



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

“Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas”

Estudio descriptivo-relacional desde la Perspectiva de Psicólogos Clínicos de la Región Metropolitana

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOTERAPIA DE ADULTOS

Académico Patrocinante: Dra. Laura Moncada A.

Asesora Metodológica: Dra. Laura Moncada A.

Autor: Francisco Rivera Martínez.

Enero 2013

AGRADECIMIENTOS

A Susana Fasola por su amorosa compañía

A Ema Rivera que con su venida me estimuló a sacar este proyecto adelante

A Diego Rivera por compartir juntos los ratos de juego

A mis padres, hermanos y amigos por hacer que la vida tenga mucho sentido

A la profesora Laura Moncada, por las conversaciones, por su permanente estímulo y por su guía

A Verónica Guzmán, por sembrar la semilla de la meditación

A Claudio Araya y Bárbara Porter por enseñarme a regar esa semilla

A mis profesores y compañeros de Magister

A mis profesores de Yoga por haberme enseñado a traer la psicología al cuerpo

A todos mis pacientes y alumnos por haberme permitido aprender al acompañarlos

***“QUE LA POSTURA SEA ESTABLE Y CÓMODA COMO UNA MONTAÑA...
QUE LOS PENSAMIENTOS SEAN COMO NUBES QUE PASAN...
QUE LA RESPIRACIÓN SEA EL VIENTO QUE MUEVE LAS NUBES...
QUE LA MENTE SEA AMPLIA COMO EL CIELO.”***

(Consigna para la práctica de la meditación sentada)

INDICE

I	RESUMEN.....	06
II	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	07
III	RELEVANCIA DEL ESTUDIO.....	10
IV	MARCO TEORICO.....	11
	IV.1 MINDFULNESS (11)	
	IV.1.1 Origen de Mindfulness	
	IV.1.2 Definición, componentes y características de mindfulness	
	IV.2 MINDFULNESS Y PSICOLOGÍA (15)	
	IV.2.1 Redefiniendo Mindfulness	
	IV.2.2 Aplicaciones clínicas de Mindfulness	
	IV.3 PSICOTERAPIA, MINDFULNESS Y HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS (21)	
	IV.3.1 Investigación y cambio en psicoterapia	
	IV.3.2 Ámbitos de habilidad psicoterapéutica	
	IV.3.3 Mindfulness y desarrollo de habilidades psicoterapéuticas	
V	OBJETIVOS.....	30
VI	PREGUNTAS DIRECTRICES.....	30
VII	MARCO METODOLOGICO.....	32
VIII	ANALISIS DE RESULTADOS.....	35
	VIII.1 ANALISIS DESCRIPTIVOS (36)	
	VIII.2 ANALISIS AXIAL RELACIONAL (76)	
	VIII.3 ANALISIS AXIAL SELECTIVO (92)	
IX	CONCLUSIONES	97
X	ALCANCES Y PROYECCIONES	110
XI	REFERENCIAS.....	112

I RESUMEN

PALABRAS CLAVES:

Estamos siendo testigos de una irrupción masiva de las prácticas meditativas orientales en la teoría y en la práctica de la psicología, de la psicoterapia y, en general, de la ciencia occidental. La meditación se ocupa como enseñanza en aliviar el sufrimiento inherente a la condición humana. En este contexto, la práctica de mindfulness, ha reportado grandes beneficios en distintos padecimientos psíquicos y físicos. Así, cobra relevancia el indagar en el impacto de la práctica de mindfulness para el desarrollo de habilidades de los psicoterapeutas que trabajan con ese dolor.

La presente es una investigación empírica de carácter cualitativo basada en la teoría fundamentada; a partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas a un grupo de terapeutas jóvenes, antes y después de un entrenamiento en mindfulness con una duración de diez sesiones. Se concluyó que la práctica de mindfulness incide primariamente en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas específicas a nivel cognitivo, afectivo e interaccional, y en un segundo nivel, aporta a la generación de habilidades psicoterapéuticas inespecíficas en tres ámbitos fundamentales: la inclusión del cuerpo en psicoterapia, la importancia del autocuidado y la persona del terapeuta, y en una dimensión más global denominada proceso terapéutico.

Mindfulness - entrenamiento- psicoterapeutas – desarrollo - habilidades psicoterapéuticas.

II FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Aunque la meditación ha sido parte inherente de la vida cotidiana de tradiciones milenarias del Oriente, particularmente India, China y Japón, hoy estamos siendo testigos de una irrupción masiva de las prácticas meditativas orientales en la teoría y en la práctica de la psicología, de la psicoterapia y, en general, de la ciencia occidental. La meditación se ocupa como enseñanza en aliviar el sufrimiento inherente a la condición humana, experiencia compartida por todos los miembros de nuestra especie, a través de las diferentes culturas y a lo largo de toda la historia de la humanidad (Mañas, 2008). Como expresión actual de estas prácticas, se encuentra mindfulness, vocablo que traducido al español, se entiende como “atención o consciencia plena”. La amplia expansión y divulgación de mindfulness, tiene según Vicente Simón (2006) un carácter probablemente excepcional y se estaría produciendo como consecuencia de tres factores principales.

En primer lugar, la divulgación en occidente de las filosofías y prácticas orientales de meditación que comenzó en la segunda mitad del siglo XX con la marcha de numerosos jóvenes occidentales a países asiáticos, en busca de la novedad y libertad que prometían las filosofías y religiones del lejano Oriente, junto con la huida de numerosos monjes tibetanos de su país, como consecuencia de la invasión china del Tibet, en 1951.

En segundo lugar, en la psicología occidental se está produciendo una maduración de la psicología cognitiva y, sobre todo, de las terapias cognitivas, dentro de lo que se llaman las terapias de tercera generación. Las terapias cognitivas constituyen un terreno fecundo en el que las técnicas relacionadas con la atención plena, pueden implantarse y fructificar.

En tercer lugar, existe otro aspecto de la ciencia occidental que ha alcanzado un grado de maduración que lo hace confluir con la práctica de la meditación: la neurociencia, y en particular a lo que se llama neurociencia cognitiva y neurociencia afectiva. Los avances de algunos métodos de estudio del cerebro, como las técnicas de neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas, hace que estemos en condiciones de estudiar los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones con un grado de precisión, tanto espacial como temporal, que hace unos 20 o 30 años resultaban inimaginables. Estas técnicas están permitiendo conocer la interacción mente-cerebro por primera vez en la historia de la humanidad y ellas han comenzado a hacer posible saber lo que sucede en el cerebro cuando se practica mindfulness.

En la actualidad, las intervenciones basadas en mindfulness se están utilizando en varias poblaciones para dar cuenta de una amplia gama de trastornos físicos y psicológicos. Por ejemplo, los ya conocidos Programas de Reducción del Estrés Basados en Mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 2004), se han utilizado para tratar el dolor crónico y la ansiedad, entre otras enfermedades. Por otra parte, la utilidad y eficacia del empleo de las técnicas de mindfulness ha quedado ampliamente demostrada en múltiples estudios médicos y psicológicos en patologías variadas a lo largo de los últimos años (Kocovski, Segal y Battista, 2011; Grossman y cols., 2004; Germer, 2005).

Junto con los estudios que muestran la influencia de mindfulness en estados “patológicos”, durante los últimos treinta años la práctica de mindfulness ha sido reconocida como una manera efectiva de, también en individuos sanos, reducir el estrés, potenciar la empatía, aumentar la autoconciencia, reducir los síntomas físicos y psicológicos y mejorar el bienestar general, entre otros (Shapiro, 1998).

En nuestro país, aunque de forma incipiente, han comenzado a surgir estudios, particularmente tesis de grado y postgrado en psicología, en torno a los efectos de la meditación. Un ejemplo de esto corresponde al estudio del año 2007 titulado “La Meditación Samatha como una herramienta para enfrentar los síntomas asociados a la depresión en mujeres” (Concha, 2007). Los resultados de este estudio destacan las formas de afrontamiento personales y sociales que un grupo de mujeres, diagnosticadas como “depresivas”, desarrollaron a partir de su participación en un taller de meditación realizado en un consultorio de salud pública. En concreto las mujeres desarrollaron el hábito de la meditación diaria e incorporaron en algunos casos a miembros de su familia a estas prácticas. El estudio de carácter cualitativo, concluye que desde la perspectiva subjetiva de las entrevistadas hubo una disminución significativa en síntomas cognitivos, afectivos e interaccionales que caracterizaban su estado depresivo (Concha, 2007).

En esta misma línea, se ha dado cuenta de los efectos de otras prácticas afines a la meditación sobre algunos cuadros clínicos como la depresión, la ansiedad o los síntomas psicológicos asociados al VIH. Entre estos estudios se encuentran los trabajos titulados “Efectos de un taller de Yoga para la calidad de vida de niños que viven con VIH/SIDA” (Oda, 2008) o “Efectos de un taller de Yoga para la depresión en mujeres que se atienden en el consultorio Salvador Bustos de la comuna de Ñuñoa” (Fuentealba, 2008).

A nivel de postgrado es posible encontrar algunas investigaciones que trabajan el tema de mindfulness en el contexto de la salud. La primera corresponde a un estudio de Cárcamo (2008) que explora el impacto de la práctica de mindfulness en profesionales de la salud. En este estudio, se señala que “al ser mindfulness una capacidad humana simple y universal, es posible encontrarla en la psicología de tradición occidental, tanto en sus dimensiones teóricas como prácticas”; en un artículo preliminar de esta investigación se han sintetizado diversos estudios que han destacado los aportes de la práctica en meditación para los tratamientos psicoterapéuticos actuales en modelos tan diversos como los humanistas (Kriz, 1990), conductuales cognitivos (Epstein, 2003) y los psicodinámicos (Stern, 2004).

Una segunda investigación corresponde a la adaptación a nuestro país del “Five Facet Mindfulness Questionnaire” de Ruth Baer y otros, realizada por el psicólogo Bruno Solari (2010). En ella se buscó analizar y describir la relación que existe entre la práctica de meditación budista zen y los niveles de mindfulness que obtenga una persona. Es justamente la doctora Baer la que, según Cárcamo y Moncada (2008) “ha liderado en la Universidad de Kentucky trabajos de investigación en torno a la efectividad y la evaluación de instrumentos para la medición de las habilidades asociadas a Mindfulness”. Aunque no existen muchos diseños experimentales bien contruidos para la evaluación del impacto de Mindfulness, Baer (2003) ha afirmado que existe evidencia para sostener que los tratamientos basados en Mindfulness son “probablemente efectivos” y que se encuentran en vías de lograr su “establecimiento válido” dentro de los recursos terapéuticos hoy en día.

Susan Woods (2011) plantea que en la actualidad hay mucho interés en la utilización de enfoques basados en mindfulness en la práctica clínica y esos es algo que plantea varias preguntas interesantes sobre la formación de los profesionales de la salud: algunos programas clínicos basados en mindfulness utilizan la práctica de la meditación como la clave del enfoque mientras que otros utilizan el mindfulness como un grupo de habilidades específicas a desarrollar.

En la línea de los objetivos del presente estudio, Brown, Ryan y Creswell (2007), han subrayado también el creciente interés por el potencial terapéutico del mindfulness y señalan su valor para el desarrollo tanto de la eficacia terapéutica como para el autocuidado de los terapeutas. Estos mismos autores, afirman que se desconoce sin embargo el grado en que mindfulness puede ser utilizado en terapia para manejar tanto los propios procesos de los terapeutas como los de sus clientes.

III RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Relevancia Teórica:

La investigación aporta al cuerpo de investigaciones relativas a la práctica meditativa/mindfulness para el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel interaccional, afectivo y cognitivo.

Es posible proponer que, en el contexto de la práctica psicoterapéutica y del cambio psicoterapéutico, se requiere de una amplia gama de habilidades y destrezas para conducir de manera efectiva el proceso.

Los antecedentes teóricos y empíricos sugieren que tanto el desarrollo de habilidades específicas como inespecíficas se encuentran relacionadas con el éxito terapéutico y con el cambio en terapia (Krause, 2005).

Relevancia Práctica:

Esta investigación aportará información cualitativa novedosa acerca de la aplicación de un programa de entrenamiento en mindfulness para terapeutas.

Relevancia metodológica:

Estructurar una instancia de evaluación cualitativa de un programa de entrenamiento en mindfulness mediante la producción de información significativa respecto de la práctica meditativa/mindfulness para el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel interaccional, afectivo y cognitivo desde la perspectiva de los propios profesionales.

Relevancia social:

La información tanto teórica como práctica de esta investigación, se constituye como un antecedente relevante para la implementación de futuros programas de entrenamiento para terapeutas en pro de potenciar el cambio terapéutico.

IV MARCO TEÓRICO

IV. 1 MINDFULNESS

IV.1.1 Origen de mindfulness

Mindfulness es el nombre que se le ha dado a la meditación en occidente, especialmente en el ámbito de la salud y de la psicología. Aunque la práctica de mindfulness ha sido recientemente integrada a la medicina y psicología de Occidente, se trata de una práctica muy antigua que se origina hace más de 2500 años y constituye la esencia fundamental de las prácticas Budistas. La palabra meditación viene del latín meditatio, que originalmente indica un tipo de ejercicio intelectual. Es un proceso mental que forma parte de las enseñanzas originales de Siddhartha Gautama Sakyamuni, popularmente conocido como Buda (563 a.C.).

El objetivo principal de la filosofía budista era la erradicación del sufrimiento humano. La meditación constituye el método o la vía para la consecución de dicho objetivo, por lo que es considerada como “el corazón” de las enseñanzas Budistas. Después de más de dos siglos tras la muerte de Buda, estas enseñanzas fueron recogidas en el Abhidharma que es una de las tres divisiones de los textos esenciales del Budismo, la cual es considerada como a base de los fundamentos teóricos de la meditación (Mañas, 2008).

Dentro de las prácticas meditativas Budistas, existen dos grandes tipos a lo largo de la historia: la meditación concentrativa y la meditación contemplativa. A la primera se le llama samatha y a la segunda se le denomina vipassana. Esta última constituye el origen de la meditación mindfulness (Landolfi, 2004).

Samatha puede ser considerada como sinónimo de calma mental y tranquilidad y vipassana se vivencia como conocimiento directo, intuición. Se considera que los métodos derivados de samatha sirven normalmente para preceder y preparar las meditaciones vipassana (Landolfi, 2004).

Samatha, "meditación de la serenidad", persigue la realización de estados de conciencia que se caracterizan por un grado cada vez más elevado, gradual y progresivo de serenidad, calma, sosiego y tranquilidad de la mente. Comprende dos factores: la consecución de un máximo grado de concentración mental y el apaciguamiento de los procesos psicometales. Esto se realiza mediante una concentración progresiva de la atención en la que la mente – dharana según

Patanjali¹, replegándose sobre sí misma, va excluyendo todos los estímulos sensoriales y los procesos mentales de la consciencia – pratyahara -. En la meditación samatha se distinguen ocho grados progresivos de abstracción o absorción mental, llamados Jhanas, que en pali significa literalmente "meditaciones" o "contemplaciones".

Vipassana está compuesta del prefijo vi, "varias", y passana, "ver"; significa literalmente, "ver del todo", "ver a la perfección", o ver las cosas integralmente, cabalmente, tal y como son. Vipassana permite la percepción de las tres características de todos los fenómenos: impermanencia (anicca), insatisfacción (dukkha) e insustancialidad (anatta). Vipassana a diferencia de la meditación de tranquilidad (samatha) conduce a la penetración de estas tres características de todos los fenómenos (Landolfi, 2004).

En las enseñanzas del Buda al hablar de meditación se habla de bhavana, que significa "cultivo" o "desarrollo", "visualización", "intención". Se identifica con el cultivo y desarrollo de las propias capacidades psicomentales para superar la insatisfacción con las circunstancias internas y externas que son consecuencia de una expectativa basada en una percepción errónea o incorrecta de la realidad. El cultivo de mindfulness tiene por objeto corregir esa percepción errónea.

Como la mente no dispone de una visión clara, no es capaz de captar las tres características de la existencia, esas características básicas de todos los fenómenos según las enseñanzas del Buda: la insatisfacción o sufrimiento en su más amplio sentido (dolor, pena, aflicción, tribulación, etcétera), la impermanencia o transitoriedad, y la insustancialidad o ausencia de una entidad permanente o estable. En el universo de lo condicionado todos los fenómenos, son insatisfactorios, impermanentes y sin entidad. La sabiduría liberadora, capaz de poner término al sufrimiento, sólo puede emerger desde la pureza de la mente, que permite apreciar las cosas tal y como son, sin enmascararse con juicios y prejuicios, condicionamientos, e interpretaciones u opiniones.²

¹Según la versión de **Desikachar, TKV. (2008). Yoga Sutra de Patanjali. Colección Arca de sabiduría. Edit. EDAF.**

² **Samyutta Nikaya — Colección de los Discursos Agrupados Temáticamente** (del pali samyutta = "grupo" o "colección") es una colección de escritos budistas que constituye el cuerpo doctrinal y fundacional del budismo theravada y que se compone mayoritariamente de los discursos pronunciados por Buda y, a veces, alguno de sus discípulos más cercanos.

