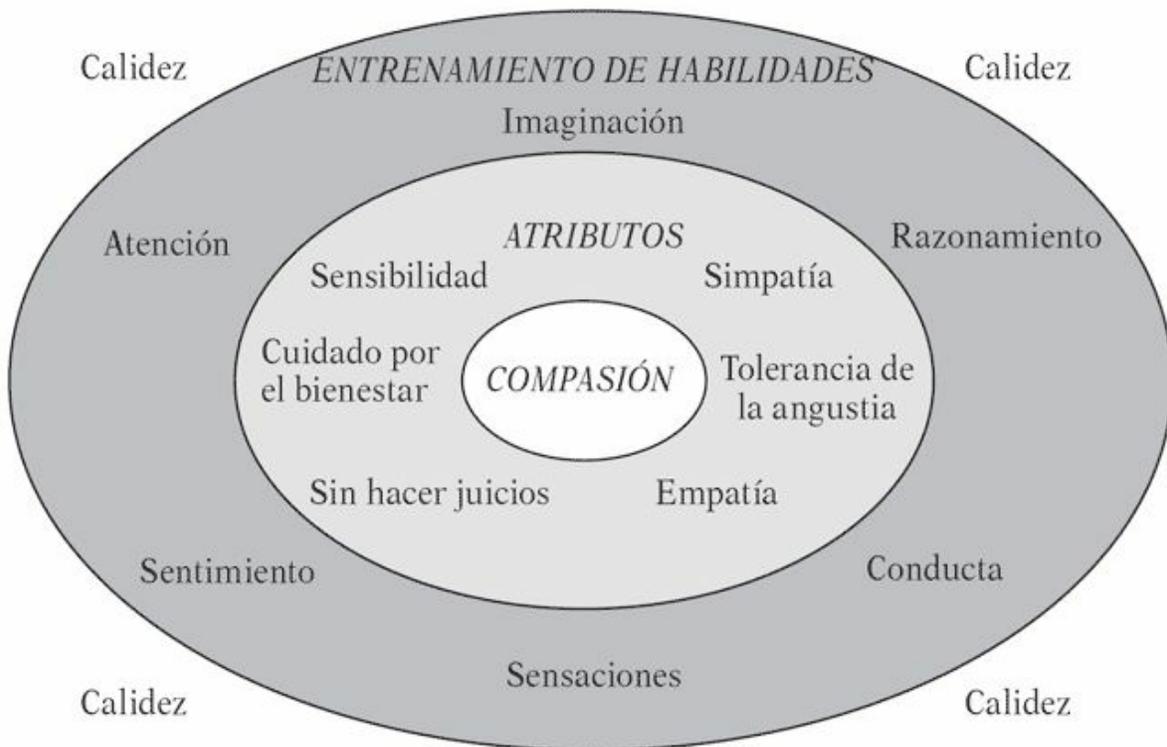
De este modo, podemos distinguir un círculo interior de *atributos* – el “qué” de la compasión– y un círculo exterior de *habilidades*. El círculo exterior contiene los “cómo” del círculo interior. Por lo tanto, podemos aprender a dirigir nuestra atención compasivamente, a pensar y razonar compasivamente, a sentir compasivamente, a comportarnos compasivamente y a generar imágenes compasivamente; podemos trabajar para crear un sentido corporal de compasión. Los dos elementos combinados –atributos y habilidades– constituyen la mente

compasiva.

La mente compasiva es algo que nosotros podemos decidir desarrollar en nuestras relaciones con otras personas, centrando nuestra atención, pensamientos y conducta de un modo compasivo. También es importante desarrollar la mente compasiva en la relación que mantenemos con nosotros mismos. Cuando entrenamos nuestra mente para la compasión, eso se llama *entrenamiento compasivo de la mente* (ECM). En la figura 10 se muestran los aspectos esenciales y los atributos de la compasión (círculo interior) y los procesos para desarrollarlos (círculo externo).

Figura 10. Entrenamiento compasivo de la mente (ECM) multimodal.

Reproducido con permiso de Gilbert P. (2009a). *The Compassionate Mind*. Londres: Constable & Robinson and Oakland, CA: New Harbinger



No disponemos de espacio para una descripción detallada de todos estos atributos y habilidades (para un estudio más detallado, véase Gilbert, 2009a, pp. 194-210). Sin embargo, en la tabla 3 se ofrece un rápido esbozo.

Muchas intervenciones CFT utilizan técnicas propias de la CBT relacionadas con: cadenas de inferencias, creación de alternativas, examen de las evidencias, desarrollo de la aceptación, práctica de exposición graduada con experimentos de conducta y ayuda para la reducción de conductas de seguridad –por citar sólo algunas–. Todas ellas son habilidades importantes que no son exclusivas de la CFT; lo que es propio de la CFT es el contenido y la forma en que se

aplican.

Tabla 3. Los atributos y habilidades compasivos se utilizan para contrarrestar los sentimientos, estilos de pensamiento y de conducta que emergen cuando estamos enfadados, ansiosos, deprimidos o angustiados

<i>Atributos compasivos</i>	<i>Habilidades compasivas</i>
1. Desarrollar la motivación para ser cuidadoso respecto a sí mismo y a los demás –reducir el sufrimiento y desarrollarnos–. La “intencionalidad” y el reconocimiento del valor del esfuerzo para desarrollar la compasión es crucial y, por lo general, precede a los “sentimientos” de compasión	1. Aprender a centrar la atención intencionadamente en cosas que resultan útiles y que proporcionan una perspectiva equilibrada. Esto se refiere a “consciencia mindfulness” y al desarrollo de la atención consciente – utilizando nuestra atención para traer a la mente imágenes compasivas y/o un sentido del yo. Sin embargo, esto no debe constituir una táctica de evitación.
2. Desarrollar la sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades del yo y de los demás (que no es lo mismo que ser, sencillamente, consciente de la vulnerabilidad, los miedos o las preocupaciones)	2. Aprender a pensar y a razonar objetivamente, buscando la evidencia y aportando una perspectiva equilibrada. Observar, anotar y reflexionar sobre el estilo de pensamiento y de razonamiento.
3. Desarrollar la simpatía, emocionarse y sintonizar con los sentimientos de uno mismo y de los demás (en contraste con estar disociado, enfadado o atemorizado por nuestros sentimientos). También significa ser más sensible hacia las necesidades de crecimiento (p. e., necesidad de ayuda o de tomarse un tiempo)	3. Aprender a planificar y a implicarse en conductas que sirvan para aliviar la angustia y para hacernos avanzar (a nosotros y a los demás) hacia nuestros (o sus) objetivos vitales –a desarrollarnos–.
4. Desarrollar la capacidad de tolerar más que de evitar los sentimientos, recuerdos o situaciones difíciles (incluyendo las emociones positivas).	4. La conducta compasiva, por lo general, requiere valor y emprender la acción.
5. Desarrollar la intuición y la comprensión sobre el funcionamiento de la mente (la propia y la de los demás): por qué sentimos lo que sentimos.	
6. Desarrollar una orientación aceptante, sin condena y sin sumisión hacia nosotros mismos y hacia los demás.	

Adaptado de Gilbert, P. (2009a). *The Compassionate Mind*. Londres: Constable & Robinson and Oaklands, CA: New Harbinger.

Un ejemplo

Imaginemos que alguien ha tenido un contratiempo, como fracasar en una entrevista de trabajo o que ha ganado algo de peso. Esa persona se va a sentir mal y va a ser crítica consigo misma. Veamos algunos procedimientos que podríamos utilizar. Podemos ayudar a los clientes a:

1. Validar el estrés que se deriva de su rechazo para el puesto de trabajo o del problema de sobrepeso. Ayudar a los clientes a que sean sensibles con su angustia (pero no autocompasivos), que la validen y sean empáticos antes de intentar trabajar con el problema. Eso puede ser muy importante porque muchos van a intentar ignorarlo, minimizarlo, decirse a sí mismos que hay que esforzarse o, incluso, enfadarse porque no están haciendo frente al problema ni se están mentalizando.
2. Aprender tolerancia emocional y aceptación sin evitación ni “luchar con uno mismo para intentar conseguir el control”. Explorar el valor de la atención consciente.
3. Reconocer que la autocrítica es comprensible pero inútil, viendo *detrás* de la crítica *el miedo y la tristeza*. Y, luego, desarrollar la compasión hacia tales realidades.
4. Prepararse para habérselas con la angustia interior o la autocrítica con un ritmo respiratorio suave (aunque sólo sea durante unos segundos. Véase el punto 17).
5. Reenfocar la atención sobre lo que podría ser útil y suponer un apoyo en esa situación, por ejemplo, traer a la memoria el recuerdo de éxitos anteriores, el del apoyo de otra gente o el yo compasivo (véase el punto 21) o de imágenes compasivas (punto 26). Ayudar al cliente a que piense por sí mismo qué podría ser útil esperar encontrar en este punto.
6. Imaginar al yo compasivo resolviendo este asunto (p. e., el rechazo o el problema de sobrepeso)
7. Reconocer los barruntamientos (autocríticos) como algo no deseable y como un proceso normal pero reconocer el valor de reenfocar en (digamos) convertirse en un yo compasivo (véase el punto 21)
8. Imaginar al yo compasivo mostrando compasión por la propia autocrítica y los miedos y tristezas que, generalmente, forman parte de la autocrítica (véase el punto 23). Pedir al cliente que se introduzca en sus cavilaciones por un momento y, luego, que haga el ejercicio de “convertirse en un yo compasivo” y pedirle que note los cambios.

9. Explorar cómo debería hablar a un amigo –pero centrarse en hacer que *sienta* lo que está diciendo en lugar de atender sólo al contenido –de hecho, aquí, el contenido tiene menos importancia que los motivos y sentimientos–. Por lo tanto, una vez más, convertirse en un yo compasivo podría constituir la mejor posición para explorar todo esto.
10. Utilizar diversos conceptos cognitivos y compasivos, tales como reconocer que uno no está solo con estas dificultades (humanidad que todos compartimos), abrirse al reconocimiento de que el sufrimiento forma parte de la condición humana, despersonalizar, reconocer y contrarrestar el pensamiento de “blanco o negro”, reconocer y contrarrestar las sobre-generalizaciones –aunque validando la comprensible tendencia a pensar de ese modo cuando uno se siente amenazado y angustiado–. Sin embargo, en cada caso, dar bastante espacio y tiempo para que la persona *sienta* el beneficio de estas cogniciones de “contraataque”; habría que practicar tales contraargumentaciones con una voz *interna* “*amable*”.
11. Tratar la autocrítica a través del trabajo compasivo con las sillas (véase el punto 21).
12. Escribir una carta compasiva (véase el punto 27)
13. Determinar cuáles pueden ser las conductas y acciones que pueden proporcionar un mejor apoyo a corto y a largo plazo.
14. Reenfocar la utilización de imágenes compasivas. Imaginarse a sí mismo en un diálogo o interacción con una imagen compasiva.

Estas son sólo algunas ideas. A continuación, vamos a explorar unas cuantas con mayor detalle.

Refinar los atributos de la compasión

Cuando cambiamos a un enfoque e imaginación compasivos, nos centramos en cuatro cualidades clave de la imagen: “*sabiduría, fortaleza, calidez/amabilidad y actitud sin juicios ni condenas*”; así, las definiciones están en orden y se pueden compartir con el cliente. Sin embargo, también nos vamos a centrar mucho en los temas del círculo interior para que la gente pueda desarrollar y sentir motivos relacionados con el cuidado y pueda ser tolerante con la angustia, etc.

Sabiduría

Compasión y sabiduría están estrechamente relacionadas y se nutren recíprocamente (Cozolino, 2008). La investigación sobre sabiduría pone de manifiesto que está asociada con un amplio abanico de beneficios de salud mental, madurez y comportamiento pro social (p. e., véase Ardelt, 2003). Ardelt sugería que la sabiduría es un concepto con múltiples facetas, relacionado con componentes cognitivos, reflexivos y afectivos, que implica, en primer lugar,

una *motivación* para entender, “saber y aprender” con apertura hacia lo novedoso; buscar el conocimiento en vez de apoyarse en la tradición o la superstición. En segundo lugar, una capacidad de *reflexionar* sobre la condición humana y la naturaleza humana y asumir las complejidades y paradojas (p. e., la muerte, la decadencia y el sufrimiento). Para el budismo, es ver a través de las ilusiones del yo, para la psicología evolutiva es reconocer cómo estamos constituidos (fuera de nuestra elección) y que “todos, sencillamente, nos encontramos aquí” (véase el punto 8). En tercer lugar, el *razonamiento juicioso* nos permite considerar las situaciones desde diferentes puntos de vista (como en CBT); desarrollar una mente tranquila (como en mindfulness) y minimizar la proyección y el razonamiento emocional; se trata de no juzgar ni condenar. Sabiduría es el modo en que aprendemos de la experiencia. En cuarto lugar, las *emociones* que apoyan la sabiduría se basan en la compasión y el cuidado para aliviar el sufrimiento y favorecer la prosperidad del yo y de los demás. La sabiduría es algo que emerge del ciclo de la vida a través de la experiencia. La psicoterapia, por lo tanto, puede consistir en apoyar a la gente en su búsqueda de la sabiduría –y, al final, es la sabiduría lo que la ayuda–. La mente sabia es un punto esencial en DBT (Linehan, 1993). Es importante advertir aquí cuántas de esas cualidades dependen, en primer lugar, de la capacidad de mentalizar los propios estados mentales (Bateman & Fonagy, 2006) y, de ese modo, el desarrollo de la capacidad de mentalización debe apoyar la sabiduría; indicando, una vez más, cómo se solapan muchas de estas áreas.

Mientras que existen caminos hacia la sabiduría, también está la sabiduría como tal. La sabiduría viene de la intuición, el conocimiento y la comprensión. La sabiduría transforma la mente.

Sabiduría intuitiva

La CFT utiliza el concepto de sabiduría intuitiva para ayudar a la gente a que conecte con su entendimiento interno y valide sus sentimientos. Por ejemplo, por lo general, la gente entiende el modelo de los tres círculos y nosotros sugerimos que eso se debe a que tienen una “sabiduría intuitiva”. Una cliente que procedía de un entorno abusivo pero que trabajó con un terapeuta que sólo quería considerar el aquí y ahora, abandonó la terapia. Algún tiempo después vino a verme. Claramente, ella necesitaba (y quería) trabajar con sus orígenes. Y a esto es a lo que me refiero como “sabiduría intuitiva”: ella sabía lo que necesitaba. Cuando sea posible, pregúntale a tu cliente: “¿Qué te está diciendo tu sabiduría interna respecto a este tema?” Esa es la base de la colaboración. El lenguaje y el centro de atención de nuestro enfoque son importantes. ¡Por supuesto, a veces, la sabiduría intuitiva no es tan sabia!

Fortaleza

Uno de los equívocos más frecuentes respecto a la compasión es que la gente la considera como algo débil o blando. Sin embargo, como señalaba Sharon Salzberg (1995):

La compasión no es débil en absoluto. Es la fuerza que surge de la contemplación del sufrimiento en el mundo. La compasión nos permite soportar sin miedo el ser testigos de ese sufrimiento, tanto si tiene lugar en nosotros mismos como en los demás; nos permite señalar la injusticia sin dudarlo y actuar con fuerza, con todas las capacidades de que disponemos. Desarrollar este estado mental de compasión, el segundo de los brahma-viharas⁶ es aprender a vivir como lo indicó Buda: con simpatía por todos los seres vivos, sin excepción.

(p. 103)

Hay algo de idealismo en todo esto (p. e., la clave no está en actuar “sin miedo” sino en la capacidad de tolerarlo) pero el lector podrá captar el meollo de la cuestión. La autora continúa destacando que más difícil que reconocer el dolor es abrirse a él y trabajar con él –un sentimiento compartido por enfoques como el de la ACT (Wilson, 2009). La cuestión clave es la capacidad de “sobrellevar” los sentimientos dolorosos y ésta está relacionada con el valor (Gilbert, 2009a). La fortaleza también se relaciona con el concepto de autoridad –como apuntaremos más adelante, cuando nos ocupemos de los ejercicios de compasión–.

Calidez y actitud libre de juicios

Hablamos sobre la calidez en el punto 7. Actitud libre de juicios significa no condenar, junto con los problemas concomitantes de “forzar” el cambio, intentar librarse de las cosas o destruirlas. Evidentemente, la gente compasiva *quiere* un mundo compasivo y justo. Como bien se expresa en REBT, existe una diferencia importante entre una preferencia y una necesidad (Dryden, 2009).

Componentes múltiples

La gente puede manifestar diferentes componentes de la compasión; algunas personas pueden ser amables pero no sabias; otras pueden ser generosas o gentiles, pero no valerosas. La persona valiente que se lanza a salvar a un niño de las llamas puede que no sea de lo más amable ni gentil; la preocupación por la justicia/imparcialidad puede entrar en conflicto con la preocupación por ser cuidadoso (Gilbert, 2005a). La gente puede ser amable con los demás pero no consigo misma; o puede ser amable con los amigos pero despiadada con los enemigos. De manera que es importante reconocer que la compasión es algo complejo, que sus variadas texturas requieren mucha más investigación. En terapia es importante *articular las fortalezas compasivas que pueda poseer ya la persona y apoyarse sobre ellas*.

⁶ . En el budismo, los cuatro brahma-viharas se consideran como las emociones más elevadas que no tienen un carácter momentáneo sino que son perdurables. Estas “emociones divinas” son: Metta (amabilidad amorosa), Karuna (compasión), Mudita (alegría compartida con los demás) y Upekkha (ecuanimidad) (N. del T.)

Preparar y entrenar la propia mente: Mindfulness y ritmo respiratorio suave

En el transcurso de los últimos 100 años, más o menos, se ha desarrollado un interés creciente en relación a una variedad de tradiciones espirituales y de prácticas de entrenamiento mental que se originaron en sociedades no occidentales. Entre dichas prácticas, ha habido un gran interés por una amplia variedad de artes marciales (judo y karate), los enfoques centrados en el movimiento (p. e., yoga, chi gong, tai chi) y diversas formas de budismo (p. e., Theravada, Mahayana y Zen). Aunque hay diferentes escuelas asociadas con las distintas tradiciones y prácticas, un nexo común a todas ellas es el *entrenamiento de la mente* –y, sobre todo, de la atención–. Todas estas tradiciones establecen una distinción ente experiencia y “experiencia de la experiencia”, ente conciencia y “conciencia de la conciencia”. Así, por ejemplo, yo puedo padecer ansiedad. Puedo pensar en mi ansiedad, permitir que mis pensamientos y mi atención sean controlados por mi ansiedad, o bien puedo observar mi ansiedad, elegir permanecer con ella, aceptarla, pero no actuar en función de ella. Puedo prestar atención a mi respiración y centrar mi atención “mediante una elección consciente”.

Estimulado por el enfoque Teravada (del sur de Asia) sobre entrenamiento de la mente, *mindfulness* (que procede del antiguo vocablo hindú pali *Sati* –que significa conciencia, atención y recuerdo) y el trabajo de Jon Kabat-Zinn (2005), los últimos 20 años han sido testigo del gran esfuerzo que se ha llevado a cabo para incorporar el entrenamiento en mindfulness a la psicoterapia (Crane, 2009; Didonna, 2009; Hayes et al., 2004, Segal et al., 2002), en la relación terapéutica (Katzow & Safran, 2007; Siegel, 2010; Wilson, 2009) y en la auto-ayuda (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007). Mindfulness enseña a la gente a prestar atención a su mundo interior y exterior con curiosidad, amabilidad y sin juicios. Sin juicios, en realidad, significa sin críticas y sin condenas –no significa que no se tengan preferencias–. Por ejemplo, el Dalai Lama hubiera preferido que el mundo fuera un lugar mucho más espiritual, la gente consciente *prefiere* una sociedad más justa. Con frecuencia, nosotros también necesitamos *recordar* ser más conscientes.

Lo que resulta esencial en mindfulness es centrar la atención en observar y estar “plenamente presentes”. Así, por ejemplo, mientras vamos conduciendo, podemos dirigirnos a casa pero sin recordar realmente demasiado del viaje porque nuestra mente estaba pensando en el trabajo o en el último fin de semana. Estar plenamente presente significaría ser totalmente consciente del acto de conducir en cada momento. Mindfulness enseña a la gente a ser consciente de que posee una mente observadora que se puede centrar sobre la atención. Así, por ejemplo, llevar a cabo acciones con conciencia plena (mindfulness) significa prestar atención, en el momento presente, de una forma observante, despierta y abierta. Comer una manzana con plena conciencia significa prestar atención a las características visuales y de

textura, al sabor y al acto de deglutir.

El monje tibetano Matthieu Ricard (2003; comunicación personal, 2008) emplea analogías para ayudar a distinguir los contenidos de la mente frente a la atención consciente. Él nos hace observar: un espejo puede reflejar muchas cosas pero el espejo no es las cosas que refleja. Una antorcha puede brillar sobre muchos objetos y poner de manifiesto muchos colores pero su luz no es el objeto iluminado; el agua puede contener un veneno o una medicina pero el agua no es el veneno ni la medicina. Estas analogías están pensadas para ayudarnos a diferenciar los contenidos de nuestra mente y el proceso de consciencia plena de esos contenidos. Hacerse más consciente de esa distinción y “permanecer” en esa consciencia plena sin juicios es la clave de mindfulness.

Mindfulness puede ayudarnos cuando intentamos evitar pensar y sentir sobre determinadas cosas –lo que se llama evitación vivencial (Hayes et al., 2004; Wilson, 2009)–. La evitación de los sentimientos puede adoptar muchas formas. Por ejemplo, la gente que tiene miedo de la intimidad o que intenta evitar la ansiedad social asociada a situaciones de proximidad, puede evitar oportunidades de relacionarse y condenarse a la soledad. Para evitar sentimientos de vergüenza, vacío, ansiedad, rabia o depresión, la gente puede recurrir a la bebida o a las drogas, a actividades imprudentes o a comer en exceso. La CFT ayuda a la gente a que aprenda a estar “con los sentimientos”; desensibilizándolos conscientemente, tolerándolos (si es que resulta apropiado) y aprendiendo a aceptarlos. Aceptación no significa que todo valga. Si uno aproxima su mano al fuego, una buena idea consistirá en retirarla antes de que los tejidos resulten dañados. Si uno se encuentra en una relación abusiva, dejarla será una idea mejor que aceptarla. De manera que la aceptación tiene que estar basada en la prudencia (Wilson, 2009; Linehan, 1993). En psicoterapia, la aceptación y la tolerancia de los sentimientos dolorosos viene facilitada por la comprensión empática compasiva y la validación por parte del terapeuta (Wilson, 2009; Leahy, 2005; Linehan, 1993).

La atención consciente (mindfulness) puede ser un mecanismo que ayude al proceso de mentalización, a la capacidad de distanciarse, tranquilizarse y reflexionar sobre el estado mental de uno mismo y de los demás (véase el punto 4).

La atención consciente ayuda también a darse cuenta de los ciclos de barruntamiento y a romperlos, porque nos permite hacernos más conscientes de nuestra mente barruntadora y de los efectos nocivos que puede tener. Este es un punto importante a tener en cuenta ya que las investigaciones apuntan hacia el hecho de que las cavilaciones pueden favorecer el comienzo y el mantenimiento de una variedad de trastornos (véase en el punto 8 “*Las interacciones entre el nuevo y el viejo cerebro*”).

Desde un punto de vista evolutivo, mindfulness se opone a un tema referente a la auto-consciencia: nuestro sentido de una auto-identidad y auto-evaluación separadas. El psicólogo social Mark Leary (2003) escribió un libro titulado *The Curse of the Self* (la maldición del yo), en el que ponía de manifiesto que aunque nuestro sentido de ser un “yo” tiene muchas ventajas, también presenta numerosas desventajas. La auto-consciencia y la auto-evaluación

pueden servir de soporte al orgullo y la vergüenza así como a una amplia gama de conductas de defensa perjudiciales cuando intentamos proteger nuestro sentido del yo y nuestra propia identidad. La práctica mindfulness puede ayudarnos a empezar a experimentar el sentido del yo y su identidad individual de manera diferente –pero este tema va más allá del objetivo de este libro–.

La atención consciente (mindfulness) no sólo nos ayuda a enfrentarnos con algunos de los aspectos más problemáticos de nuestra mente sino que también nos puede ayudar a valorar más el punto en el que nos encontramos; aprendemos a saborear la belleza de las nubes, el amanecer o el atardecer; a disfrutar los placeres sencillos como el gusto de la comida; a apreciar la maravilla de una flor. Estos placeres podrían pasársenos por alto fácilmente porque no estamos presentes en el momento; nuestra mente está pensando en otras muchas cosas.

Mente errante

Como señalábamos en el ejemplo de conducir el coche, nuestra mente puede estar en cualquier parte excepto en el lugar en el que estamos; se puede centrar en preocupaciones, planificar proyectos y actividades de futuro, anticipar discusiones y planificar contraargumentaciones, desear ardientemente unas vacaciones, soñar despierta o barruntar y demás. Estos procesos mentales tienen una serie de efectos en nuestro cuerpo y en nuestro estado mental. La atención consciente nos ayuda a hacernos conscientes de ellos.

Resulta especialmente adecuado explicarle a la gente el concepto de mindfulness para ayudarla a que se enfrente con aquello que interfiere con determinadas prácticas, especialmente con lo que se relaciona con experimentos de conducta e imaginación. Tales prácticas suelen resultarle difíciles a la gente porque nuestra mente divaga por todas partes, especialmente si estamos agitados, preocupados o ansiosos. Por eso es importante y beneficioso enseñarle a la gente que es natural y normal que su mente divague. De hecho, investigaciones recientes sugieren que la mente errante, saltando de una a otra idea, de una escena a otra y de uno a otro tema, en realidad, podría ser la fuente de la creatividad y de la originalidad. De manera que podemos encuadrar positivamente a la mente errante en términos de poseer una mente creativa en lugar de verla como un problema.

Mindfulness nos enseña a ser conscientes de la mente cuando divaga y a devolverla amable y delicadamente a la tarea, sin hacer juicios ni críticas. Este “darse cuenta y volver, darse cuenta y volver” es uno de los elementos clave de la atención consciente. Aprendemos a prestar atención a la forma en que nuestra mente genera pensamientos y sentimientos. El terapeuta, una y otra vez, tranquiliza a la persona respecto a que la mente errante *no es ningún problema* porque el punto clave de la atención consciente (mindfulness) es, sencillamente, ser consciente, prestar atención y recordar darse cuenta y centrar la propia atención. La gente se desanima cuando observa *lo mucho* que divaga su mente y lo difícil que resulta centrarse en la tarea. Sin embargo, el terapeuta le explica que el hecho de que se dé cuenta de cuánto divaga su mente, no es un indicador de que no pueden hacerlo sino de que, *realmente lo están haciendo*.