IV.1.2 Definición, componentes y características de mindfulness

El concepto de mindfulness propiamente tal fue acuñado por Thomas William Rhys Davis, quien tradujo la palabra Sati al inglés como mindfulness en el año 1881. La palabra Sati procede de una lengua Pali, la cual era la versión popular hablada del sánscrito en la región donde vivió Buda y que él utilizó en la transmisión de sus enseñanzas. Existen múltiples traducciones al español de la palabra Sati: atención desnuda, toma de conciencia, presencia alerta, conciencia pura, visión clara, visión cabal o simplemente meditación. La traducción más utilizada en castellano es “atención plena”.

Dicho de otra forma es un concepto que el Buda enuncia cuando se refiere a cultivar la atención correcta, el séptimo elemento del óctuple sendero, con el cual se busca trascender el sufrimiento (Mañas, 2008; Vallejo, 2006). Cullen (2008) relata que hace poco un grupo reducido de maestros de meditación y de eruditos budistas desarrollaban una articulación/definición colectiva del concepto de mindfulness la que en parte dice lo siguiente:

“Entre los componentes de mindfulness no sólo habría que incluir a sati, sino que también a sampajanna (la comprensión clara) y a appamada (atención conciente). La comprensión clara incluye la capacidad de percibir los fenómenos eclipsados por los estados mentales distorsionadores (como las emociones y los estados de ánimo) y la capacidad metacognitiva de monitorear la calidad de la atención”.

La práctica de mindfulness, heredera de esta tradición budista milenaria, ha sido ampliamente desarrollada hasta la fecha tanto en oriente como en occidente. Según Didonna (2011), dos referentes fundamentales para su estudio y para su práctica son Thich Nhat Hanh, monje Budista nacido en 1926, de origen Vietnamita, profesor, escritor y poeta, cuyas enseñanzas han llegado a ser una influencia importante en el desarrollo del budismo occidental; y Jon Kabat-Zinn, nacido en el año 1944, profesor emérito de medicina, quien es conocido como referente mundial por haber introducido esta práctica dentro del modelo médico de occidente en el año 1959. Es el fundador en el año 1979 y primer director de la Clínica de Reducción del Estrés de la Universidad de Massachussets, donde introduce a los pacientes a la práctica de mindfulness para el tratamiento de problemas físicos y psicológicos, dolor crónico y otros síntomas asociados al estrés (Shapiro, 1998).

En este contexto, existe una cantidad considerable de definiciones de mindfulness entre los eruditos especializados en la materia tanto tibetanos como occidentales. Mientras que para Thich Nhat Hanh (1976) “mindfulness es mantener viva la

consciencia en la realidad presente”, Jon Kabat-Zinn y sus colegas del “Center for Mindfulness” en Massachussets han utilizado conscientemente el concepto de mindfulness de varias maneras complementarias: “en primer lugar como una regulación de la atención definida operacionalmente y en segundo lugar como un término aglutinador que incluye todos los demás elementos del Noble Óctuple Sendero” (Kabat Zinn, 2008).

Así, desde un *punto de vista operativo*, Kabat Zinn define al mindfulness como “la conciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no condenatoria, al flujo de la experiencia momento a momento”. Dicho de otra forma se refiere al “prestar atención de manera particular, como propósito en el momento presente y sin juicios mentales” (1994).

Ahora bien, más allá de la definición operacional, la elección de la palabra mindfulness según Kabat-Zinn, debe considerar lo que Nyanaponika Thera llamaba el corazón de la meditación budista (1992): “la indefectible llave maestra para conocer la mente, y es así el punto de partida; la herramienta perfecta para formar la mente, y es así el punto focal; y la sublime manifestación de la lograda libertad de la mente, y es así el punto culminante”.

En esta línea, Kabat-Zinn había definido mindfulness en el año 2003 como “el proceso de observar expresamente cuerpo y mente, y permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y de aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas ni intentar fijarlas ni suprimirlas ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención”... “la atención plena no implica intentar ir a ningún sitio ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos familiarizados más nuestras propias experiencias presentes un momento tras otro”(Kabat-Zinn,2004).

En textos más recientes, Kabath-Zinn (2007y 2008) aclara que esto significa que el mindfulness es tanto el objetivo, los métodos o prácticas, y el resultado o consecuencias, todo junto. Esto se ajusta a la orientación no dual que no enfatiza ningún lugar al que ir, nada que hacer y nada que lograr propuesta por Thich Nath Hahn en su clásico *Ser Paz y el corazón de la comprensión* (1994), basado directamente en el Mahasattipathana, o gran Sutra sobre mindfulness de Buda:

“Este es el camino directo para la purificación de los seres, para la superación de la pena y la lamentación, para la eliminación del dolor y la aflicción, para alcanzar el verdadero camino, para la realización de la liberación: los Cuatro Fundamentos de Mindfulness”(Kabath-Zinn,2008, pg. 40).

IV.2 MINDFULNESS Y PSICOLOGÍA

IV.2.1 Redefiniendo mindfulness

Es importante mencionar que junto a Hahn y Kabat-Zinn mindfulness ha sido considerado e investigado por diversos autores contemporáneos ligados al campo de la psicología y la investigación científica. En psicología, el concepto se ha redefinido, poniendo énfasis en distintos aspectos de este; así por ejemplo el creador del concepto de inteligencia emocional, Daniel Goleman, la entiende como el “estar frente a la desnuda realidad de la experiencia, observando cada evento como si estuviera ocurriendo por primera vez” (Goleman, 1988). Para Marlatt y Kristeller (1999) implica “el mantenimiento de una atención completa a la experiencia momento a momento”. Para Baer (2003) mindfulness representa “la observación no condenatoria del fluir de toda la estimulación externa e interna tal como ella aparece” y para Mañas remite a “la acción de desarrollar y mantener un determinado tipo de atención especial a la experiencia presente, momento a momento, con una actitud de aceptación radical, libre de todo control y juicios de valor” (Mañas, 2007).

El concepto de mindfulness también ha sido definido en términos de una habilidad meta-cognitiva (Bishop 2004), de una capacidad autorreguladora (Brown y Ryan, 2003), de una habilidad de aceptación (Linehan, 1991) y en términos de control atencional (Teasdale, 1995). Se le considera a la vez como una técnica y como un componente de las terapias desarrolladas en el marco del conductismo radical y contextual tales como la terapia de aceptación y compromiso, terapia de conducta dialéctica o psicoterapia analítica funcional (Vallejo, 2006). Así mismo, se acopla también con la teoría paradójica del cambio desarrollada por la psicología Gestalt, en la cual se plantea que el cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en quien no es (Fagan y Shepard, 1989). Esta noción paradójica del cambio es coherente con la visión sistémica interaccional de cambio que considera la mantención del estado problema por una pauta interaccional sostenida por las soluciones intentadas persistentes pero no eficaces (Hirsch, 2006).

En el mundo hispanoamericano, algunos autores lo han traducido al español como “plena presencia o atención o consciencia plena” (Vallejo, 2006). El también español Vicente Simón ha definido mindfulness como una experiencia propia de la vida cotidiana describiéndolo de la siguiente manera: “es algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando mindfulness. Lo que sucede

es que habitualmente nuestra mente se encuentra vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a otras. De unos a otros pensamientos. Mindfulness es una capacidad humana universal y básica que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconsciencia” (Simón, 2007).

Considerando algunos referentes nacionales, Francisco Varela nombró al mindfulness como “Presencia Plena o Consciencia Abierta” (1992), mientras que el equipo de mindfulness de la Universidad Adolfo Ibañez ha escrito que “mindfulness es la actitud y la práctica de volver nuestra atención al momento presente, es reunir en el momento presente nuestra atención, con nuestro cuerpo, respiración y con el mundo que nos rodea. La práctica de Mindfulness busca traernos de vuelta a lo que nos está ocurriendo en el aquí y ahora. Esta atención es amable, directa, no conceptual y apreciativa. Mindfulness es la práctica de hacernos íntimos con nosotros mismos” (Equipo Mindfulness Universidad Adolfo Ibañez Chile).

A modo de síntesis, Germer (2005) entrega algunas de las características esenciales de mindfulness:

- No conceptual: prestar atención y consciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados, desde una manera más integral, incluyendo sensaciones, percepciones y emociones.
- Centrado en el presente: mindfulness siempre se da en y sobre el momento presente, en el aquí y ahora.
- No valorativo: no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea de otra manera. Existe por ende una primordial aceptación de lo que está ocurriendo en ese instante.
- Intencional: siempre hay la intención directa de centrarse en algo y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado.
- Observación participativa: no es una observación distanciada, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo del observador participante.
- No verbal: la experiencia mindfulness no tiene un referente verbal, sino emocional y sensorial.
- Exploratorio: abierto a la experimentación sensorial y perceptiva, no focalizado en los conocimientos que ya se tienen.
- Liberador: cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

Para Miguel Angel Vallejo las *connotaciones psicológicas* del término son evidentes: mindfulness trasciende lo meramente psicológico e impacta en un

sentido amplio, otorgando muchas veces un sentido de vida, una filosofía de vida y una praxis; mindfulness representa un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos. Para este autor, el mindfulness no puede ser entendido de forma genérica sino que siempre es referido a un momento temporal concreto: el presente (Vallejo, 2006). Dicho de otra forma, mindfulness, si bien es una experiencia humana cotidiana, es a la vez una experiencia muy sutil, idiosincrática y en gran medida no verbal e inefable.

Según Kirk Warren Brown (2011), la actitud fenomenológica de Husserl y la tradición del budismo Theravada, convergen en varios puntos en la descripción de una fenomenología de la experiencia en la que la naturaleza subjetiva del mindfulness puede entenderse mejor. Según Brown, en ambas tradiciones la experiencia de lo que acontece en el momento es de sumo interés, tanto si dicha experiencia surge del cuerpo-mente o a través de los sentidos. A la vez ambas tradiciones proponen que el acceso a esa presencia tiene lugar en la suspensión de la manera habitual o automatizada de procesar la experiencia en favor de una atención abierta y receptiva que simplemente procesa lo que ocurre momento a momento. En tercer lugar, señala Brown, como estado experiencial, la atención en el estado de mindfulness es activamente receptiva a lo que entra en la mente en lugar de ponerse al servicio de una manipulación cognitiva de ese contenido mental. En cuarto lugar, ambas tradiciones sostienen que la presencia plena puede cultivarse o desarrollarse con la práctica.

La evidente multidimensionalidad del concepto y el alto impacto que éste ha tenido a nivel clínico, ha hecho que mindfulness esté disponible actualmente para diversos estudios e investigaciones, tanto en psicología como en medicina. La intención es “medirlo con precisión” a través del uso de escalas y otras formas científica y académicamente validadas.

En este contexto, y desde un punto de vista fenomenológico, los trabajos de Thompson (2007) han empezado a examinar las correlaciones neurológicas y los efectos que tiene la estabilidad de la atención en la percepción. En esta misma línea Treadway y Lazar (2011) presentan una síntesis de la investigación neurocientífica existente en mindfulness, la que pretende decodificar los sistemas neuronales que se utilizan para lograr los estados de meditación y también para determinar los efectos que la práctica regular de mindfulness tiene en la función y en la estructura del cerebro.

En uno de los estudios más alentadores que se conocen, Lazar (2005) encontró que frente a la práctica de mindfulness, la corteza prefrontal dorso lateral (DLPFC) se ve activada y engrosada, atribuible esto probablemente a su mayor uso: esta

zona está relacionada con las funciones ejecutivas, la toma de decisiones y la atención. Treadway y Lazar (2011, pg. 127) documentan que otros 5 de 14 estudios anteriores muestran resultados similares usando diversas formas de meditación en cada caso (yoga kundalini, meditación mindfulness, meditación de visualización budista tibetana, recitación de salmos y meditación zen). Otro hallazgo frecuente es que la meditación lleva a una mayor activación de la corteza singularada, particularmente en la subdivisión anterior (ACC), estructura que desempeña un papel fundamental en la integración de la atención, la motivación y el control motor. Mención especial merecen los promisorios estudios de Farb et al. (2007) y Creswell et al. (2007) que han estudiado promisoriamente las redes neuronales subyacentes implicadas en la meditación.

Según estos mismos autores, hay que ser sin embargo cautelosos ya que a pesar de la gran cantidad de estudios realizados, muchos resultados de electroencefalografías no son consistentes y lo mismo ha ocurrido con estudios más recientes basados en técnicas de neuroimagen como la imagen por resonancia magnética funcional (fMRI) o la tomografía por emisión de positrones (PET). La falta de consistencia en las evaluaciones puede deberse, señalan, en parte a los distintos tipos de meditación estudiados, así como a diferencias metodológicas. Los estudios de caso único como el de Lehmann (2001) muestran que prácticas de meditación distintas provocan patrones de actividad cerebral diferentes.

Por otra parte, y desde un punto de vista más clínico, las investigaciones del antes mencionado Brown (2007) han enfatizado el impacto del mindfulness en los estados emocionales y en el bienestar general de las personas concluyendo que esta cualidad de presencia va asociada a un contenido emocional más equilibrado y en particular a una disminución de experiencias emocionales desagradables. El mindfulness también parece promover menos reactividad ante acontecimientos que pueden provocar malestar emocional y una regulación más eficiente de ese malestar cuando se produce. Estos estudios sugieren además que los mecanismos por los que el mindfulness promueve el bienestar emocional y, por ello, la salud mental se asocian en general a una menor evaluación de los estímulos - también llamada habilidad de aceptación y de no juzgar la experiencia - a través de la inmediatez del contacto con los mismos.

Finalmente, entre los efectos cognitivos y conductuales del mindfulness, existe según la revisión de Treadway y Lazar (2011), evidencia consistente de cambios. Se ha encontrado por ejemplo que los niveles elevados de práctica van acompañados de un mayor nivel de conciencia y de una mejor capacidad para concentrarse profundamente tanto durante los estados de meditación como a lo

largo del día. Así mismo, la práctica sistemática de la meditación parece aumentar la capacidad de atención del individuo y disminuir la habituación. En este contexto, la investigación reciente es promisoriosa y apoya la utilidad de las terapias basadas en mindfulness para un número importante de condiciones médicas y psiquiátricas (Vallejo, 2006).

IV.2.2 Aplicaciones clínicas de mindfulness

Según Didonna (2011), se estima que hay 10 millones de practicantes de meditación en Estados Unidos y cientos de millones en todo el mundo. El uso generalizado de la meditación en las grandes religiones del mundo se basa en la experiencia de varias de ellas de que la meditación ayuda en determinados procesos relacionados con el desarrollo personal. Deurr (2004) destaca que la meditación es una de las disciplinas psicológicas más utilizada, más duradera y más investigada del mundo.

En los últimos 20 años la práctica de mindfulness o atención plena está integrándose a la Medicina y Psicología de Occidente. Es aplicada, estudiada científicamente y por ello reconocida como una manera efectiva de reducir el estrés, aumentar la autoconciencia, reducir los síntomas físicos y psicológicos asociados al estrés y mejorar el bienestar general. Salmon, Santorelli y Kabath-Zinn (1998) informan la existencia de más de 240 hospitales y clínicas en todo el mundo en que se ofrecen cursos de reducción del estrés basados en mindfulness desde 1997. Esta cifra es probablemente más alta al día de hoy.

Didonna (2011) agrega que uno de los problemas más significativos que ha tenido la psicología occidental a la hora de utilizar las prácticas de culturas orientales y budistas es que hasta hace 15 o 20 años, la palabra “meditación” era considerada por muchos como sospechosa y asociada a imágenes de misticismo fraudulento (Kabath-Zinn, 2004). De hecho la meditación estaba casi demonizada y se consideraba sólo como un aspecto esotérico. Eso se debía en parte a una ignorancia cultural y conceptual respecto de estas técnicas, las que se han empezado a tener en cuenta recientemente en la investigación científica en el campo de la psicología y la neurología.

Hoy en día, las áreas clínicas en las que se aplican tratamientos basados en mindfulness son extremadamente amplias y varios estudios realizados sobre la materia destacan la relevancia clínica de esas formas de tratamiento con respecto a varios trastornos. Según Bishop (2004), la psicología contemporánea definitivamente ha adoptado al mindfulness como una técnica para incrementar la conciencia y para responder más habilidosamente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a problemas del

comportamiento. Según Noel Anchorena (2009) y Fabrizio Didonna (2011) existen al menos cinco modelos terapéuticos que integran la práctica de mindfulness, algunas se basan directamente en ellas y otras más bien la incorporan como un elemento significativo dentro del trabajo terapéutico:

1. Reducción de estrés basada en mindfulness (MBSR) desarrollada por Jon Kabat-Zinn en 1990: es quizás el primer modelo que implica una aplicación clínica del mindfulness que ha demostrado ser efectiva en varios trastornos de ansiedad, especialmente trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social.

2. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollada por Hayes, Strosahl et. al.1999: coherente con los enfoques de mindfulness aunque no incluye explícitamente entrenamiento en mindfulness ni en meditación. Más bien los pacientes aprenden a reconocer un sí mismo observador capaz de ver sus propios pensamientos, emociones y sensaciones corporales y distinguirlos de los de las otras personas.

3. La Terapia Conductual Dialéctica (DBT) desarrollada por Linehan en 1993: incluye un importante componente de tratamiento basado en mindfulness y que ha demostrado ser muy efectivo en la reducción de comportamientos multi-impulsivos y suicidas en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

4. La integración entre psicología evolutiva y compasión en psicoterapia de Paul Gilbert (2005).

5. La Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) desarrollada por Segal, Williams y Teasdale en 2006: una integración de la terapia cognitiva y reducción del estrés basada en mindfulness, efectiva en la reducción significativa de la tasa de recaídas en caso de depresión severa.