Y eso es mindfulness –darse cuenta y recuperar la atención– no se trata de vaciar la mente de pensamientos, lo que constituye un malentendido muy corriente.

La atención consciente no sólo es útil por derecho propio (en algunas terapias constituye la clave de la terapia; Crane, 2009; Segal et al., 2002) sino que es una parte importante de muchos ejercicios centrados en la compasión. Por ejemplo, el pensamiento, la conducta y la imaginación compasivos se pueden activar y llevar a cabo conscientemente.

Suavizar el ritmo respiratorio

Para un uso adecuado de nuestra mente el Dalai Lama suele señalar la necesidad de que cultivemos una “mente tranquila”. En las artes marciales el objetivo se centra en aprender a situarse en el presente y luchar o defenderse desde un punto de quietud más que de rabia, de terror o de deseo de humillar y hacer daño. Se trata, desde luego, de ideales hacia los cuales hay que tender pero se reconoce la importancia de enseñar a la gente prácticas para que trabaje con la activación corporal. Una de tales prácticas en CFT se llama “suavizar el ritmo respiratorio”. Se puede encontrar toda la información para el ejercicio en el libro *The Compassionate Mind* (Gilbert, 2009a, páginas 224-228). Puedes realizar tus propias grabaciones o CD para entregar a la gente. También se pueden encontrar otros ejercicios centrados en la compasión en mi CD (Gilbert, 2007d).

Sentado cómodamente, en una postura erguida, con los pies bien apoyados en el suelo, se le pide a la gente que respire un poco más profundamente de lo habitual y que observe o sea consciente del ritmo de su respiración, lo que la ayudará a *pausarse* un poco más. En algunos ejercicios de respiración se les pide a los participantes que cuenten las respiraciones pero en la tranquilización del ritmo respiratorio, nosotros les sugerimos que presten atención a este proceso de enlentecimiento y que se hagan sensibles a la relación entre los sentimientos corporales y la respiración. Si quieres que tus clientes hagan la prueba, pídeles que respiren rápido y que observen los cambios que tienen lugar en su cuerpo y, luego, vuelve otra vez a indicarles que aflojen su ritmo respiratorio.

Se puede combinar la tranquilización de la respiración con diversos ejercicios de relajación y de comprobación corporal. Sin embargo, en CFT consideramos la tensión como parte del sistema de protección; la tensión se desarrolló para protegernos y prepararnos para la acción. De manera que la recomendación es que la tensión es algo a dejar atrás “con el debido agradecimiento”. En otras palabras, no se debe considerar a la “tensión” como algo malo, de lo que haya que librarse porque genera un estado mental negativo. Más bien, hay que darle las gracias a la tensión pero, en este momento, no la necesitamos y podemos dejarla que se vaya.

A algunas personas la tranquilización del ritmo respiratorio les resulta alarmante y, por lo tanto, se sugiere llevar a cabo una desensibilización lenta. En cierta ocasión, trabajando con un grupo de personas con trastornos mentales crónicos, algunos no querían hacer ningún ejercicio respiratorio al principio. Tras una puesta en común de grupo, decidimos que podíamos hacer prácticas de atención consciente utilizando pelotas de tenis (Gilber & Procter,

2006), lo que dio lugar a algunos comentarios graciosos por parte de los clientes (“¡Agárrate las pelotas y sé consciente!”). Pero, al final de la terapia, todos habían cogido el tranquillo de suavizar el ritmo respiratorio.

Es importante prestar atención a los procesos fisiológicos y corporales (Ogden et al., 2006). Situar este trabajo en el contexto del modelo de los tres círculos puede ayudar a que la gente se vuelva más creativa una vez que se hace consciente de que está tratando de hacer “algo por su cerebro”.

Practicar cuando resulte cómodo

Los terapeutas de conducta están familiarizados con el concepto de tareas graduadas y exposición gradual. Lo mismo se aplica a los ejercicios de este libro. Sin embargo, es necesario explicarle a la gente que debería practicar *cuando le resulte cómodo* –¡Cuando se sientan bien!–. Por ejemplo, si uno quiere aprender a nadar, una buena idea consistirá en practicar en el lado menos profundo de la piscina y con agua templada y agradable. No es una buena idea empezar a aprender si uno se ha caído por la borda durante una tormenta. Uno debe empezar a hacer prácticas de conducción en calles apartadas o en aparcamientos solitarios, no en plena autopista; no se debe intentar correr un maratón el primer día que uno empieza su entrenamiento físico. Este tipo de analogías ayuda a la gente a reconocer que algunas de las técnicas no le van a dar resultado cuando peor se encuentra, aunque sea en ese momento cuando más las necesita. Pero eso es por una razón lógica: no han desarrollado las habilidades (o, tal vez, los sistemas cerebrales) necesarias. Cuanto más se practique sintiéndose *bien* y, luego, haciéndolo, gradualmente, en momentos más difíciles, más probable es que la práctica dé resultado. De manera que, como terapeuta, habrá que ayudar a la gente a que considere cuál es el momento *más cómodo* para empezar a practicar, establecer una práctica habitual para los ejercicios que siguen y, luego, gradualmente, ponerlos en práctica en situaciones más difíciles.

Como ocurre con la atención consciente (mindfulness), todo dependerá de acordarse de poner en práctica las propias habilidades “en el momento presente”. De modo que, por ejemplo, cuando se haya practicado el pensamiento compasivo, es importante recordarlo y cambiar a ese modo de pensar cuando se esté angustiado o en un conflicto. Es el momento de acordarse de hacer unas cuantas inspiraciones y centrarse en el yo compasivo o en imágenes compasivas (véase más adelante).

Introducción de imágenes

Como hemos indicado anteriormente, la CFT se fundamenta sobre un modelo de neurociencia claramente evolutivo que se comparte con el cliente. Este modelo pretende “despatologizar” y eliminar la vergüenza poniendo de manifiesto que nuestros problemas son debidos al diseño cerebral así como a dificultades tanto de tipo histórico como a las actuales, de carácter contextual y social. Ayudar a la gente a que comprenda con mayor profundidad la razón por la cual sus problemas “no son por su culpa”, en un sentido acusatorio ni vergonzante y, al mismo tiempo, a que reconozca la importancia de “asumir la responsabilidad” es la clave de la CFT. Hemos dedicado tiempo también a considerar los círculos de la compasión y, en particular, la importancia de la atención compasiva, del pensamiento compasivo, del comportamiento compasivo y a *sentirse motivado* a considerar tanto las dificultades como nuestro sentido del propio yo de un modo compasivo. El empleo de imágenes está contextualizado dentro de este marco general. Siempre me preocupa cuando escucho a algún terapeuta intentar “un poco de imaginación compasiva” y se encuentra con que no le da demasiado buen resultado (véase el punto 29).

La CFT explica la imaginación dentro del modelo de los tres círculos (punto 6) y el diagrama del cerebro (figura 11) para que la gente entienda realmente por qué están trabajando su imaginación como un ejercicio de entrenamiento. La imaginación se ha utilizado en muchos tipos de psicoterapia y, generalmente, se reconoce que puede ser más efectiva que el trabajo con palabras (Hall, Hall, Stradling, & Young, 2006; Singer, 2006; Stopa, 2009). Puede ayudar a generar percepciones positivas de los demás (Crisp & Turner, 2009) y se ha utilizado en paradigmas de condicionamiento clásico (Dadds, Bovbjerg, Redd, & Cutmore, 1997). La reelaboración imaginativa es una forma muy poderosa de tratar el trastorno de estrés postraumático y de hacer frente a los recuerdos intrusivos (Brewin et al., 2009). En muchas formas de meditación budista es importante crear determinados estados mentales (Vessantara, 1993) y lo mismo respecto a la CFT (Gilbert, 2009c).

Figura 11. Diagrama del cerebro.

Reproducido con permiso de Gilbert, P. (2009^a). *The Compassionate Mind*. Londres: Constable Robinson y Oaklands, CA: New Harbinger



Es importante procurar que la gente entienda el poder de la imaginación utilizando para ello ejemplos sencillos. A continuación, mostramos cómo hacemos esto en CFT. En primer lugar, dibujamos un esquema sencillo del cerebro para el cliente (figura 11) y, a continuación, damos una explicación como la que sigue, al tiempo que vamos escribiendo las palabras correspondientes:

Guía

Imagina que tienes mucha hambre y que ves una comida deliciosa. ¿Qué le pasa a tu cuerpo? (*esperar a que responda*). La vista de la comida estimula un área de tu cerebro que envía mensajes a tu cuerpo para que tu boca empiece a segregar saliva y tu estómago, jugo gástrico. Considéralo realmente por un momento. Ahora, imagina que tienes mucha hambre pero que no tienes comida en casa; de manera que cierras los ojos e *imaginas* una comida maravillosa. ¿Qué ocurre, entonces, en tu cuerpo? Piénsalo, realmente, durante un momento. Bien, esas imágenes *que tú creas intencionadamente en tu mente* también pueden enviar mensajes a ciertas partes de tu cerebro que envían mensajes a tu cuerpo de manera que tu boca se va a llenar de saliva y tus jugos gástricos van a empezar a fluir. Pero fíjate que, esta vez, no hay comida: es sólo una imagen que tú has creado en tu mente; pero esa imagen es capaz de estimular esos sistemas psicológicos en tu cuerpo que hacen que fluya tu saliva. Piénsalo

durante un momento.

Ahora, veamos otro ejemplo, algo que a muchos nos ha podido pasar: estás viendo algo de contenido erótico en la TV. Esto puede estimular un área de tu cerebro que afecta a tu cuerpo, produciendo una activación. Por supuesto, también sabemos que aunque estemos solos en casa, podemos imaginar algo sexy que puede afectar a nuestro cuerpo. La razón de esto es que *sólo la imagen* puede estimular determinados sistemas psicológicos de nuestro cerebro en un área llamada la *pituitaria* que va a liberar hormonas en nuestro cuerpo.

Lo más importante de todo esto es que esos pensamientos e imágenes constituyen formas muy poderosas de estimulación de reacciones en nuestro cuerpo. Considéralo durante un momento porque esta idea se va a encadenar con otras que vienen a continuación. Imágenes que generamos en nuestra mente y con nuestro pensamiento de forma intencionada, van a estimular nuestros sistemas fisiológicos y corporales.

Ahora, vamos a considerar un ejemplo más relacionado con la amenaza. Imagina que alguien está siendo abusivo contigo. Siempre está señalando tus errores o incidiendo en cosas que te resultan incómodas o diciendo que no eres lo bastante bueno y que no tiene sentido que intentes hacer nada o que siempre se muestra enfadado contigo. Esto va a afectar a tus sistemas de estrés y tus niveles de cortisol, las hormonas del estrés, van a subir. ¿Cómo te sientes cuando alguien te critica? ¿Cómo sientes tu cuerpo? Piénsalo por un momento. Esa sensación de desagrado hace que te sientas ansioso, molesto y desdichado porque los sistemas de la emoción de amenaza de tu cerebro han sido activados. Sin embargo, como sugeríamos anteriormente –y esta es la cuestión principal– *nuestros propios pensamientos e imágenes pueden hacer lo mismo*–. Si uno está rebajándose constantemente, eso puede activar sus sistemas de estrés y activar en el cerebro los sistemas emocionales que pueden hacer que uno se sienta ansioso, enfadado y hundido. Nuestros propios pensamientos pueden afectar a zonas de nuestro cerebro que generan *sentimientos desagradables y de estrés*. Y, por supuesto, pueden diluir los sentimientos positivos. ¿Quién puede tener un sentimiento de alegría, felicidad, gozo o bienestar cuando está siendo criticado?! Si desarrollamos un estilo de autocrítica, entonces estaremos estimulando continuamente nuestro sistema de amenaza y, lógicamente, nos vamos a sentir amenazados continuamente. La autocrítica, por lo tanto, estimula el sistema de amenaza. Todo esto no es muy distinto de decir que los pensamientos y sentimientos de carácter sexual estimulan nuestro sistema sexual y que el pensamiento de una comida succulenta va a estimular nuestro sistema de comer.

Por el contrario, si estamos molestos y cometemos un error o tenemos un traspies en la vida y hay alguien que es lo bastante amable, comprensivo y afirmativo con nosotros, eso nos va a ayudar a resolver el sentimiento de estrés; nos sentiremos apoyados y confortados. Por lo tanto, utilizando las mismas ideas que indicábamos respecto a la comida, a una fantasía erótica o a la autocrítica, aprender a ser

autocompasivo y a generar pensamientos e imágenes compasivos nos puede ayudar a auto confortarnos cuando nos sentimos amenazados.

El uso de estas instrucciones con claridad ayuda a contextualizar el empleo de imágenes. Podemos preguntar: “¿Te das cuenta de por qué la imaginación y los pensamientos compasivos pueden ser una práctica eficaz?” Cuanto más te centres en la práctica y en los aspectos psicológicos, más podremos esquivar determinadas resistencias (véase el punto 29; Gilbert & Irons, 2005).

Explicar y explorar la imaginación

Algunos consideran que son malos imaginando. Entonces, se les puede invitar a que hagan un experimento. Primero, hacer que se sienten tranquilamente y, entonces, decir: “bicicleta” y pedirles que describan lo primero que se les viene a la cabeza; “helado” o “fiesta” y preguntarles lo que se les viene a la mente. La imaginación puede ser automática. Si dicen que no se les ocurre ninguna cosa, preguntarles: ¿Cómo es una bicicleta? ¿Cuántas ruedas tiene? ¿Dónde lleva los frenos? Y cosas por el estilo. Y, cuando contesten, preguntarles “¿Cómo lo has sabido?” O bien se le puede pedir a alguien que nos diga lo que se tomó al desayuno –y, de nuevo, preguntarle cómo fue capaz de respondernos–. A veces, la gente tiene imágenes pero no se da cuenta de ellas o piensa que tienen que ser como imágenes fotográficas muy claras y no una vaga sensación de algo. Aunque, desde luego, hay personas que son mucho más visuales que otras.

Distintas imágenes van a tener distinta textura emocional debido a distintas asociaciones. Las emociones e imágenes asociadas a experiencias traumáticas van a ser muy diferentes de las imágenes asociadas a momentos felices. Algunas imágenes traumáticas pueden comportar una memoria sensorial clara de determinados detalles (Ogden et al., 2006). De manera que los elementos sensoriales (visuales o auditivos) de una imagen se pueden distinguir de sus elementos emocionales. En la imaginación compasiva estamos creando imágenes que se van a ir asociando gradualmente a elementos emocionales.

Imaginación compasiva

La imaginación puede ser la base para la reflexión compasiva, al proporcionar ideas para el pensamiento y la conducta compasiva y también para la meditación. No existe la imaginería en la atención consciente pura (mindfulness); aquí se trata, sencillamente, de prestar atención a este preciso momento, al flujo de nuestro mundo interior y exterior, sin juicios ni deseos de que sea de otra manera que como es. El enfoque compasivo, sin embargo, tiene otras prácticas bien establecidas que utilizan formas concretas de imaginación. Cuando introducimos el trabajo con imágenes, lo hacemos teniendo en cuenta lo siguiente:

Guía

Vamos a intentar imaginar algo pero antes, queremos hacer algunas advertencias. Algunas personas tienen el hábito de imaginar, mientras que otras necesitan esforzarse. Primero, si tú eres de los que tienen que esforzarse un poco, recuerda que lo que cuenta es *tu intención* de desarrollar la compasión y no el sentimiento o la claridad de una imagen en particular. En segundo lugar, la gente suele pensar que tiene que conseguir imágenes muy claras pero, en lugar de eso, las imágenes pueden ser muy fugaces o borrosas. No generamos imágenes fotográficas en nuestra mente. Algunas veces, vamos a tener que practicar con la imaginación y lo podremos hacer, por ejemplo, observando, digamos un recipiente con fruta o flores en un jarrón, cerrando luego los ojos para representarnos lo que acabamos de ver. Conviene tomárselo como un juego y con curiosidad. Probar diferentes cosas para ver qué es lo que da mejor resultado.

Conviene prevenir a la gente sobre otros posibles problemas que se pueden encontrar, tales como la mente que divaga. Asegurarles que lo importante es, sencillamente, darse cuenta de la divagación y volver a dirigir la atención hacia las tareas. Habrá que comprobar constantemente si la gente activa su sistema de auto-observación para intentar juzgar si lo está “haciendo bien” o si está consiguiendo determinado tipo de sentimiento positivo o si le está siendo útil. Puede que el tono de voz y el contenido en los ejercicios de imaginación tengan que ser más sencillos con algunas personas.

Crear un lugar seguro

Un buen ejercicio de imaginación, para empezar, consiste en “crear un lugar seguro” en el que la persona se sienta cómoda, segura, confortada y tranquila; un lugar en el que se podría querer estar. En primer lugar, conviene empezar por sentarse cómodamente para realizar un breve ejercicio de relajación y de suavización del ritmo respiratorio. Si a los clientes no les gusta el ejercicio de respiración, pedirles que se sienten tranquilamente durante unos instantes. Todos los ejercicios de imaginación de este tipo se deberían realizar con seriedad pero con espíritu lúdico, dándose cuenta de la “mente errante” y de que las imágenes son fugaces e impresionistas. Recuérdese que ese tipo de imágenes pueden resultar muy difíciles si la gente es muy ansiosa o agitada, en cuyo caso, suele ser más aconsejable la actividad física. A continuación se sugieren algunos ejemplos:

Guiar la imaginación

En este ejercicio vamos a procurar *crear un lugar* en nuestra mente –un lugar que pueda darte un *sentimiento de seguridad y tranquilidad*–. Estos sentimientos son difíciles de conseguir si te encuentras deprimido, pero el hecho de intentarlo y el sentido de que ese es el tipo de lugar en el que te gustaría estar es lo que realmente importa. De manera que, recuérdalo, lo que importa en este ejercicio es el hecho de intentar practicarlo; los sentimientos llegarán más adelante.

Ese lugar puede ser un hermoso bosque en el que las hojas de los árboles se muevan suavemente con la brisa. Potentes haces de luz acarician el suelo iluminándolo. Imagina el viento soplando suavemente en tu rostro y la sensación de la luz danzando frente a ti. Escucha el murmullo de las hojas de los árboles; imagina el olor de la madera o la frescura del aire. Tu lugar puede ser una hermosa playa con un mar de cristal azul extendiéndose hasta el horizonte, donde se junta con el cielo azul. Bajo tus pies hay arena suave y blanca que tiene un tacto sedoso. Puedes oír el suave murmullo de las olas sobre la arena. Imagina el sol en tu cara, percibe la luz danzando como si fuera chispas de diamante sobre el agua; siente la arena suave bajo tus pies, a medida que tus dedos se hunden en ella y percibe una suave brisa acariciando tu cara. Tu lugar seguro puede estar junto a un fuego de leños, donde puedes oír el crujido de los troncos que arden y percibir el olor del humo de la leña. Hay muchos ejemplos de posibles lugares que te pueden proporcionar una sensación agradable, pero lo más importante es que te centres en esa sensación de seguridad. Estos ejemplos son sólo sugerencias y tú puedes elegir otro lugar diferente.

Puedes mejorar tu atención si practicas centrándote en cada uno de tus sentidos: lo que puedes imaginar que ves, que escuchas, que tocas y que percibes a través de cualquiera de tus sentidos.

Cuando generas un lugar seguro en tu mente, permites que tu cuerpo se relaje. Piensa en la expresión de tu cara; permítete una suave sonrisa de placer al encontrarte en ese lugar.

Conviene también que lo imagines como un lugar seguro exclusivamente tuyo, creado para ti, de manera que *el lugar se alegra cuando tú estás allí*. Explora cómo experimentas el hecho de que tu lugar seguro se anime cuando tú estás en él. Explora tus sentimientos cuando imaginas que ese lugar es feliz contigo.

Utilizamos el hecho de que “*el lugar se alegra cuando tú estás allí*” porque, como hemos comentado anteriormente, el sentirse cuidado se desarrolla con los motivos de ser valorado y apreciado y son, precisamente esos sistemas (sentirse querido) lo que se está tratando de estimular. Activar todas las modalidades sensoriales despacio, tomándose el tiempo necesario. Recordar que estamos utilizando la imaginación, *no para* huir o evitar sino para ayudar a la gente a que practique el aportar confortamiento a su mente. Recordar también que estos ejercicios son para probar –experimenta, a ver qué ocurre– y son también una forma de entrenamiento.

Color compasivo

Al utilizar la imaginación compasiva nos podemos encontrar que, a veces, a la gente le gusta empezar imaginando un color compasivo. Por lo general, se trata de tonos pastel, más que oscuros. En el trabajo en grupos, resulta interesante observar los distintos colores que prefiere la gente –y que pueden ir cambiando a lo largo de la terapia–. Utiliza muchas pausas y procede lentamente.

Guía

Déjate ir en tu ritmo respiratorio suave y, cuando estés listo, imagina un color que asocies con la compasión o un color que te transmita una sensación de calidez y amabilidad. De nuevo, podría ser la sensación fugaz de algún color (o colores) pero, cuando estés listo, imagina tu color(es) compasivo rodeándote. Luego, imagínalo que penetra en ti, a través de la zona de tu corazón y que, lentamente, se extiende por todo tu cuerpo. A medida que esto ocurre, intenta centrarte en ese color como si tuviera sabiduría, fuerza y calor/amabilidad, con una cualidad esencial de amabilidad total. Crea una expresión de amabilidad en tu rostro a medida que haces el ejercicio. Siente cómo ese color quiere ayudarte –imagina que su único propósito es sanarte y que lo que desea es tu felicidad–. Céntrate en percibir esa intención.

Observa que aquí la clave está en practicar el sentimiento de ser cuidado (en este caso, por un color –lo que puede ser menos amenazador que imaginarse a una persona compasiva-, véase el punto 29).

Una clienta observó que cuando utilizaba la compasión para ayudarse a afrontar alguna

decisión difícil, su color elegido se hacía más intenso. Esta mujer tenía facilidad para experimentar y ver lo que mejor funcionaba para ella; para escuchar su propia sabiduría intuitiva. De este modo, empezó a pensar en colores compasivos para ayudarse en diferentes asuntos.

Diversidad de imágenes centradas en la compasión

En el Budismo Mahayana existe una amplia literatura sobre diversos tipos de imaginación compasiva (Leighton, 2003; Vessantara, 1993). Sin embargo, en occidente, la forma más común de imaginación compasiva se ha tomado a partir de las tradiciones Theravada y, en particular, de aquellas asociadas a amor-amabilidad (Salzberg, 1995). Por ejemplo, Kabat-Zinn (2005, pág. 285-296) ofrece una breve introducción y una visión general de meditaciones de amor-amabilidad que consiste en: “Recordar a otras personas siendo amables con uno; recordar momentos en que uno fue amable con los demás; y, si resulta difícil recordar a otras personas siendo amables con uno, entonces imaginarse personajes siendo amables con uno”. La visualización de amor-amabilidad se utiliza, actualmente, en diversos tipos de autoayuda (véase Germer, 2009; Salzberg, 1995). Es importante observar, también, que los enfoques dentro de otras tradiciones espirituales y las terapias se han centrado en la imaginación interpersonal asociada al hecho de ser ayudado, a la amabilidad, al hecho de encontrar a otra persona, o a un amigo, sabio, comprensivo y a recibir compasión (Frederick & McNeal, 1999).

Los ejercicios centrados en la compasión y la imaginación estimulan determinados sistemas cerebrales, especialmente el sistema de afiliación y consuelo –sistemas de la oxitocina/endorfinas– (véase el apartado 3 del punto 6; también, Longe et al., 2010; Rockliff et al., 2008). Básicamente, a la CFT le interesa la regulación fisiológica mediante ejercicios que ayuden a poner en funcionamiento determinadas pautas de afecto positivo que favorezcan los sentimientos de seguridad, tranquilidad y bienestar y que atenúen el sistema de amenaza. (La oxitocina y las endorfinas pueden atenuar la actividad del procesamiento de amenazas en la amígdala). Los ejercicios centrados en la compasión se pueden enfocar de cuatro formas generales:

1. *Desarrollando el yo compasivo interior*: En estos ejercicios nos centramos en generar un sentido de un yo compasivo agradable, lo mismo que hacen los actores cuando se quieren meter en un determinado papel.
2. *Haciendo fluir la compasión desde uno mismo hacia los demás*: En este tipo de ejercicios nos centramos en llenar nuestra mente con sentimientos compasivos hacia otras personas.
3. *Haciendo fluir la compasión hacia el propio interior*: En estos ejercicios centramos nuestra mente en abrirnos a la amabilidad de los otros. Esto es, abrir la mente para estimular áreas cerebrales que son sensibles a la amabilidad de los demás.
4. *Compasión hacia sí mismo*: Se relaciona con el desarrollo de sentimientos, pensamientos y experiencias que se centran en la compasión hacia uno mismo. La

vida suele ser muy complicada y aprender a generar autocompasión puede resultar muy útil durante los tiempos difíciles, especialmente para ayudarnos en nuestras emociones.

Recuerda que la compasión implica una variedad de *atributos* y de *competencias* clave; p. e., cuidar de forma compasiva, generar y practicar el pensamiento compasivo, actuar de forma compasiva y generar sentimientos compasivos (ver el punto 16 y Gilbert, 2009a, pág. 191-210). Todo esto va a resultar mejorado con la práctica, de la misma forma que cuando se aprende a jugar al golf o a tocar el piano.

La idea básica es que resulta muy fácil quedarse atrapado y capturado en ciclos de pensar, imaginar y sentir cosas cuando uno se siente amenazado, está ansioso o enfadado. Por lo tanto, es útil aprender a practicar cómo generar estados mentales (activando sistemas en nuestro cerebro) que puedan atenuar el sistema de amenaza. Los clientes pueden aprender a:

- aceptar los sentimientos tal como son (p. e., arquetípicos) en lugar de intentar evitarlos o dejar que se vuelvan intolerables, desbordantes o amenazadores;
- aprender a ser compasivos con ellos y a entenderlos, despersonalizarlos y despojarlos de la vergüenza concomitante (yo no soy el único) y cambiar a un enfoque compasivo si son amenazadores;
- reconocer la autocrítica inútil y reenfoclarla hacia la autocompasión;
- reconocer los barruntamientos inútiles y reemplazarlos por un enfoque y una práctica compasivos.