Otras aplicaciones de mindfulness se han vinculado a su utilidad para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias (Davidson y cols, 2003), su aplicación en dolor crónico, trastornos de ansiedad y en psoriasis, entre otras (Kabat-Zinn, 1998). Para Grossman y cols. (2004), este procedimiento muestra utilidad en programas para el cáncer y trasplante de órganos. Otras investigaciones han descrito utilidades en el tratamiento para el trastorno borderline de personalidad (Wupperman, et. al. 2009), artritis reumatoidea (Berger, 2009), los pensamientos de rumiación en los pacientes con Depresión (Deyo et. al. 2009), para la pérdida de peso en mujeres (Tapper et. al. 2009), manejo del estrés en mujeres embarazadas (Beddoe et. al. 2009), para manejo del insomnio (Ong, 2009), para los síntomas del trastorno Obsesivo Compulsivo (Hanstede et. al. 2008), en pacientes con depresión resistente (Eisendrath et. al. 2008), para la prevención de las recaídas del alcohol (Zgierska, et. al. 2008), para la reducción de la conducta

agresiva (Heppner et. al. 2008), para el aumento de la excitación sexual en mujeres (Brotto et. al., 2008), entre otros.

IV.3 PSICOTERAPIA, MINDFULNESS Y HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS

IV.3.1 Investigación y cambio en Psicoterapia

En la actualidad, se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas en torno al sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de personas y grupos (Krause, 2005). Para llegar a esta “definición de consenso” acerca del trabajo psicoterapéutico se han desarrollado una infinidad de estudios acerca de las variables que influyen en éste.

Las investigaciones desarrolladas sobre psicoterapia, han ido evolucionando históricamente desde la publicación del controvertido artículo publicado por Hans Eysenck en 1952 (Krause, 2005; Jiménez, 1995). En él se postulaba que los índices de mejoría en la terapia eran inferiores a los de la no terapia, por lo que su aplicación no era recomendada. Desde esta publicación, las investigaciones se centraron en un intento, finalmente exitoso, por comprobar la efectividad de la psicoterapia por sobre la ausencia de ésta (Santibáñez, 2003). A partir de la década de los setenta, los investigadores focalizaron su objeto de estudio en las variables específicas de cada enfoque y su posible influencia en el cambio psicológico. A nivel de eficiencia y efectividad de tratamientos y técnicas, los datos proporcionados por estas investigaciones no presentaban grandes diferencias entre sí (Santibáñez, 2008).

Desde la década de los ochenta y hasta la actualidad, se fue haciendo paulatinamente un cambio de orientación en las investigaciones en psicoterapia. Este cambio de foco, estuvo orientado hacia el otro grupo de variables que influyen en el proceso terapéutico, a saber, las variables inespecíficas o factores comunes que podrían estar incidiendo en el cambio psicoterapéutico (Krause, 2005, Winkler, 1998). El estudio de las variables inespecíficas en psicoterapia ha permitido establecer aspectos comunes a cualquier procedimiento psicoterapéutico, independientemente de las técnicas utilizadas y de las teorías que las sustentan, lo que implica entonces el paso de un paradigma exclusivamente positivista, centrado en productos, y casi exclusivamente cuantitativo en la investigación, a un paradigma más integrador, procesual y con un mayor énfasis cualitativo.

"Al hablar de cambios inespecíficos estamos hablando de cambios generales tales como la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos" (Krause, 2005).

Al emerger como una dimensión tan compleja y poco definida del proceso psicoterapéutico, muchos han sido los esfuerzos por sistematizar algunos de estos aspectos inespecíficos que estarían incidiendo de manera central en la eficacia de la psicoterapia. En nuestro país, Macarena Santibáñez (2008) ha sintetizado los siguientes elementos:

- *La actitud:* Existe consenso en que la calidez y la comprensión son actitudes básicas para una terapia exitosa. Rogers en 1957 plantea como condiciones necesarias y suficientes para promover el cambio, la calidez, aceptación incondicional, autenticidad, congruencia y de forma principal la empatía. Al respecto, Santibáñez menciona que el éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante respecto de las actitudes del terapeuta y no por la intención o conducta real del terapeuta frente a su paciente.
- *Personalidad:* la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio, y que los psicoterapeutas que poseen una personalidad sana obtienen mejores resultados terapéuticos. El terapeuta debe poseer una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de auto conocimiento y tener satisfechas sus necesidades básicas (Strupp, 1978).
- *Nivel de experiencia:* A partir de la comparación de los resultados obtenidos por terapeutas profesionales y legos que no muestran ninguna diferencia en cuanto a efectividad terapéutica entre ellos, se ha llegado a determinar la existencia de factores inespecíficos de cambio a la base. Lo anterior, ha llevado también a concluir que la efectividad de algunos factores específicos tales como compromiso y comprensión es independiente de la formación y la experiencia profesional (Winkler y cols, 1993)
- *Bienestar emocional:* según Howard, Orlinsky, y Trattner (1970), los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente. Jiménez (2004) plantea que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, señalando que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento de su paciente, sino también inducir cambios negativos en él. En este

punto se puede incluir los niveles de estrés del terapeuta o desgaste emocional, denominado síndrome de burnout (Alvarez y cols., 1991).

- **Habilidades:** Ruiz (1998) entiende a las habilidades terapéuticas como distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la práctica clínica, que están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica. Distingue Ruiz (1998), además, requisitos previos necesarios para llevar a cabo esta práctica: (a) el interés genuino por las personas y su bienestar; (b) el conocimiento de uno mismo o auto-conocimiento; (c) el compromiso ético; y (d) las actitudes que favorecen la relación terapéutica, tales como calidez, cordialidad, autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional.

Según Brammer (1979), algunas de estas habilidades necesarias corresponden a la capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir. Siendo el nivel de involucramiento del paciente y su percepción de las habilidades facilitadoras del terapeuta cuestiones de gran incidencia en la obtención de logros y las creencias acerca del terapeuta de incidencia en el proceso y tiempo de término.

IV.3.2 Ámbitos de habilidad psicoterapéutica

En el contexto de las recién mencionadas habilidades del terapeuta, el meta análisis de Krause (2005, pg. 241), analiza la situación de las habilidades psicoterapéuticas desde la perspectiva de los consultantes, considerando La visión general del “acontecer terapéutico”.y las “estrategias específicas de intervención”.

En cuanto a lo *general*, “la terapia es considerada una situación en que se establece profundidad e intimidad a través de la habilidad y experticia del terapeuta” (Krause, 2005, pg. 241). Según Roth y Fonagy (1996), aunque también se requiere de la entrega de parte del consultante, es el terapeuta el que debe estar en condiciones de ofrecer ayuda a través de *habilidades generales* y acciones terapéuticas específicas. Siguiendo a estos autores y respecto de las estrategias específicas, los consultantes distinguen tres ámbitos en que los terapeutas se habilitarían para entregar ayuda: estos son el Interaccional, el Cognitivo y el Afectivo.

El Ámbito Interaccional: ligada a este último punto, una de las dimensiones inespecíficas relevantes que parecen asociarse al cambio en psicoterapia, corresponde a la denominada relación terapeuta cliente, actualmente llamada alianza terapéutica. Carl Rogers fue uno de los primeros en considerar la importancia de esta dimensión por sobre el rol del terapeuta – vale decir, la

importancia de los sentimientos y las actitudes propias del terapeuta puestos en relación por sobre los procedimientos y las técnicas impersonales que emplea el terapeuta- y se reconoció la relevancia de una participación cada vez más personal del psicoterapeuta en el vínculo interpersonal con el cliente.

Rogers (1985) también pasó a sostener que la acción transformadora de la relación terapéutica se manifiesta sólo en la medida en que las actitudes son una expresión genuina de la personalidad del psicoterapeuta y forman parte de su filosofía de vida. Sólo de ese modo el cliente puede percibir y experimentar un vínculo “emocionalmente significativo” y auténtico con el terapeuta.

Este ámbito incluye habilidades como la empatía y el establecimiento de un lazo afectivo con el otro, y redundan en el establecimiento de una relación de confianza. La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes para establecer una buena alianza terapéutica. La competencia interaccional es condición para la alianza terapéutica, considerada uno de los factores genéricos (o comunes, inespecíficos) más relevantes para el cambio según múltiples autores (citados por Krause 2005, pg. 242). Sin duda esto recuerda las características “ideales” del terapeuta propuestas por Rogers en 1957, las que han sido confirmadas por Horvath en el 2001.

Edward Bordin (1976) presenta una definición transteórica del concepto de alianza y sugiere que esta alianza sería una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y consultante. Aunque Bordin percibe la alianza como una relación integrada, plantea tres componentes constitutivos de ésta: vínculo, tareas y metas. Estos, en combinación, definen la calidad y fuerza de toda alianza. Estas dimensiones interactúan continuamente y mediante esta influencia recíproca, van determinando la calidad del vínculo.

Aunque con el tiempo han surgido diversas definiciones del concepto de Alianza Terapéutica, desde distintas líneas teóricas, al revisar la literatura, parece existir un consenso general con respecto a que, la alianza terapéutica recoge el elemento colaborador de la relación entre paciente - terapeuta y que toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato apropiado para la terapia. Tras diversas formulaciones teóricas, años de investigación en psicoterapia y aun cuando hoy no existe una definición única del concepto alianza terapéutica, hay autores que declaran que uno de los hallazgos más consistentes es que la calidad de ésta es el predictor más poderoso del éxito del tratamiento.

Es así como Romero y colaboradores (2000) han concluido que la variable más significativa que distingue a los terapeutas que obtienen buenos resultados de los que no, es la capacidad de formar una buena alianza terapéutica con los consultantes. Krause (2005), tras una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico, se concluyó que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y resultado del proceso de psicoterapia, e incluso, se señala que la calidad de la alianza es el mejor predictor del resultado en psicoterapia. "Para avalar esta afirmación Krause cita una serie de estudios en el que atribuye, por ejemplo, en un 15% la proporción de mejoría del paciente explicada por las técnicas empleadas, mientras que la proporción explicada por la relación terapéutica llegaba al 30%. Otros estudios encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variación del resultado final de la terapia.

Asay y Lambert (1999), sobre la base de resultados de procesos terapéuticos, dividen los factores comunes de cambio en cuatro áreas generales, a las que asignan porcentaje en función de su contribución a la mejora de las personas en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%), factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%). De esta manera, los autores parecen plantear un punto de equilibrio relativo en relación a la participación tanto del terapeuta como del paciente en el proceso de cambio. (Krause, 2005).

Gaston (1990) diferencia cuatro aspectos independientes de la alianza: la relación afectiva del paciente con el terapeuta, la alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia, la comprensión empática y el compromiso del terapeuta y el acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento. Talley, Strupp y Morey (1990), señalan que una alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso, tanto del consultante como del terapeuta: un terapeuta percibido como creíble y seguro; un consultante que percibe a su terapeuta comprometido en el proceso; una relación que se plantea como una colaboración entre iguales y un terapeuta empático y percibido como tal por el consultante.

El Ámbito Cognitivo: las significativas evidencias en torno a la alianza en psicoterapia, no deberían distraernos de otras importantes habilidades que el terapeuta debe desplegar para hacer un trabajo eficiente. Según Krause (2005, pg.243), los consultantes esperan de sus terapeutas que cumplan con la expectativa de experticia, esto es, que sean "capaces de ver cosas que un lego no puede ver".

Al respecto Lenz (1989) sostiene que los clientes buscan en sus terapeutas a un experto que les entregue impulsos y orientaciones para la resolución de problemas y que les ofrezca nuevas perspectivas y alternativas comportamentales, así como explicaciones plausibles acerca de sus problemas y síntomas.

Según Lenz (1989,p. 279) “ un terapeuta competente (...) enfrenta los problemas de su cliente con orientación clara y con seguridad, obtiene rápidamente una visión global, reconoce relaciones y trasfondos, y ya en las primeras sesiones entrega impulsos al pensamiento, informaciones e interpretaciones asertadas”.

El Ámbito Afectivo: en la investigación en psicoterapia se ha otorgado importancia a las emociones como una de las condiciones que lleva a una evaluación positiva del cambio percibido en psicoterapia. Por ejemplo, Karasu (1986) concluye que la habilidad del terapeuta para elicitar emociones es considerada por el consultante para evaluar su experticia, es decir, su legitimidad en el ejercicio del oficio.

Las emociones en la terapia dicen relación con el establecimiento de una relación de intimidad. En palabras de Wolf (1981,p. 219) “en relaciones de ayuda se debe establecer en brevísimo tiempo una relación muy privada (al menos para el cliente), en la cual se puedan expresar las dificultades más personales”.

Esto dice relación además con la confianza, la que es condición esencial para el establecimiento de una relación de terapéutica exitosa (Peshken y Johnson,1997). La expresión de emociones es también la expresión de dicha confianza y, por su parte, la habilidad del terapeuta para estimular la vivencia y expresión de emociones, también puede influir favorablemente en el establecimiento de la confianza. El hecho que esta confianza se conquiste al comienzo de la relación terapéutica, tiene consecuencias relevantes para el posterior desarrollo de ésta (Flick,1989).

Orlinsky y Horward (1986) afirman que la capacidad del terapeuta para fomentar lo afectivo es de importancia, tanto para la construcción de la relación terapéutica, como para los resultados terapéuticos. Asimismo, existen evidencias que apuntan a que esta dimensión establece el fundamento sobre el cual las intervenciones terapéuticas de carácter más cognitivo pueden actuar (Frank, 1985).

Así, y a modo de ejemplo, Jorge Barraca (2009) ha clasificado las habilidades psicoterapéuticas necesarias para trabajar desde el modelo cognitivo según el siguiente esquema:

- Habilidades básicas vinculadas a la relación terapéutica: Empatía, Aceptación, Autenticidad, Cordialidad, Respeto a la ética profesional.
- Habilidades de escucha: Clarificación, Paráfrasis, Reflejo, Síntesis.
- Habilidades de acción verbal: Preguntas, Confrontación, Interpretación, Análisis, Información.
- Conocimientos generales del modelo desde el que se trabaja: se incluye aquí todo tipo de información sobre las bases del modelo, su aplicación práctica, sus variantes.
- Competencia en técnicas conductuales y cognitivas concretas: por ejemplo, D. S., Exposición, Control de contingencias, Entrenamientos en habilidades sociales, Relajación, Reestructuración Cognitiva.
- Otras habilidades generales: Fluidez, Flexibilidad, Seguridad.

IV.3.3 Mindfulness y desarrollo de habilidades psicoterapéuticas

El mismo Barraca (2009) reconoce que en los llamados modelos conductuales de tercera generación, entre los que se encuentran algunos modelos que incorporan mindfulness, las habilidades psicoterapéuticas particulares han ido evolucionando y cita los ejemplos de las antes mencionadas “Terapia de Aceptación y Compromiso” (Hayes y otros, 1999) y de la “Terapia Conductual Dialéctica” (Linehan, 1993); en ellas, el terapeuta se caracteriza por desarrollar algunas de las siguientes habilidades:

- Capacidad para ofrecer explicaciones
- Capacidad para crear y utilizar metáforas
- Habilidad para proponer y guiar ejercicios experienciales
- Capacidad para proponer y servirse de paradojas
- Capacidad para usar el lenguaje de forma alternativa y desliteralizado
- Manejo de habilidades “dialécticas” de integración ‘tesis’ y ‘antítesis’, superación de los problemas de polaridad y cambio continuo.
- Saber trabajar en grupo con otros terapeutas.
- Manejo de otras técnicas: exposiciones, control de contingencias, terapia cognitiva, entrenamientos en habilidades de comunicación, de resolución de problemas, de asertividad, juego de roles.
- Conocimiento y soltura en el manejo de técnicas de meditación y atención plena para lograr la aceptación de sentimientos, emociones, desarrollar la tolerancia al malestar e intencionar la validación personal.

Ahora bien, un terapeuta mindfulness en la línea de John Kabat-Zinn (1990) debe ser un practicante de las habilidades que se pretende enseñar. Se entiende aquí que los problemas creados por la falta de aceptación de la experiencia, las actitudes críticas de juicio y las emociones negativas son comunes a todas las personas y no específicas de aquellos que buscan ayuda. Por tanto, para enseñar y utilizar mindfulness en terapia desde la perspectiva del modelo de Reducción de estrés basada en mindfulness (MBSR) desarrollada por Jon Kabat-Zinn es necesario que la persona se encuentre comprometida con una práctica que no puede ser entendida como un conjunto de técnicas (que se dominan con mayor o menor grado de pericia), sino que constituye un estilo de vida (Miró, 2006). Así pues, el aspirante a instructor en esta línea debe cultivar en su vida las habilidades de observar sin juzgar, desarrollar la llamada mente de principiante, mostrar compasión y aceptación de la experiencia tal y como es, esto es ecuanimidad.

Dentro de los beneficios del uso de mindfulness reportados por terapeutas que lo practican regularmente se han descrito los siguientes (Noel Anchorena, 2009):

- Cultiva cualidades humanas como la autenticidad y el calor humano
- Cultiva la empatía y la compasión
- Facilita el desarrollo de la capacidad de escuchar con un interés genuino por el paciente.
- Favorece la capacidad de mantener el foco en el presente, aun cuando el paciente no lo pueda hacer
- Permite que se pueda permanecer centrado, equilibrado y tranquilo aún en momentos en que el paciente tiene una alternación emocional intensa
- Permite mantener una actitud saludable hacia los resultados terapéuticos
- Ayuda a mantener la dirección y el foco en la terapia
- Aumenta las habilidades para observar las respuestas del paciente

Estos resultados coinciden con el trabajo de los investigadores australianos Cameron Aggs y Mathew Bambling (2009) quienes entrenaron durante 8 semanas a un grupo de 47 profesionales de la salud mental en un taller de mindfulness y los evaluaron con una serie de escalas en diferentes dimensiones y variables tales como “estrés y tensión”, “habilidades para el mindfulness”, “actitudes de mindfulness” y “relación terapéutica” y mindfulness.

Los resultados de su investigación mostraron incrementos en la capacidad de atención ligada al trabajo clínico así como un aumento en la capacidad de invocar intencionalmente estados de conciencia plena. El entrenamiento en mindfulness estuvo asociado además a un incremento en las puntuaciones de bienestar personal y se reforzaron actitudes terapéuticas orientadas hacia una mayor ecuanimidad y aceptación en el contexto del trabajo clínico, por sobre las habilidades directivas y tendientes al autocontrol. Los terapeutas desarrollaron además habilidades para relajarse durante el trabajo terapéutico y se mostraron

menos reactivos y menos enjuiciadores respecto de sus clientes (Aggs y Bambling, 2009).

Una implicancia fundamental de estos descubrimientos para investigaciones futuras señalan Aggs y Bambling (2009), está dada por conocer el rol del entrenamiento en mindfulness para el fomento de dimensiones inespecíficas del proceso terapéutico tales como la “Alianza Terapéutica” o las llamadas “Condiciones Facilitadoras del Cambio” tal como fueron introducidas por Carl Rogers en 1957.

V OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar el efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas en un grupo de psicoterapeutas que han participado de un entrenamiento en meditación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Describir y analizar el efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel interaccional.
- b. Describir y analizar el efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel cognitivo.
- c. Describir y analizar el efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel afectivo.

VI PREGUNTAS DIRECTRICES:

Habilidades psicoterapéuticas interaccionales: ¿Cuál es el efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel interaccional?

¿Perciben los terapeutas que esta práctica afecta sus niveles de empatía/confianza con los clientes?

¿De qué forma se ve afectada la relación/alianza terapeuta paciente a partir de la práctica meditativa?

Habilidades psicoterapéuticas cognitivas: ¿Cuál es el aporte de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel cognitivo?

¿Cómo los terapeutas perciben que se ven afectados sus niveles de atención y autoconciencia luego del entrenamiento?

¿Perciben cambios en sus habilidades para focalizar la experiencia?

¿Tiene la práctica de Mindfulness algún efecto en sus habilidades para reformular o reinterpretar la visión del proceso terapéutico y respecto de sus pacientes?

Habilidades psicoterapéuticas afectivas: ¿Cuál es el efecto de la práctica meditativa/Mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel afectivo?

¿Perciben los y las terapeutas algún cambio a nivel de su vivencia afectiva y de su expresión emocional a propósito del taller?

¿Perciben los terapeutas algún cambio en el clima emocional en las sesiones de terapia que han sostenido mientras realizaban el taller?

¿Notan algún cambio en el grado de intimidad de la relación?

¿Se ven afectadas las habilidades de contacto u otras habilidades que requieran un compromiso afectivo relevante?

VII MARCO METODOLOGICO

A. DISEÑO:

El presente es un estudio de tipo descriptivo y analítico relacional de carácter cualitativo. Se busca generar conocimiento en un ámbito hasta ahora muy poco conocido, por lo que se orienta al descubrimiento y permite que emerja información relevante y novedosa no contemplada previamente, basada en la “Teoría con Fundamento Empírico” (Grounded Theory, en lo sucesivo GT) creada por Glasser y Strauss (1967) y desarrollada por Strauss y Corbin en 1990.

Esta metodología resulta ser la más adecuada en la medida que interesa profundizar en la perspectiva subjetiva de las personas involucradas en esta experiencia de entrenamiento en mindfulness, con el fin de identificar qué les sucede, cómo les sucede, qué le ocurre al psicoterapeuta y cómo esto afecta su su práctica profesional.

Es un estudio longitudinal de corto plazo debido a que busca investigar cambios a través del tiempo en las dimensiones descritas en los objetivos y en las preguntas directrices; se realizaron evaluaciones pre y post entrenamiento para hacer inferencias respecto al proceso, sus determinantes y consecuencias.

B. PARTICIPANTES:

El grupo que recibió el entrenamiento en Mindfulness estuvo constituido por 7 psicólogos jóvenes que se ofrecen como voluntarios, 4 mujeres y tres hombres. Su experiencia clínica iba de entre los 6 meses y los 7 años. La mayoría de ellos cuenta con una formación de pregrado con énfasis en los enfoques humanista y analítico en distintas universidades de la región metropolitana. Al momento del estudio se desempeñan tanto en el ámbito privado como en el público atendiendo un mínimo de tres pacientes a la semana y un máximo de 30. Junto a las labores clínicas cuentan con experiencia en el ámbito de la docencia, el trabajo comunitario y la psicología organizacional. Se realizó un muestreo intencionado de los sujetos para el estudio considerando el NO haber recibido entrenamiento anterior en mindfulness y el compromiso de asistir a un taller de entrenamiento en Mindfulness por 10 semanas.

C. TECNICA DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información fue “recolectada” a través de entrevistas semiestructuradas, basadas en las preguntas directrices del estudio, y que se realizaron a cada uno de los participantes a no más de 5 días antes del taller y a no más de 5 días después del taller.

Estas entrevistas permitieron abordar los distintos aspectos y dimensiones relevantes del problema de investigación, y al mismo tiempo permitieron profundizar en la experiencia subjetiva de las personas entrevistadas. Este tipo de entrevista buscó facilitar el rapport con los entrevistados, de manera de proveer un espacio de confianza y así poder permitir al terapeuta conectarse con sus vivencias.

D. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS

Siguiendo las orientaciones de la Grounded Theory se trabajó la codificación de los datos según el proceso de separarlos, conceptualizarlos y articularlos de una forma nueva a través del método de la comparación constante siguiendo tres etapas:

a. Análisis Descriptivo: la codificación descriptiva o abierta, proceso donde se fragmentan los datos, se comparan las semejanzas y diferencias entre incidentes y se formulan preguntas. Se etiqueta, conceptualiza y categoriza los fenómenos, y los eventos similares son etiquetados y agrupados en categorías.

b. Análisis Relacional Axial: en un primer momento el análisis relacional consiste en el proceso de reorganizar los datos fragmentados durante la codificación abierta, estableciendo relaciones de las subcategorías con las categorías generadas previamente.

c. Análisis Relacional Selectivo: finalmente se propone una codificación selectiva de los datos la que corresponde a la integración del material interpretativo axial. En este proceso se define la core category o fenómeno central, buscando relacionarla sistemáticamente con las otras categorías.

El procedimiento general corresponde a un proceso circular en que se entabla un diálogo permanente entre el observador y lo observado, entre la inducción (datos) y la deducción (hipótesis) que se acompaña de una reflexión analítica entre lo que se capta del exterior y lo que se vuelve a buscar nuevamente en el campo.

E. TALLER DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS:

Se realizó un entrenamiento en mindfulness que consistió en un taller de 10 sesiones dirigido por una coordinadora de vasta experiencia. Cada sesión de tres horas de duración se estructuró de la siguiente manera: meditación sentada y a continuación una breve meditación caminando; luego se procedía a compartir con el grupo la experiencia de meditación realizada durante la semana, para finalmente discutir algunos textos teóricos sobre temáticas relativas a la filosofía y a la práctica de mindfulness.

Meditación sentado/a

Para trabajar la meditación sentada se consideró prestar atención tanto a la actitud corporal como a la actitud mental. La actitud corporal incluyó siete aspectos relevantes: 1) sentarse, preferentemente en un cojín adecuado con las piernas cruzadas manteniendo la espalda erguida 2) las manos colocadas a la par, a la misma altura descansando en los muslos detrás de las rodillas 3) espina dorsal recta para mantener desbloqueadas las vías por las que fluye la energía corporal y si la energía fluye con normalidad, se facilita que la mente se relaje de forma natural y entre en un estado de calma; 4) los hombros no deben hundirse hacia el pecho, sino que es mejor que empujen hacia atrás un poco; 5) no debe sobresalir la barbilla hacia fuera, sino que conviene inclinarla ligeramente hacia dentro; se mantiene el rostro relajado; 6) se recomienda que la lengua toque el paladar para impedir la excesiva producción de saliva; 7) los ojos pueden estar cerrados o ligeramente abiertos dejando reposar la mirada aproximadamente entre uno y dos metros de distancia.

Meditación caminando

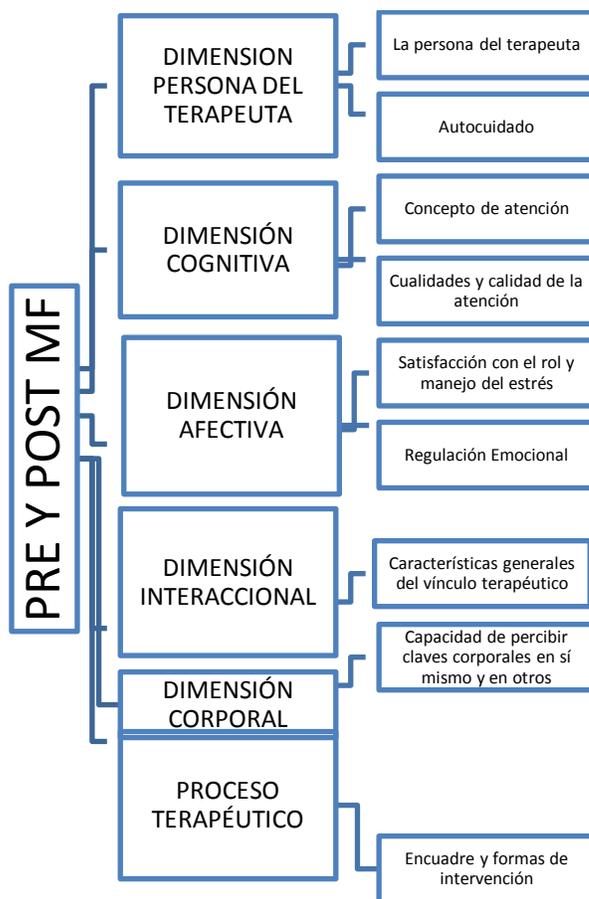
Se trata de ser conscientes del caminar a medida que se camina. En la meditación formal, por lo general, se practica con lentitud llevando la atención a las sensaciones corporales, la sensación del pie al posarse sobre el suelo, al doblar la rodilla, al mantener el equilibrio, etc. De nuevo, si durante la práctica, la atención se distrae, se vuelve a llevar a la práctica.

VIII ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de la propuesta metodológica de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 1990), se presentan a continuación los resultados de la investigación en tres etapas:

- A. Análisis descriptivo o abierto.
- B. Análisis relacional axial.
- C. Análisis relacional selectivo.

VIII.1 ANALISIS DESCRIPTIVO



Tal como se presenta en el esquema, el presente capítulo, presenta los resultados preliminares de la investigación como categorías abiertas distinguiendo dos momentos fundamentales: antes del entrenamiento en Mindfulness y después del entrenamiento en Mindfulness³. Cada momento resultó dividido en 5 categorías

³ En algunas ocasiones se utilizará la abreviatura MF para designar Mindfulness.

las que a su vez se segmentan en subcategorías de análisis tal como se puede ver en el esquema anterior.

1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS PRE ENTRENAMIENTO

A partir de este esquema se revisan las habilidades que los terapeutas perciben en sí mismos antes del entrenamiento en mindfulness:

1.1 LA DIMENSIÓN PERSONA DEL TERAPEUTA

1.1.1 La persona del terapeuta

Se perfilan aquí algunas de las características generales y subjetivas respecto del ser terapeuta para este grupo de entrevistados. Entre algunos de ellos parece circular la **representación**, no exenta de frustraciones por cierto, del **terapeuta como un salvador**,:

“siempre lo que ha marcado mi carrera como psicoterapeuta es la duda, la incertidumbre ¿si soy capaz de ayudar a otros? ... no he logrado llegar al lugar donde me sienta el súper terapeuta” (I.A, 50)⁴(...) “obviamente te conecta con las veinte mil y un frustraciones, porque tú quieres rescatar el mundo” (II.A, 114).

Por otra parte, ser terapeuta va estrechamente ligado a su vida personal y marca algo así como un **estilo de vida**:

“para mi la psicología es un estilo de vida; aparte de ser mi trabajo va súper ligado, o sea, por eso yo trato de ser lo más consecuente posible” (IV.A, 95) (...) “sin darte cuenta y te empiezas a juntar con puros psicólogos entonces todos hablan igual y es como raro eso...yo siento que influye mucho en mi vida” (III.A, 87).

Una de las características de este estilo de vida tiene que ver con un **cuestionamiento personal permanente**:

“como de pensarse más en todos los sentidos, como “ah, es que a lo mejor esto me pasó por esto”... a lo mejor esto es un proceso de descubrir que no todo va a resultar al tiro” (III.A, 89).

Parte de este cuestionamiento es estimulado según los entrevistados por la **identificación con los conflictos de los pacientes**:

“prácticamente todos los pacientes que estoy viendo ahora... tienen algún conflicto que yo también tengo o he tenido, y por tanto me interpelan mucho... a veces hacerle terapia a alguien me obliga a mirar ese aspecto en mí también” (I.A, 90).

⁴ La nomenclatura (I.A, 50) significa: entrevista a la persona número 1 (I), pre entrenamiento (A) y el párrafo de la viñeta es el número 50.

La experiencia terapéutica es entendida entonces como una instancia de **aprendizaje mutuo**. Algunos de los entrevistados lo han interpretado como que *“te envían a los pacientes con dedicatoria”* (VII.A, 201) ya que muchas veces te hacen mirar tus propias problemáticas desde otra perspectiva:

“yo creo que ningún paciente te llega por casualidad... yo lo describo como una relación como de mutuos aportes, de mutuos aprendizajes” (VI.A, 90) (...) *“yo voy resolviendo cosas personales en la medida que voy ayudándole al otro a resolver cosas, porque la sabiduría de las personas es súper grande y tú te das cuenta, chuta no lo había visto de esa manera”* (IV.A, 95).

Varios de los entrevistados parecen sostener esta creencia en asideros teóricos cercanos al **enfoque humanista**:

“quizás porque trabajo con un enfoque humanista, el hecho de no creer que tienes el poder... es una de las mejores experiencias, porque yo he aprendido mucho, aprendo con cada uno de mis pacientes” (IV.A, 44) (...) *“me hace mucho sentido esto que dice Jung de que tienen que transformarse ambas personas... en este espacio transformativo los dos elementos se transforman y no sólo uno”* (VII.A, 201).

Esta experiencia de aprendizaje mutuo es descrita por algunos como un espacio de **desarrollo personal**:

“si yo estoy ayudando a un paciente a comunicarse mejor es porque yo creo que esa manera de comunicarse es válida para mí y eso lo aplico también” (I.A, 90).

En extremo esta vivencia puede ser expresada como un acto de **auto sanación** que aportaría a la calidad de las intervenciones psicoterapéuticas:

“Para mí la terapia ha sido una sanación... las veces que me han tocado pacientes que tienen historias similares a mi vida yo pensé que me iba a bloquear y al contrario creo que he hecho las mejores intervenciones en ese caso”(II.A, 186).

1.1.2 Autocuidado dentro y fuera del espacio terapéutico

Junto a este sentimiento de aprendizaje mutuo, algunos terapeutas reconocen un cierto **desgaste** asociado entre otros aspectos a la atención masiva de pacientes:

“cuando veo hartos pacientes seguidos, no sé po, de 10 a 1 de la tarde, yo quedo cansada... como agotada” (III.A, 81)...*“una jornada, en la noche llego más cansada.”*(II.A, 88).

Para afrontar este desgaste los terapeutas **regulan la cantidad de pacientes** que atienden y la cantidad de horas que dedican al trabajo:

“tengo como regla... no atender más de cierta cantidad de pacientes... estoy atendiendo seis y no me gustaría pasar los diez a la semana por ahora”. (I.A, 48)(...) “no trabajo las 44 horas que la gente normal trabaja... tengo mucho tiempo para descansar, duermo 8, 10 horas. Y bien, eso es lo mejor” (V.A, 41).

A nivel relacional, las prácticas de autocuidado consideran especialmente el buscar **apoyo en las redes familiares y las amistades**:

“ellos siempre han sido un rol como de harto apoyo y un factor protector de mi salud en general, tengo muy buena comunicación con mis padres... y muchos amigos, harta red social” (IV.A, 12).

Conversar con amigos aparece como una estrategia privilegiada:

”lo único que hoy día estoy haciendo es como hablar, he encontrado que como que en el espacio de hablar con otros, como compartirlo, ha sido como súper aliviador, esto con amigos porque hoy día ni siquiera estoy como en proceso terapéutico” (VI.A, 36).

A propósito de esta cita, en otros casos el espacio de **terapia personal** ha formado parte activa del autocuidado de los terapeutas:

“hice un período largo de terapia y yo creo que eso también como que me aportó “(VI.A, 116) (...) “en el último año de psicología entendí que para hacer terapia yo debiera haber pasado por ahí y me hice un año de psicoanálisis” (II.A, 189).