El trabajo centrado en la compasión es una forma de cambiar, redirigir, tomar el control e, intencionadamente, desarrollar la capacidad de moverse en los sistemas de emociones y sentimientos que conducen al bienestar. Desde luego, no es sencillo y va a requerir práctica.

Desarrollar el yo compasivo

Las distintas partes de nosotros mismos

Es importante comentar con la gente que, básicamente, todos nosotros somos generadores de patrones (Gilbert, 2009a) y que podemos crear muchos patrones distintos de actividad cerebral en nosotros mismos y, luego, verlos como partes distintas de nosotros mismos (véase el punto 4). Está el patrón que surge con la ira, que podemos llamar la “parte” o el “yo” enfadado. Nuestra parte enfadada piensa, siente y quiere actuar de una forma determinada. O podríamos centrarnos en el patrón ansioso o en un patrón de “estar enamorado” o de “caer en el desamor”. Tenemos miles de distintos patrones potenciales en nosotros mismos. Desarrollar el yo compasivo y el patrón compasivo puede resultar crucial para ayudarnos a tratar con “esa multiplicidad de nuestra mente” y, desde luego, con los patrones desagradables, difíciles o dolorosos (partes del propio yo) que surgen en todos nosotros. La compasión puede tener una cualidad reconfortante sobre la ira y la ansiedad pero también nos va a ayudar a desarrollar el valor de enfrentarnos a ellas y de aprender a aceptarlas o tratarlas adecuadamente.

Ahora bien, hay muchos ejercicios diferentes de autodesarrollo compasivo y a cualquier persona le puede resultar difícil decidir cuáles pueden ser los ejercicios más apropiados para comenzar. De manera que, en cierta medida, tenemos que tantear. Sin embargo, un lugar especialmente útil para comenzar (especialmente para la víctima de abusos a quien le puede resultar especialmente difícil imaginarse a otras personas mostrándose compasivas con ella) será centrarse en desarrollar el sentido de ser y convertirse, ella misma, en una persona compasiva.

Hay muchas formas de conseguir esto y existen muchas tradiciones que emplean este tipo de técnicas. Por ejemplo, algunas escuelas de budismo sugieren que dentro de “uno mismo” existen las semillas de muchos tipos de yo y que lo más importante es la forma en que las alimentamos y nos centramos en ellas. Si queremos llegar a ser músicos, practicamos tocando un instrumento y para ser un buen conductor, hacemos prácticas de conducción. Sin embargo, la mayoría de nosotros, permitimos inconscientemente que sea el entorno el que “eduque y forme nuestra mente”, de manera que nosotros nos limitamos a responder y a encajar en el ambiente social en el que vivimos. Pero podemos elegir *cultivar* otros aspectos de nosotros mismos. Por lo general, no pensamos que podamos practicar, deliberadamente, el ser un determinado tipo de persona –pero podemos, no tenemos más que decidírnos a hacerlo y, a continuación, dedicar tiempo a practicar–.

Imaginar el yo compasivo

Hay una larga historia referida al empleo de la imaginación para prepararse para acontecimientos estresantes y para el afrontamiento de situaciones difíciles. Por ejemplo, uno podría imaginarse a sí mismo haciendo frente a un acontecimiento estresante del futuro y, luego, imaginarse sintiéndose satisfecho. La imaginación compasiva es, precisamente, una extensión de ese trabajo conductual, basada en una comprensión clara de la existencia de diferentes tipos de sistemas de regulación emocional. Otra manera de considerarlo consiste en utilizar técnicas de *interpretación* (Gilbert, 2009a). Lo importante aquí, sin embargo, es la imaginación de un tipo concreto de self y auto-identidad. Cada vez hay más evidencias de que el tipo de yo que intentamos llegar a ser va a tener influencia en nuestro bienestar y relaciones sociales y que las auto-identidades compasivas, más que las centradas en el yo, se asocian con los mejores resultados (Crocker & Canevello, 2008). De manera que de lo que se trata es de llegar a ser un determinado tipo de persona. A los clientes se les puede explicar esto mediante el siguiente ejemplo:

Guía

Si fueras un actor que está aprendiendo a actuar, prestarías atención a los elementos clave del personaje. Podría tratarse de un personaje iracundo, depresivo, ansioso, feliz, jovial “James o Jane Bond” o, naturalmente, compasivo. De manera que, como actor aficionado, lo que tendrías que tratar de hacer sería procurar crear en tu interior determinados sentimientos, pensamientos y motivos; intentar *ser* o convertirte en ese personaje –vivirlo desde dentro–. Para conseguirlo, deberías prestar atención a la manera en que ese personaje piensa y ve el mundo, al tono de voz del personaje, a sus gestos y a su actitud general, al tipo de cosas que dice y a cómo las dice. De acuerdo; entonces, el tipo de personaje en que nos vamos a convertir es uno compasivo; esa es la parte de nosotros mismos que queremos alimentar, nutrir y desarrollar.

Ahora, considera todas las cualidades clave que tú crees que configuran a una persona compasiva. Permanece con ellas en tu mente. Aquí hay cuatro cualidades clave:

1. Sabiduría, derivada de las experiencias personales, de la madurez y de la ganancia en comprensión respecto a la naturaleza de las cosas y las dificultades de la vida. Tu yo compasivo sabe que todos “nos encontramos en esta vida” con un cerebro que no hemos diseñado y con unas vivencias tempranas, que no hemos elegido, que nos configuran. Tenemos una mente que, a veces, es caótica y está llena de pensamientos y sentimientos en conflicto. Por lo tanto, la sabiduría viene de la comprensión de estos aspectos.
2. Fuerza, como firmeza y valor. Centrada en sentimientos de madurez y un sentido de autoridad interior. Imagínate a ti mismo con una confianza tranquila y un sentido de autoridad.
3. Calidez y amabilidad en alto grado.

4. No formular condenas ni juicios (auto)críticos; fomentar un sentido de responsabilidad (y el deseo) encaminado a ayudar o a cambiar.

Resulta muy útil también *imaginarse a uno mismo expandiéndose*, como si la propia sabiduría nos hiciera más grandes, más dominantes y poderosos, de una manera *compasivamente madura*. Incluso puedes imaginarte con más edad. Ahora, tal vez desees practicar centrándote en cada una de esas cualidades e imaginarte que las posees; observa cómo las experimentas y percibe cualquier efecto que eso pueda tener en tu cuerpo. Practica de la manera siguiente:

- Busca un lugar donde te puedas sentar tranquilamente sin que nada te moleste y concéntrate en suavizar tu ritmo respiratorio. Cuando notes que tu cuerpo se ha tranquilizado (aunque sólo sea un poco) y que estás listo para tu práctica, imagina que *tú eres* una persona profundamente compasiva.
- Piensa en todas las cualidades que, idealmente, tendrías siendo esa persona compasiva. Introdúctete en ellas.
- Céntrate en tu deseo de convertirte en una “persona compasiva” y piensa, siente y actúa compasivamente. A continuación, imagínate a ti mismo con cada una de las cualidades referidas antes: imagínate siendo una persona tranquila y con sabiduría (dedica un tiempo a hacer esto). Imagínate teniendo sensibilidad y capacidad para tolerar las dificultades (dedícale un tiempo). Imagínate siendo cálido y amable (dedícale un tiempo). Imagínate siendo una persona que no condena y que, al mismo tiempo, quiere ayudar, aliviar el sufrimiento, producir cambios y “hacer florecer”.
- Procura crear una expresión facial de compasión, tal vez con una ligera sonrisa o puede que con una expresión que a ti te encaje.
- Imagínate a ti mismo expandiéndote, como si fueras adquiriendo una autoridad más firme, más madura, sabia y confiable.
- Presta atención a tu cuerpo a medida que sacas esta parte de ti mismo a la luz.
- Dedica unos instantes a sentir esta expansión y calidez en tu cuerpo.
- Dedica un minuto, o más si te es posible, a pensar en tu tono de voz y en las cosas amables que dirías o harías o que quieres hacer.
- Dedica un minuto, o más si te es posible, a pensar en la satisfacción de ser capaz de ser amable.

Recuerda, *no importa que sientas o no sientas que posees estas cualidades*, sólo imagina que las tienes. Obsérvate poseyéndolas en tu mente y trabaja en ello firmemente, animosamente y con calma. A veces, advertimos cómo cada cualidad puede afectar a nuestro cuerpo de forma distinta. Recuerda que puede que sólo obtengas atisbos de las cosas porque tu mente vaga errante o porque tú no puedes centrarte realmente. Eso ocurre con mucha frecuencia, lo mismo que si estuviéramos intentando aprender a tocar el piano –al principio, sólo utilizaríamos dos dedos–. La práctica regular nos servirá de ayuda.

Lo mejor de ti

Otra forma en la que puedes acceder a tu yo compasivo consiste en dedicar un tiempo a recordarte a ti mismo en un momento en el que te sentiste compasivo; es decir, tranquilo, sabio y deseoso de ayudar. Puedes pensar en tu yo compasivo como en “lo mejor de ti” imaginando ese sentido interior de calma y esa voz animosa. Utiliza una expresión compasiva cuando lo recuerdes. No te centres en ningún momento en el que alguien estuviera muy angustiado porque eso podría llevarte a que te centraras en la angustia. El objetivo consiste en que te centres en tus sentimientos de *querer ayudar* y en tu amabilidad.

Compasión bajo el edredón

Idealmente, intenta practicar el “convertirte en un yo compasivo” cada día. Si nuestras vidas están demasiado ocupadas podemos empezar por aprender lo que llamaríamos “compasión bajo el edredón”. De este modo, cuando te despiertes por la mañana, procura dedicar unos minutos a la práctica de convertirte en un yo compasivo. Mientras estás tendido en la cama, lleva una expresión compasiva a tu cara, céntrate en tu *deseo auténtico* de ser sabio y compasivo; recuerda que dentro de ti posees la capacidad de sabiduría y fortaleza pero tienes que crear un espacio para ellas. Incluso sólo un par de minutos, si se practica cada día, pueden tener un efecto. También puedes practicar mientras estás en la parada del autobús o mientras te bañas. Al fin y al cabo, cuántas veces estamos envueltos en el calor de la bañera y no lo notamos porque nuestra mente anda vagando por todo tipo de cosas – ¡Especialmente, preocupaciones o cosas que tenemos que hacer! ¡Y eso no es muy relajante!– Puede ocurrir que desees practicar durante períodos de tiempo más largos o tal vez puede que encuentres algún lugar en el que puedas entrenar más. Cuando seas consciente de ello, aunque sea mientras estás sentado en una reunión, puedes utilizar la respiración tranquila y centrarte en llegar a ser ese yo más sabio, compasivo y maduro.

La importancia de la práctica personal y (un ejemplo) del pensamiento compasivo

Está ampliamente aceptado que los terapeutas se podrían beneficiar de algún tipo de práctica personal de la terapia que practican (Bennett-Levy & Thwaites, 2007). La CFT, decididamente, respalda esta opinión y recomienda a los terapeutas CFT que practiquen mindfulness, auto-enfoque compasivo y meditación con tanta asiduidad como les sea posible. También recomendamos hacerlo en relación a las propias dificultades personales. Por eso, aquí tenemos un ejemplo que ilustra el pensamiento compasivo pero utilizado sobre uno mismo. Imagina que estás teniendo dificultades con tus clientes y que te sientes ansioso o crítico contigo mismo. Intenta poner en práctica lo que viene a continuación. Asume que puedes generar algunos pensamientos alternativos como:

- *Es comprensible tener problemas con algunos clientes porque nos estamos*

enfrentando a tragedias y sufrimientos complejos (validación).

- *Muchos terapeutas tienen dificultades con algunos clientes (humanidad compartida).*
- *Puedo recordar algunos clientes a los que les ha ido bien conmigo (traer a la memoria recuerdos concretos; reenfocar la atención).*
- *Aprender a tolerar esta ansiedad y estas preocupaciones es importante para mí (pensamiento de lo que es la tarea de desarrollo).*
- *Acudir a otros para supervisión, consejo y ayuda cuando estoy teniendo dificultades es importante para mí (abrirse a la posibilidad de ser ayudado, evitando sentirse avergonzado por las dificultades e implicándose en la conducta compasiva de buscar ayuda).*

Lee estos pensamientos y valóralos (de 1 a 10) según lo útiles que te resulten. Ahora, dedica un instante a tranquilizar tu ritmo respiratorio y otro instante a convertirte en tu yo compasivo; siente como creces en él. Realmente, céntrate en esa sensación de calma interior, de sabiduría, motivación para ayudar, amabilidad, en el tono y calidez de tu voz. Cuando sientas que están en contacto con “ese yo”, vuelve a leer las frases en cursiva pero, esta vez, *despacio* y céntrate en ellas con toda la amabilidad y calidez de que seas capaz, sin buscar tanto el contenido o la lógica de las alternativas. Ahora, valora lo útiles que te parecen. Mira si te es posible descubrir la diferencia entre las dos formas de trabajar tus ansiedades. En nuestra segunda lectura, he intentado ayudarte a que activaras un sistema de afecto para que, luego, te implicaras en tus alternativas. Si ha funcionado (y tú seguiste las sugerencias) puede que hayas advertido que afloraba un sentimiento ligeramente distinto cuando leías las alternativas compasivamente.

De modo que esto nos ayuda a reconocer la importancia de la práctica personal; cada día procuramos llegar a ser un poco más “un yo compasivo”. Prueba a practicar antes de ver a tus clientes. Pruébalo, también, la próxima vez que tengas un conflicto con alguien –tómame un minuto (o más) para suavizar tu ritmo respiratorio y, luego, convertirte en un yo compasivo y, así, centrarte en lo que sería una postura compasiva, una forma de pensar y de actuar compasivas. Date cuenta de que esto podría romper muchos barruntamientos negativos. De hecho, todos estos ejercicios se pueden utilizar en la práctica personal.

Trabajo en la silla de la compasión

En muchas terapias se utilizan sillas en las que diferentes “partes de la persona” pueden representar sus pensamientos y sentimientos. Así, por ejemplo, podríamos tener una silla de la ira en la que el cliente se encuentre con su ira para dejar que hable su enfado, o una silla de la ansiedad, donde una persona se relacione con su ansiedad y le dé voz a sus pensamientos y sentimientos ansiosos. Podemos tener una silla de la autocrítica, en la que la persona se convierta en crítica de sí misma. En algunos enfoques, se puede permitir que los clientes se cambien de silla para que puedan dialogar con esas distintas partes de sí mismo, un enfoque que ha sido desarrollado por Leslie Greenberg (Elliott et al., 2003; Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Whelton & Greenberg, 2005).

La CFT utiliza mucho el trabajo con las sillas pero el punto central es la silla de la compasión y el *desarrollo* de sentimientos de tolerancia, intuiciones y fortalezas de esta parte del yo (Gilbert, 2000a). De ese modo, si trabajamos con una parte autocrítica, invitamos a la persona a que responda compasivamente, sentándola en otra silla, enfrente, y pasando, luego, a ser el yo compasivo (como indicamos antes). En terapia cognitivo conductual se puede invitar al sujeto a que sea más equilibrado en sus pensamientos y que refleje a su parte autocrítica y hable con ella, pasando de una silla a otra. En CFT, sin embargo, la clave está en cultivar la *motivación* y el *sentimiento* para tratar de ayudar a ese yo enfadado, ansioso o autocrítico.

De manera que hay que hablar con el cliente sobre la naturaleza de las diferentes partes del yo (dedicar tiempo para normalizarlo) y sobre el hecho de que parte de la terapia consiste en fortalecer esas partes que son capaces de crecer, cambiar y sanar (p. e., el yo compasivo). Luego, se puede conseguir un acuerdo de colaboración. Si el cliente está de acuerdo, entonces se puede elegir en qué sillas y en qué papeles puede entrar el cliente; se comienza por “convertirse en la parte” con la que se quiere trabajar. Se le pide a la persona que recuerde algún momento en el que experimentó la presencia de esa parte (p. e., enfado, ansiedad, autocrítica o tristeza) y se le da voz a esa parte –percibiendo los sentimientos y experiencias corporales de esa parte–. Se sugiere empezar con ejemplos sencillos e ir progresando de acuerdo con la capacidad del cliente.

A continuación, el cliente se cambia a la silla que está enfrente. Tal vez convenga que rodee la silla para que tenga espacio suficiente para desconectarse de la parte con la que ha estado trabajando y sea capaz de crear el sentido de un yo compasivo. Se debe hacer esto antes de establecer ningún diálogo o de expresar cualquier tipo de sentimiento. En la silla de la compasión, utilizar un ritmo de respiración suave, con plena consciencia. Se puede utilizar la siguiente guía –hablando despacio y con pausas (...)–.

Guía

Ahora, en tu silla de la compasión, métete en tu ritmo respiratorio suave y siente tu cuerpo tranquilizándose poco a poco. Ahora, céntrate en entrar en “lo mejor de ti mismo”... Tal vez puedas recordar algún momento en el que te sentiste más tranquilo, más sabio y amable... Imagina todas las cualidades que te gustaría tener como persona compasiva... Observa de qué manera el simple hecho de pensar en esas cualidades te ayuda a entrar en contacto con ellas... Permítete tener una expresión compasiva... Tranquilamente, con suavidad, visualízate a ti mismo con sabiduría, madurez, autoridad y fuerza mientras permaneces aquí sentado... Con tu respiración suave, mientras tu cuerpo se va calmando, siente cómo te vas convirtiendo en tu yo compasivo.

Cuando se haya conseguido alguna sensación de estar en contacto con el yo compasivo, invita a tu cliente a que dedique un tiempo a *sentir compasión* por la parte enfadada, ansiosa, triste o autocrítica (*comprueba que la parte autocrítica no sea la voz de un abusador ya que, de ser así, habría que seguir otro procedimiento, como se indica más adelante*). Si la persona se siente arrastrada por la otra silla de manera que empieza a sentirse enfadada o autocrítica o abrumada, entonces, rompe el contacto con la silla y vuelve a centrarla en “convertirse en el yo compasivo” –de manera parecida a un proceso de exposición gradual–. La clave está en *formar el yo compasivo* de manera que pueda trabajar con las otras partes del yo.

Da algún tiempo para que el cliente se centre en enviar compasión a ese yo enfadado, autocrítico, etc. ¿Qué le ocurre a la gente cuando es compasiva con su ira o con su yo crítico? Se podría invitar al yo compasivo a que considerara: “¿Qué es lo que está, realmente, molestando/amenazando a este “yo”? (p. e., enfadado o autocrítico –localizando, así el tema como un proceso de amenaza-) ¿Qué le gustaría decir o hacer al yo compasivo? Imagina que el yo enfadado o autocrítico ha sido sanado, que ya no es una amenaza. ¿Cómo se sentiría entonces? ¿De qué manera eso podría servir de ayuda?” Detenerse en este punto. La mente del cliente va a divagar, de manera que hay que reconducirla de nuevo repitiendo el proceso anterior: “Imagina lo que sucede si esa parte consigue toda la compasión que necesita. Imagina que la amenaza se conforma con ello”.

Mantén la compasión como objetivo principal: paternal, sabia y madura, con autoridad y fortaleza interior. La CFT se centra principalmente en fortalecer este estado cerebral, haciendo que sea más fácil de activar para obtener el beneficio de la recuperación (Brewin, 2006). Ayuda al cliente a que se identifique con el deseo de llegar a ser más “de este modo” –desarrollar la compasión como un ingrediente de su propia auto-identidad–. Utiliza el lema “nos convertimos en aquello con lo que nos alimentamos/practicamos”. Céntrate en “entrenar la mente”. Como señalábamos anteriormente (véase el apartado *Objetivos centrados en uno mismo frente a objetivos compasivos*, del punto 14) hay una creciente evidencia relativa a que el tipo de yo que queremos llegar a ser va a tener influencia sobre nuestro bienestar y nuestras relaciones sociales (Crocker y Canevello, 2008).

En el trabajo centrado en la compasión, siempre se trata de configurar esta parte del yo para

contrarrestar el sistema de amenaza con su ira, ansiedad, autocrítica, etc. Encontraremos que algunos clientes empiezan a ser capaces de tolerar con mayor facilidad sus emociones negativas y que pueden recordarse a sí mismos sus voces/sentimientos y pensamientos compasivos.

El yo compasivo no intenta “librarse de” ni “anestesiarse” todas esas otras partes del yo sino que las considera como “voces” importantes y trabaja con ellas compasivamente. Una excepción importante es el caso de sentir el crítico interior como “la voz de un abusador del pasado”, en cuyo caso hay que marcarlo como un “no yo” e invitarlo a marcharse o bien tratarlo asertivamente mediante el trabajo con la silla vacía o bien con la rescritura de la vivencia traumática –o como la persona sienta que mejor le conviene–. No disponemos de espacio para ocuparnos del tema con la amplitud que requiere pero existe literatura sobre trabajo con esas voces internas (Ogden et al., 2006).

Centrarse en el yo compasivo

Un modo muy importante de tratar compasivamente con diferentes partes y problemas del yo (pautas cerebrales problemáticas) es a través de la imaginación. Cuando la gente lo ha practicado un poco, puede aprender a *centrarse* en su yo compasivo.

Guía

Imagina que te sientes ansioso por alguna cosa. Siéntate tranquilamente y céntrate en tu respiración y, luego, imagínate como una persona compasiva. Cuando puedas sentir a esa persona expandiéndose y creciendo dentro de ti, imagina que puedes ver a tu yo ansioso frente a ti. Observa la expresión de su rostro; percibe los sentimientos desbordándose en su interior. Simplemente, siéntate y siente compasión y envíale sentimientos compasivos a ese yo ansioso. Procura rodear al yo ansioso de compasión y comprender el tormento de su ansiedad. De momento, no tienes que intentar hacer ninguna otra cosa más que experimentar compasión y aceptación de tu ansiedad. Imagínate dando tanta compasión y comprensión como necesite tu parte ansiosa.

Curiosamente, una colega, Fay Adams, del Holy Island Buddhist Centre, en Escocia, me envió un libro en el que descubrí que este ejercicio no es muy distinto del enfoque desarrollado por una mujer del siglo XI, la profesora budista Machig Labdron (1055-1145). Ella recomendaba un ejercicio de imaginación en el que uno transforma su cuerpo en néctar para alimentar a los propios demonios (los propios problemas y las partes problemáticas del yo) (Allione, 2008).

Como en el trabajo con la silla, si la gente siente que se está poniendo ansiosa o que está siendo empujada a la ansiedad, entonces pedirle que rompa el contacto con la imagen y que vuelva a centrarse en su respiración y en la sensación de ser “un yo compasivo sabio y fuerte que se va expandiendo; el mejor yo posible”. Cuando vuelva a entrar en contacto con esa parte de sí misma, entonces podrá volver a entrar en contacto con el yo ansioso (o con cualquier otra parte del yo con la que se esté trabajando). De manera que, suavemente y con amabilidad, podrá empezar a ser capaz de tolerar, aceptar y sentir compasión por su (digamos) yo ansioso. A medida que esto tiene lugar, es posible darse cuenta de lo que le ocurre a la imagen del yo ansioso: Podría cambiar o alejarse –junto con cualquier sentimiento concomitante–.

También se puede empezar por invitar a la persona a seguir las imágenes. Así, por ejemplo, pueden verse a sí mismas volviéndose ansiosas, mirando a su ansiedad con compasión –pero verse, luego, a sí mismas saliendo de la ansiedad y aprendiendo a sentirse satisfechas por haber pasado por esa experiencia–. Pueden darse cuenta de lo que les sirvió de ayuda y lo que les podría ayudar la próxima vez. El terapeuta podría invitar al yo compasivo a que pensara lo que

le gustaría decir al yo ansioso –no sólo mientras se siente ansioso sino también en un escenario en el que la ansiedad no esté presente–. Llevar a la gente, mediante imágenes, a enfrentarse al problema, experimentar el problema, hacer frente al problema y recuperarse – todo ello a través de la mirada mental del yo compasivo– puede resultar muy eficaz. La gente puede recordar ponerlo en práctica en el futuro, cuando se sienta ansiosa de nuevo, y practicar el cambiar al yo compasivo cuando esté, realmente, experimentando ansiedad.

Si estás trabajando con el yo crítico (p. e., imaginándolo frente a ti) recuerda no pasar demasiado tiempo centrándote en él y dejando que desahogue (digamos) la autocrítica antes de cambiar al “yo compasivo” porque la clave está en *establecer la pauta del yo compasivo*, acostumbándose a lo que se experimenta. Si estás trabajando con la autocrítica, es conveniente permitir que el yo compasivo piense cuál es la amenaza que hay detrás de la crítica; por ejemplo, el miedo al rechazo o a deprimirse. Entonces, uno dirige la compasión a esa amenaza y miedo subyacentes.

Podemos explicar a los clientes cómo, a veces, sentimos que la voz del yo crítico es el eco de alguien que nos hizo daño de alguna manera; tal vez la voz del padre o de la madre en nuestra cabeza. Entonces, la acción compasiva a llevar a cabo es darse cuenta de que este tipo de autocrítica procede de otra persona que pudo haber carecido de compasión y sus palabras y/o acciones hirientes no beneficiaban al cliente. Si el cliente estuviera a cargo de un niño, ¿lo trataría de esa manera? Si la respuesta es negativa, entonces, ¿cómo *le gustaría* tratar a un niño? De ese modo, el cliente puede reconocer, de manera compasiva, que, de niño, pudo haber escuchado a otra persona y puede haber creído e internalizado esas cosas hirientes. Sin embargo, ahora, con el yo compasivo, reconoce que aquello fue injusto y dañino y que él no quiere continuar este mismo proceso tan desagradable. A veces, el yo compasivo quiere ser muy asertivo frente a la persona del pasado que fue poco amable o abusiva. En este contexto, se debe utilizar una silla vacía o traer a la mente a la persona en cuestión y verbalizar los sentimientos asertivos (Hackmann, 2005).