Otros consideran **retomar o iniciar un proceso de psicoterapia**:

“he pensado como en retomar el espacio de terapia... de pronto bajo otra línea...yo no estoy tranquila...se me abrieron muchas preguntas” (VI.B, 59) (...) “también siento que me falta terapia personal” (VII.A, 60).

La **supervisión clínica** y el compartir casos clínicos con colegas es un espacio valorado por los entrevistados:

”El viernes me pasó que una paciente me dejó como angustiada porque la vi mal. Y fue como esa sensación de que no sé cómo ayudarla, y me sirve harto conversarlo; me estoy supervisando y con mis compañeras de consulta en general lo conversamos harto” (III.A, 32).

La **supervisión** parece entregar herramientas básicas para el autocuidado:

“mi supervisora como que te dice no pero mira, si quedai muy angustiada con el paciente preocúpate de atenderlo a él de los últimos

y no de los primeros... en esas cosas trato como de cuidarme” (III.A, 32).

En otros casos **se resiente la ausencia de supervisión:**

“quizás voy a pecar de soberbia pero no he encontrado a alguien que me haga clic para que me supervise... me siento en falta”(II.A, 191).

En este mismo sentido otras de las estrategias de autocuidado que han sido útiles para los terapeutas es darse ciertas licencias que antes no se permitían como el **permitirse fallar** o faltar al trabajo cuando se necesita:

“ese es el trabajo que estoy haciendo hoy terapéuticamente... estoy trabajando eso del espacio, de permitirme, porque no me permitía fallar, no me permitía estar enferma, no me permitía nada” (II.A, 195).

La conexión con **los estados emocionales propios** actúa como una forma de descompresión y como soporte para el autocuidado:

“cuando logro conectarme con mi pena o emoción, y lloro... ahí yo lo vivo ya como un proceso de limpieza, por lo que es mi pega, de escuchar a gente con sus problemas” (V.A, 45).

Finalmente los terapeutas describen estrategias de autocuidado que podemos catalogar como **poco eficaces**. Por ejemplo ver **televisión o escuchar música** no han sido útiles:

“Comienzo a ver tele, pero me comienzo como a inquietar...escucho música. Me pongo los audífonos y me aísló del mundo... y ahí bajo un poco más las revoluciones y todo el cuento... pero de ahí he intentado... mantener mi mente en calma, pero no lo he logrado” (II.A, 50).

Las **actividades recreativas** aparecen en el plan como una medida deseable de autocuidado pero hay dificultades para concretarlas:

”Me siento como más flojo, con menos actividad. Eso me falta, no me doy el tiempo para hacer actividad física (V.A, 7) (...) “no lo he manejado todo lo que yo quisiera... estoy bailando una vez a la semana, tratando de salir fuera de Santiago lo más que puedo” (IV.A, 24).

Cuando las actividades recreativas se concretan emergen como una **medida paliativa más que preventiva:**

“tengo un día malo y es como obvio que voy a aeróbica” (III.A, 28).

Y la falta de actividad física o recreativa afectaría el desempeño terapéutico según los entrevistados:

“yo creo que influye mucho en lo emocional, me he sentido mucho más como pensando en temas que no corresponden o no logrando por ejemplo separarme de la historia de mis pacientes. Salgo de sesión y me da vuelta todavía el problema y trato de buscarle alguna solución más inmediata, es pura rumiación porque no voy a llegar en ese momento a ninguna meta, ningún objetivo” (V.A, 7).

1.2 LA DIMENSIÓN COGNITIVA EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

En la búsqueda de habilidades que los profesionales despliegan en este ámbito, previas al entrenamiento en mindfulness se exploraron esencialmente sus percepciones respecto del fenómeno de la atención, algunas de sus cualidades, así como los factores que la dificultan y la facilitan. Los análisis en este segmento remiten especialmente al espacio terapéutico aunque por momentos incluyen alusiones a la vida cotidiana.

1.2.1 Concepto de atención

La atención es entendida en general como un **estado de alerta** del terapeuta en el contexto de la relación; en él se apela al uso del oído y la vista, y va más allá del discurso del paciente, considerando acciones y corporalidad:

“tiene que ver un poco con el alerta, con el estar como bien despierto, y con orejas de conejo y con los ojos bien abiertos a lo que está sucediendo y un poco aparte del discurso hablado del paciente, de toda su corporalidad también...y de lo que se va generando un poco en esta relación” (IV.A, 72).

El valor atribuido a la atención en el proceso terapéutico para algunos parece restringirse a ciertas **dificultades que pudieran surgir en la decodificación** de la comunicación a modo de malas interpretaciones del contenido de lo dicho:

“uno le puede entender mal al paciente algo que ha dicho... o de repente no tomaste algo que dijo que era re importante y de repente lo escuchaste pero no le diste la importancia, lo dejaste pasar” (III.A, 75).

Para otros la atención destaca como un elemento clave en la relación terapéutica y para el proceso de sanación pero que se ha **subvalorado**:

“que tu terapeuta ande cazando palomas o que esté pendiente de otra cosa no debe resultar muy agradable, yo creo que es súper importante el tema de estar atento a lo que al otro le pasa... creo que es clave para la relación terapéutica” (IV.A, 78) (...) “creo que la atención es una conciencia de estar presente con el paciente y es fundamental para el proceso de sanación...es tremendamente potente y desconocido y menospreciado también” (VII.A, 163).

1.2.2 Cualidades y calidad de la atención

En las entrevistas pre entrenamiento, algunos de los terapeutas perciben en sí mismos una **baja capacidad de atención en la vida cotidiana** pero no tienen la misma opinión respecto de su desempeño en consulta, les cuesta reconocerlo como se verá en el apartado siguiente, y entienden que su atención varía sin una razón aparente. Esto no tendría que ver con la importancia atribuida al contenido de lo que el paciente está relatando:

“que me quedo pegada, de repente me están hablando y de repente me dicen baja, aterriza...pero me río, siempre me río, digo ya me está molestando esto y me comienzo a reír y se me olvida rápidamente” (II.A, 64)(...)”hay veces que estoy súper alerta, súper concentrada y súper incluso conectada con la persona, y hay veces que se me va, y de hecho cuando se me va, es loco, me he descubierto pensando así como después tengo que ir a tal lugar, hacer tal cosa...ahí me lo cuestiono después, ¿por qué me fui?... me ha pasado en las dos situaciones, en situaciones que me están contando algo muy importante y situaciones en que no es tan importante” (III.A, 54).

Así mismo, algunos pacientes son percibidos por los terapeutas no sólo como desatentos sino que como desconectados y surge entonces el rótulo de **déficit atencional** para ellos:

”no es tan sólo como un desatento...sino que desconectados con la emoción, con el cuerpo, con las cogniciones y desconectados también con otros. Es heavy, muy, muy heavy. Y bueno, y algunos con antecedentes de déficit atencional” (VII.A, 155).

El exceso de **planificación, el pensamiento estratégico o el centrarse en reflexiones teóricas** frente al impasse terapéutico o la incertidumbre aparece como un aspecto que dificulta la atención de los terapeutas y los aleja de la experiencia presente y del contacto:

“cuando no sé qué voy a hacer ahora y ahí me pongo más calculador, me salgo un poco y empiezo a ver bueno, tengo tres opciones, cuatro, qué hago ahora y ahí ya no estoy totalmente atento sino que estoy pensando en las estrategias a seguir, desde mi incertidumbre digamos” (I.A, 80) (...) “parte de mi defensa era como focalizarme mucho en la teoría y cuestiones como súper desde la cognición y la verdad, es que los últimos dos años he ido haciendo un proceso, descubriendo más cosas que me han tocado en el fondo, por eso me han hecho como sentido”(VI.A, 120).

Por otra parte hay cierta evidencia de que **los estados emocionales intensos** como la rabia o los temores se transforman en obstáculos para estar presente:

“tiene que ver como con este punto en el cual te toca, te toca a ti cachai, te sientes como identificada con ciertas cosas o te genera como rabia, hay situaciones que me generan como harta rabia, sobre todo con los niños,

como un poco incómodo y como que ahí claro, uno pierde la conexión con el sujeto, porque ahí ya te vai” (VI.A, 110).

Otro terapeuta grafica muy bien este alejamiento del contacto a partir de sus temores, en este caso aparece lo que podríamos llamar el **supervisor interno**:

“creo que en la sesión me pasan varios momentos. En una hora, más o menos no sé po, unas 5 veces, 6 veces o 7 veces puede ser que me distraiga... entonces yo empiezo a armar en ese minuto el discurso para poder supervisar el caso... me centro más en eso que en el presente, que en lo que está pasando” (VII.A, 171-176).

Tal como en el ejemplo anterior las emociones ligadas a las creencias más las **expectativas a futuro, las preocupaciones laborales, los asuntos pendientes, el estrés y la rumiación cognitiva** asociado a ellas son reconocidas por los terapeutas como factores que los alejan del foco de atención en sesión:

“no está tan ligado a lo emocional, o sea, a que yo esté mal y que sé yo, menos atenta. Tal vez sí ligado al estrés” (III.A, 65) (...) “tiene que ver principalmente con preocupaciones de tipo laboral... me acuerdo que tengo que hacer algo, que no hice algo, que tengo que llamar a alguien” (IV.A, 82) (...) “sobretudo cuando empiezo a darle vueltas a lo de la pega. Ese es como mi foco de ansiedad actualmente es como un constante en verdad, como la rumia media obsesiva” (III.A, 10-12).

El **cansancio y la fatiga ligada a la inquietud mental, a las reacciones emocionales intensas** y las dificultades para dormir que esto produce afectarían los niveles de atención de los entrevistados:

“el tema del cansancio, o sea créeme que de repente estoy en plena sesión con un paciente y me acuerdo que no hice un informe pa mañana, y me desconecté tres segundos y ya vuelvo a enganchar con el paciente y no tengo idea qué me dijo” (IV.A, 76) (...) “estoy cansada, por eso digo que todo este proceso emocional interno ha tenido sus efectos en el cuerpo. Estoy con hartas dificultades para dormir, bueno a veces cuando paso por momentos así como más críticos siempre me sucede. Y la inquietud mental tiene que ver con mi cabeza que no para” (VI.A, 16) (...) “por ejemplo hoy día me pasó... y yo creo que tiene que ver como con el cansancio, porque fue tan intensamente rabiosa la sesión y yo creo que hubo un punto en que me desconecté como para descansar” (VI.A, 128).

Finalmente se alude a la **falta de experiencia terapéutica y al estilo de vida** como dos factores que pueden influir en la merma de la habilidad para estar atento en psicoterapia:

“cuando empecé a hacer terapia, yo me distraía mucho, me ponía pensar en que iba a hacer en la tarde, en otras cosas, mientras me hablaban, y me daba mucha culpa, porque me costaba hilar la conversación” (V.A, 69)(...) “dejar de hacer deporte, dejar de hacer yoga, volver a fumar, en el

estancarme en algunos procesos de vida propiamente tales, en encontrar obstáculos en el camino de la vida y de repente quedarme pegado en ese obstáculo”(VII.A, 147).

Dentro de lo que podríamos denominar facilitadores para la atención, el construir un **foco en común** e irlo chequeando permanentemente con el paciente emerge como un punto significativo:

“Vemos en conjunto los tópicos a tratar durante la sesión... y hacemos recuentos de los temas avanzados, en que hemos avanzado, que te ha servido, cómo te has sentido, que has aprendido y que has aportado a este espacio”(II.A, 164).

Así mismo el **mantener “controlado” el crítico interno y pensar en alternativas** de afrontamiento frente a un impasse terapéutico facilita el mantenerse enfocado y atento:

“antes por cuestionarme tanto me dispersaba, todo me lo preguntaba ... el crítico y yo éramos uno solo ... mi crítico me hizo pésimas jugadas durante toda la vida pero ahora lo mando a mejor parte, de repente me acecha pero cada vez menos, el crítico me desenfocaba, me hacía perder el norte ... me hacía perder el norte conmigo, más que con los pacientes”(II.A, 171)(...)“ayudar a pensar, ayudar a buscar otro camino, otros puntos de vista de repente, o a ver como ellos mismos se entranpan y creen cosas raras y que uno pregunte ¿pero cómo es esto? y que ahí lo repiengan”(III.A, 48).

Otra estrategia utilizada por los terapeutas para mantenerse atentos consiste en ampliar la noción de atención al uso de **los 5 sentidos**:

“en terapia tienes conexiones en que dejas de sentir el cuerpo ... es difícil explicarlo en palabras pero es como ... casi como telepatía ... bordea algo así, de repente estamos y se siente una energía, un calor en el ambiente espectacular ... difícil de sostener, especialmente para el paciente que está más vulnerable, más dañado ... de repente estoy con música, aromaterapia, y me gusta que estén conectados con sus 5 sentidos ... los hago trabajar con sus 5 sentidos para llegar a su propia identidad y a sus propios conceptos, eso hace mucho más fluido el asunto”(II.A, 176).

Finalmente, y en un punto que resulta relevante para el presente estudio se señala **el entrenamiento sistemático** facilita los procesos ligados a la atención, y por el contrario cuando se deja el entrenamiento sistemático la atención se hace más laxa; en este caso se pone a la técnica del “focusing” como ejemplo:

“después de mi entrenamiento en focusing, yo sentí que mi capacidad de atención había aumentado y en los últimos 2 años, después me di cuenta de eso, descendió lentamente. No siento que haya llegado al mismo estado anterior del entrenamiento, pero sí que había bajado bastante”(VII.A, 144)...

“ya, la habilidad ya está lista, se va a quedar pero es como un músculo que si no lo vai ejercitando se va perdiendo su tonicidad”. (VII.A, 150)

Siempre considerando los facilitadores, los entrevistados entregan algunas pistas entre las cuales destaca el lugar del **terapeuta como un modelo de atención** o de presencia, lo que aporta además a la calidad del vínculo y donde comienzan a surgir ciertas relaciones con el valor de la meditación para la psicoterapia:

“mi atención genera no sólo un buen vínculo, sino que también sirve de modelo para la atención del paciente, entonces yo me fijo que cuanto más atento estoy yo, tanto más concentrado veo al paciente también, entonces es como un juego dialéctico bien curioso, que se da a niveles implícitos, es como invitarlo a que él me vea atento a mí y lo invita a estar atento a lo que a él le pasa” (I.A, 78)(...) “yo cuando estoy haciendo terapia... estoy sintiendo la palma de mi mano, o estoy sintiendo mis pies, sintiendo mi respiración...o sea, es una meditación, creo, no estoy seguro, pero sí. Y tengo la hipótesis de que en la medida de que yo lo hago... no me preguntís qué es, pero empieza a ocurrir algo similar en la persona” (VII.A, 165).

En un plano más concreto los terapeutas describen algunas **acciones pre sesión** o entre sesiones para mantenerse centrados y estar dispuestos especialmente para esa persona en particular. En general las estrategias apelan a **abrirse un espacio** para respirar o para preparar el lugar, para ordenar y para ordenarse internamente:

“antes de que llegue cada paciente yo me tomo unos minutos para centrarme”(I.A, 74) (...) “siempre hay unos minutos previos que son como de disponerse a ... trato de organizar mi tiempo previo para no llegar corriendo” (VI.A, 180) (...) “no quisiera atender más de diez pacientes a la semana, porque necesito espacio entre pacientes, muchas veces no cito pacientes uno tras otro, entonces necesito estar dispuesto.” (I.A, 76)

Cuando la atención se pierde en el transcurso de las sesiones, el proceso de **toma de conciencia** y el **explicitar la desatención** emergen como estrategias utilizadas para volver a estar ahí presente para el otro; algunos apelan al **diálogo consciente con el terapeuta interno**:

“vuelvo cuando tomo conciencia de que estoy pensando en otra cosa, es como chuta! y ahí como que vuelvo y trato de escuchar... la última sesión me pasó con una paciente y que le dije sabes, no sé si te escuché, si me fui yo y no te escuché, pero me interesa dejar claro esto”(III.A, 58-60) (...) “yo siempre lo he planteado así como el hecho de sacar una camarita que me enfoque a mi misma cosa de también ir registrando y darme cuenta inmediatamente si lo que siento es porque chuta, estoy enganchada del problema que tuve en la mañana o efectivamente tiene que ver con lo que el paciente me está contando” (IV.A, 74) “aparece mi terapeuta interno y me dice hueón(sic), eso no es tan importante ahora, ¿sirve pa ayudar al

paciente? ... ahora tenía que estar aquí, con la persona ... ya, respiración, uno, dos, siento mi mano, siento mi pie, ah ya, en qué estoy ahora, ya...continúo. Y es como un ciclo, se vuelve a repetir, y se vuelve a repetir luego” (VII.A, 177-179).

Algunos declaran haber recurrido con éxito al uso de **técnicas activas** como el focusing, técnicas respiratorias o a la hipnosis para favorecer la atención de sus pacientes:

“utilizo el focusing, pero de una forma más suave... más cotidiano ... yo trato de hacer todo muy cotidiano” (II.A, 172)(...)“en adicciones resultó fundamental el trabajo con la atención, o sea con los pacientes hacíamos trabajos de respiración y los niveles de ansiedad que ahí son altísimos, bajaban mucho, pero mucho”. (VII.A, 163)(...) “yo siento que la atención mía es gracias al entrenamiento en focusing” (VII.A, 165).

1.3 LA DIMENSIÓN AFECTIVA EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

En este tercer apartado del primer capítulo se describen aspectos de manejo terapéutico ligados a la dimensión afectiva mencionados por los terapeutas entrevistados antes de recibir el entrenamiento en MF. Se considera inicialmente el grado de satisfacción con el rol y el manejo que hacen los terapeutas de los estresores asociados al ejercicio profesional. A continuación se sintetizan ciertas acciones que los terapeutas despliegan para el manejo del clima afectivo en sesión. En un tercer punto se sistematizan diversos aspectos que dicen relación con la regulación de las emociones por parte de los terapeutas dentro del espacio terapéutico.

1.3.1 Satisfacción con el rol y manejo del estrés

Los entrevistados difieren en sus percepciones respecto de la **satisfacción con el rol**. Un número significativo de ellos declaran sentirse abiertamente satisfechos con su labor por estar haciendo lo que se quiere y por el reconocimiento de sus clientes:

“yo me siento súper privilegiada como psicóloga, porque yo partí haciendo mi práctica en clínica y de ahí no me separé nunca más de la clínica, y yo creo que he sido afortunada por eso, siempre me he desempeñado en lo que he querido” (IV.A, 30)(...)“me siento bastante bien, por lo menos siendo terapeuta, y sobre todo, por el feedback que me devuelve un poco la gente”(IV.A, 42)(...)“me siento bastante satisfecha de lo que he logrado hacer hasta ahora, eh sí, yo creo que tiene mucho que ver con que me gusta lo que hago, me siento súper como completa cuando estoy haciendo terapia, es increíble” (IV.A, 99) (...) “igual ha habido momentos de cómo ene satisfacción así como de alegría, así como de contento, es que hoy día me siento como que igual hay algo como en lo cual pude contribuir” (VI.A, 174).

Algunos de los entrevistados reconocen sin embargo sentimientos de **desconfianza e inseguridad** respecto de su rol profesional mientras otros reconocen una satisfacción moderada.

“todavía no me siento cien por ciento confiado en mi papel de psicólogo... a ratos me entran inseguridades, ciertas desconfianzas conmigo mismo, me pregunto si lo estaré haciendo bien y ahí ya no estoy tan conforme digamos” (I.A, 44) (...) “tiene que ver con cómo estai durante el día... siempre antes de atender a una persona por primera vez me pregunto ¿seré yo la persona apropiada para acompañarla en este proceso? Esa pregunta va un poco desapareciendo en la medida que las sesiones se van desarrollando, porque aparte esa es una elección de la otra persona” (VII.A, 203)(...) “tengo una sensación de que no sé a qué voy a llegar cachai, pero en el fondo, yo creo que por eso es la angustia, porque es como que si tú me preguntas hoy día no me siento plenamente satisfecha con todo lo que estoy haciendo porque igual estoy en un proceso de transición” (VI.A, 6).

Uno de los factores que en algunos casos juega en contra de la satisfacción laboral tiene que ver con el **estrés laboral**; en algunos casos los niveles de estrés han sido bastante altos:

“Hace tres meses me encontraron síndrome de burnout... y fui derivada a un tratamiento médico” (II.A, 3) ... “me afecta en el tema del sueño, me altera también de repente mis estados de ánimo ... insomnio” (II.A, 8)(...) “creo que hace años no me sentía tan estresada ... también siento que mi ánimo ha bajado un poco este último tiempo” (IV.A, 28).

En otros casos el estrés está asociado al hecho de ser un **trabajador independiente**, asunto muy propio del ejercicio privado de la profesión:

“cuando uno es independiente no recibe un sueldo a fin de mes. Entonces eso es como... un estrés que a mí me costó, porque siempre está conmigo, es decir, el semana a semana tener que estar sustentando y pagando cuentas y que no descansa, que si no trabajas no hay ingresos, y si te enfermas es un lujo porque no hay ingresos” (II.A, 70).

El estrés asociado a las **labores propias de la profesión** también es un estresor para algunos:

“la pega, eso me tensa, por el tema de la responsabilidad, el tener que cumplirle a otro me tensa, pero como te digo, lo planifico, lo organizo y ya me baja la ansiedad y las tensiones” (V.A, 35) (...) “trato en la medida de lo posible de que sea bueno pero estoy expuesta sí a mucho estrés. Y yo creo que siempre eso es como un factor que está amenazando mi bienestar pero a diario, sobretodo aquí en esta ciudad y en el trabajo que tengo” (III.A, 8).

Finalmente, algunos de los entrevistados reconocen entre los factores estresantes una **alta preocupación por el mañana**, caracterizada por una suerte de expectación ansiosa respecto del futuro profesional y económico, y que se expresa en una tendencia a estar permanentemente en el hacer:

“suelo ser más o menos ansioso porque estoy muy adelante, o sea estoy pensando en lo que voy a hacer mañana, como que me tengo que armar solo, entonces hay que ir planificando mucho, paso mucho tiempo planificando cosas que tengo que hacer y eso me genera harta ansiedad” (I.A, 16) (...) “tiene que ver un poco con mi situación económica porque estoy bien pero no es todavía lo que yo espero lograr” (VII.A, 24).

1.3.2 Regulación emocional en terapia

Una habilidad fundamental en el “espectro” de lo afectivo y que probablemente funciona como soporte o como tierra fértil para el despliegue de otras habilidades más específicas y para sostener dimensiones tan importantes como la alianza terapéutica es la generación de un clima afectivo particular en sesión. Al respecto los terapeutas muestran una intencionalidad por generar un clima caracterizado por la **tranquilidad, la cercanía** y sentido del humor, que inviten al cliente a la **auto observación**.

“un clima más bien de tranquilidad, dónde yo favorezco harto el mirarse del paciente... favorezco un clima de auto-observación permanente” (I.A, 67) (...) “en general, un clima cálido, relajado, de repente si sale algo gracioso en la sesión, tiro una talla, si mi paciente se le sale un garabato y me dice perdona, yo me río no más. Trato que crear un clima como cálido, relajado, que no se sientan que están con alguien muy distante (III.A, 50).

Algunos terapeutas caracterizan el clima que se da en la sesión como **variable**, pasando de lo racional a lo emocional o de la armonía a la tensión con bastante fluidez, mientras otros lo definen como un encuentro de alta intensidad emotiva que estimula la expresión y la “descarga” emocional de las distintas emociones como por ejemplo la rabia:

“con algunos es muy racional, muy práctico, más en la psicoeducación; pero con otras personas es totalmente conectado con lo emocional, son pocas palabras las que se dicen pero lo corporal y lo gestual es lo importante” (V.A, 61) (...) “en general con mis pacientes yo estoy allí con los cinco sentidos, conectado, tratando de sentir lo corporal, lo emocional” (V.A, 63)(...) “en general es como armonioso pero igual obviamente siempre hay momentos de tensión, de mucha tensión” (VI.A, 94) (...) “cada emoción que hay ahí se vive a concho, si es pena es a concho, si es rabia saquémosla ...y con mucha calidez y amor”(II.A, 156)(...) “intenso, en cualquier lado, porque de repente igual los que se conectan con la rabia yo hago que se lo permitan y desde ahí yo no me espanto” (IV.A, 68).

Varios terapeutas reconocen un cierto grado de **ansiedad previo a la sesión** el que va desapareciendo a medida que el proceso avanza:

“cuando llega el paciente estoy ansioso los primeros cinco minutos hasta que logro ya estar presente y ahí ya estoy tranquilo, atento” (I.A, 92).

Cuando la **ansiedad arremete durante la sesión**, amenazando con interferir en el proceso, una entrevistada plantea guardar sus preocupaciones para después en

una solución simbólica o más concretamente interrumpir la sesión por un momento para resolver aquello que preocupa:

“hay momentos en los que trato de meterlo a una cajita simbólicamente y de dejarlo ahí para revisarlo después. Hay momentos en los que de repente si me acuerdo de algo demasiado urgente le pido al paciente que me espere dos minutos, y salgo, hablo por teléfono y ya retomo sin el rollo” (IV.A, 84).

Un entrevistado tiene la **percepción de que los pacientes tienen pocas habilidades de contacto emocional** y propone reflejar eso:

“veo como van pasando por las emociones, pero los veo bien desconectado de las emociones. Cuando les pregunto ¿bueno y cómo te hace sentir eso? No tienen el registro, y yo les muestro “me parece que estai enojado, parece que tení rabia”... “no porque mi mamá es buena, es esto, esto” “ah, de acuerdo, sí, pero....” Y luego vuelve a surgir “oye, pero estás enojado” (VII.A, 138).

Un aspecto que parece preocupar a varios de los entrevistados es el **grado de implicación afectiva** que se *debiera* dar en la relación terapéutica y el valor que esto tiene para desarrollar una **relación de intimidad** que aporte al cambio del paciente. Al respecto los terapeutas difieren sutilmente en sus apreciaciones. Se propone tanto el permitirse un acercamiento abierto al otro apoyado en la autoexpresión emocional como el mantener una distancia respetuosa:

“creo que el hecho de yo permitirme, por ejemplo emocionarme sin que eso signifique para mí una pérdida del control de la situación de terapia, creo que es algo que genera mucha intimidación con el paciente y que muchas veces genera un factor de cambio como importante” (IV.A, 70) (...) “obviamente de repente me han dado ganas de abrazarlo...”ay, pobrecito” pero ahí me mantengo, ¿por qué? porque respeto muchísimo el espacio del otro, el límite del otro es fundamental” (II.A, 159).

Ligado a esto, otro aspecto al que se refieren varios de los entrevistados tiene que ver con la **recurrencia en la aparición de ciertas emociones y sentimientos** en el espacio terapéutico. El **enojo y la pena** ocupan un lugar significativo y generan cuestionamientos y desafíos para los terapeutas cuando se quedan con la sensación de que no los han sabido manejar adecuadamente:

“hace poco una paciente me empezó como a devaluar un poco y yo sentí que de la mitad de la sesión para adelante no hice nada, porque yo estaba enojada, entonces como no se me podía notar que estaba enojada, y en vez de hacer algo con mi enojo no hice nada, me quedé como neutra, cachai?. Y eso yo creo que es algo que tengo que trabajar” (III.A, 38)...” en el caso en que me dio mucha pena fue como “ya, mucha pena”, como no sé, casi que disociación, así como “no, disóciate” y la otra vez con este sentimiento de rabia que sentí que me bloqueó para poder hacer una intervención que

serviera. Sí me doy cuenta, pero creo que todavía no lo manejo muy bien” (III.A, 67).

1.4 LA DIMENSIÓN INTERACCIONAL EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

A partir de las entrevistas iniciales fue posible tener información respecto de dos temas asociados a la dimensión interaccional: primero las características generales del vínculo terapéutico desde la percepción de los entrevistados, y segundo las habilidades percibidas para entrar en y facilitar el contacto con sus pacientes y que aportarían a la construcción de la alianza terapéutica.

1.4.1 Características generales del vínculo terapéutico

Varios de los terapeutas reconocen como una de sus principales fortalezas la **habilidad para hacer un buen vínculo** con sus pacientes lo que trasciende la pertinencia técnica de las intervenciones psicoterapéuticas:

“es que hago como un buen vínculo con las pacientes que tengo... y me ha pasado que a veces yo me digo no sé si lo estoy haciendo tan bien ni si estoy haciendo como la intervención correcta o precisa, pero me doy cuenta de que el vínculo sí ayuda” (III.A, 36)(...) “generalmente yo logro hacer vínculo bastante rápido con los pacientes, entonces ellos generalmente cuando vuelven a la segunda sesión ya vuelven con otra apertura ... porque yo les recalco mucho el tema de que este es su espacio que puede tener una semana horrible pero que tiene una hora a la semana que es su espacio”(IV.A, 62).

Esta **capacidad de hacer alianza** se atribuye a algo que viene dado por una dimensión más bien **innata**:

“el tema del contacto con las personas, el encuentro humano, la respuesta empática, en eso me siento conforme, me siento que en ese aspecto me he desarrollado bastante. Creo que tiene que ver con habilidades propias, o sea con esas habilidades que vienen contigo, cosas internas” (VII.A, 68).

Los entrevistados **caracterizan su estilo vinculatorio** en terapia principalmente con adjetivos como cercano, amigable, cálido, no confrontacional, paciente, empático y como horizontal aunque asimétrico. Se aclara que este estilo debe ser adaptado a las necesidades de la persona:

“me sienten cercano, no confrontacional, más bien amigable y muy paciente. Eso es algo que yo creo que en mi caso ha tenido buen efecto con los pacientes, en vez de entrar al choque, acertar hasta que estés preparado”(I.A, 66)(...) “yo siento que dentro de lo asimétrico que debe ser una relación paciente-terapeuta, yo soy bastante horizontal, y mis relaciones con ellos generalmente son muy empáticas, son relajadas, simpáticas” (IV.A, 66)(...)“trato de ser cercano y cálido, no voy con una superioridad o prepotencia del que sabe. Me adecuó a la forma de ser de la gente, si es

más conversadora le pregunto más, si es mas reservada le doy mas tiempo” (V.A, 65).

Otro de los terapeutas reconoce desplegar **diversas reacciones** según las necesidades de la persona que tiene en frente:

*“yo creo que en la **amplitud de reacciones** que puedo tener, desde lo más sensible y contenedor hasta lo más confrontacional y no es que para cada paciente haya una forma de ser, sino que adecuó mi forma de acuerdo a lo que esta necesita. Si no pasa nada con la contención entonces recorro a la confrontación, y si en esta me excedo, recorro a la reparación. Me fijo harto en las reacciones, en las palabras, las miradas, soy muy sensible en eso. Y trato de cultivar esto en mis relaciones, de forma de mejorar esto, de notar cuando soy agresivo, de como me expreso” (V.A, 59).*

Entre los factores que han ocasionado dificultades a los terapeutas en la relación con sus pacientes, encontramos lo que podemos denominar **riesgos al setting** y en particular **problemas con los límites**. Estas dificultades se manifiestan tanto a nivel afectivo como en el cobro de honorarios:

“siempre estoy poniendo límites... eso sí me ha costado, por ejemplo en los cobros... yo necesito a un asistente que cobre porque me tocan el corazón de abuelita y digo ya no te preocupes, págame después...” (II.A, 130).

Otro de los focos de dificultad en la relación terapéutica surge cuando el terapeuta trabaja desde un **sesgo más bien negativo** sin dejarle espacio a sus propias intuiciones y le resulta difícil **percibir avances en el proceso terapéutico**:

“De repente me está pasando que mi intuición me dice algo pero no las pesqué ni porsiacaso. Se va el paciente y digo "aghh, ¿por qué no me hice caso" y ahí el análisis que hago es netamente mi estrés, que no me he estado pescando” (II.A, 144)(...) “a veces tiendo a ver más como lo que está mal en los pacientes y lo que está mejor, que también me lo han dicho en supervisión, como que me falta destacar los avances que han hecho y todo” (III.A, 71).

Dentro de los facilitadores, un par de terapeutas esbozan algunas formas para trabajar el desarrollo del vínculo terapéutico: **el énfasis en el aquí-ahora y la autorevelación conciente** son algunas de ellas:

“trabajo mucho en el vínculo, en el aquí y ahora... siento que lo sintomático no es mi foco de lo terapéutico, es lo caracterológico, los modos de ser recurrentes... es una mirada más bien existencial de abrir proyectos... y ayudarlo con todos mis medios y con todos sus medios para que se destrabe”(I.A, 56) (...) “cuento historias más, que tienen que ver con lo que me están diciendo, sobre todo cuando veo que el vínculo va a ser difícil o que va a costar que se abra ... como invitar indirectamente, que bueno si yo te cuento no hay ninguna razón de porque tu no puedas contarlo.”(I.A, 72)(...) “el entender cuales son mis procesos, mis dudas, me va ayudando a

ayudar a la persona... si los problemas de los pacientes calzan con los míos, lo verbalizo” (V.A, 69).

Se mencionan también el uso de la **empatía, la escucha activa y otras técnicas asociadas al enfoque humanista** como maneras para percibir con mayor nitidez la experiencia del otro e intervenir desde ahí:

“trato de hacer lo mejor que puedo para percibir esa experiencia como me la está relatando ... yo fui a un colegio que es un colegio que tenía enseñanza personalizada, y que dependía un poco de toda la teoría de Rogers ... uno de los elementos más importantes es el de la escucha activa... entonces yo siento que desde siempre yo he estado haciendo ese ejercicio, y si hay algo que no me queda claro yo no lo asumo, yo no lo doy por hecho, le pido a la persona que me lo explique...si la persona me dice tengo frío, yo no interpreto desde mí frío, yo le pido a la persona que me describa su frío, porque si no ya es un elemento mío, no de ella”(IV.A, 86). “Me baso en el humanismo, en esto de ser auténtico, de escuchar activamente y ser totalmente empático...también uso mucho la psicoeducación, las imaginerías, las relajaciones, las regresiones, aunque no tengo formación formal, lo hice y tuve buenos resultados” (V.A, 53).

En este mismo sentido, otra estrategia mencionada tiene que ver con **validar las conductas de entrada del paciente** dejando la confrontación para cuando el proceso está más avanzado:

“validarle al paciente su emoción, lo que sea en verdad, cachai?. Creo yo que más adelante uno empieza a responsabilizarlo y decirle “ya, pero esto tampoco...”, catcha? Pero al principio sí trato de validarle lo que traiga, un poco como una estrategia para que se sienta comprendido y se sienta apoyado, y más adelante empezar a cuestionarlo, si a veces hay cosas que igual hay que cuestionar. Esa es como más mi estrategia de entrada” (III.A, 52).