Rescritura

Una vez que una persona tiene experiencia en la creación del yo compasivo que actúa como base (centro) de un sistema particular de procesamiento afectivo y de activación de mentalidad social, se lo puede utilizar para llevar a cabo una rescritura (p. e., Brewin et al., 2009; Wheatley et al., 2007). Por ejemplo, supongamos que alguien quiere trabajar con un determinado recuerdo problemático; primero, se puede crear el yo compasivo y, luego, empezar la aproximación al recuerdo como una “escena en el ojo de la mente”. La persona mantiene la posición compasiva mientras observa (comprueba su respiración y expresión facial). Puede imaginarse la escena desarrollándose. Luego, poco a poco, con el yo compasivo podría introducir otros elementos en la escena (p. e., colaboradores) y empezar a decidir otros finales alternativos (Brewin et al., 2009). Recuerda que el yo compasivo, realmente controla el trabajo a lo largo de este recuerdo y, por lo tanto, reconoce su capacidad para hacerlo. Al

mismo tiempo, el terapeuta puede hablar muy despacio y suavemente al cliente, actuando como un consejero que tranquiliza –entrando en el recuerdo y volviendo al yo compasivo, según lo que resulte más seguro para el cliente–. De esta manera, a través del yo compasivo, se está aportando un nuevo tipo de mentalización.

Enfoque compasivo y mentalización

En el punto 4 se comentó detalladamente la importancia de las habilidades y competencias de la mentalización. Es posible (si bien tenemos que aguardar aún los resultados de las investigaciones) que el desarrollo del yo compasivo y el enfoque en las dificultades (tanto en el trabajo con la silla como en imaginación) facilite la capacidad de mentalización. Puede haber muchas razones para esto, incluyendo las siguientes:

- Tú estás tranquilizando al cliente y centrándolo en las sensaciones corporales con el ritmo de respiración suave.
- Estás manteniendo su atención, intencionadamente, en el yo compasivo y, por lo tanto, manteniéndolo a distancia del yo ansioso, crítico o enfadado o de recuerdos problemáticos –lo que hace que se sienta “más seguro”–.
- Estás activando específicamente la mentalidad de cuidador que aporta, de manera directa, competencias de empatía y motivación para ayudar y servir de apoyo.
- Estás creando un tono emocional (cuidado) que neutraliza las emociones basadas en la amenaza, ansiedad, ira, etc.
- El yo compasivo es, específicamente, neutralizador de la vergüenza.
- Un enfoque en el yo compasivo proporciona un nuevo centro de atención en el caso de que estés ayudando a la persona en el control de la atención.
- Estás contribuyendo a desensibilizar su capacidad para implicarse en diferentes aspectos del yo pasándoles el control –tales como el poder volver a centrarse en el yo compasivo y relajar el ritmo respiratorio si se siente sobrepasada–.
- Desde dentro del yo compasivo, puedes generar pensamientos e intuiciones alternativas que estén basadas en “sabiduría y cuidado auténtico” y que se puedan utilizar consecuentemente.
- Te puedes sentar junto a la persona (si así lo desea) para ofrecerle guía de una manera muy suave y tranquila, actuando como un objeto (de apego) confortador.
- Al comentar el tema de convertirse en el yo compasivo, estás desarrollando, poco a poco, en la persona el deseo de que emerja esa identidad “con un yo compasivo más fuerte, sabio y tranquilo”.

Puede haber también otras muchas razones –por ejemplo, sabemos que hay diferencias en las pautas cerebrales cuando nos aproximamos a un material potencialmente amenazador tanto con un yo crítico como con una orientación tranquilizadora (Longe et al., 2010)–. Como sugerían hace 2500 años los pensadores y los practicantes budistas, la compasión transforma e integra la mente.

El fluir de la compasión

Existe una evidencia creciente respecto al hecho de que desarrollar la compasión por los demás propicia el propio bienestar en alto grado (p. e., Fredrickson et al., 2008). A veces, a la gente este ejercicio le resulta más fácil que el desarrollo de la compasión por uno mismo, pero hay algunos puntos clave a tener en cuenta. A veces, la gente desarrolla lo que parece compasión pero, en realidad, es aplacamiento sumiso, cultivo del “ser agradable” o querer serlo para caer bien a los demás. Si bien es cierto que algunos de estos elementos están presentes en todos nosotros, a algunas personas les faltan capacidades de mentalización, empatía verdadera respecto a lo que otra gente necesita de verdad (que no es lo mismo que lo que pide), y puede resultarles difícil ser asertivo o establecer límites –un problema frecuente de ser padres–. Otro problema totalmente diferente surge con la gente que no ha procesado su ira. A estas personas les resulta difícil la compasión, en parte, porque sienten que ser una persona compasiva significa *desprenderse* de la ira; no es compasivo *sentir siquiera* enfado – en vez de comprender que la compasión es cuestión, ante todo y sobre todo, de honestidad, tolerancia y comprensión de los propios sentimientos–.

Sin embargo, puede ser muy conveniente empezar a centrarse en el fluir de la compasión hacia otras personas. Los *recuerdos* pueden constituir un buen punto de partida para tratar de estimular esos sistemas cerebrales que nos interesan. Veamos un ejercicio.

Guía

En este ejercicio vamos a imaginar la amabilidad y la compasión fluyendo hacia los demás. Siéntate tranquilamente en un lugar en el que nada te vaya a perturbar y céntrate en tu respiración. Cuando estés listo, procura recordar una época en la que te hayas sentido muy amable y cuidadoso hacia alguien (o, si lo prefieres, hacia una mascota). Procura no elegir una época en la que esa persona (o animal) estuviera muy angustiada porque, entonces, lo más probable es que te centres en esa angustia. La idea consiste en enfocarse hacia esos deseos de ayudar y en los sentimientos de generosidad. Recuerda que lo importante son tu comportamiento y tus intenciones –y que los sentimientos pueden venir más tarde–. Ahora, trae a tu mente un momento en el que te hayas sentido compasivo hacia alguien (o hacia un animal).

- Imagínate expandiéndote como si te fueras volviendo más tranquilo, sabio, fuerte y maduro y capaz de ayudar a esa persona.
- Presta atención a tu cuerpo mientras recuerdas tus sentimientos de amabilidad. Crea una expresión facial compasiva.
- Dedicar un momento a sentir esa expansión y calidez en tu cuerpo. Percibe tu deseo genuino de que esa otra persona se vea libre del sufrimiento y que prospere.

- Dedicar un minuto, o más, si te es posible, a pensar en la satisfacción de ser capaz de ser amable.

Ahora, concéntrate simplemente en tu deseo de ser útil y amable, en la sensación de calidez, en el sentimiento de expansión, en tu tono de voz, en la sabiduría que refleja tu voz y tu comportamiento. Cuando hayas terminado el ejercicio, tal vez quieras tomar algunas notas acerca de cómo has experimentado el proceso.

Enfocar el yo compasivo sobre otros

Podemos avanzar un poco más en el ejercicio de enfocar y dirigir nuestro yo compasivo. Para practicar, busca un momento y un lugar en el que te puedas sentar tranquilamente sin ser molestado. Ahora, procura generar la sensación de ser una persona compasiva, de la mejor manera que puedas. Unos días te resultará más fácil que otros –incluso el más leve indicio puede ser un comienzo–. Ahora, concéntrate y trae a la mente alguien por quien te preocupes (p. e., una pareja, amigo, padre o niño) o un animal o, incluso, una planta. Cuando lo tengas en tu mente, concéntrate en dirigirle estos tres sentimientos y pensamientos básicos:

- Que te sientas bien.
- Que seas feliz.
- Que te veas libre de todo sufrimiento.

Recuerda que lo importante es tu conducta y tus intenciones –y los sentimientos que puedan venir más tarde–. Sé amable, tómate tu tiempo y permítete a ti mismo centrarte en los deseos que generas en ti mismo hacia la otra persona/animal/planta. Tal vez los puedas imaginar sonriéndote y compartiendo esos sentimientos. De acuerdo, resulta más complicado si estás pensando en una planta, pero imagínate a la planta “feliz” por recibir tus deseos compasivos. Dedicar algún tiempo a concentrarte en este deseo tuyo, auténtico, hacia “el otro”.

Recuerda activar tu atención consciente en el sentido de que, si tu mente divaga, eso *no* es un problema; simplemente, con amabilidad y gentileza, vuelve a tu tarea. Intenta percibir cualquier sentimiento que experimentes en tu interior y en tu cuerpo y que surja de este ejercicio de centramiento. No te preocupes si no parecen suceder muchas cosas a nivel consciente; el hecho de hacerlo es lo que cuenta. Es lo mismo que ponerse en forma: puede que necesites hacer varias visitas al gimnasio o entrenar antes de que, conscientemente, te veas diferente pero tu cuerpo estará respondiendo desde el primer momento.

Hay muchas variantes de este conjunto básico de ejercicios, incluyendo el ampliar tu imaginación a otra gente, a extraños e, incluso, a la gente que no te gusta. En todos estos ejercicios conviene ayudar al cliente a que recuerde que “todos nosotros estamos aquí, con unos condicionamientos cerebrales y sociales que no hemos elegido; todos queremos la felicidad, nadie busca el sufrimiento”. Para más información sobre este tipo de ejercicios se

puede consultar Germer (2009), Gilbert (2009a) y Ricard (2003).

Recuerda siempre que todos estos son experimentos conductuales y que tú estás colaborando con las personas, comprobando cómo se sienten, qué beneficios les reportan, si entienden el propósito, si hay algo que les gustaría cambiar, si tienen otras posibles vías de innovación, etc. Repasa los tres círculos (figura 2 del punto 6) y el mapa del cerebro (figura 11, punto 18).

De la imaginación al comportamiento

En este breve manual nos estamos centrando en la imaginación pero hay que recordar que el comportamiento compasivo es muy importante. Tenemos suficientes pruebas de que hacer cosas amables por los demás, en realidad, nos ayuda a nosotros. De manera que nos podemos centrar en el comportamiento compasivo, planificar y pensar cómo poner en práctica y llevar a cabo conductas compasivas hacia los demás, entre sesiones. Por ejemplo, realiza una acción *amable* por ti mismo y por otra persona cada día. Ayuda, también, a la gente a distinguir entre “amabilidad sumisa” –o hacer las cosas porque uno busca ser “agradable” y que lo aprecien (y todos lo buscamos, en alguna medida)– y el hecho de desear tener un comportamiento genuinamente compasivo. Ayuda a la gente a distinguir entre lo que los demás quieren y lo que necesitan (p. e., un alcohólico quiere otro trago pero no es eso lo que necesita). Al mismo tiempo, mostrar gratitud y aprecio puede ser compasivo; establecer límites también puede ser un comportamiento compasivo. De manera que no ser excesivamente melindroso y ser amable y entender una pérdida sería ser compasivo.

25

La compasión fluyendo hacia uno mismo: utilización de la memoria

La investigación sobre distribución de la atención ha puesto de manifiesto, hace ya tiempo, que dedicamos más atención a las amenazas que a lo positivo (Baumeister et al., 2001). La gente encuentra más rápidamente rostros agresivos en una matriz de caras alegres o con expresión neutra que un rostro feliz en una matriz de caras neutras o negativas (Öhman, Lundqvist, & Esteves, 2001). Beck señalaba que si (digamos) vamos a diez tiendas y nueve de los empleados son serviciales pero uno se muestra descortés y rudo, lo más probable es que, al volver a casa, nos encontremos barruntando sobre el que fue grosero y nos olvidemos de los que se mostraron serviciales. Esto ocurre porque nuestro cerebro está preparado para ser “sensible a la amenaza más que sensible a la recompensa” (Baumeister et al. 2001; Gilbert, 1998) y eso se hace más evidente cuando nos encontramos en estados de ansiedad o amenaza. De modo que tenemos que contrarrestar esta tendencia, entrenarnos para centrarnos en la buena disposición de los demás, aprender a prestar atención y a “quedarnos” con la amabilidad de los otros –por pequeña que sea–. Cuando yo le explicaba esto a una de mis pacientes *borderline*, su respuesta fue: “¡Que se ‘J***’! Son todos unos bastardos”. Sin embargo, el hecho de realizar la simple tarea, fuera de la sesión, de detectar amabilidad, por ligera que sea (p. e., la sonrisa de un vendedor o una dependienta) puede ser un entrenamiento eficaz para contentar nuestras cavilaciones (de amenaza o enfado) y decidir cambiar a un enfoque sobre la amabilidad (véase la figura 4 del punto 8).

Partiendo de esta base y procurando activar experiencias de recibir compasión de los demás (compasión interpersonal), el siguiente grupo de prácticas y ejercicios se refiere a la compasión fluyendo dentro de uno mismo. Ahora bien, aquí es donde el trabajo sobre la compasión empieza a resultar engañoso y uno puede caer en diversas formas de resistencia y miedos, que comentaremos en el punto 29. Es conveniente ayudar a la gente a que enfoque su atención en algún momento en el que otras personas se mostraron cuidadosas y amables con ella porque, por lo general, esos momentos habrán sido olvidados o se habrán vuelto menos accesibles cuando la gente se sienta amenazada, enfadada o depresiva. Si estamos enfadados con nuestra pareja, por lo general, no vamos a pararnos a pensar en las cosas que nos gustan de él o de ella en el momento que nos sentimos enfadados. De hecho, la capacidad de desconectar para recordar las cualidades positivas de la relación (en lugar de barruntar sobre nuestras insatisfacciones) es la clave para una relación satisfactoria. De manera que la gente necesita practicar el experimentar y centrarse en la compasión fluyendo hacia su interior. A continuación se ofrece una guía para la utilización de la memoria –pero ten en cuenta que algunas personas van a tener muy pocos recuerdos–.

Guía

Céntrate en suavizar el ritmo de tu respiración durante un minuto, más o menos, o hasta que puedas sentir que tu cuerpo se ha distendido. Cuando sientas que tu cuerpo se está relajando, prepárate para practicar imaginación compasiva, permitiendo que la postura de tu cuerpo refleje esa actitud compasiva. Siente la compasión expandiéndose a tu alrededor. Crea tu expresión facial compasiva. Esto podría concretarse en una sonrisa suave o en una postura relajada, pero que sea una expresión facial amable. Tal vez quieras “ensayar” con distintas expresiones faciales para ver la que mejor te encaja. Cuando sientas que estás listo, trae a tu mente el recuerdo de un tiempo en el que alguien fue amable contigo.

Este recuerdo no debería ser el de un momento en el que tú te sintieras angustiado porque, de ese modo, te centrarías en la angustia. El propósito del ejercicio consiste en centrarse en un deseo de ayudar y ser amable. Crea una expresión compasiva en tu cara y una postura corporal que te brinde esa sensación de amabilidad mientras vas recordando.

Dedica algún tiempo a explorar la expresión facial de la persona que fue amable contigo. A veces sirve de ayuda que la observes acercándose a ti o que veas cómo, en su cara, se abre una sonrisa o cómo ladea la cabeza. Céntrate en las características sensoriales más importantes de tu recuerdo de esta manera:

- Céntrate en el tipo de cosas amables que esa persona dijo y en el *tono* de su voz. Dedícale un minuto.
- Luego, céntrate en el sentimiento de la emoción de esa persona; lo que ella, realmente, sentía por ti en ese momento. Céntrate en eso un minuto (o más si quieres/puedes)
- Ahora, céntrate en el conjunto de toda la vivencia: si, tal vez, esa persona te tocó o te ayudó de alguna otra manera y observa tu sentimiento de gratitud y de placer al ser ayudado o ayudada. Permite que tu vivencia de *gratitud* y *gozo* por ser ayudado, por ser ayudada, crezca. Recuerda mantener tu expresión facial de compasión. Dedica unos minutos a ese recuerdo. Cuando estés, lista o preparado, deja que tu recuerdo se desvanezca lentamente, sal de tu ejercicio y haz algunas anotaciones para recoger cómo te sientes.

Contrastando recuerdos

Tal vez sientas que traer esos recuerdos a tu mente puede suscitar sentimientos en tu interior, incluso aunque sólo se trate de recuerdos fugaces. Para comprobarlo, piensa: ¿Qué ocurriría si te centraras en recordar alguna ocasión en la que la gente fue *desagradable* contigo? Seguramente que activarías otros sentimientos muy distintos dentro de ti. Lo gracioso es que, porque realmente le prestamos tan poca atención a lo que ocurre dentro de nuestra mente, nos permitimos a nosotros mismos existir (barruntar y permanecer) en lugares en los que recordamos (o anticipamos) a los demás siendo poco amables o, incluso, amenazadores con nosotros. Eso significa que

nos pasamos el tiempo estimulando nuestro sistema de amenaza. Cuando hacemos eso, bloqueamos otros recuerdos más útiles y otros patrones cerebrales. La cuestión es: ¿Para qué queremos entrenar a nuestra mente? ¿Dónde queremos existir: dentro los patrones que creamos o en nuestra mente? ¿Hacia dónde queremos enfocar el proyector de nuestra consciencia?

Te habrás dado cuenta de que centrarse en las cualidades sensoriales es importante; entrar en los pormenores de las imágenes y los recuerdos, traer todo eso a la mente, es útil. No basta con tener sólo el pensamiento o la cognición de que los demás pueden ser de ayuda. Es mejor permitir que la memoria estimule los sistemas de afecto dedicándole tiempo al recuerdo. Sin embargo, no todo el mundo tiene este tipo de recuerdos –ni le parece que sea útil hacer todo esto–. De manera que hay que experimentar continuamente para ver lo que le sirve a cada uno.

La compasión fluyendo hacia uno mismo: Imágenes compasivas

Los ejercicios que vienen a continuación exploran cómo genera la gente sentimientos de compasión fluyendo hacia dentro. Una vez más, este es un ejercicio que se puede topar con bastante resistencia (véase el punto 29) de manera que conviene revisar el diagrama de los tres círculos (figura 2 del punto 6) así como el mapa del cerebro (figura 11, punto 18) para aclarar la importancia de este ejercicio y trabajar con la resistencia. Hay que volver continuamente atrás para hacer “fisioterapia” de la mente y procurar esquivar las resistencias.

Este tipo de ejercicio se ha utilizado en muchas terapias (Frederick & McNeal, 1999) y tradiciones espirituales (Leighton, 2003). Por ejemplo, los budistas dedican muchas horas a la meditación en la compasión fluyendo desde Buda al interior del propio corazón. La gente que cree en Dios puede imaginarse a Dios dándole Su Amor. Las investigaciones ponen de manifiesto que, incluso la gente que es atea, se puede beneficiar de este ejercicio imaginándose siendo amada de esta manera (para una exploración fascinante de los resultados de las investigaciones, véase Newberg & Waldman, 2007; sobre todo, el capítulo 9).

En las prácticas habituales budistas se da a la persona la imagen de Buda para que siga la secuencia tradicional, a veces con cánticos –un enfoque de arriba abajo–. En nuestro procedimiento seguimos un enfoque de abajo arriba en el que la persona trabaja pensando lo que a ella le resultaría compasivo. En nuestros ejercicios se le pide a la gente que cree e imagine su imagen compasiva *ideal*. El hecho de pensar qué es lo que haría que su imagen compasiva *ideal* fuera “*ideal para ella*” es una parte importante del ejercicio. Es útil que la gente piense acerca de lo que busca realmente en el hecho de sentir compasión por otra persona. ¿Es protección, comprensión, que los conozcan plenamente, ser validados o sentirse valorados y, sencillamente, cuidados? ¿Tienen miedo de algo de eso? ¿Sienten desprecio por alguna de esas cosas o creen que son imposibles? Como señalábamos antes, los humanos han evolucionado para procurar cuidados a los demás (Hrdy, 2009) y para sentir que los demás se ocupan de ellos (Gilbert, 1989, 2007a) y les desean lo mejor. De modo que la motivación (preocuparse profundamente y desear lo mejor al otro) que surge de la imagen compasiva va a ser crucial.

En un estudio temprano de las propias imágenes de compasión de clientes, Gilbert y Irons (2004) encontraron que podían entender fácilmente el valor de generar dichas imágenes y de las propias imágenes, que iban desde escenas de luz, un mar cálido o un bosque envolvente hasta las de Jesús. Sentimientos de “calidez” tanto física como emocional aparecían, por lo general, asociados a la imagen. Para empezar, los individuos que han sufrido abandono o abuso prefieren, por lo general, imágenes que no tengan forma humana. Sin embargo, con el tiempo, las imágenes van adquiriendo formas más humanas. Algunas personas encuentran barreras

entre ellas y su imagen debido a cuestiones de vergüenza sin resolver (p. e., el o la consultante pueden experimentar fantasías sexuales o agresivas que no pueden revelar –pero que su imagen sí revelaría–. Mayhew & Gilbert, 2008). A veces, las barreras están relacionadas con el temor a que la imagen se vuelva, de repente, crítica, rechazadora o dañina –o, sencillamente, que no esté disponible cuando se la necesita (por lo general, relacionado con recuerdos de la infancia)–.

Puede resultar útil (aunque no siempre) que las personas se imaginen que su imagen compasiva fue, en algún momento, como ellas y, por consiguiente, tuvo que enfrentarse al mismo tipo cosas al que ahora se enfrentan los consultantes pero que, ahora, ha progresado. De este modo, entiende los problemas de la persona desde dentro y no sólo desde una perspectiva de distanciamiento espiritual, “sobre una nube”. Una vez más, estamos tocando la psicología de la “mente compartida” (Gilbert, 2007^a; Hrdy, 2009; Stern, 2004).

Cuando la gente hace estos ejercicios suele tener pensamientos acerca de “no merecérselo”, de no poder hacerlo o de que puede sentirse un poco atemorizada. O puede que le venga algún pensamiento al estilo Groucho Marx: “No quiero compasión de un tipo que tuviera compasión por alguien como yo”. El sistema de amenaza puede estar activo y bloquear, de entrada, esa compasión por los sentimientos del yo (véase el punto 29). No hay que preocuparse por eso; es frecuente en gente con elevados sentimientos de vergüenza. Aconséjales lo siguiente: “Lo mejor para adquirir práctica es que practiques el ejercicio de la forma que puedas y que veas qué es lo que ocurre. Tú no te dirías a ti mismo, a ti misma, que no te mereces estar en forma o, si quisieras tocar el piano, que no te mereces tocarlo. Recuérдалo cuando estés pensando en entrenar tu mente. Aunque te parezca que no está ocurriendo nada, el acto de practicar y de intentarlo, te está llevando hacia delante”.

Crear la imagen compasiva del yo “ideal y perfecto”

En este trabajo de imaginación he tomado algunas cualidades clave de lo que los budistas llaman Bodhisattvas. Se trata de seres que, en algún momento, fueron humanos pero que han alcanzado la iluminación y la sabiduría y, ahora, están plena y totalmente entregados a la compasión para aliviar el sufrimiento de todos los seres (Leighton, 2003; Vessantara, 1993). De manera que, a continuación, aparecen algunos ejercicios seculares diseñados para estimular determinadas áreas cerebrales –sobre lo cual esperamos más investigación (pero véase Ji-Woong et al., 2009, Lutz et al., 2008)–.

Hay varias maneras de empezar este ejercicio. Se puede ir directamente a él, si tu cliente lo prefiere, pero esta es la forma que prefiere la mayoría. Dedicar un tiempo a meditar sobre cada cualidad (p. e., compromiso, sabiduría del yo, etc.) y lo que cada uno desea recibir.

Guía

Primero, comienza suavizando tu ritmo respiratorio y tu expresión compasiva; trae a tu mente tu lugar seguro, los sonidos, las sensaciones y las imágenes. Recuerda que se

trata de tu lugar seguro y que está encantado de que tú estés en él. Puede que sea el lugar en el que quieras crear tu imagen compasiva para encontrarte con ella. Puedes imaginar que tu imagen se forma a partir de una neblina, frente a ti, por ejemplo. La imagen puede ir caminando hacia ti. (Nota: *En la práctica budista, el estudiante imagina claramente un cielo azul del cual surgen varias imágenes*).

Este ejercicio es para ayudarte a *formar* una imagen compasiva con la que puedas trabajar y desarrollarte (puedes tener más de una, si lo deseas, y pueden cambiar con el tiempo). Cualquier imagen que te venga a la mente o con la que tú decidas trabajar, date cuenta, es *tu propia creación* y, por lo tanto, tu propio ideal personal –cómo te gustaría sentirte, realmente, siendo cuidado–. Sin embargo, en esta práctica es importante que procures dar a tu imagen algunas cualidades (que se destacan más adelante). Se trata de cualidades compasiva sobrehumanas, completas y perfectas que jamás dejarán que te vengas abajo. De manera que si tu imagen parece decepcionada o crítica o no lo suficientemente cálida o que le falta autoridad o fuerza, entonces vuelve a centrarte para crear esas cualidades. Recuerda que este trabajo se hace para que puedas estimular ciertas áreas de tu cerebro por lo que practicar en imaginación estas “cualidades de la compasión puras y perfectas” resulta esencial. Dichas cualidades incluyen:

- *Un compromiso profundo* hacia ti mismo –un deseo de ayudarte a sanar, a enfrentarte a tu sufrimiento y aliviarlo y de obtener más alegría de tu vida–. (Nota: Centrarse en vivencias de intención de cuidado hacia los otros es clave desde un punto de vista evolutivo).
- *Sabiduría* –que proviene de tres fuentes: La primera, entiende que “todos nos encontramos aquí”, teniendo que hacer frente a un cerebro que no hemos diseñado y a las primeras experiencias vitales que nos han modelado de una forma que no hemos elegido. La segunda entiende nuestra propia historia personal vital y por qué utilizamos determinadas estrategias de seguridad. La tercera, ha pasado por muchas experiencias vitales de manera que no es una mente separada que tenga pocas ideas sobre las dificultades que atravesamos a lo largo de la vida. Al fin y al cabo, “todos nos encontramos aquí”, haciéndolo lo mejor que podemos.
- *Fuerza mental* –que no es sobrepasada por tu dolor ni por tu angustia sino que permanece presente, haciéndose fuerte contigo–. Tiene confianza y autoridad derivadas, en parte, de su sabiduría–.
- *Calidez* –transmitida mediante amabilidad, gentileza, cuidado y apertura–.
- *Aceptación* –que nunca es crítica ni juzga; entiende tus luchas y te acepta tal como eres. Sin embargo, al mismo tiempo recuerda que está profundamente comprometida en ayudarte y apoyarte–.

No intentes recordar todas estas cualidades y emociones porque vas a ser guiado, de nuevo, a través de ellas cuando trabajemos con la imaginación.

También destacamos la importancia de la intención y el esfuerzo por “querer” para que los clientes no se queden colgados en el intento de crear emociones de calidez cuando, de hecho, puede llevarles mucho el llegar a desarrollarlas; especialmente si los sentimientos, en general, son un problema para ellos (véase el punto 4). De modo que lo verdaderamente importante es el deseo, el enfoque, la intención, el deseo de experimentar todo eso y, por lo general, los sentimientos llegan más tarde.