1.5 LA DIMENSIÓN CORPORAL EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

Una dimensión que emergió en la serie de entrevistas pre entrenamiento, fue la que hemos denominado la dimensión corporal. En ella los entrevistados aluden a **indicadores o claves corporales** que de alguna u otra forma guían el proceso psicoterapéutico, entregando información relevante acerca de sí mismos y de sus pacientes. En este sentido, uno de los entrevistados reconoce expresamente estar en un **tránsito desde una terapia netamente intelectual a una terapia orientada corporalmente:**

“He ido progresivamente saliendo de la terapia intelectual, o sea del diálogo simplemente, hacia algo más corporal” (I.A, 56).

1.5.1 Capacidad de percibir claves corporales en sí mismo y en el otro:

Varios de los entrevistados declaran tener la habilidad para percibir claves corporales en sí mismos, que podrán ser utilizadas luego como insumos para intervenir terapéuticamente. Por tratarse de un asunto de autoconciencia, aquí el **cuerpo sentido** entrega obviamente más información que los gestos o el rostro:

“conmigo estoy súper atento a mis posturas corporales, a veces me noto en posiciones tensas y las cambio, a veces estoy preocupado de sintonizar corporalmente con el otro”(I.A, 86) (...) “Inicialmente parto con lo que mi cuerpo siente. Luego hago la diferenciación si es algo mío o del paciente. Cuando es algo mío se conecta a nivel de latidos del corazón, lo he logrado traducir. Cuando es del paciente es algo eléctrico corporal, de piel” (II.A, 156) (...) “mientras más ansioso me siento estoy en posturas más rígidas y estoy menos atento a como estoy puesto digamos” (I.A, 88)

La mayoría de los entrevistados se refieren a cierta habilidad que han ido desarrollando para leer la situación vital de sus pacientes a partir del referente corporal. Esta habilidad parece estar en proceso de construcción y resulta aún desafiante; para ello se consideran preferentemente **tonos de voz y gestos faciales ligados al emocionar**; leer la corporalidad del otro de manera global resulta más difícil:

“los tonos de voz y los gestos faciales me son más fáciles de reconocer, pero el tema corporal que es algo que más bien he estado introduciendo últimamente en mi manera de hacer terapia, me es todavía más difícil” (I.A, 85)...“soy bien observadora de todo el tema corporal, y también porque me interesa mucho incluirlo en el tema de la terapia”(IV.A, 89)(...)“me fijo hartito en la cara, más que tal vez en el cuerpo” (III.A, 77).

1. 6 PROCESO TERAPÉUTICO

1.6.1 Encuadre y formas de intervención

Se perfilan aquí algunas de las características generales acerca de cómo los entrevistados llevan el proceso terapéutico antes de participar en el entrenamiento en mindfulness y acerca de cómo manejan aspectos particulares como encuadre, diagnóstico y otros. Respecto de los elementos técnicos que caracterizarían su forma de trabajar, un entrevistado enfatiza la **disociación entre lo vincular y lo técnico**, donde lo vincular aparece como una fortaleza y lo técnico como una debilidad:

“Me siento satisfecho en el tema vincular con los pacientes, siento que ahí hay algo que por decirlo así me surge naturalmente. ... y no tan satisfecho tal vez en lo técnico, manejo varias técnicas, pero ahí entra el tema de la coherencia, no siempre tengo mucha claridad respecto de cómo se va a armar la cosa de aquí para adelante técnicamente, qué es lo que tengo que hacer específicamente con este paciente, como que lo voy armando en el camino y a ratos me entra la incertidumbre ahí en el tema técnico” (I.A, 52).

Acorde con los puntos anteriores, está el planteamiento y el chequeo permanente de los **objetivos terapéuticos y la importancia de mantener un foco de trabajo** más allá del uso de las técnicas:

“Cada cierto tiempo con el paciente voy evaluando cómo va él y cómo vamos, entonces no es que sólo yo deduzca que está mejor... voy testeando” (I.A, 82) (...) “siento que más rápidamente las personas están necesitando menos de mí... primero llegan con la dependencia de si esto es bueno o es malo? ... no les contesto nada de esto... y luego van integrando... pero siempre con el foco claro, hacia donde vamos y en el fondo mandarle muchas cosas a que ellos hagan entre sesión y sesión... realmente avanzo en la dimensión que ellos me permiten” (II.A, 168).

Mientras algunos entrevistados manifiestan sus ansiedades por desarrollar un **bagaje técnico adaptado a su estilo personal**:

“me gustaría contar no con más técnicas, sino con un bagaje técnico que sea consistente, que sea mi bagaje técnico, pero por otra parte eso tiene que ver con mi modo de ser también; en general yo soy resistente a la técnica, entonces durante un buen tiempo la menosprecié y eso obviamente me generó una relación conflictiva con ocupar técnicas en terapia y hoy no porque me siento más reconciliado con eso” (I.A, 53).

Otros reconocen en cambio que trabajan desde la **improvisación y la autenticidad** del momento:

“soy a veces muy improvisador, como terapeuta debiera ser más planificador y llegar siempre con una idea predeterminada. Pero a mi me acomoda mucho el ir viendo donde ir en la misma sesión, pues no necesito

llevar algo estructurado, aunque sería mucho mejor, por lo menos llevar una idea. Mi forma de trabajo tiene mucho de ir viendo en la misma sesión para donde vamos, y mi autenticidad me ayuda a ir re-guiando la sesión” (V.A, 57).

Muchos de los entrevistados no son tan explícitos respecto del encuadre que utilizan al trabajar y respecto del **diagnóstico tradicional** muestran una visión crítica:

“soy antidiagnóstico porque el diagnóstico hace desarrollar síntomas innecesariamente (II.A, 170)” (...) “no diagnostico en general, de partida no hago las fases que clásicamente se suponen, diagnóstico, después empezar el tratamiento, sino que para mí el diagnóstico se va dando a lo largo de toda la terapia y lo voy redefiniendo con el paciente, lo vamos conversando de hecho... últimamente también estoy trabajando para fines diagnósticos con el eneagrama” (I.A, 56)

2. RESULTADOS DESCRIPTIVOS POST ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS

A continuación se sistematizan las percepciones de los terapeutas luego del entrenamiento en Mindfulness, manteniendo el esquema de categorías y subcategorías del capítulo anterior, pre entrenamiento en Mindfulness.

2.1 LA DIMENSIÓN PERSONA DEL TERAPEUTA

2.1.1 La Persona del terapeuta

Se sistematizan aquí una serie de comentarios generales de los participantes del taller respecto del impacto que este tuvo **en sí mismos** y en sus **interacciones**, más allá del desarrollo de habilidades psicoterapéuticas específicas.

Podemos comenzar diciendo que la práctica meditativa realizada durante el taller llevó a los participantes a **redefinir el concepto de meditación**. Al llegar al taller se concebía la **meditación como el imposible anhelo de dejar de pensar**:

“la meditación para mí era “no pensar”, esto antes de entrar al taller. Igual era como una sensación de imposibilidad... cómo vas a dejar de pensar” (V.B, 72) (...) “Inicialmente tenía una idea respecto de... como parar un poco mi cabeza, porque en algún momento sentía que me estorbaba, así como paren a mi cabeza por favor” (VI.B, 105).

Después del taller, se va abandonando la idea preconcebida del meditar como un dejar la mente en blanco y se le llega a ver como una **forma de autocontrol**:

“pero el tema no es dejar de pensar, porque tenemos cerebro, uno siempre está pensando. El tema es controlar la mente y eso es lo que te trae beneficios” (V.B, 72).

Se le redefine también como un **lugar de encontrarse con lo que hay en la experiencia presente:**

“en realidad no es eso, si no más bien cachar en lo que estoy, entonces como que también me ha aliviado, como que en algún momento cachaba, oh, en la cuestión que estoy, así como, y me río, y en otros momentos me da rabia, así como para, para, y me da rabia, me río un poco de lo que mi cabecita está, o sea, estoy, porque mi cabeza es parte de mí”(VI.B, 105).

Desde este valorar el contacto con la experiencia presente, con toda su carga de emociones y pensamientos, se le ve incluso como una **nueva forma de mirar las situaciones problemáticas:**

“ahora es como buscar la solución o desde el presente mirar hacia adelante y qué hago con esto que me está pasando y no tanto de lamentarme o entrar en la quejumbrosidad que eso empeora la situación... sino que más como vivir el momento, la emoción o el sentimiento que surja, como más en el presente y si es un pensamiento que no corresponde tratar de no darle más vueltas sino que volver a lo que estás” (V.B, 72).

Respecto de la dinámica seguida en el taller se señala que a medida que el entrenamiento avanzó se generó un mayor **compromiso con la necesidad de meditar:**

“yo partí embalá, como caballo, todos los días” (II.B, 12)... “yo diría en las últimas 3 sesiones, una cosa así, se me generó por primera vez la necesidad. Antes era un “tengo que hacerlo” (II.B, 16)... “de repente yo no me daba ni cuenta y podía estar media hora.” (II.B, 12).

Es posible ver entonces que **la meditación, más allá de sentarse en el cojín, comienza a encontrar un lugar en la vida cotidiana** de los participantes y que se busca sostener una coherencia con lo que se predica en consulta, en particular respecto del hecho de valorar el contacto con el momento presente:

“no era solamente la meditación sentada, yo creo que estuve más interactuando con la meditación en lo cotidiano, eso se me hizo mucho más fácil... me da risa porque yo les decía a mis pacientes que hicieran eso y yo brillaba por mi ausencia” (II.B, 25-27).

En algunos casos se produce una reacción de mayor validación e incluso **irradiación familiar** de la experiencia:

“miembros de mi familia también han sentido curiosidad por el tema, por ejemplo una de mis hermanas también empezó a meditar... hemos meditado juntos pero también medita sola.”(VII.B, 16–18).

Resulta entonces evidente que a propósito de su paso por el taller los entrevistados relatan diversos cambios personales y sociales positivos y algunos de estos cambios apuntan hacia un estado de **mayor goce y conexión, de mayor contacto con el momento presente:**

“estuve movida en lo profesional, en lo personal, con mi familia, con todo” (II.B, 25-27) (...) “lo que te deja el taller yo creo, que es como valorar más tu espacio libre... el caminar y disfrutar el que estai caminando y que la temperatura está rica ... más consciente también como de en qué momentos lo paso bien y de disfrutarlos “(III.B, 72).

Esta mayor conexión con el presente se manifiesta también en una **mayor cercanía y disfrute de las relaciones sociales:**

“las relaciones las disfruto mucho más, en el compartir con la familia, con amigos, es como estar más conectado con lo que estay en el momento y no pensando en que vas a hacer en media hora más, que a quién tienes que llamar, que a cuántos pacientes tienes que atender en la semana, más presente” (V.B, 10).

Paradójamente, se observa la vez, **una toma de distancia** respecto de ciertas relaciones para encontrarse con un espacio de mayor quietud:

“he estado más conectada con mi familia que con mis amigos y yo creo que tiene que ver un poco con que con los amigos es generalmente la instancia del carrete y estoy bien mala para carretear” (IV.B, 12)

En otros casos se radicaliza este espacio de distancia social y de **mayor encuentro con el sí mismo:**

“ando súper autista, con mis amigos lme he contactado súper poco... yo no creo que haya dejado de ser sociable, pero he estado muy en mi espacio, así como muy en mi casa” (VI.B, 29–32) (...) “he notado que estoy priorizándome mucho a mí, en vez de salir tiene que ser un panorama demasiado bueno, estoy súper ermitaña” (IV.B, 12)

En esta misma línea se deja ver el impacto que la participación en el taller tuvo a nivel de las **relaciones de pareja:**

“muy fuerte en mi relación de pareja por la demanda que me exige... esto de los cambios, “qué te pasa, qué pasa, estay tan desconectado” y no era una desconexión” (V.B, 8) (...) “agradezco en el alma haber estado soltera... pude ver en mis compañeros lo heavy que fue para

ellos en términos de sus relaciones... que bueno que tengo que hacerme cargo de mi no más por ahora (ríe)” (IV.B, 78).

En este contexto de alto impacto emocional surge la necesidad de **compartir el trabajo en meditación con otros que están en una sintonía similar**. Muchas veces las **reacciones que se producen en las redes** cercanas de los participantes se caracterizan por la incomprensión y el cuestionamiento sutil y en algunos casos aparece como un obstáculo para la práctica independiente:

“para mí es súper importante, como la necesidad de estar con otro y sentirse acompañado, y ese espacio no está en la meditación en la casa... es como una sensación... como de no sentirme muy comprendida... he tratado de compartir pero como que no ha resonado en todos lados... alguien que me dice pero qué onda tú... ¿pero qué te fumaste? ... yo creo que por eso tenía como mucho valor para mi esto de estar con otros, que están un poco en la misma” (VI.B, 73).

En otras palabras, el **grupo se transforma en un soporte** de las ansiedades personales:

“hacer el entrenamiento, hacer la práctica, pero luego poder compartir con otros, yo creo que eso fue lo más valioso, o sea, yo creo que para todos fue así ...porque fue súper heavy, que en el fondo a todos de una u otra forma nos pasan cosas como similares y eso como que te alivia un poco, como el hecho de cachar...uno dice pucha, por qué esto me pasa sólo a mí, y no, le pasa a todo el mundo” (VI.B, 69).

Se va haciendo evidente que no todo resulta fácil después de vivir el proceso del taller; esto coincide con la apreciación general de varios de los entrevistados que tienden a **evaluar la experiencia general del taller como muy intensa**, acompañada de alto cuestionamiento interno y de alto impacto a nivel emocional y en sus esquemas habituales de sentir y pensar. Esto es percibido incluso como una suerte de *caos interno*.

“ha sido potente, eso es lo que te puedo decir... como que la palabra intenso con esto también fue así... pero sí, movió, fue intenso. Todavía sigo teniendo secuelas... me descolocó el caos interno que me generó” (II.B, 16-17).

Esta suerte de revolución interna se deja ver en reacciones somáticas y emocionales y en varios casos surge un proceso de **resistencia inicial** que se materializa en **la relación con el cojín de meditación**:

“Con la meditación como que ya lo tenía aquí, o sea, dormía con el murmullo en el oído, me levantaba y lo tenía mucho más latente, mucho más presente. Entonces, sí me generó y te voy a ser súper honesta, más irritabilidad, poco tolerante... todavía tengo distancia con el cojín (risas)” (II.B, 6)

Para otros el *encuentro inicial con el cojín* produce una **ilusión de calma** para dar paso a un choque con sus temores y angustias, caracterizado por la turbulencia emocional y la angustia. De alguna forma el cojín adquiere vida propia y se transformara en un receptor de muchas de las **proyecciones personales** de los meditadores:

“al principio con esa como ilusión como de la calma, como de la tranquilidad, y luego vino como un primer acercamiento y como aproximación a las angustias y como de los miedos así súper heavy, de hecho fue súper como de resistencia a afrontarse, hubo momentos en los cuales evitaba, me daba un montón de vueltas” (VI.B, 10).

El cojín es percibido entonces como **sacándote del ritmo acelerado de costumbre** o como conectándote con emociones displacenteras y eso se resiente en algunos casos, requiere esfuerzo y se levantan resistencias.

“es que hay una parte mía que dice “no te podí retrasar en este minuto de tu vida, hoy no. Mañana... tenís que estar ahí al pie del cañón”. Entonces esto del cojincito te distrae de tu misión, por eso déjame al lado. Tengo que hacer un esfuerzo para sentarme” (II.B, 52).

A medida que las **resistencias emocionales son integradas** como parte del proceso, es decir a medida que se avanza en la práctica meditativa, el proceso parece fluir:

“entonces creo que ha habido momentos como que en los cuales me siento en el cojín y viene como la pena y llega y así como llega también se va cachai, entonces como que tampoco ha sido tan terrible, yo creo que fue terrible mientras me resistí” (VI.B, 67)... “fue decirle (al cojín) espérate un rato, no te voy a abandonar pero déjame sacarme esta tensión. Y me di cuenta. Si (risas) “démonos un tiempo pero vamos a volver (II.B, 95)”.

La resistencia al proceso se manifiesta también en las fantasías que genera el lugar de **la coordinación del grupo** y el grado de identificación con ella:

“yo creo que termina esto (el taller de Mindfulness) y yo ahhhhhh... respiro. Y creo que eso va a significar sentarme mucho más ... porque es un tema de no sentirme obligada porque toda mi vida he hecho las cosas obligada y esto no tiene que ver con la obligación y por eso siento que yo me distancié de él (el cojín de meditación). ... porque en el fondo no le tengo que dar explicaciones a nadie. En cambio jueves a jueves tenía que dar explicaciones, si me había sentado, que me había pasado, que no” (II.B, 95).

Ahora bien, frente a esta resistencia inicial **la racionalización** aparece como un mecanismo para reducir la tensión interna y se va dando paso a una **entrega más abierta al proceso**. Con un ejemplo bien específico se ejemplifica este proceso de cambio:

“habíamos tres en particular que éramos demasiado racionales y sí, fue maravilloso ver en uno... que él la primera vez parecía un milico y de repente en la quinta, sexta sesión, él estaba sentado y... era diametralmente opuesto, relajado, estaba con los hombros hacia abajo... y ver ese cambio en los otros me hizo ver mis propios cambios... entonces desde ahí fui más entregada, como sin expectativas” (II.B, 2).