Como ya indicamos, la imagen compasiva comporta un profundo compromiso y el deseo de aumentar el bienestar del cliente. Esto significa que tendrá preferencias respecto al cliente. Por ejemplo, si el consultante está queriendo dejar de fumar o de beber, la imagen compasiva también va a desear eso para la persona y, así, el cliente o la clienta se pueden centrar en experimentar su imagen compasiva que quiere verlos liberados del tabaco o la bebida –pero sin condenar nunca los contratiempos–. Dicho claramente, la imagen va a promover el bienestar pero no un objetivo concreto –por ejemplo, no apoyaría ningún objetivo anoréxico ni un escape suicida– aunque, por supuesto, lo entendería. Con clientes muy complicados, los diálogos pueden ser muy difíciles y algunas imágenes pueden parecer muy poco compasivas (Mayhew & Gilbert, 2008).

Aunque estas cualidades son, claramente, las de cualquier mente humana, la imagen compasiva puede que no adopte una forma humana. Nuestros primeros estudios sugerían que, normalmente, ese era el caso y que la gente tenía imágenes compasivas de un árbol, un animal, el sol o, incluso, una montaña (Gilbert & Irons, 2004, 2005). La forma que adopte una imagen no es tan importante en tanto en cuanto la persona la vivencie poseyendo ese tipo de mente compasiva, con motivos compasivos dirigidos al self.

A veces, puede ser conveniente que la gente trabaje con las cualidades sensoriales de la imagen y, a veces, puede que no. En los primeros días de la CFT dedicamos mucho tiempo a los aspectos visuales de las imágenes pero a muchas personas eso les resultaba difícil. En las tradiciones espirituales, la gente suele recibir su imagen. Sin embargo, si a tu consultante le resulta útil la imaginería sensorial, le puedes ofrecer una variedad de formas para realizar ejercicios escritos (véase Gilbert, 2009a, 2009b). Aquí hay una sencilla muestra:

Trabajo de recodificación de imágenes

¿Qué aspecto/apariencia te gustaría que tuviera tu imagen compasiva ideal? –Cualidades visuales–
¿Cómo te gustaría que sonara tu imagen compasiva ideal? (p. e., tono de voz)
¿Qué otras cualidades sensoriales te gustaría darle?
¿Cómo te gustaría que tu imagen compasiva ideal se relacionara contigo?
¿Cómo te gustaría relacionarte con tu imagen compasiva ideal?

En cada casilla, los clientes pueden reflexionar sobre cada una de las cualidades (sabiduría, fortaleza, calidez y ausencia de juicios –véase el punto 16–) e imaginar qué aspecto tendría,

cómo sonaría o cómo se sentiría su imagen. Si no se les viene a la mente ninguna cosa o si su mente divaga, tráelos *amablemente* a percibir su respiración y a practicar la aceptación compasiva de ese hecho.

Aquí siguen algunas cuestiones que podrían ayudar a la gente a formar su imagen:

- ¿Te gustaría que tu imagen nutritiva/cuidadora pareciera/se sintiera/se viera anciana o joven; que fuera masculina o femenina (o no humana, p. e. con aspecto de un animal, del mar o de una luz)?
- ¿Qué colores y sonidos asocias con las cualidades de sabiduría, fortaleza, calidez y ausencia de juicios?
- ¿Qué te podría ayudar a sentir su compromiso y amabilidad hacia ti?

Una de las experiencias clave es que la imagen de los clientes *realmente quiera* que se vean libres del sufrimiento y/o sean capaces de hacer frente a las dificultades y crecer. Ella sabe que todos estamos aquí, viviendo como vivimos, intentando hacer lo mejor con nuestras mentes y vidas. Ella entiende que nuestras mentes son complicadas, que las emociones pueden irrumpir en nosotros y que todo eso no es por culpa nuestra.

Guía

Practica experimentando a centrarte en el sentimiento de que otra mente te valora realmente y se preocupa por ti incondicionalmente. Ahora, céntrate en la idea de que tu ideal compasivo te mira con enorme calidez. Imagina que tiene estos deseos profundos para ti:

- que te sientas bien;
- que seas feliz;
- que te veas libre de todo sufrimiento.

La clave del ejercicio *no es* la claridad visual. De hecho, en realidad alguna gente no llega a ver claramente sus imágenes en absoluto. La clave del ejercicio está en centrarse y practicar los deseos compasivos que surjan en ti. Aquí la práctica consiste en imaginar otra mente deseando que tú crezcas.

Ahora bien, puede que tú hayas pensado: “Sí, pero todo esto no es real; yo quiero que alguien real se preocupe de mí”. Naturalmente, eso es muy comprensible e incluso podría suceder que al practicar este ejercicio te sientas triste. Eso es porque tu sabiduría intuitiva reconoce que está buscando conexiones. Lo que hay que recordar es que lo que se está intentando abordar es tu propia actitud hacia ti mismo, especialmente los sentimientos de vergüenza o autocrítica. Aunque, ciertamente sería deseable encontrar gente que se preocupe de uno, también es muy deseable que generes esos sentimientos en tu interior –para que, poco a poco, aprendas a centrarte en la compasión hacia ti mismo más que en la autocrítica. De modo que procura no verlo como una situación de “o lo uno o lo otro” sino como un proceso distinto entre

la compasión que sientes hacia ti mismo y la compasión que te gustaría que otra gente sintiera hacia ti.

Ser comprendido y conocido

Las personas pueden imaginar que su imagen compasiva entiende la dificultad y complejidad del hecho de ser humanos así como sus vidas y experiencias actuales. No hay nada que puedan sentir, hacer o imaginar que otro ser humano no haya experimentado en algún momento. Eso es así porque todo ello se relaciona con el diseño de nuestro cerebro. Una imagen compasiva sabe que estamos trabajando con un cerebro que nosotros no hemos diseñado. Ha adquirido sabiduría y entendimiento a partir de la experiencia, por lo tanto, puede entender perfectamente y aceptar plenamente a la persona –y quiere que las personas estén libres de sufrimiento y que se desarrollen–.

Esto es importante porque, a veces, tenemos pensamientos tales como: “Seguro, pero si mi imagen compasiva supiera esto o aquello sobre mí, si conociera mis malos sentimientos, fantasías, pensamientos o cosas que yo he hecho, entonces no sería compasiva”. Nosotros explicamos que la compasión no es un “amigo para los buenos tiempos”. La compasión importa en el momento del sufrimiento, en el momento de las dificultades. La compasión que sólo es tal para las cosas agradables no es, en realidad, compasión. Esto suele dar lugar a cuestiones de perdón –sobre lo que, ahora, existe una amplia literatura– y aunque eso es, también, parte de la CFT, el espacio del que disponemos no nos permite desarrollar aquí un examen detallado.

De la imaginación al comportamiento

Como indicábamos anteriormente, aunque nos estamos centrando en la imaginación, también le enseñamos a la gente comportamiento autocompasivo. No se trata de hacer “cosas agradables por uno mismo” tales como darse un baño o asistir a una comida (aunque también podría ser). El comportamiento compasivo, en realidad, se refiere a lo que necesitamos para desarrollarnos y, a veces, eso significa enfrentarse a situaciones complejas y difíciles. De manea que puede ser conveniente tanto para el terapeuta como para el cliente generar ideas sobre comportamientos compasivos que llevar a cabo y practicar a lo largo de la semana. Cuando los clientes entienden realmente que uno se puede enfrentar a las dificultades con un espíritu de compasión, eso puede ayudar a su motivación. Una clienta reconocía que necesitaba dejar una relación y que lo más compasivo que podía hacer por sí misma era abordar el asunto y hacer frente a la culpabilidad. En términos de Terapia de Aceptación y Compromiso, la compasión favorece el compromiso.

Escribir una carta compasiva

Se trata de una forma de escritura expresiva –sobre cuya utilidad, actualmente, hay importantes evidencias (Pennebaker, 1997)–. Escribirse a uno mismo ayuda a la gente a asimilar experiencias difíciles y se puede utilizar de diversas maneras. Cuando se escriben una carta a sí mismos desde un punto de vista compasivo, el o la cliente pueden imaginarse escuchar la voz de su imagen compasiva hablándoles y, a continuación, ellos lo anotan o bien se pueden poner en modo compasivo para escribir la carta desde esa actitud o se pueden imaginar que es un amigo quien les escribe o lo que a ellos les gustaría decirle a un amigo. Una vez más, te animamos a que pruebes a hacer experimentos de conducta. Hazlo con un espíritu de buscar el tono más útil para la persona. Puedes salir de la habitación durante unos minutos de manera que los consultantes tengan un espacio para escribir “durante la sesión” o bien hacerlo como un trabajo fuera de la sesión. Puedes leerles sus cartas con una voz amable o invitarlos a que te las lean y observar qué tono utilizan. También puedes utilizar esto como una forma de entrenamiento porque, de entrada, puede que los clientes no escriban cartas muy compasivas y parte de tus destrezas consiste en reconocerlo y modelar su escritura y su enfoque.

¿La carta es

- expresiva en cuanto a preocupaciones y cuidados reales?
- sensible hacia las angustias y necesidades de la persona?
- comprensiva y emocionalmente sensible hacia su angustia?
- útil en relación a hacerse más consciente y tolerante con sus sentimientos?
- útil en relación a llegar a entender y reflejar mejor sus sentimientos, dificultades y dilemas?
- desprovista de juicios y no condenatoria?
- imbuida de un sentimiento auténtico de calidez, comprensión y cuidados?
- útil para pensar sobre la conducta que podrían necesitar para avanzar?

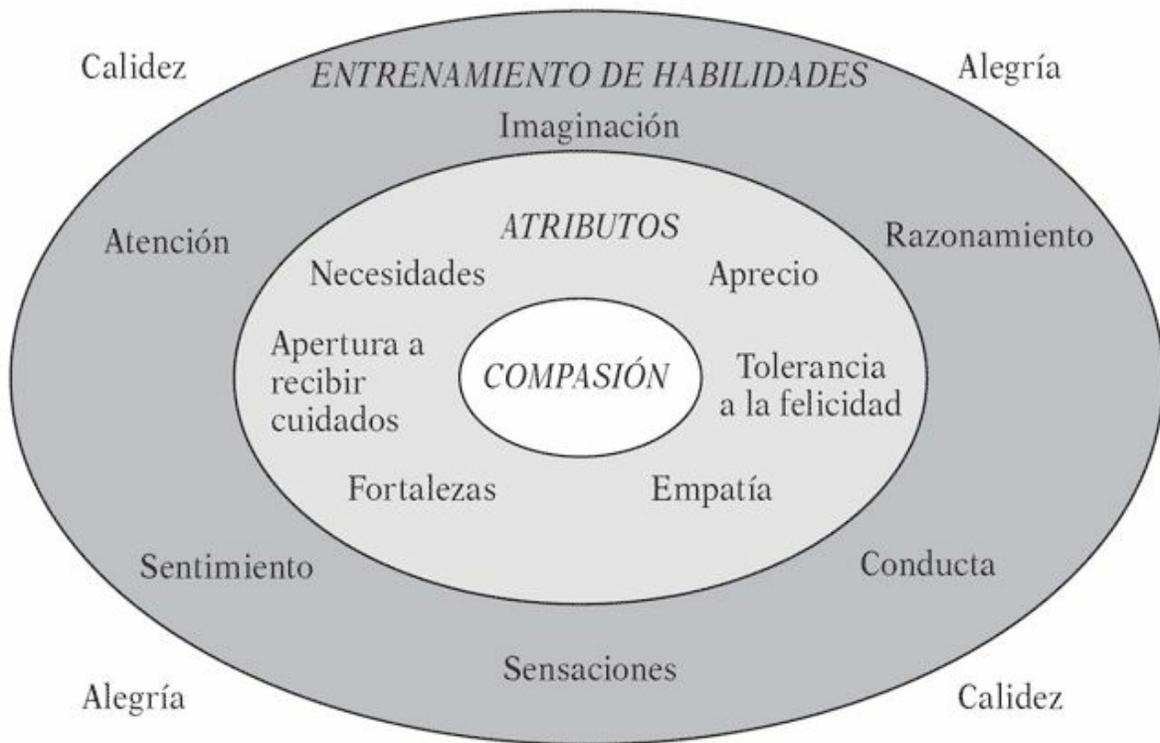
El propósito de estas cartas *no es* sólo centrarse en los sentimientos difíciles sino también ayudar a la gente a dar un paso atrás para reflexionar empáticamente sobre sus sentimientos y pensamientos y a estar abierta a ellos así como a desarrollar formas compasivas y equilibradas de trabajar con tales pensamientos y sentimientos. No van a ofrecer “consejos” ni “deberías”, etc. Para más información sobre escritura de cartas véase Gilbert (2009a, 2009b).

Mejora de la compasión y el bienestar

Estimulados por el concepto de psicología positiva de Martin Seligman sobre fortalezas y virtudes (Peterson & Seligman, 2004), los facultativos se han vuelto más conscientes de que necesitamos ayudar a la gente, no sólo trabajando con sus miedos y conductas problemáticas sino ayudándola a desarrollar su bienestar. Este enfoque positivo se va integrando progresivamente en más y más terapias (Synder & Ingram, 2006). Ahora sabemos que el bienestar se relaciona con una serie de elementos tales como el sentido de un propósito y el control de la propia vida, sentir que uno puede hacer algo por los demás, sentir gratitud y la capacidad de apreciar a otras personas y los pequeños placeres de la vida. Si la ciencia sigue mostrando que uno de los componentes más importantes del bienestar es la capacidad de amar y ser amado, de cuidar y ser cuidado, entonces, nuestras psicoterapias, intervenciones y entrenamientos se van a centrar cada vez más en ello, tanto en nuestras clínicas como en nuestras escuelas o lugares de trabajo.

De modo que la compasión es también una forma de pensar en mejoras y esto significa, una vez más, reconocer los *atributos* del bienestar y de la mejora personal que están socialmente contextualizados y son sensibles así como las *habilidades*. La figura 12 ofrece un modelo sencillo. En primer lugar, estamos motivados para trabajar por nuestro bienestar y el de los demás y a estar abiertos al cuidado y a la búsqueda de satisfacción. Somos capaces de pensar en nuestras necesidades lo cual, a largo plazo, nos va a nutrir y permitirnos desarrollarnos y distinguirlas de nuestros deseos. El alcohólico desea otro trago pero eso no es lo que necesita. Podemos desear más dinero pero eso no va mejorar nuestro cerebro de cara al bienestar. Podemos aprender a apreciar las cosas en lugar de acostumbrarnos rápidamente a ellas y, luego, aburrirnos y desear más cosas. Incluso los ganadores de la lotería vuelven a experimentar su estado de ánimo habitual después de unos cuantos meses.

Figura 12. Entrenamiento compasivo multimodal de la mente (CMT) para la mejora positiva y afiliativa.



Para algunas personas la tolerancia hacia la felicidad es importante. Como señalamos en el punto 29, puede haber miedos considerables hacia la felicidad y las emociones positivas. Necesitamos tener empatía y entender el bienestar y la importancia de centrarse en el bienestar. Por último, se trata de poner en juego nuestras fortalezas dentro de un marco compasivo. Ser un buen francotirador o un timador puede ser una fortaleza pero nadie recomendaría una cosa semejante.

Es muy importante ayudar a que la gente piense en mejoras personales y sociales y no tratarla como “casos psiquiátricos”. Recuerda que sólo podemos ser una versión de nosotros mismos pero que siempre son posibles otras versiones diferentes –para eso entrenamos–. Todos estos enfoques nos ayudan a profundizar y ampliar nuestros esfuerzos terapéuticos.

Miedo a la compasión

Cuando la gente está deprimida, generalmente, se siente desmotivada para hacer cosas positivas aunque (saben que) esas cosas podrían ayudarlos. A la gente con ansiedad le gustaría hacer determinadas cosas tales como volar para ir de vacaciones, tener una cita nueva, hacer trabajos emocionantes, pero siente demasiado miedo para intentarlo. Los sistemas de activación y de amenaza-autoprotección bloquean las actividades que podrían llevarlos a experimentar sentimientos positivos y mejora personal. Puede haber un miedo a hacer cosas aunque la gente anticipe que podría experimentar sentimientos positivos y desarrollarse haciéndolas. En estos contextos es conveniente fomentar la participación y la actividad de la gente deprimida o ayudar a la persona ansiosa a tolerar y a trabajar con los sentimientos de ansiedad.

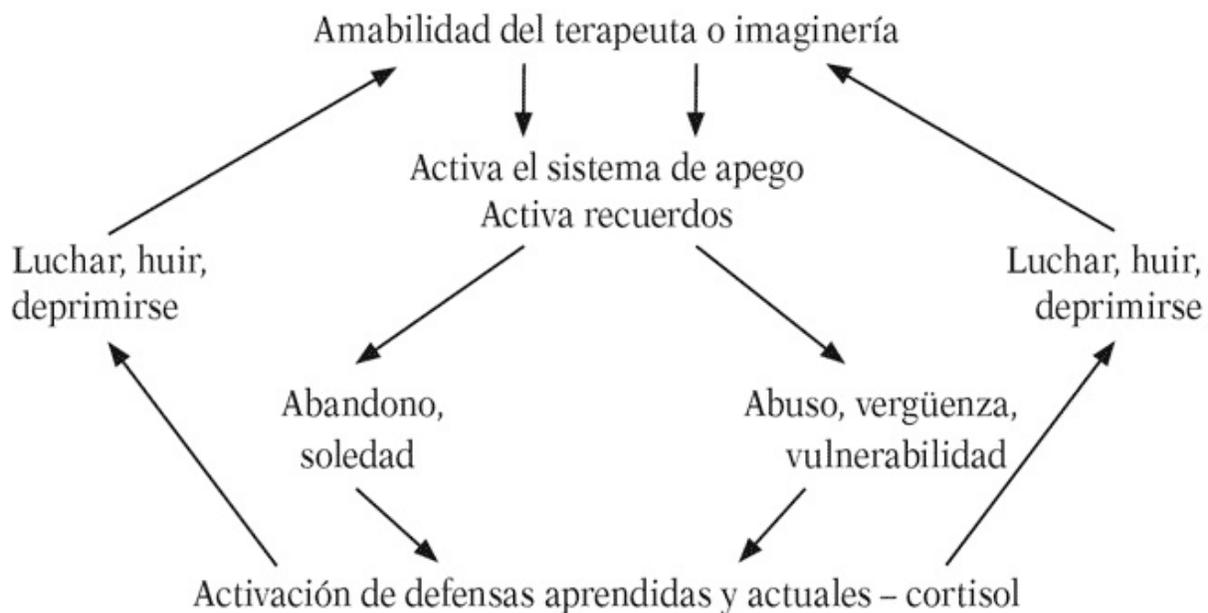
Lo que se ha investigado menos pero es cada vez más evidente en la Terapia Centrada en la Compasión es el *miedo a la propia emoción positiva*. Para entender esto, se debe tener muy claro los dos tipos de emoción positiva (véase el punto 6). De hecho, la gente puede sentir miedo de las dos. Hace treinta años, Arieti y Bemporad (1980) sostenían que algunas personas depresivas tenían un tabú respecto al placer. Al haber crecido en un entorno puritano, creían que el placer era algo malo. De hecho, muchas personas mantienen la creencia de que si hoy son felices, algo malo puede sobrevenirles mañana. A veces, esto se relaciona con la memoria emocional y el condicionamiento en el que un sujeto era feliz y, luego, le sucedía algo malo. Susan recuerda desear cosas tales como una fiesta de cumpleaños pero, entonces, su madre solía sentirse molesta o enfadada y se creaba un mal ambiente. O planeaban ir a la costa pero, como agorafóbica, su madre tenía un ataque de pánico repentino y, de ese modo, su padre acababa enfadándose. De modo que “me siento incómoda en cuanto empiezo a sentirme feliz”, decía. Algunas personas creen que “la felicidad no forma parte de mí”. Tienen una identidad que está encerrada en el sufrimiento y la depresión y no se pueden imaginar a sí mismas siendo felices. Algunas personas se aferran a su victimismo como si fuera una identidad que hay que sacar a relucir ante quien esté dispuesto a escucharlas. Para algunos, es la ira la que domina todo su espacio. La gente con trastorno obsesivo-compulsivo, a veces, percibe que sus síntomas empeoran cuando se sienten felices lo mismo que cuando están estresados.

La compasión, sin embargo, es un tipo particular de afecto positivo que está vinculado a relaciones sociales y a sentimientos de satisfacción, seguridad y conexión. Para algunas personas, los sentimientos positivos de amor y satisfacción, generados por endorfinas y oxitocina, resultan altamente atemorizantes. Esto sucede porque esa clase de sentimientos positivos requieren que uno se abra a los demás, en alguna medida, y que se haga más confiado y reconozca que uno puede sobrevivir a los altibajos de las relaciones. “Bajamos la guardia”. ¡El problema es el cierre de este sistema dejando, así, fuera de combate al sistema de confortamiento más importante de nuestro cerebro! De hecho, algunos niños y adultos han

aprendido que tienen que aislarse para sentirse seguros, alejarse de los demás en vez de recurrir a ellos cuando se sienten angustiados. Este puede ser el problema clave a la hora de intentar brindar a mucha gente con problemas complejos de salud mental el servicio más adecuado.

Hace muchos años, el teórico del apego, John Bowlby señalaba en una entrevista que si fuéramos agradables con los clientes, ellos, a veces, se volverían irritables, ansiosos o, simplemente, no volverían. Él se dio cuenta de que la amabilidad estaba abriendo el sistema de apego. El problema es que, si hay recuerdos aversivos de figuras de apego “en el sistema”, pueden ser activadas por la amabilidad del terapeuta. La figura 13 muestra este proceso.

Figura 13. Formas de relación de la amabilidad y la compasión con el apego, la amenaza y la evitación. Reproducido con permiso de Gilbert, P. (2009) “*Evolved minds and compassion-focused imagery in depression*”, en L. Stopa (ed.), *Imagery and the Threatened Self: Perspectives on Mental Imagery and the Self in Cognitive Therapy* (pág. 206-231). Londres: Routledge.



Algunas evidencias

En mi unidad de investigación, Rockliff et al. (2008) exploraron una medida de procesamiento emocional denominada variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC). Este estudio puso de manifiesto que quienes eran poco autocríticos respondían a las imágenes de compasión con un aumento de la VFC y una reducción del cortisol, lo que indicaba que se trataba de una experiencia confortadora, mientras que la autocrítica elevada se asociaba con una reducción de la VFC (indicadora de amenaza) sin cambios en el cortisol. Longe et al.

(2010) utilizaron fMRI (imagen por resonancia magnética funcional) para investigar las respuestas a la autocrítica y a la auto tranquilización en el contexto de un suceso angustiante (p. e. ser rechazado en el trabajo). No sólo se dieron diferencias neurofisiológicas claras entre ambos tipos de respuestas sino que, además, los que mostraban autocrítica elevada parecían presentar un patrón similar al de amenaza cuando trataban de auto-tranquilizarse y ser compasivos –un hallazgo similar al de Rokliff et al. (2008)–. La psicoterapia tiene que trabajar en este problema de la compasión recibida como amenaza o, de lo contrario, las autocríticas no tendrán acceso al sistema de confortamiento y esto puede provocar recaídas en cuanto a la vulnerabilidad. Hay diversas razones por las que la compasión puede ser amenazadora.

Condicionamiento

La CFT está muy vinculada a los modelos de condicionamiento clásico y podemos utilizar el condicionamiento clásico para entender este problema. Por ejemplo, nuestros sentimientos sexuales son placenteros, pero si (digamos) hemos sido víctimas de una violación, pueden volverse aversivos. Lo que son motivos, sentimientos y actividades *internos* generalmente agradables, pueden volverse altamente aversivos. Entender el *miedo y el desagrado* en la experiencia de sentimientos cálidos es exactamente lo mismo. Por lo general, los sentimientos de los demás cuando son amables y cordiales, resultan agradables pero si eso estimula el deseo de cercanía, lo cual te va a recordar la situación de abuso y de pérdida de control, de sentirte abrumado, obligado, temeroso, dependiente o asfixiado, entonces no son sensaciones agradables. A veces, debido a que los padres son, al mismo tiempo, deseados y temidos (Liotti, 2000), es lo que sucede en el trabajo con la compasión. De manera que una razón por la que el sistema de confortamiento es problemático es que tiene muchos recuerdos tóxicos y centrados en la amenaza así como muchas reacciones emocionales asociadas con ellos. A veces, simples sentimientos de calidez pueden estimular una amplia gama de emociones y recuerdos complicados y no procesados.

Duelo

Un problema frecuente para la gente en su camino hacia la compasión es que ésta despierta en la gente memorias sociales referidas a desear sentirse segura siendo cuidada, querida y con un sentimiento de pertenencia (Baumeister & Leary, 1995). Sin embargo, este reconocimiento de querer sentirse queridas y conectadas puede llegar a provocar que las personas se sientan desbordadas con sentimientos de tristeza. Nosotros explicamos esto (y sus lágrimas) como una especie de “sabiduría intuitiva” porque buscando estar conectado es cómo ha evolucionado nuestro cerebro y la manera en que lo ha hecho. El duelo puede ser el comienzo del reconocimiento del deseo de conexión y del procesamiento de sentimientos profundos de pérdida y esfuerzos fallidos por sentirse querido desde la infancia (Bowlby, 1980). Aunque ha habido muchos estudios sobre pérdidas específicas en la infancia (duelos), tales como la pérdida de un progenitor o la pérdida debida a una enfermedad, hay muy pocos estudios sobre

la pérdida de aquello que se quería o se necesitaba. Esto es, la pérdida de un hijo deseado por (digamos) abuso. La capacidad de experimentar duelo por lo que no ha sucedido (p. e., sentirse querido o deseada) así como por lo que sucedió (p. e., abuso) es importante. Gilbert y Irons (2005) sugerían que los problemas de personalidad borderline se asociaban principalmente con dificultades para tolerar el duelo y la tristeza por lo que, generalmente, son vidas repletas de pérdida.

De modo que la CFT trabaja con el duelo (que es una forma de comportamiento de tolerancia de la tristeza y la añoranza). Un reconocido terapeuta CBT me dijo una vez que el duelo por el pasado era inútil en terapia y que debía ser evitado. En CFT puede resultar esencial. Aunque todavía nos faltan pruebas, muchas personas borderline con las que hemos trabajado (p. e., Gilbert & Procter, 2006) sintieron que el hecho de haber tenido un espacio para el duelo por los traumas de la infancia y el anhelo de amor y protección habían sido elementos muy importantes en su recuperación. Para la gente que sufre daños o una enfermedad importante o que está en un proceso psicótico, disponer de un espacio para el duelo puede ser una parte importante del proceso de recuperación. Sin embargo, abordarlo demasiado pronto puede resultar tan abrumador que podrían disociarse de la vivencia.

Sin embargo, la perseverancia amable y colaboradora puede compensar. Una de mis clientes que se había pasado meses trabajando un terrible duelo por su entorno, se dio cuenta de que había empezado a experimentar todo tipo de sentimientos que no se imaginaba que pudieran existir. Antes del duelo, sus emociones parecían congeladas sin que ella se hubiera dado cuenta. De manera que al igual que un duelo bloqueado por la pérdida de un ser querido puede causar problemas psicológicos, es necesario hacer más investigaciones sobre el proceso de duelo por las dificultades de la propia vida. Está claro que hay ocasiones en las que el duelo no es útil, las lágrimas se relacionan con un frustrado “pobre de mí” o la gente, simplemente, lo mantiene. Sin embargo, el duelo puede ser tratado como cualquier otra emoción de modo que la tolerancia y el trabajo con él son fundamentales. Esto es más difícil de realizar en un grupo de terapia y lo que mejor sirve de ayuda es que la persona cuente con un terapeuta individual (como en la Terapia Conductual Dialéctica) que entienda su proceso. Algunos aspectos del duelo pueden estar relacionados con una “llamada de auxilio” de modo que cuando los sujetos empiezan a percibir a los demás como presentes, disponibles y brindando ayuda, reajustan sus sistemas de regulación afectiva y reducen la impulsividad basada en la amenaza. A este respecto, sin embargo, se necesita mucha más investigación pero, ciertamente, existen muchos casos anecdóticos ilustrativos del hecho de que, cuando una persona se siente amada, querida y aceptada (p. e., en el caso de que encuentre una religión), eso “la cambia”. Resulta extraordinario que se haya dedicado una investigación tan escasa a esos aspectos e implicaciones para la psicoterapia.

Metacognición

El miedo a la compasión también se puede asociar con diversas metacogniciones (véase el

punto 4). La gente puede creer que es incurrir en auto indulgencia, que la va a volver débil, que no se la merece, que va significar estar bien hoy pero que va a cambiar mañana. En la actualidad, estamos llevando a cabo estudios sobre el miedo a la compasión. Esto se relaciona con el miedo a sentir compasión por los demás, miedo a aceptar y estar abierto a la compasión por los otros y miedo a ser compasivo consigo mismo. Los datos disponibles en la actualidad sugieren que estas tres opciones se relacionan con estrés, ansiedad y depresión, con una especial correlación en el caso del miedo a la autocompasión.

En un estudio cualitativo sobre autocompasión en la depresión, Pauley y McPherson (en prensa) encontraron que la mayoría de la gente nunca había considerado ser autocompasiva (un hallazgo similar a los de Gilbert & Procter, 2006). Sin embargo, las personas sentían que aunque aprender a ser auto compasivo sería de mucha ayuda, tenían también la sensación de que les iba a resultar muy difícil porque su sentido del yo estaba encerrado en la autocrítica, especialmente cuando se sentían deprimidas. Algunos participantes pensaban que eso generaría un cambio demasiado grande en su auto identidad y que la propia depresión genera una autoaversión interna que resulta muy difícil de contrarrestar. Por lo tanto, se necesita urgentemente desarrollar un mejor conocimiento y más investigación sobre los complejos bloqueos, barreras y resistencias en el desarrollo de la auto compasión. De hecho, en terapia se necesita una cuidadosa activación, análisis y acuerdo colaborativo para trabajar con esas barreras.

Falta de sentimientos

Otro problema frecuente es que cuando la gente empieza a hacer su trabajo de imaginación y compasión, encuentra que no puede activar ningún “sentimiento de calidez ni compasión”. Un cliente decía: “Todo parece muerto por dentro. No siento absolutamente nada”. A estos individuos es conveniente sugerirles que no hay que sorprenderse, dados sus antecedentes así como el hecho de que sus sistemas de afiliación-confortamiento puede que no hayan tenido la oportunidad de desarrollarse o puede que estén bajo control de la amenaza o pueden haber sido desactivados debido al propio estado cerebral de depresión. Lo más importante, sin embargo, es realizar la práctica y centrarse en los deseos, motivos e intenciones para intentar orientarse compasivamente. Los sentimientos pueden ir y venir y, aunque esperamos que surjan más sentimientos de “confortamiento”, esto puede llevar mucho tiempo y práctica.

Dificultades de desarrollo

El punto 4 exploraba la importancia de las habilidades de desarrollo, especialmente la capacidad de pensar, describir y reflejar las propias emociones. Si la gente tiene dificultades en este punto –tal vez, problemas de mentalización o de alexitimia– los sentimientos compasivos le van a resultar muy extraños, simplemente porque no puede articularlos o porque, difícilmente, va a ser capaz de distinguir *cualquier* sentimiento. De modo que, aquí, el trabajo con la compasión va a ser muy lento, con un gran enfoque sobre los sentimientos que

surjan durante el transcurso de la terapia y los ejercicios específicos. Este tipo de personas también controlan muy estrechamente su incapacidad de sentir o descubrir sentimientos, tienen ideas propias sobre cómo deberían ser determinados sentimientos y se vuelven autocríticas (avergonzadas) muy rápidamente. Eso las coloca inmediatamente en sistema de amenaza y toda la tarea se viene abajo. Según mi punto de vista, parte del problema con la alexitimia radica en que la gente se avergüenza o se vuelve autocrítica con el propio proceso de exploración. Tiene pensamientos tales como: “Esto debería ser fácil; yo debería saber esto; debería ser capaz de hacer esto; ¿qué es lo que me pasa?; me encuentro tonto aquí sentado, intentando hablar de sentimientos que no tengo ni entiendo”. Otras veces, puede surgir algún tipo de emoción (como duelo o rabia) pero se percibe como amenazadora y, por lo tanto, la gente se encierra en la evitación. De modo que enseñar cómo tolerar y explorar las emociones, permitir y, simplemente, advertir el contenido autocrítico puede ser un punto de partida. El reconocimiento de las emociones y el trabajo con ellas es, también, un área que se aborda en la terapia centrada en la emoción (p. e., Greenberg et al., 1993) y en algunos de los enfoques de mentalización más actuales (Batman & Fonagy, 2006)

Vivacidad

En CFT, los terapeutas *procuran constantemente crear una “sensación de seguridad”* e implicación que facilite la exploración. Como la CFT empezó con gente con fuerte tendencia hacia la vergüenza y la autocrítica, siempre se centró en este tema –de lo fácilmente que se disparan la vergüenza y la autocrítica y la importancia de cambiar continuamente del sistema de amenaza al sistema de confortamiento– y el duro trabajo que esto implica.

La seguridad genera las condiciones (neurofisiológicas) para la exploración y el desarrollo del cambio. Esta exploración puede ser de cosas que han ocurrido o que están ocurriendo en el mundo externo pero también en el mundo y los estados interiores. En la infancia, el aprendizaje se lleva mejor bajo condiciones de alegría y baja amenaza. Lo mismo sucede en terapia. Se ha subestimado *mucho* la importancia de la vivacidad en términos de la creación de contextos emocionales que faciliten la exploración y liberen de la vergüenza. En CFT, la vivacidad es un ingrediente terapéutico muy importante en el que el terapeuta encuentra delicadeza junto con estímulo para explorar. La vivacidad puede ayudar a los clientes a que se sientan seguros. Si uno piensa en individuos compasivos, de esos junto a los que resulta fácil estar, la vivacidad estará bien representada –aunque también la capacidad de centrarse intencionadamente–. La vivacidad depende también del estilo de comunicación no verbal del terapeuta. En CFT la vivacidad se relaciona también con la amenaza por parte del terapeuta (p. e., ¡de tener que cumplir objetivos!).

Para los individuos que se esfuerzan con la compasión, que tal vez tengan problemas de mentalización, el hecho de implicarse suavemente y con vivacidad puede ser un importante primer paso. Christine Braehler (Diciembre, 2009, comunicación personal), que acababa de completar una serie de grupos centrados en la compasión con individuos con psicosis, observó

cómo los individuos del grupo se habían vuelto compasivos mutuamente y habían desarrollado un cierto espíritu festivo en torno a determinados temas e ideas –eran capaces de compartir un chiste–. Ella observó lo importante que eso era para llevar adelante el proceso de grupo. ¡Estamos muy lejos ya de aquellos grupos de encuentro de los años 60!

Desensibilización

De muy distintas maneras, uno está operando con intervenciones conductuales típicas basadas en la desensibilización; ayudando a la gente a tolerar y sentir cosas que evitaban. Además, se están creando condiciones y habilidades, a través de la propia relación terapéutica centrada en la compasión, mediante el desarrollo del propio yo compasivo del cliente, el trabajo en la silla de la compasión, la escritura de cartas compasivas y la imaginación para facilitar el sentimiento y la comprensión de la compasión.

Análisis funcional

Conviene articular el miedo a la compasión como algo comprensible y, luego, explorarlo desde el punto de vista de un análisis funcional. ¿Cuáles son los mayores miedos/amenazas en el desarrollo de la compasión? ¿Cuáles son los bloqueos clave? Si uno se visualiza a sí mismo como la persona compasiva del futuro, ¿qué problemas se asocian con eso? Seguir con una terapia que apunta a activar un determinado sistema emocional evolucionado requiere, desde luego, una estrecha colaboración con los clientes porque puede implicar que empiecen a sentir cosas que habían evitado. De manera que más que imaginar la evitación en términos de emociones específicas, podemos concebirla en términos de *sistemas* de emociones específicos. Como señalábamos antes, hay mucho que aprender sobre los bloqueos y temores de la compasión. Por lo general, son los bloqueos y los miedos lo que *constituye el trabajo central*.

Consideraciones finales

Este libro ha esquematizado el modelo básico de CFT. Se trata de un enfoque basado científicamente y de enfoque múltiple que se propone como alternativa al modelo basado en una “escuela de terapia”. No se trata de ningún modelo budista, aunque, específicamente, valora y utiliza intuiciones y enseñanzas budistas. Germer (2009) proporciona un excelente resumen de un enfoque más budista, mezclando mindfulness con distintos ejercicios centrados en la compasión. Dicho libro ha sido escrito como un manual de autoayuda y, por lo tanto, se puede recomendar a los clientes. La CFT está asentada en la teoría evolutiva, en la neurociencia de la regulación afectiva, en la forma en que interactúan los sistemas del viejo y el nuevo cerebro (tales como la mentalización y la teoría de las competencias mentales) y las cualidades de las relaciones sociales. Utiliza los hallazgos de la psicología del desarrollo, social y de otras ramas de esta ciencia y está claramente alineada con muchos conceptos conductuales tales como el condicionamiento emocional. De manera que la CFT intenta reclutar e integrar conocimientos de los estudios científicos de psicología y desarrollar terapias a partir de esa posición más que crear una “escuela específica de terapia”.

En términos de intervención (p. e., figura 1, punto 3) la CFT es una terapia multimodal que se asienta sobre los avances importantes y significativos de la ACT, CBT, DBT, EFT, REBT y otros muchos enfoques. Los terapeutas centrados en la compasión comprueban cuidadosamente que cualquier intervención que puedan llevar a cabo (ya sea mediante la relación terapéutica, ayudando a la gente a reexaminar sus pensamientos o creencias básicas, operando contra comportamientos de seguridad, reconociendo y trabajando con la ira o los recuerdos traumáticos, implicándose en la exposición frente a aquello que se teme, con experimentos de conducta o tareas graduadas, trabajo con el cuerpo centrado en sensaciones/sentimientos o desarrollando mindfulness) es asequible a la persona en un espíritu de validación, apoyo y amabilidad, y no con un sentimiento interno subyacente de desapego, invalidación, frialdad, amenaza o crítica. El tono motivacional y emocional, la orientación básica, la intención y el espíritu de la intervención *es esencial*. También lo es el desarrollo de la auto-compasión; esto no es sólo un tipo de enfoque basado en un conjunto de intervenciones con un enfoque cognitivo, conductual y emocional sino también un proceso de construcción de una auto identidad que sea capaz de practicar el “convertirse en un yo compasivo”. Como hemos apuntado, hay muchos casos anecdóticos referidos a que el hecho de sentirse querido, deseado y aceptado (p. e., encontrando una religión) hace que las personas “cambien”. Es extraordinario que, aparte de los psicoterapeutas centrados en el apego, tan pocas investigaciones se hayan centrado en las implicaciones (intervenciones) de la CBT – dado que hemos evolucionado para ser buscadores de cuidados (Gilbert, 1989, 2007a, Hrdy, 2009) con una fuerte necesidad de pertenencia y de sentirse valorado (Baumeister & Leary, 1995)–.

La CFT destaca también un enfoque del desarrollo para el cambio. La gente pasa por etapas de cambio relacionadas con la motivación pero también con las competencias psicosociales (tales como la capacidad de mentalización y diversas capacidades cognitivas para el pensamiento abstracto). De manera que la gente puede empezar a reconocer que tiene problemas con sus emociones pero sentirse, simplemente, una víctima de ellas. En la siguiente etapa se empieza a reconocer que esas cosas tienen lugar dentro de “la propia mente” y se empieza a retroceder para adoptar un papel más de observador. Sin embargo, las personas sienten aún que las emociones las dominan. Más tarde, la gente empieza a reconocer que no tiene que exteriorizar sus sentimientos y que pensamientos y sentimientos no son, necesariamente, reflexiones adecuadas de la realidad –las personas se vuelven más plenamente conscientes y con más capacidad de mentalización–. Con todo esto aparece la capacidad de entender las emociones complejas y, a veces, conflictivas; es decir: que tenemos distintas partes del yo con distintas prioridades y motivos. Es importante darse cuenta de este proceso de desarrollo porque la terapia que se lleve a cabo va a variar de acuerdo con el punto en que se encuentran los clientes respecto a sus capacidades cognitivas, de consciencia de observación y mentalización y de afecto. Sin embargo, la CFT, al ir a través de estos procesos de cambio es también un proceso de hacerse autocompasivo y de estimulación de tipos específicos de sistemas de regulación afectiva en el cerebro. De hecho, el aprovechamiento de la compasión interna crea las condiciones que facilitan sentimientos de seguridad y confortamiento (reduce la auto crítica) y facilita la conducta exploratoria lo que, a su vez, facilita la maduración cognitiva y afectiva y la mentalización.

La CFT se centra en la multiplicidad de nuestras mentes, en el hecho de que tenemos distintas “partes del yo” que pueden sentir muchas emociones y tener muchos motivos diferentes respecto a acontecimientos determinados. De ese modo, puede resultar difícil o incluso engañoso identificar pensamientos específicos. Además, algunas emociones enturbian y suprimen a otras. Por lo tanto, el terapeuta ayuda a la persona a detenerse y saca a la luz (utilizando diálogos socráticos, descubrimiento guiado y empatía) una diversidad de sentimientos y motivos potenciales que podían haber determinado una experiencia determinada, incluyendo aquellas que el cliente podría evitar o temer sentir o reconocer. Nosotros, por lo tanto, retrocedemos y vemos esos conflictos con normalidad y compasión y consideramos con qué aspectos trabajar paso a paso.

Aunque la CFT se utiliza ahora para una variedad de problemas psicológicos, inicialmente fue diseñada para gente con elevados niveles de vergüenza y autocrítica a la que le resultaba muy difícil el auto-confortamiento compasivo. En el momento de enviar estas páginas a la imprenta, se están planificando diversos estudios aleatorios controlados.

La mayoría de las terapias, en este momento, se están apoyando cada vez más en una ciencia de la mente. Esto quiere decir que, con el tiempo, se van a ir haciendo cada vez más semejantes y (esperemos) menos tribales. Para mí, la ciencia es clara –somos una especie evolucionada que funciona mejor en condiciones de seguridad, apoyo, conexión y amabilidad.

Por eso, que la práctica compasiva te acompañe.

Bibliografía

- ALLEN, J.H.; FONAGY, P. y BATEMAN, A.W. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ALLIONE, T. (2008) *Feeding Your Demons*. Nueva York: Little Brown & Co.
- ANDREWS, B. (1998) "Shame and childhood abuse", en P. GILBERT y B. ANDREWS (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 176-190). Nueva York: Oxford University Press.
- ARDELT, M. (2003) "Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale", *Research on Aging*, 25: 275-324.
- ARIETI, S. y BEMPORAD, J. (1980) *Severe and Mild Depression: The Psychotherapeutic Approach*. Londres: Tavistock.
- BALDWIN, M.W. (Ed.) (2005) *Darwin, Sex and Status* Toronto, Canada: Toronto University Press.
- BATEMAN, A. y FONAGY, P. (2006) *Mentalizing-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- BATES, A. (2005) "The expression of compassion in group cognitive therapy", en P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 379-386). Londres: Routledge.
- BAUMEISTER, R.F.; BRATSLAVSKI, E.; FINKENAUERS, C. y VOHS, K.D. (2001) "Bad is stronger than good", *Review of General Psychology*, 5: 323-370.
- BAUMEISTER, R.F. y LEARY, M. R. (1995) "The need to belong: Desire for interpersonal attachments as fundamental human motivation", *Psychological Bulletin*, 117: 497-529
- BAUMEISTER, R.F.; STILLWELL, A. y HEATHERTON, T.F. (1994) "Guilt: An interpersonal approach", *Psychological Bulletin*, 115: 243-267.
- BECK, A.T. (1996) "Cognitive models of depression", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1: 5-38.
- (1996) "Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology", en P. SALKOVSKIS (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). Nueva York: Oxford University Press.
- BECK, A.T.; EMERY, G. y GREENBERG, R.L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Approach*. Nueva York: Basic Books.
- BECK, A.T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. y asociados (2003) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2ª ed. Nueva York: Guilford Press.
- BEGLEY, S. (2007) *Train your Mind, Change your Brain*. Nueva York: Ballantine Books. Versión Española: *Entrena tu mente, cambia tu cerebro*. Barcelona: Granica

- BELL, D.C. (2001) "Evolution of care giving behavior", *Personality and Social Psychology Review*, 5: 216-229.
- BENNETT-LEVY, J. y THWAITES, R. (2007): "Self and self-reflection in the therapeutic relationship" en P. GILBERT y R. LEAHY (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (pp. 255-281). Londres: Routledge.
- BERING, J.M. (2002) "The existential theory of mind", *Review of General Psychology*, 6: 3-34,
- BIFULCO, A. y MORAN, P. (1998) *Wednesday's Child: Research into Women's Experiences of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression*. Londres: Routledge.
- BLACK, S.; HARDY, G.; TURPIN, G. y PARRY, G. (2005) "Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy", *Psychology and Psychotherapy*, 78: 366-377.
- BLACKMORE, S. (1996) *The Meme Machine*. Oxford, U.K.: Oxford University Press. Versión Española: *La máquina de los memes*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1969) *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press. Versión Española: *El apego (El apego y la pérdida I)*. 1993, Barcelona: Paidós Ibérica,
- (1969) *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation, Anxiety and Anger*. Londres: Hogarth Press. Versión Española: *La separación (El apego y la pérdida II)*. Barcelona: Paidós Ibérica
- (1969) *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. Londres: Hogarth Press. Versión Española: *La pérdida (El apego y la pérdida III)*. Barcelona: Paidós Ibérica
- BREWIN, C.R. (2006) "Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account", *Behaviour Research and Therapy*, 44: 765-784.
- BREWIN, C.R.; WHEATLEY, J.; PATEL, T.; FEARON, P.; HACKMAN, A.; WELLS, A. et al. (2009) "Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories", *Behaviour Research and Therapy*, 47: 569-576
- BUSS, D.M. (2003) *Evolutionary Psychology: The New Science of Mind*, 2nd ed., Boston: Allyn & Bacon.
- (2009) "The great struggles of life: Darwin and the emergence of evolutionary psychology", *American Psychologist*, 64: 140-148.
- CACIOPPO, J.T.; BERSTON, G.G.; SHERIDAN, J.F. y McCLINTOCK, M.K. (2000) "Multilevel integrative analysis of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches", *Psychological Bulletin*, 126: 829-843.
- CARTER, C.S. (1998) "Neuroendocrine perspectives on social attachment and love", *Psychoneuroendocrinology*, 23: 779-818.
- CASPI, A. y MOFFITT, T.E. (2006) "Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience", *Nature Reviews: Neuroscience*, 7: 583-590.
- CHOI-KAIN, L.W. y GUNDERSON, J.G. (2008) "Mentalization: Ontogeny, assessment and application

- in the treatment of borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, 165: 1127-1135.
- COOLEY, C. (1922) *Human Nature and the Social Order*, rev. ed. Nueva York: Charles Scribner’s Sons (originally published 1902).
- COON, D. (1992) *Introduction to Psychology: Exploration and Application*, 6ª Ed. Nueva York: West Publishing Company.
- COZOLINO, L. (2007) *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. Nueva York: Norton.
- (2008) *The Healthy Aging Brain: Sustaining Attachment, Attaining Wisdom*. Nueva York: Norton.
- CRANE, R. (2009) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Londres: Routledge.
- CRISP, R.J. y TURNER, R.N. (2009) “¿Can imagined interactions produce positive perceptions?” *American Psychologist*, 64: 231-240.
- CROCKER, J. y CANEVELLO, A. (2008) “Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95: 555-575.
- CULLEN, C. y COMBES, H. (2006) “Formulation from the perspective of contextualismo”, en N. TARRIER (Ed.), *Case Formulation in Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases* (pp. 36-51). Londres: Routledge.
- DADDS, M.R.; BOVBERG, D.H.; REDD, W.H. y CUTMORE, T.R. (1997) “Imagery in human classical conditioning”, *Psychological Medicine*, 122: 89-103.
- DALAI LAMA (1995) *The Power of Compassion*. India: HarperCollins.
- DARWIN, C. (1859) *On the Origin of Species by Means of Natural Selection*. Londres: John Murray.
- DAVIDSON, R.J.; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENKRANZ, M.; MULLER, D.; SANTORELLI, S. et al. (2003) “Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation”, *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570.
- DECETY, J. y JACKSON, P.L. (2004) “The functional architecture of human empathy”, *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3: 71-100.
- DEPUE, R.A. y MORRONE-STRUPINSKY, J.V. (2005) “A neurobehavioral model of affiliative bonding”, *Behavioral and Brain Sciences*, 28: 315-395.
- DIDONNA, F. (Ed.) (2009) *Clinical Handbook of Mindfulness*. Nueva York: Springer.
- DIXON, A.K. (1998) “Ethological strategies for defense in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders”. *British Journal of Medical Psychology*, 71: 417-445.
- DRYDEN, W. (2009) *Rational Emotive Behaviour Therapy: Distinctive Features*. Londres: Routledge.
- DUGNAN, D.; TROWER, P. y GILBERT, P. (2002) “Measuring vulnerability to threats to self construction:

- The self and other scale”, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75: 279-294.
- DUNKLEY, D.M.; ZUROFF, D.C. y BLANKSTEIN, K.R. (2006) “Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment”, *Personality and Individual Differences*, 40: 665-676.
- DYKMAN, B.M. (1998) “Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal orientation approach”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 139-158.
- EELS, T.D. (2007) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*, 2nd ed. Nueva York: Guilford Press.
- ELLENBERGER, H.F. (1970) *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- ELLIOTT, R.; WATSON, J.C.; GOLDMAN, R.N. y GREENBERG, L.S. (2003) *Learning Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- FEHR, C.; SPRECHER, S. y UNDERWOOD, L.G. (2009) *The Science of Compassionate Love: Theory Research and Application*. Chichester, UK: Wiley.
- FIELD, T. (2000) *Touch Therapy*. Nueva York: Churchill Livingstone.
- FISHER, P. y WELLS, A. (2009) *Metacognitive Therapy*. Londres: Routledge.
- FOGEL, A.; MELSON, G.F. y MISTRY, J. (1986) “Conceptualising the determinants of nurturance. A reassessment of sex differences” en A. FOGEL y G.F. MELSON (Ed.) *Origins of Nurturance: Developmental, Biological and Cultural Perspectives on Caregiving* (pp. 53-67). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- FREDERICK, C. y MCNEAL, S. (1999) *Inner Strengths: Contemporary Psychotherapy and Hypnosis for Ego Strengthening*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- FREDRICKSON, B.L.; COHN, M.A.; COFFEY, K.A.; PEK, J. y FINKEL, S.A. (2008) “Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 95: 1045-1062.
- GERHARDT, S. (2004) *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby’s Brain*. Londres: Routledge.
- GERMER, C. (2009) *The Mindful Path to Self-Compassion: Freeing your Self from Destructive Thoughts and Emotions*. Nueva York: Guilford Press.
- GIBB, B E.; ABRAMSON, L.Y. y ALLOY, L.R. (2004) “Emotional maltreatment from parent, verbal peer victimization and cognitive vulnerability to depression”, *Cognitive Therapy and Research*, 28: 1-21.
- GILBERT, P. (1984) *Depression: From Psychology to Brain State*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- (1989) *Human Nature and Suffering*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- (1992) *Depression: The Evolution of Powerlessness*. Hove, UK: Lawrence

- Erbaum Associates Inc., y Nueva York: Guilford Press.
- (1993) “Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology”, *British Journal of Clinical Psychology*, 32: 131-153.
- (1995) “Byopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy”, *Psychology and Psychotherapy*, 2: 135-156.
- (1997) “The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy”, *British Journal of Medical Psychology*, 70: 113-147.
- (1998): “The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions”, *British Journal of Medical Psychology*, 71: 447-464.
- (2000a) “Social mentalities: Internal ‘social’ conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy”, en P. GILBERT y K.G. BAILEY (Eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 118-150). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- (2000b) *Overcoming Depression: A Self-Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*, rev. ed. Londres: Robinsons y Nueva York: Oxford University Press.
- (2001a) “Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35: 17-27.
- (2001b) “Depression and Stress: a byopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms”, *Stress: The International Journal of the Biology of Stress*, 4: 121-135.
- (2002) “Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy” en P. GILBERT (Ed.) Special Edition: Evolutionary Psychology and Cognitive Therapy, *Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16: 263-294.
- (2003) “Evolution, social roles, and differences in shame and guilt”, *Social Research: An International Quarterly of the Social Sciences*, 70: 1205-1230.
- (Ed.) (2004) *Evolutionary Theory and Cognitive Therapy*. Nueva York: Springer.
- (2005a) “Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach”, en P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 9-74). Londres: Routledge.
- (2005b) “Social mentalities: A byopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships”, en M.W. BALDWIN (Ed.) *Interpersonal Cognition* (pp. 299-335). Nueva York: Guilford Press.
- (Ed.) (2005c) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Londres: Routledge.
- (2007a) *Psychotherapy and Counseling for Depression*, 3^a ed. Londres: Sage.
- (2007b) “Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship”, en P. GILBERT y R. LEAHY (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural*

- Psychotherapies* (pp. 106-142). Londres: Routledge.
- (2007c) “The evolution of shame as a marker for relationship security”, en J.L. TRACY, R.W. ROBINS y J.P. TANGNEY (Eds.) *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283-309). Nueva York: Guilford Press.
- (2007d) *Overcoming Depression: Talks with your Therapist* CD (con ejercicios). Londres: Constable & Robinson.
- (2009a) *The Compassionate Mind*. Londres: Constable & Robinson, y Nueva York: Basic Books y Oaklands, CA: New Harbinger.
- (2009b) *Overcoming Depression*. 3ª ed. Londres: Constable & Robinson y Nueva York: Basic Books.
- (2009c) “Evolved minds and compassion-focused imagery in depression”, en L. STOPA (Ed.), *Imagery and the Threatened Self: Perspectives on Mental Imagery and the Self in Cognitive Therapy* (pp. 206-231). Londres: Routledge.
- GILBERT, P.; BROOMHEAD, C.; IRONS, C.; McEWAN, K.; BELLEW, R.; MILLS, A. et al. (2007) “Striving to avoid inferiority: Scale development and its relationship to depression, anxiety and stress”, *British Journal of Social Psychology*, 46: 633-648-
- GILBERT, P.; CLARKE, M.; KEMPEL, S.; MILES, J.N.V. y IRONS C. (2004a) “Criticizing and reassuring oneself: An exploration of form style and reasons in female students”, *British Journal of Clinical Psychology*, 43: 31-50.
- GILBERT, P.; GILBERT, J. y IRONS, C. (2004b) “Live events, entrapments and arrested anger in depression”, *Journal of Affective Disorders*, 79: 149-160.
- GILBERT, P.; GILBERT, J. y SANGHERA, J. (2004c) “A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby”, *Mental Health, Religion and Culture*, 7: 109-130.
- GILBERT, P. y IRONS, C. (2004) “A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people”, *Memory* 12: 507-516.
- (2005) “Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking” en P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-325). Londres: Routledge.
- GILBERT, P. y LEAHY, R. (Eds.) (2007) *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*. Londres: Routledge.
- GILBERT, P.; McEWAN, K.; MITRA, R.; FRANKS, L.; RICHTER, A. y ROCKLIFF, H. (2008) “Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress and self-criticism”, *Journal of Positive Psychology*, 3: 182-191.
- GILBERT, P. y McGUIRE, M. (1998) “Shame, social roles and status: The psycho-biological continuum from monkey to human”, en P. GILBERT y B. ANDREWS (Eds.), *Shame, Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 99-125), Nueva York: Oxford University Press.

- GILBERT, P. y PROCTER, S. (2006) "Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13: 353-379.
- GILLATH, O.; SHAVER, P.R. y MIKULINER, M. (2005) "An attachment-theoretical approach to compassion and altruism", en P. GILBERT (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 121-147). Londres: Routledge.
- GLASSER, A. (2005) *A Call to Compassion: Bringing Buddhist Practices of the Heart into the Soul of Psychotherapy*. Berwick, ME: Nicolas-Hays.
- GOSS, K. y GILBERT, P. (2002) "Eating disorders, shame and pride: A cognitive behavioural functional analysis" en P. GILBERT y J. MILES (Eds.), *Body Shame: Conceptualisation, Research & Treatment* (pp. 219-255). Londres: Brunner-Routledge.
- GRAY, J.A. (1987) *The Psychology of Fear and Stress*, 2ª ed. Londres: Weidenfeld & Nicolson.
- GREENBERG, L.S.; RICE, L.N. y ELLIOTT, R. (1993) *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. Nueva York: Guilford Press.
- HACKMANN, A. (2005) "Compassionate imagery in the treatment of early memories in axis I anxiety disorders", en P. GILBERT (Ed.), (pp. 352-368). Londres: Brunner-Routledge.
- HAIJT, J. (2001) "The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment", *Psychological Review*, 108: 814-834.
- HALL, E.; HALL, C.; STRADLING, P. y YOUNG, D. (2006) *Guided Imagery: Creative Interventions in Counseling and Psychotherapy*. Londres: Sage.
- HASSIN, R.R.; ULEMNA, J.S. y BARGH, J. A. (2005) *The New Unconscious*. Nueva York: Oxford University Press.
- HAYES, S.C.; FOLLETTE, V.M. y LINEHAN, M.N. (2004) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. Nueva York: Guilford Press.
- HEINRICHS, M.; BAUMGARTNER, T.; KIRSCHBAUM, C. y EHLERT, U. (2003) "Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective response to psychosocial stress", *Biological Psychiatry*, 54: 1389-1398.
- HOFER, M.A. (1994) "Early relationships as regulators of infant psychology and behavior", *Acta Paediatrica Supplement*, 397: 9-18.
- HOLT, J. (1990) *How Children Fail*. 2ª rev. ed. Londres: Penguin Books.
- HRDY, S.B. (2009) *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*. Amherst, MA: Harvard University Press.
- HUTCHERSON, C.A.; SEPPALA, E.M. y GROSS, J.J. (2008) "Loving kindness meditation increases social connectedness", *Emotion*, 8: 720-724.
- IVEY, A.E. y IVEY, M.B. (2003) *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Change in a Multicultural Society*, 5ª ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ji-WOONG, K.; SUNG-EUN, K.; JAE-JIN, K.; BUMSEOK, J.; CHANG-HYUN, P.; AE REE, S. et al. (2009) "Compassionate attitude towards others' suffering activates the mesolimbic neural

- system”, *Neuropsychologia*, 47(10): 2073-2081.
- KABAT-ZINN, J. (2005) *Coming to our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. Nueva York: Piatkus.
- KATZOW, K. y SAFRAN, J.D. (2007) “Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance”, en P. GILBERT y R. LEAHY (Eds.) *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*. Londres: Routledge.
- KEGAN, R. (1982) *The Evolving Self: Problem and Process in Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KLINGER, E. (1977) *Meaning and Void*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- KNOX, J. (2003) *Archetype, Attachment and Analysis*. Londres: Routledge.
- KOREN-KARIE, N.; OPPENHEIM, D.; DOLEY, S.; SHER, S. y ETZION-CARASSO, A. (2002) “Mothers’ insightfulness regarding their infants’ internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment”, *Developmental Psychology*, 38: 534-542.
- LAITHWAITE, H.; GUMLEY, A.; O’HANLON, M.; COLLINS, P.; DOYLE, P.; ABRAHAM, L. et al. (2009). Recovery after Psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings”, *BEhavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37: 511-526.
- LANE, R.D. y SCHWARIZ, G.E. (1987) “Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology”, *American Journal of Psychiatry*, 144: 133-143.
- LANZETA, J.T. y ENGLIS, B.G. (1989) “Expectations of co-operation and competition and their effects on observers’ vicarious emotional responses”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 543-544.
- LAURSEN, B.; PULKKINEN, L. y ADAMS, R. (2002) “The antecedents of agreeableness in adulthood”, *Development Psychology*, 38: 591-603.
- LEAHY, R.L. (2001) *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- (2002) “A model of emotional schemas”, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9: 171-177.
- (2005) “A social-cognitive model of validation”, en P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 195-217). Londres: Brunner-Routledge.
- (2007) “Schematic mismatch in the therapeutic relationship: A social cognitive model”, en P. GILBERT y R. LEAHY (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (pp. 229-254). Londres: Routledge.
- LEARY, M.R. (2003) *The curse of the Self: Self Awareness, Egotism and the Quality of Human Life*. Nueva York: Oxford University Press.
- LEARY, M.R. y TANGNEY, J.P. (Eds.) (2003) *Handbook of Self and Identity* (pp. 367-383). Nueva York: Guilford Press.

- LEARY, M.R.; TATE, E.B.; ADAMS, C.E.; ALLEN, A.B. y HANCOCK, J. (2007) "Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly", *Journal of Personality and Social Psychology*, 92: 887-904.
- LEDoux, J. (1998) *The Emotional Brain*. Londres: Weidenfeld & Nicolson.
- LEE, D.A. (2005) "The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy", en P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 326-351). Londres: Brunner-Routledge.
- LEIGHTON, T.D. (2003) *Faces of Compassion: Classic Bodhisattva Archetypes and their Modern Expression*. Boston: Wisdom Publications.
- LINEHAN, M. (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (2000) "Disorganised attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy" en P. GILBERT y B. BAILEY (Eds.), *Genes and the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 232-256). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- (2002) "The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive evolutionary approach", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16: 349-365.
- (2007) "Internal models of attachment in the therapeutic relationship", en P. GILBERT y R. LEAHY (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*. (pp. 143-161). Londres: Routledge.
- LIOTTI, G. y GILBERT, P. (en prensa) "Mentalizing motivation and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy", en A. Gumley (Ed.) *Psychology and Psychotherapy* (special edition).
- LIOTTI, G. y PRUNETTI, E. (2010) "Metacognitive deficits in trauma-related disorders: Contingent on interpersonal motivational contexts?", en G. DIMAGGIO y P.H. LYSAKER (Eds.) *Metacognitive and Severe Adult Mental Disorders: From Research to Treatment* (pp. 196-214). Londres: Routledge.
- LONGE, O.; MARATOS, F.A.; GILBERT, P.; EVANS, G.; VOLKER, F.; ROCKLIFFE, H. et al. (2010) "Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance" *NeuroImage*, 49: 1849-1856.
- LUTZ, A.; BREFCZYNSKI-LEWIS, J.; JOHNSTONE, T. y DAVIDSON, R.J. (2008) "Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of the meditative expertise", *Public Library of Science*, 3: 1-5.
- MACDONALD, J. y MORLEY, I. (2001) "Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy", *British Journal of Medical Psychology*, 74: 1-21.
- MACDONALD, K. (1992) "Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis", *Child Development*, 63: 753-773.

- MACLEAN, P. (1985) "Brain evolution relating to family, play and the separation call", *Archives of General Psychiatry*, 42: 405-417.
- MARKS, I.M. (1987) *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety, and their disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- MARTELL, C.R.; ADDIS, M.E. y JACOBSON, N.S. (2001) *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Nueva York: Norton.
- MATOS, M. y PINTO-GOUVEIA, J. (en prensa) "Shame as a trauma memory", *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- MAYHEW, S. y GILBERT, P. (2008) "Compassionating mind training with people who hear malevolent voices: A case series report", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15: 113-138.
- MCCLELLAND, D.C.; ATKINSONS, J.W.; CLARK, R.H. y LOWELL, E.L. (1953) *The Achievement Motive*. Nueva York: Apple-Century-Crofts.
- MCCRAE, R.R. y COSTA, P.T. (1989) "The structure of interpersonal traits: Wiggins circumplex and the five factor model", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 586-596.
- MCGREGOR, I. y MARIGOLD, D.C. (2003) "Defensive Zeal and the uncertain self: What makes you so sure?" *Journal of Personality and Social Psychology*, 85: 838-852.
- MEINS, E.; HARRIS-WALLER, J. y LLOYD, A. (2008) "Understanding alexithymia: Association with peer attachment style and mind-mindedness", *Personality and Individual Differences*, 45: 146-152.
- MIKULINER, R. y ANDERSEN, S.M. (2007) *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. Nueva York: Guilford Press.
- MIRANDA, R. y ANDERSEN, S.M. (2007) "The therapeutic relationship: Implications from social cognition and transference", en P. GILBERT y R. LEAHY (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (pp. 63-89). Londres: Routledge.
- NEELY, M.E.; SCHALLERT, D.L.; MOHAMMED, S.; ROBERTS, R.M. y CHEN, Y. (2009) "Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being", *Motivation and Emotion*, 33: 88-97.
- NEFF, K.D. (2003a) "Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself", *Self and Identity*, 2: 85-102.
- (2003b) "The development and validation of a scale to measure self-compassion", *Self and Identity*, 2: 223-250.
- NEFF, K.D.; HSIEH, Y. y DEJITTERAT, K. (2005) "Self-compassion, achievement goals and coping with academic failure", *Self and Identity*, 4: 263-287.
- NEFF, K.D. y VONK, R. (2009) "Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself", *Journal of Personality*, 77: 23-50.
- NESSE, R.M. y ELLSWORTH, P.C. (2009) "Evolution, emotions and emotional disorders", *American Psychologist*, 64: 129-139.
- NEWBERG, A. y WALDMAN, M.R. (2007) *Born to Believe*. Nueva York: Free Press.

- OGDEN, P.; MINTON, K. y Pain, C. (2006) *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Nueva York: Norton.
- ÖHMAN, A.; LUNDQVIST, D. y ESTEVES, F. (2001) "The face in the crowd revisited: A threat advantage with Schematic Stimuli", *Journal of Personality and Social Psychology*, 80: 381-396.
- PACE, T.W.W.; NEGLI, L.T. y ADAME, D.D. (2008) "Effects of compassion mediation on neuroendocrine, innate immune and behavioral response to psychosocial stress", *Psychoneuroendocrinology*, doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.08.011.
- PANI, L. (2000) "Is there an evolutionary mismatch between the normal physiology of the human dopaminergic system and current environmental conditions in industrialized countries?", *Molecular Psychiatry*, 5: 467-475.
- PANKSEPP, J. (1998) *Affective Neuroscience*. Nueva York: Oxford University Press.
- PAULEY, G. y MCPHERSONS, S. (en prensa) "The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety", *Psychology and Psychotherapy*.
- PANNEBAKER, J.W. (1997) *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*. Nueva York: Guilford Press.
- PETERSON, C. y SELIGMAN, M.E. (2004) *Character Strengths and Virtues*. Nueva York: Oxford University Press.
- PORGES, S. (2003) "The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behaviour", *Physiology & Behavior*. 74: 116-143.
- POWER, M. y DALGLEISH, T. (1997) *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove, UK: Psychology Press.
- QUIRIN, M.; KAZEN, M. y KUHL, J. (2009) "When nonsense sounds happy or helpless: The Implicit Positive and Negative Affect Test (IPANAT)", *Journal of Personality and Social Psychology*, 97: 500-516.
- REED II, A. y AQUINO, K.F. (2003) "Moral identity and the expanding circle of moral regard toward out groups". *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 1270-1286.
- REIN, G.; ATKINSON, M. y MCCRATY, R. (1995) "The physiological and psychological effects of compassion and anger", *Journal for the Advancement of Medicine*, 8: 87-105.
- RICARD, M. (2003) *Happiness: A Guide to Developing Life's Most Important Skill*. Londres: Atlantic Books.
- ROCKLIFF, H.; GILBERT, P.; MCEWAN, K.; LIGHTMAN, S. y GLOVER, D. (2008) "A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery", *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5: 132-139.
- ROGERS, C. (1957) "The necessary and sufficient conditions of therapeutic change", *Journal of Consulting Psychology*, 21: 95-103.
- ROHNER, R.P. (1986) *The Warmth Dimension: Foundations of Parental Acceptance-Rejection Theory*. Beverly Hills, CA: Sage.

- (2004) “The parent ‘acceptance-rejection syndrome’: Universal correlates of perceived rejection”, *American Psychologist*, 59: 830-840.
- ROSEN, H. (1993) “Developing themes in the field of cognitive therapy”, en K. T. KUEHLWEIN y H. ROSEN (Eds.), *Cognitive Therapies in action: Evolving Innovative Practice* (pp. 403-434). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- ROSEN, J.B. y SHULKIN, J. ((1998) “From normal fear to pathological anxiety”, *Psychological Bulletin*, 105: 325-350.
- ROWAN, J. (1990) *Subpersonalities: The People Inside Us*. Londres: Routledge.
- RUBIN, T.I. (1998) *Compassion and Self-Hate: An Alternative to Despair*. Nueva York: Touchstone (Original publicado en 1975).
- SAFRAN, J.D. y SEGAL, Z.V. (1990) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Nueva York: Basic Books.
- SALKOVSKIS, P.M. (1996) “The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions”, en P.M. SALKOVSKIS (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 48-74). Nueva York: Guilford Press.
- SALZBERG, S. (1995) *Loving-Kindness: The Revolutionary Art of Happiness*. Boston: Shambhala.
- SAPOLSKY, R.M. (1994) *Why Zebras Don't Get Ulcers: An Updated Guide to Stress, Stress-related Disease and Coping*. Nueva York: Freeman.
- SCHORE, A.N. (1994) *Affect regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- SCHORE, A.N. (2001) “The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health”, *Infant Mental Health Journal*, 22: 201-269.
- SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. y TEASDALE, J. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Prevent Relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- SIEGEL, D.J. (2001) “Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, ‘mindsight’ and neural integration”, *Infant Mental Health Journal*, 22: 67-94.
- (2007) *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. Nueva York: Norton.
- (2010) *The Mindful Therapist*. Nueva York: Norton.
- SINGER, J.R. (2006) *Imagery in Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- SLOMAN, L. (2000) “The syndrome of rejection sensitivity: An evolutionary perspective”, en P. Gilbert y K. Bailey (Eds.) *Genes of the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 257-275). Hove, UK: Psychology Press.
- STERN, D.N. (2004) *The present moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Nueva York: Norton.

- STEVENS A. (1999) *Ariadne's Clue: A Guide to the Symbols of Humankind*. Princetown, NJ: The Princetown University Press.
- STOPA, L. (2009) *Imagery and the Threatened Self: Perspectives on Mental Imagery and the Self in Cognitive Therapy*. Londres: Routledge.
- STOTT, R. (2007) "When the head and the heart do not agree: A theoretical and clinical analysis of rational-emotional dissociation (RED) in cognitive therapy", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
- SUOMI, S.J. (1999) "Attachment in rhesus monkeys", en J. CASSIDY y P.R. SHAVER (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 181-197). Nueva York: Guilford Press.
- SWAN, S. y ANDREWS B. (2003) "The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment", *British Journal of Clinical Psychology*, 42: 367-378.
- SWANN, W.B.; RENTFOW, P.J. y GUINN, J. (2003) "Self verification: The search for coherence", en M.R. LEARY y J.P. TANGNEY (Eds.), *Handbook of Self and Identity* (pp. 367-383), Nueva York: Guilford Press.
- SYNDER, C.R. y INGRAM, R.E. (2006) "Special issue on positive psychology", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20: 115– 240.
- TANGNEY, J.P. y DEARING, R.L. (2002) *Shame and Guilt*. Nueva York: Guilford Press.
- TARRIER, N. (Ed.) (2006) *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*. Londres: Routledge.
- TEASDALE, J.D. y BARNARD, P.J. (1993) *Affect, Cognition and Change: Remodeling Depressive Affect*. Hove, UK: Psychology Press.
- TEICHER, M.H. (2002) "Scars that won't heal: The neurobiology of the abused child", *Scientific American*, 286(3): 54-61.
- TEICHER, M.H.; SAMSON, J.A.; POLCARI, A. y MCGRENERY, C.E. (2006) "Sticks and stones and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment", *American Journal of Psychiatry*, 163: 993- 1000.
- THWAITES, R. y FREESTON, M.H. (2005) "Safety-seeking behaviours: Fact or fiction? How can we clinically differentiate between safety behaviours and additive coping strategies across anxiety disorders?", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33: 177-188.
- TOMKINS, S.S. (1987) "Script theory", en J. ARONOFF, A.I. RUBIN y R.A. ZUCKER (Eds.), *The Emergence of Personality* (pp. 147-216) Nueva York: Springer.
- TRACY, J.L.; ROBINS, R.W. y TANGNEY, J.P. (Eds.) (2007) *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*. Nueva York: Guilford Press.
- TREVARTHEN, C. y AITKEN, K. (2001) "Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- TWENGE, J.M.; GENTILE, B.; DEWALL, C.N.; MA, D.S.; LACEFIELD, K. y SCHURIZ, D.R. (2010) "Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938-2007: A cross-temporal

- meta-analysis of the MMPI”, *Clinical Psychology Review*, 30: 145-154.:
- VESSANTARA. (1993) *Meeting the Buddhas: A Guide to Buddhas, Bodhisattvas and Tantric Deities*. Nueva York: Winhorse Publications.
- WALLIN, D. (2007) *Attachment in Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- WANG, S. (2005) “A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings”, en P. GILBERT (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 75-120). Londres: Brunner-Routledge.
- WARNEKEN, F. y TOMASELLO, M. (2009) “The roots of altruism”, *British Journal of Psychology*, 100: 455-471.
- WELLS, A. (2000) *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- WHEATLEY, J.; BREWIN, C.R.; PATEL, T.; HACKMANN, A.; WELLS, A.; FISHER, P. et al. (2007) “I’ll believe it when I see it: Imagery rescripting of intrusive sensory memories”, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 371-385.
- WHELTON, W.J. y GREENBERG, L.S. (2005) “Emotion in self-criticism”, *Personality and Individual Differences*, 38: 1583-1595.
- WILKINSON, R. y PICKETT, K. (2009) *The Spirit Level: Why more Equal Societies Almost Always Do Better*. Londres: Penguin.
- WILLIAMS, M.; TEASDALE, J.; SEGAL, Z. y KABAT-ZINN, J. (2007) *The Mindful Way to Depression: Freeing Yourself From Chronic Unhappiness*. Nueva York: Guilford Press.’
- WILLS, F. (2009) *Beck’s Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Londres: Routledge.
- WILSON, K.G. (2009) *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness and Psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- WOLFE, R.N.; LENNOX, R.D. y CUTLER, B.L. (1986) “Getting along and getting ahead: Empirical support for a theory of protective and acquisitive self-presentation”, *Journal of Social and Personality Psychology*, 50; 356-361.
- WROE, A.L. y SALKOVDIS, P.M. (2000) “Causing harm and allowing harm: A study of beliefs in obsessional problems”, *Behavior Therapy and Research*, 38: 114-162.
- ZUROFF, D.C.; SANTOR, D. y MONGRAIN, M. (2005) “Dependency, self-criticism, and maladjustment”, en J.S. AUERBACH, K.N. LEVY y C.E. SCHAFFER (Eds.). *Relatedness, Self-Definition and Mental Representation: Essays in Honour of Sidney J. Blatt* (pp. 75-90). Londres: Routledge.

Índice de materias y nombres

La paginación corresponde a la edición impresa. Para realizar las búsquedas en el libro electrónico utilice el buscador propio del lector.

Aceptación 165

Acomodación 54

Afecto positivo 18, 34, 74, 184, 230

Afectos 7, 8, 32, 34, 54, 70, 75, 79, 85, 86, 99, 124, 135, 138

Afiliación 70

Agresión 97

Alexitimia 52, 53, 236

Alfred Adler 133

Altruismo 29, 59, 152

Amabilidad 141, 209

Amígdala 64, 66, 70, 122, 124, 184

Amor-amabilidad 25, 183

Análisis funcional de la autocrítica 120

Andersen 22, 53, 253

Anhedonia social 71

Anoréxicos 134

Aquino 137, 255

Ardelt, M. 39, 243

Arieti 229, 243

Arquetipos 39

Asimilación 54

Asunción de responsabilidades 23, 82

Atención consciente 20, 25, 26, 31, 149, 155, 156, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 176, 207

Ausencia de esfuerzo seguro 134

Autocompasión 184, 185, 235

Auto-consciencia 166

Autocrítica 18, 20, 34

Auto culpabilización 121

Autoestima 27

Auto identidad 41, 235, 240

Auto-observación 121
Baldwin 38
Barnard 49
Barruntamientos 84, 85
Bateman 30
Baumeister et al. 71, 209
Beck 29, 44, 49, 95, 209, 244, 258
Bemporad 229
Beneficios de la compasión 25, 56
Bering 53
Bodhisattvas 215
Bondad 69
Bowlby 29, 60, 61, 76, 230, 233, 244
Braehler 14, 237
Brewin 95
Budismo 30
Búsqueda de crecimiento 133
Búsqueda de seguridad 70
Búsqueda de validación 133
Cacioppo 27
Calidez 74, 160, 190, 217
Canevello 24
Carta compasiva 27
Caspi 65
Choi-kain 30
Cogniciones 31
Coherencia mental 51
Colaboración 23
Color compasivo 181
Como un aviso (p. E., Si no adelgazas, nadie te va a querer). Por lo tanto, nosotros 120
Complejo de inferioridad 133
Comprobación de la realidad 80
Condicionamiento clásico 31, 113, 122, 172, 232
Condicionamiento emocional 112
Conducta compasiva 25, 138, 148, 150, 155, 176, 193

Conducta de apego 40
Confortamiento 69
Consecución de logros 133
Consuelo 112
Cooley 143
Coon 49
Costa 74
Cozolino 18, 27, 29, 30, 60, 61, 62, 77, 82, 92, 158, 245
Creencias sobre sí mismo 94
Crocker 24, 27, 137, 189, 198, 245
Culpa 125
Dalai lama 17, 18, 138, 149, 164, 168, 246
Darwin 37, 38, 243, 245, 246
Dbt 23, 84, 152, 159, 240
Depresión 19, 26, 27, 32, 37, 48, 67, 72, 82, 89, 96, 99, 121, 135, 138, 165, 230, 235, 236
Depue 70
Desarrollo de estrategias de seguridad 90
Descubrimiento guiado 20, 83, 241
Desensibilización 147, 238
Deseos y control 38
Dopamina 68
Dryden 13, 72, 133, 138, 160, 246
Duelo 233
Dunkley 134, 246
Dykman 133
Ellenberger 121
Empatía 17, 20, 23, 26, 27, 30, 42, 46, 52, 53, 126, 202, 205, 226, 241
Empeño inseguro 134
Endorfinas 19, 59, 69, 71, 73, 75, 184, 230
Enfado 25, 64, 85, 94, 99, 118, 124, 130, 195, 196, 205, 210
Enfoque de desconexión del incentivo 69
Enfoques evolutivos 29
Englis 42
Entrenamiento compasivo de la mente (ecm) 154
Entrevista de apego adulto 93

Escribir una carta compasiva 223
Esfuerzo inseguro 134
Esfuerzo seguro 134
Estados mentales 48, 80
Estilo de apego 24
Estrategias de seguridad 93, 121
Estrategias de seguridad 96
Estrés 19, 26, 29, 66, 70, 72, 124, 152, 156, 172, 174, 235
Estudio fmri 20
Evitación vivencial 98, 165
Experiencias vitales 30
Fay adams 200
Field 75
Fisher 84
Fisioterapia, punto de vista de la 79
Fogel 152
Fonagy 30
Formulación de hipótesis 89
Fortaleza 159
Fredrickson 26
Freud 38, 121, 122, 143
Gibb 111
Gilbert, P. 78, 131, 151, 155, 231, 246, 247, 248, 249, 250, 252, 253, 255
Goss 134
Greenberg 118
Gunderson 30
Habilidades cognitivas 53
Hacer y lograr 138
Hassin 31
Hayes 31, 69, 72, 84, 98, 164, 165, 250
Heinrichs 70
Hipocampo 66
Holt 130
Hrdy 60
Humillación 107

Identidad moral 137
Imágenes, 183
Imaginería 76, 103, 176, 183, 218, 231
Individuación 45, 57
Ingram 130
Insight 146
Intervención 240
Irons 233
Ji-Woong 26, 215
Jung 39, 40, 45, 49, 57, 95
Kabat-Zinn 164
Klinger 69
Koren-Karie 53
Lanzetta 42
Lazos de apego 75
Leahy 24, 77
Leary 27
Linehan 77, 84
Liotti 30, 45, 52, 55, 114, 232
Lógica y emoción 30
Longe 26, 231
Lugar seguro, crear un 179
Lutz 25, 215
Machig labdron 200
Maduración emocional 54
Mahayana 25, 163, 183
Matos 111
Mayhew 26
McClelland 133
McCrae 74
Mecanismos de cambio 86
Mecanismos de defensa 38, 52, 89
Meditación 25, 26, 69, 172, 176, 192, 213
Meins 52
Memes 52, 110

Memorias 82, 112, 118, 122, 233
Mentalidad de amenaza 65
Mentalidad de cooperación 42
Mentalidades sociales 14, 40, 42, 44, 45, 50, 51, 53, 55
Mentalización 50, 55, 85, 159, 202
Mente errante 166
Mente evolutiva 80
Mente social 81
Mente trágica 81
Metacognición 234
Metas 40, 42, 45, 63, 68, 72, 87, 104, 138, 152
Miedo a la compasión 235
Miedos 95
Mikulincer 40, 61
Mindfulness 20, 22, 25, 52, 55, 86, 87, 98, 147, 148, 149, 150, 155, 158, 163, 164, 165, 166,
167, 170, 176, 192, 239, 240, 246
Miranda 22, 53
Modelo de nutrición 152
Modelo de regulación del afecto 21
Moffitt 65
Morrone-strupinsky 70
Motivación 18, 23, 29, 42, 54, 59, 62, 63, 133, 136, 148, 150, 153, 155, 158, 193, 196, 202,
214, 222, 240
Motivos 39
Multimente 47
Necesidades 95, 97
Neff 27
Nervio vago mielinizado 60
Neurofisiología 18, 60
Nietzsche 121
Objetivos centrados en uno mismo frente a objetivos compasivos 137
Óctuple camino 25, 149
Odio hacia sí mismo 30, 119, 121
Ogden 95
Ornstein 49
Oxitocina 19, 59, 69, 70, 71, 73, 184, 230

Pace 26
Panksepp 31, 63
Pauley 235
Pensamientos alternativos 21, 30, 32, 33, 120, 146, 193
Perfeccionismo 134
Piaget 53, 54
Porges 60, 76
Preocupaciones evaluativas 134
Procesamiento implícito (automático) 31
Procter 26
Proyección 53
Prunetti 32, 52, 55, 66
Psicoanálisis 89
Psicología evolutiva 29, 158
Psicología positiva 225
Punto de vista interactivo y compensatorio 44
Razonar 145
Reed 137
Referencia social 142
Rein 25
Relaciones padres-hijos 77
Ricard 164
Ritmo respiratorio 168
Rockliff 26, 231
Rogers 17
Rohner 60
Sabiduría 158
Sabiduría intuitiva 159
Salkovskis 90, 98
Salzberg 159
Sapolsky 75
Schwartz 54
Segal 84
Seguridad 19, 69, 75, 93
Seligman 225

Sentimiento de culpabilidad 32, 82
Sentimientos de estar juntos 23
Señales sociales 75, 76
Serotonina 65
Shaver 40, 60, 61, 93
Significados 39
Sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos 67
Sistema de amenaza y autoprotección 64
Sistema nervioso autónomo 60
Sistemas de procesamiento 19, 30, 95
Soledad 18, 23, 57, 67, 95, 108, 112, 113, 114, 118, 123, 135, 137, 165, 231
Stevens 39, 40
Sumisión 40, 45, 65, 74, 91, 112, 123, 155
Swann 51
Synder 130
Teasdale 31, 49
Teicher 30, 110
Teoría de la aceptación-rechazo 60
Teoría de la mente 23, 46, 47, 52, 54, 142
Teoría del apego 60, 61
Terapia centrada en la compasión (tcc) 11, 13, 17
Terapia de aceptación y compromiso 69, 84, 222
Terapia de conducta racional emotiva (rebt) 133
Terapia metacognitiva 84, 85
Theravada 18, 25, 163, 183
Tolerancia hacia la felicidad 226
Tomasello 137, 152
Tomkins 95, 111
Tracy 105
Trastorno obsesivo-compulsivo 127, 230
Trastornos de alimentación 134
Valor 148
Variabilidad de la frecuencia cardíaca (vfc) 231
Vergüenza 125
Vivacidad 237

Voces 198

Vonk 27

Voz, tono y velocidad de la 22

Warneken 137, 152

Wells 85

Whelton 118

Wolfe 42

Wroe 127

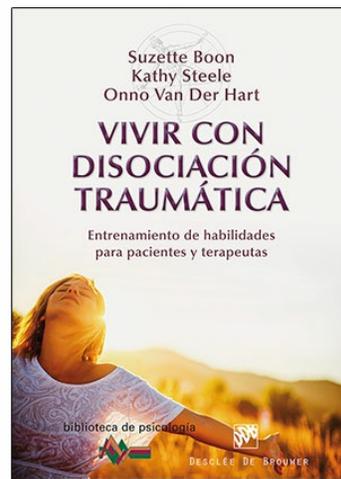
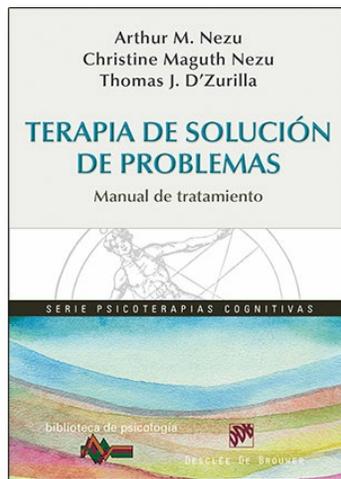
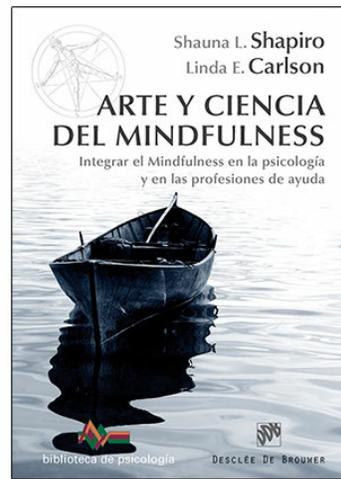
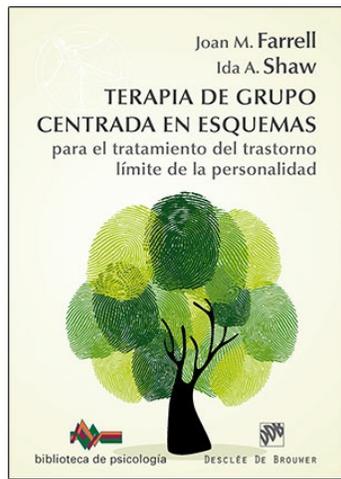
Yo compasivo 8, 20, 30, 56, 77, 103, 104, 120, 123, 137, 156, 157, 170, 184, 187, 188, 189,
191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 238, 240

Acerca del autor

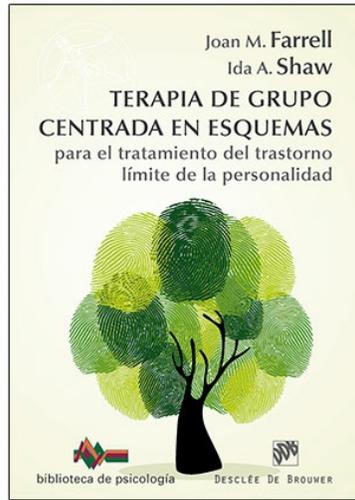


Paul Gilbert es profesor de Psicología Clínica de la Universidad de Derby y Jefe de la Unidad de Investigación de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud en Derbyshire. Es miembro de la Sociedad Británica de Psicología y ha escrito , enseñado e investigado ampliamente en las áreas de los trastornos del estado de ánimo. Fue presidente de la Asociación Británica de Psicoterapeutas conductuales y cognitivos. Ha publicado más de 150 artículos académicos y 20 libros. En 2006 fundó la organización benéfica *The Compassion Mind foundation*.

Otros libros



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edeslee.com



Terapia de grupo centrada en esquemas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad

Manual de tratamiento simple y detallado con cuaderno de trabajo para el paciente

Joan M. Farrell · Ida A. Shaw

ISBN: 978-84-330-2756-6

www.edeslee.com

La terapia grupal de esquemas tiene el potencial de ofrecer las poderosas estrategias de tratamiento del abordaje de los esquemas de un modo muy eficaz. El enfoque desarrollado por Ida y Joan es único, excitante y prometedor. Este notable manual es una lectura imprescindible para los profesionales interesados en la terapia de esquemas.

Jeffrey Young, PhD, Columbia University

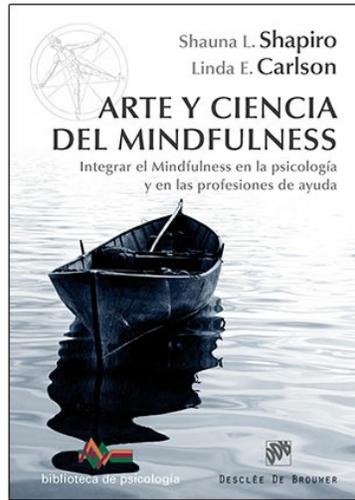
Este libro recoge más de 20 años de experiencia clínica sobre el modo de tratar a los grupos de pacientes aquejados de TLP utilizando los métodos y técnicas propios de la terapia de esquemas. Aunque la terapia individual de esquemas ha demostrado ya su eficacia para esta población de pacientes, Farrell y Shaw han desarrollado y probado un abordaje muy exitoso en este sentido.

Arnaud Arntz, Maastricht University

Sirviéndose tanto de técnicas experienciales como cognitivo-conductuales, la terapia de esquemas (TE) es un enfoque terapéutico innovador e integrador, desarrollado por Jeffrey Young para el tratamiento de personas aquejadas de trastornos de personalidad. Esta obra

representa el primer manual de tratamiento de la terapia grupal de esquemas y está basado en el único modelo TE de grupo validado por la evidencia empírica publicada y por la investigación internacional.

Los participantes reciben directrices muy precisas, ejercicios grupales, folletos para los pacientes y ejercicios para casa, así como todas las herramientas necesarias para la aplicación en grupo de las intervenciones de la TE y para aprovechar las oportunidades que ofrece el proceso grupal. Todos los materiales son presentados de un modo fácil de utilizar para que puedan beneficiarse de ellos terapeutas de todos los niveles de experiencia. Los terapeutas de esquemas más experimentados pueden crear su propio orden de preferencia basándose en sus grupos y los terapeutas experienciales pueden apelar a las técnicas conductuales y cognitivas.



Arte y ciencia del mindfulness

Integrar el mindfulness en la psicología y en las profesiones de ayuda

Shauna L. Shapiro · Linda E. Carlson

ISBN: 978-84-330-2731-3

www.edeslee.com

Imagine el rigor de la ciencia, la belleza del arte, la sabiduría de la reflexión y la efectividad de años de aplicación clínica práctica unidos en un libro accesible y de fácil lectura.

Precisamente eso es lo que se encuentra entre sus manos. Escrito pensando en los facultativos, este auténtico tesoro es mucho más que una guía práctica para terapeutas. La enorme cantidad de ideas y de prácticas que se presentan en esta fascinante obra serán beneficiosas para educadores y profesionales de muchos campos, además de para el lector general que agradecerá poder descubrir una nueva forma de vida que tiene el poder de transformar nuestras vidas individuales y colectivas.

Daniel J. Siegel, MD, Codirector del Centro de Investigación de Conciencia Plena (UCLA-Los Ángeles).

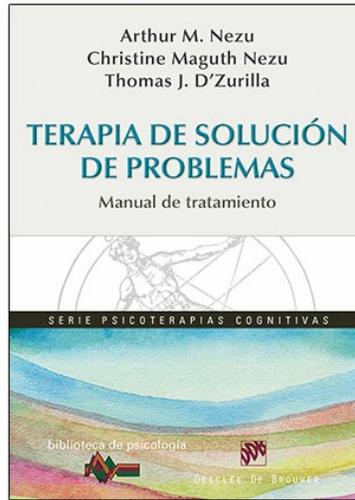
La importancia del Mindfulness tanto para los pacientes como para los terapeutas se ha proclamado muchas veces, pero rara vez se había presentado con tanta pasión y tanto rigor.

Arte y Ciencia del Mindfulness es una maravillosa presentación de cómo conciencia, presencia e intención pueden ser elementos fundamentales a la hora de construir un contexto efectivo para la sanación y el cuidado personal.

Zindel Segal, PhD, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Toronto y autor de *Terapia*

cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena.

La intención resulta fundamental para cualquier proyecto, labor o viaje que se emprenda. Vinculado a la intención está el concepto de Mindfulness -la conciencia que surge al prestar atención con toda la intención a nosotros mismos y a los demás de una manera abierta, aceptadora y discernidora. Bebiendo de las fuentes de las enseñanzas budistas y de la teoría psicológica, Shapiro y Carlson exploran por qué la conciencia plena es un elemento integral en el proceso de sanación terapéutica para inspirar un mayor bienestar tanto en los terapeutas como en sus pacientes.



Terapia de solución de problemas

Manual de tratamiento

Arthur M. Nezu · Christine Maguth Nezu · Thomas J. D'Zurilla

ISBN: 978-84-330-2747-4

www.edesclée.com

Dada su flexibilidad y eficacia contrastadas, la terapia de solución de problemas (TSP) se ha visto cada vez más utilizada para el tratamiento de diferentes problemas de salud física y mental. El presente libro es un manual detallado y comprensivo, escrito por los codesarrolladores de la terapia, sobre el modo de aplicar la TSP a una amplia variedad de poblaciones y situaciones y refleja también las importantes revisiones conceptuales y clínicas que reemplazan a versiones anteriores de la TSP, basándose en la experiencia y la investigación clínica de los autores, la literatura sobre las consecuencias del tratamiento y los avances en áreas relacionadas de la investigación en los campos de la psicología y la neurociencia.

Este libro contiene asimismo directrices específicas para el tratamiento, ejemplos de diálogos entre clientes y terapeutas, actividades y ejercicios clínicos, asignaciones de tareas para casa, folletos para uso de los clientes, ejemplos de casos clínicos y hojas de trabajo. Estos recursos están basados en el modelo de cuidado escalonado de la TSP, que tiene en cuenta la naturaleza de los problemas del cliente, su intensidad, el contexto y la estructura del tratamiento, así como también sus objetivos.

El manual brinda a los clientes cuatro kits de herramientas principales, entre las que se incluye una guía multitarea para superar la sobrecarga cognitiva en condiciones de estrés, una guía para

vencer los problemas relativos a la desregulación emocional, una guía para superar las barreras a la solución eficaz de problemas a través del uso del pensamiento sano y la imaginación positiva y, por último, una guía para alentar la solución eficaz de problemas mediante el diseño y la implementación de un plan racional. Concebido para ser utilizado por una amplia variedad de profesionales de la salud mental, puede servir también como texto en cursos universitarios y posgrados.



Vivir con disociación traumática

Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas

Suzette Boon · Kathy Steele · Onno Van Der Hart

ISBN: 978-84-330-2702-3

www.edeslee.com

Vivir con disociación traumática contiene explicaciones lúcidas, habilidades prácticas y la sabiduría colectiva de tres terapeutas con décadas de experiencia en el tratamiento de pacientes con disociación. Este libro sirve como manual para los terapeutas, como guía para los formadores y como libro de consulta para los pacientes con trastornos disociativos, al ofrecer una combinación actualizada de las mejores prácticas clínicas con los avances recientes de la terapia mindfulness y de los abordajes cognitivo-conductuales de la disociación patológica.

Dr. Frank W. Putnam, profesor de Pediatría y Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati.

Este es el primer libro que ofrece formación en habilidades estructuradas para quienes sufren trastornos disociativos como consecuencia de un trauma. Boon, Steele y van der Hart articulan una integración práctica de las actuales teorías relevantes y de las terapias para el trauma y la disociación. Ofrecen una combinación práctica de capítulos instructivos cortos, fichas de tareas para casa y ejercicios que estimulan habilidades fundamentales, tanto emocionales como para la vida práctica. Además, pueden utilizarse tanto en tratamientos individuales como grupales.

Los autores empiezan con una visión panorámica de la disociación y de sus síntomas, definiendo las habilidades específicas para gestionarla: aprender a reflexionar; comprender y regular las emociones; cuestionar los pensamientos disfuncionales; manejar la ira, el miedo, la vergüenza y la culpa; controlar los desencadenantes; aprender a hacer frente al deseo de autolesionarse y avanzar a pequeños pasos en las relaciones con los demás. Además, ofrecen ejercicios diarios que facilitan adoptar rutinas de sueño y alimentación más sanas, así como aprender a maximizar el tiempo libre para relajarse, reflexionar y recargarse.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Alberto Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Uppel-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de Visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vól. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vól. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.

48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.

90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vêga.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS VOL 1. Con ejercicios del profesor Vól 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vêga.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfá.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John

Preston (Ed.).

128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith

y Donn Posner.

162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por M^a Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por M^a Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).
174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.
175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria
177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França
178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M. Leeds, Ph.d
179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.
180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.
182. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. Una guía clínica, por Christopher R. Martell, Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn
183. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS BASADA EN MINDFULNESS. Guía clínica, por Sarah Bowen, Neha Chawla y G. Alan Marlatt
185. TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS PARA EL CÁNCER, por Trish Bartley
186. EL NIÑO ATENTO. Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo, por Susan Kaiser Greenland
187. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON MINDFULNESS INTEGRADO. Principios y práctica, por Bruno A. Cayoun
188. VIVIR LA ANSIEDAD CON CONCIENCIA. Libérese de la preocupación y recupere su vida, por Susan M. Orsillo, PhD, Lizabeth Roemer, PhD.
189. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness), por Steven C. Hayes; Kirk Strosahl Y Kelly G. Wilson
190. VIVIR CON DISOCIACIÓN TRAUMÁTICA. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas, por Suzette Boon, Kathy Steele y Onno Van Der Hart
192. DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD. Guía de intervenciones psicológicas, por José Miguel Martínez González y Antonio Verdejo García
193. ARTE Y CIENCIA DEL MINDFULNESS. Integrar el mindfulness en la psicología y en las profesiones de ayuda. Prólogo de Jon Kabat-Zinn, por Shauna L. Shapiro y Linda E. Carlson
195. MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA. Principios y herramientas de intervención, por A. Moreno (Ed.)
197. TERAPIA DE GRUPO CENTRADA EN ESQUEMAS. Manual de tratamiento simple y detallado con cuaderno de trabajo para el paciente, por Joan M. Farrell y Ida A. Shaw
198. TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN. Características distintivas, por Paul Gilbert
199. MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA. Edición ampliamente revisada del texto clásico profesional, por Christopher K. Germer, Ronald D. Siegel Y Paul R. Fulton

200. MANUAL DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del trastorno de estrés posttraumático, por Mary Beth Williams, PhD, LCSW y CTS, Soili Poijula, PhD
201. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA BASE DE LOS PUNTOS FUERTES. Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia, por LAURIE N. Gottlieb
203. EL SER RELACIONAL. Más allá del Yo y de la Comunidad, por Kenneth J. Gergen
204. LA PAREJA ALTAMENTE CONFLICTIVA. Guía de terapia dialéctico-conductual para encontrar paz, intimidad y reconocimiento, por Alan E. Fruzzetti

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.
181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.
184. TERAPIA DE ESQUEMAS Guía práctica, por Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar.
191. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS. Una perspectiva cognitiva, por Aaron T. Beck y Gary Emery, con la colaboración de Ruth Greenberg
194. EL USO DEL LENGUAJE EN PSICOTERAPIA COGNITIVA Conceptos y técnicas principales de la terapia lingüística de evaluación, por Isabel Caro Gabalda
196. TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. Manual de tratamiento, por Arthur M. Nezu, Christine Maguth Nezu y Thomas J. D'Zurilla
202. MANUAL DE INTERVENCIÓN CENTRADA EN DILEMAS PARA LA DEPRESIÓN, por Guillem Feixas Viaplana y Victoria Compañ Felipe
205. TRABAJANDO CON CLIENTES DIFÍCILES. Aplicaciones de la terapia de valoración cognitiva, por Richard Wessler, Sheenah Hankin y Jonathan Stern

Índice

Portada Interior	2
Créditos	3
Prólogo	4
Introducción y agradecimientos	5
Teoría: comprendiendo el modelo	7
Algunos conceptos básicos	9
Intervenciones	12
Sentir el cambio	12
La relación terapéutica	13
Evidencias de los beneficios de la compasión	15
Un viaje personal	18
Lógica y emoción	20
La mente evolutiva y la Terapia Centrada en la Compasión	24
Arquetipos, motivos y significados	26
Mentalidades sociales	27
Multi-mente	33
Cerebro viejo y cerebro nuevo	34
Una variedad de estados mentales	34
Mentalización ³ y sentido del self	36
Desarrollo de competencias psicológicas	38
Mentalidades sociales y mentalización	39
Apego e importancia de los afectos	42
La importancia del afecto	43
Múltiples dominios de cuidado	44
Regulación de los afectos: Los tres sistemas de regulación de los afectos, cuidado y CFT	46
1. El sistema de amenaza y autoprotección	48
2. El sistema de activación de búsqueda de incentivos y recursos	50
3. El sistema de confortamiento, satisfacción y seguridad	51
Afiliación, calidez y afecto	54
Búsqueda de validación	57
Habilidades cognitivas	58
Clarificando el enfoque CFT	60
Postura filosófica	61

Del “yo no tengo la culpa” a la asunción de responsabilidades	63
Las interacciones entre el nuevo y el viejo cerebro	64
Cavilaciones y metas	66
Formulación de hipótesis	68
Elementos básicos en la formulación CFT	70
Antecedentes e influencias históricas	71
Recuerdos emocionales del yo	72
Amenazas, miedos y necesidades básicas no satisfechas	73
Estrategias de seguridad y compensatorias	73
Consecuencias imprevistas	74
La formulación y los círculos	77
La formulación no es un proceso único	77
Vergüenza	80
Vergüenza de exclusión	85
Vergüenza por la intrusión y violación	85
Recuerdos vergonzosos	85
Las múltiples influencias de la vergüenza	88
Autocrítica	90
Análisis funcional	93
Auto-observación y auto-culpabilización como estrategias de seguridad	94
Distinción entre vergüenza, culpa y humillación: Responsabilidad frente auto-crítica acusatoria	97
Distinción entre auto-corrección compasiva y auto-ataque basado en la vergüenza de sí mismo	101
Trabajar con la autocrítica	104
Amenaza y compensaciones de logro	105
Objetivos centrados en uno mismo frente a objetivos compasivos	108
Hacer y lograr	109
Práctica de la compasión	110
Entender el confortamiento: el amplio contexto de equilibrio de los sistemas de regulación del afecto	112
(Hábil) afecto y amabilidad	113
Referencia social	113
Vivir en la mente de los demás	113
Ser escuchado y entendido	114
Validación empática	115
Razonar	115

Insight	116
Barruntamientos	116
Desensibilización	116
Desarrollar el valor	117
Resumen	117
La naturaleza de la compasión	119
Mente amenazante frente a mente compasiva	120
Una perspectiva más elaborada	123
Un ejemplo	126
Refinar los atributos de la compasión	127
Sabiduría	127
Sabiduría intuitiva	128
Fortaleza	128
Calidez y actitud libre de juicios	129
Componentes múltiples	129
Preparar y entrenar la propia mente: Mindfulness y ritmo respiratorio suave	131
Mente errante	134
Suavizar el ritmo respiratorio	135
Practicar cuando resulte cómodo	136
Introducción de imágenes	137
Explicar y explorar la imaginación	141
Imaginación compasiva	141
Crear un lugar seguro	143
Color compasivo	145
Diversidad de imágenes centradas en la compasión	147
Desarrollar el yo compasivo	150
Las distintas partes de nosotros mismos	151
Imaginar el yo compasivo	151
La importancia de la práctica personal y (un ejemplo) del pensamiento compasivo	154
Trabajo en la silla de la compasión	156
Centrarse en el yo compasivo	160
Rescritura	162
Enfoque compasivo y mentalización	163
El fluir de la compasión	165
De la imaginación al comportamiento	168
La compasión fluyendo hacia uno mismo: utilización de la memoria	169

La compasión fluyendo hacia uno mismo: Imágenes compasivas	173
Crear la imagen compasiva del yo “ideal y perfecto”	175
Ser comprendido y conocido	179
De la imaginación al comportamiento	179
Escribir una carta compasiva	180
Mejora de la compasión y el bienestar	182
Miedo a la compasión	185
Algunas evidencias	187
Condicionamiento	188
Duelo	188
Metacognición	189
Falta de sentimientos	190
Dificultades de desarrollo	190
Vivacidad	191
Desensibilización	192
Análisis funcional	192
Consideraciones finales	193
Bibliografía	197
Índice de materias y nombres	211
Acerca del autor	220
Otros libros	221
Terapia de grupo centrada en esquemas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad	222
Terapia de solución de problemas	224
Terapia de solución de problemas	226
Vivir con disociación traumática	228
BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA	230