Un ejemplo de esto último, y en un aspecto más bien ligado al formato metodológico del entrenamiento y que aportó a la reducción de esta tensión inicial, fue el **valor atribuido a la lectura pre sesión**, la que es percibida como un **cable a tierra** que logra bajar las ansiedades personales:

“me sirvió mucho leer al final, es decir las noches antes de, porque me iba cerrando a todo lo que mi experiencia me iba diciendo en la semana... los textos, fueron fabulosos, fueron como anillo al dedo. Y es una opinión generalizada de todos... fue más útil, mejor, cerraba todas mis sensaciones... me bajaban los niveles de ansiedad... como que era mi cable a tierra” (II.B, 2).

2.1.2 Autocuidado dentro y fuera del espacio terapéutico

En este punto resulta evidente el **cambio en el ritmo de la vida cotidiana** que han asumido algunos de los entrevistados después del taller. **Hacer una cosa a la vez** es una forma de regulación que surge:

“hay algo que al principio yo lo anunciaba en las sesiones que es como que me sentía súper enlentecida (ríe), como en la parte física... y luego caché que no era enlentecida, si no, que empecé a hacer las cosas como una cosa de, que intentaba hacer millones de cosas a la vez cachai, como que el celular, el computador ... Igual a mi mente le cuesta concentrarse en una sola cosa, pero al menos en la acción es como ya, una cosa a la vez” (VI.B, 42).

Hacer un poco todos los días es otra forma de autocuidado que emerge:

“hacer un poquito todos los días y no hacer todo en un día, me ha ayudado a avanzar más que esta otra idea de tengo que hacer todo hoy día. Por ejemplo con hacer ejercicio, en vez de hacer 3 horas de ejercicio, 2 horas de ejercicio, hago 1 hora o de repente media hora no más” (VII.B, 22-24).

Así, uno de los aspectos específicos tiene que ver con la **regulación de la energía para trabajar** en términos de equilibrar por ejemplo la cantidad de pacientes a atender:

“Me pasó un fenómeno súper simpático haciendo el entrenamiento, de verdad que no tenía ganas de atender a nadie (ríe)... eso me pasó yo creo que durante el primer mes, y de ahí de a poquitito me he ido como

reconectando” (IV.B, 32) (...) “he estado tratando como de equilibrar la cantidad de pacientes que tengo, no sobrecargar un día, tratar de tenerlo como más parejo (IV.B, 32).

Otros entrevistados enfatizan el **desarrollo de habilidades para el manejo del cansancio**. Esto tiene que ver por ejemplo con la aceptación del estado y no utilizar un esfuerzo extra en ocultarlo:

“antes era un cansancio como mental, cachai, el rollo del cansancio... ahora no es un cansancio que me paraliza, al contrario, es un cansancio que de hecho es como bien amable, no me ha impedido hacer cosas, y he podido reconocerle a mis pacientes que sí, que estoy cansada, y creo que ellos se han dado cuenta, así que creo que es un cansancio como más honesto, más de verdad y no ya desde mi alarquizismo” (IV.B, 30).

Los entrevistados reconocen una **relación más amable con su cansancio**:

“Si bien es cierto, me conecto con mi cansancio, pero trato con más amabilidad mi cansancio. Por lo tanto quedo con más energía. Pero no abuso de eso, porque yo antes hubiese abusado... no es sano, está bien estar para el otro, pero no. No me hago más daño del que ya me he hecho” (II.B, 46).

Más allá del espacio clínico los terapeutas muestran un **mayor respeto por las propias necesidades** desplegando una mayor **capacidad de regular los propios límites**:

“siento que me respeto más, siento que mis límites están más claros sin estar siendo agresivo, pero si hay un tema más delimitado que la gente lo nota y me siento tranquilo con eso, que siento que he logrado poner mis límites o logro poner mis límites que a veces son fuera de control” (V.B, 70).

Para finalizar y en un ítem más específico varios de los entrevistados muestran mayor **conciencia y preocupación por el cuerpo, por los ciclos de sueño y por la alimentación** después de realizado el taller:

“¿qué quiero comer?” como que le doy vueltas y más como consciente de qué es lo que realmente quiero” (V.B, 70) (...) “físicamente como que estoy más atento o más claro de lo que tengo que dormir y cuanto... no tomar tanto alcohol o fumar tampoco... como que me sació más rápido”(VII.B, 8)(...)
“estoy súper tranquila... físicamente movilizándome a hacer varias cosas, sobre todo con el tema de la alimentación, el cuidado de la piel, un montón de cosas que siempre he tenido pero que ahora las estoy tomando un poquito más en serio” (IV.B, 10).

2.2 LA DIMENSIÓN COGNITIVA EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPEÚTICAS

2.2.1 Concepto de Atención

Una habilidad fundamental dentro del ámbito de lo cognitivo es la **capacidad de estar atento a la realidad del otro y a la vez a la presencia de sí mismo en terapia**. En las entrevistas luego del entrenamiento parece haber un cambio en la forma de estar atento, la que de estar centrada exclusivamente en los aspectos verbales evoluciona hacia formas más complejas incluyendo elementos no verbales y vinculares:

“yo le ponía mucha atención al discurso del otro y sí ponía atención a la relación, pero yo creo que eso se ha ido acentuando y yo creo que se ha ido desplazando el foco desde lo verbal a lo no verbal, mucho más claro digamos y al vínculo, a lo que está pasando aquí entre paciente y yo digamos... poner más atención a como me siento, a como estoy respirando, a veces en la sesión me vuelvo sobre mi respiración, que es algo que antes era mucho menos frecuente” (I.B, 61).

Podemos decir que el concepto de estar atento al otro se va complejizando y va adquiriendo ribetes de **multinivel**, más emotivos por una parte y más ligados a lo corporal por otro. Así mismo, atender al silencio, a la no acción también es parte del estar atento y los pacientes parecen percibir estos cambios:

“tengo la sensación de que he estado más presente desde varios niveles, como te decía desde lo corporal que no estaba tan presente ahí, hasta lo emocional y eso yo creo que lo han sentido, y yo lo que he notado es que hay más apertura de parte de mis pacientes, es decir, me cuentan más cosas o compartimos silencios que no son estériles, son como silencios más fecundos” (I.B, 56).

Podemos afirmar entonces que los entrevistados perciben que el proceso de atención ha mejorado cualitativamente y se ha transformado en un **estar presente** para sí y para el otro, un estar receptivo pero manteniendo el contacto:

“tiene que ver harto con el tema de estar presente, hoy en día lo entiendo mucho más desde ahí, con el hecho de estar atenta, estar receptiva y aquí y ahora, entonces eso me permite tener una atención mucho más rica” (IV.B, 58)... “antes me sentía mucho más, eh, tratando de estar atenta, pero sí, como no me había percatado de la cantidad de rollo mental que tenía ahora me doy cuenta de que mi atención no era tan plena como yo pensaba, entonces ahora el hecho de saber para dónde va mi mente, hacia donde va, eso me permite decirle oye ven, estamos acá” (IV.B, 60).

2.2.2 Cualidades y calidad de la atención

Junto con esta nueva definición de atención, entendida como un estar presente, comienzan a emerger desde la perspectiva de los entrevistados nuevas características de la atención; dicho de otro modo la mente comienza a funcionar con cualidades distintivas. Algunas de las nuevas cualidades tienen que ver con el haber adquirido **mayor conciencia de sí**, a partir del reconocer características de los movimientos de la propia mente y de los patrones de reacción personal:

“Creo que el mindfulness me dio esa herramienta para decir oye, te está pasando esto, toma conciencia, date cuenta” (IV.B, 42)... “me pasa que me pongo a soñar, pero me doy cuenta inmediatamente que estoy soñando” (IV.B, 78)... “terminando el taller noté una diferencia en esto de lo cerebral, hay menos preocupaciones, menos angustia, más conectado con el presente” (V.B, 10) “siento que el paso por el entrenamiento me preparó para decir tengo esta necesidad de sentir aprobación o de sentir que estoy haciendo las cosas bien... reconocer eso, como un tipo de funcionamiento del yo, del patrón.” (VII.B, 56-58).

La **calidad de la atención** se modifica y una de las características fundamentales es que tiende a hacerse menos difusa; tiene que ver con la capacidad de **mantener un foco** pero sin perder la visión global:

“siento que me es más fácil focalizar ahora, me es más natural hacerlo del paciente y de mí al mismo tiempo” (I.B, 64) (...) “Inicialmente mi atención era mucho más difusa, entonces sentía que en la terapia estaba, me iba, estaba, volvía, me iba... varias veces... y ahora no, siento que... es raro porque siento que puedo estar escuchando, estando en contacto, pero sin estar en contacto con otras cosas” (VII.B, 139). “ya no uso el cuaderno, es mucho más la concentración” (V.B, 52).

Así mismo se evidencia una **disminución de la tendencia a enjuiciar** y a enrabiarse en la relación con los pacientes cuando las cosas no van acorde a lo esperado:

“era una situación como de bastante negligencia con sus hijos, pero la verdad es que como que logré también, no sé si empatizar, pero al menos estar ahí, dispuesta a escucharla también a ella, y ese momento yo creo que también se lo atribuyo como a esto, como de no emitir juicio, de no emitir como críticas, y de hecho creo que fue algo súper importante, porque en el fondo pude conectarme con su malestar y proponerle también una opción distinta de trabajar con ella” (VI.B, 32-36).

Otro entrevistado ejemplifica este estado de no enjuiciamiento con una sensación de **mayor apertura**, y con una mirada menos cosificante y categorizadora de la práctica psicoterapéutica:

“apertura, espacio, espacio pa’ poder aceptar lo que surge... y harto del cuidado con los juicios, cuando empiezan a surgir... esto está bien, esto está mal, o esto es un complejo de tanto, o esto es resistencia... como dejar un poco ese tipo de cosas y quedarme más en lo que la persona está.”(VII.B, 104).

Después del entrenamiento en mindfulness persisten sin embargo en algunos casos ciertas tendencias habituales o hábitos antiguos de atención. La tendencia a **quedarse focalizada o fijada en un contenido** o *el enganchar con aspectos de contenido por sobre los experienciales*, particularmente cuando el contenido resulta impactante son ejemplos de esto:

“como que me dicen algo que yo, que me impacta y es como que me quedo pensando en eso. Y después cacho que la paciente ha hablado media hora más y yo me quedé pensando en lo primero (III.B,68)” (...) *“de repente siento ... que enganche en las explicaciones, que una vez que te dicen “es que soy así porque tacatacata” “hago esto porque laca liki laca”, cuando me he dado cuenta de eso digo “sabes que yo siento otra cosa”. Por lo general ha encajado y ahí hemos retomado el contacto con los pacientes” (VII.A,183).*

Así mismo algunos entrevistados reconocen aún una **tendencia a dar cosas por hechas sin chequear**:

“me he dado cuenta de que a veces mi error es que sobre-entiendo, como que asumo que “ah, esto le pasa por esto, entonces claro”, me entendís? Y que lo he visto en supervisión y tengo que, en verdad no, no hay que sobreentender” (III.A,69).

Después del entrenamiento los entrevistados parecen haber desarrollado estrategias que buscan facilitar los procesos de atención en sesión: el hecho de **transparentar la desatención** con el paciente o sostener un diálogo interno positivo basado en **autoinstrucciones**, parecen ser dos factores relevantes:

“la mente divaga bastante menos, y también la controlo más ... de repente estoy haciendo terapia con alguien y me doy cuenta de algo mío, entonces... Ahí como inevitablemente irme, cachai (ríe) y muchas veces lo tomo como herramienta terapéutica y lo comento con mi paciente”(IV.B,64) (...) *“si nosotros finalmente no tenemos tanto poder, nosotros acompañamos, pero son las personas las que toman las decisiones ... entonces cuando empiezo con eso, qué voy a decir y qué repercusiones va a tener en su vida... “no tenemos tanto poder, no tenemos tanto poder”... y se repite como un mantra” (VII.A,215).*

2.3 LA DIMENSIÓN AFECTIVA EN EL CONTEXTO DE LAS HABILIDADES TERAPEUTICAS

2.3.1 Satisfacción con el rol y manejo del estrés

A nivel general el entrenamiento ha sido recibido por los participantes como una experiencia **revitalizadora y movilizadora en su rol como terapeuta**. Una entrevistada lo expresa de la siguiente forma:

“siento que el entrenamiento en Mindfulness ha sido súper vital para mi rol como terapeuta, me ha permitido estar, vivirlo en el proceso de terapia y me sirvió mucho como herramienta terapéutica con mis pacientes, muchísimo, eh, me han tocado casos bien complicados y me he dado cuenta de que igual... me ha servido mucho, estoy más atenta, estoy más entretenida” (IV.B, 32).

Después de la participación en el taller, los terapeutas reconocen estar trabajando con **más sentido** y con un **mayor grado de satisfacción** en su rol. Los terapeutas tienden a evaluar positivamente las propias capacidades:

“me siento cada vez más cómodo en el rol. No sé si más seguro en el rol, pero si más, sintiendo que hago cosas significativas. O sea, que las cosas que pasan acá son valiosas para los pacientes.” (I.B, 37) (...) me siento satisfecha especialmente de “la llegada que he tenido en la gente.” (II.A, 96)(...)“mayor seguridad, más confianza en las propias habilidades, siento más confianza en mí, en mis capacidades y un mayor manejo en la situación” (V.B,56).

El aumento en la sensación de competencia después del taller también se sigue en el **aumento del número de pacientes** en algunos casos y de la mantención de un buen estado de ánimo en otros:

“tengo más pacientes y eso es novedoso para mí” (V.B, 14). “cuando llego a atender al paciente estoy bien, de buen ánimo (III. B, 83) (...) “antes de entrar a terapia un poco ansioso, a veces cansado y como con poca energía... pero durante la terapia eso se va revirtiendo y termino las terapias con una nueva carga de energía, contento... y menos ansioso” (VII.B, 172).

Respecto de la reactividad emocional, para algunos el estado de ánimo después de la sesión sigue estando muy marcado por los resultados mientras que para otros el estado emocional con el que terminan la sesión no depende de aquello:

“cómo salgo igual varía po, porque hay veces en que el paciente está súper bien y es como “bacán y oh el proceso y todo”, y hay veces que es como “pucha, por qué retrocede” y en verdad es súper variable” (III.B, 83) (...) “lo que me ha pasado ahora es que después me quedo bien tranquila y me

quedo bien satisfecha independiente de cómo haya sido la sesión...ya no me quedo con esa cosa como de uy estuvo bakán o esta sesión no di una, eh, no, me quedo bien tranquila con lo que surge” (IV.B, 74).

Una de las razones percibidas por los terapeutas para la menor reactividad emocional tiene que ver con la **aceptación** de las cosas tal cual están, algo así como un sentimiento de mayor realismo:

“Yo creo que es a este tema de aceptar las cosas como son, que no tiene que ver con un conformismo si no con ser súper realista y entender que en este momento, las cosas que están son las que están y no otra que esté en nuestro ideal” (IV.B, 76).

Otra de las emociones que encontraron un mejor manejo después del taller fueron las ligadas al manejo del **estrés y la ansiedad** :

”ha bajado harto el estrés, ha bajado mucho el estrés ... me siento mucho menos estresada, creo que está el estrés justo como para movilizarme” (IV.B, 18)(...)“he estado bien poco ansiosa, me ha bajado la ansiedad harto, y cuando me empieza a inundar me doy cuenta rápido y trato de calmarme, si en el fondo lo más heavy de mindfulness para mi, de hecho el grupo se reía harto de mi porque siempre he sido muy alharaca y esto me ha ayudado para ser súper poco alharaca” (IV.B, 16).

Un factor que facilitaría el **enfrentamiento exitoso de la ansiedad**, sería el vivirla, conocerla y no evitarla:

“no trato de manejarlo po, o sea, es estar ahí, estar en la ansiedad no más, no salirme de eso, no salir a conversar con alguien para que se me pase... no es fácil, pa nada pero... por suerte tengo algunas horas al día solo; entonces paro lo que estoy haciendo y me siento un rato en el patio, o prendo un cigarro y me quedo en eso. No hacer el quite al proceso, me doy unos minutos... le doy una vuelta, le doy otra vuelta y luego de eso como que se diluyera, una cosa así” (VII.B, 30-34).

Otro factor relevante asociado a la disminución de la ansiedad sería el desarrollo de **la capacidad de ordenarse en la vida**:

”ha habido un tema súper lindo con el Mindfulness que fue mi orden ...durante todo el entrenamiento yo hice un proceso de orden de mi espacio físico y terminé justo el día antes de terminar el entrenamiento (IV.B, 24)”

Esta **necesidad de ordenarse** también se ha extrapolado al trabajo **como terapeuta**:

“yo la verdad nunca en mi vida he planificado una sesión... y eso ha cambiado harto y ahora sí de verdad me siento que estoy súper abierta a lo que traiga mi paciente, pero también me he dado cuenta de que las cosas

que quedan pendientes igual tengo que retomarlas en algún momento. O sea, para mi el tema del orden ha trascendido el tema de mi persona, también ha tocado el tema de la terapia” (IV.B ,46).

2.3.2 Regulación emocional en terapia

No es un ítem donde se haya producido mucha información, sin embargo en las entrevistas post aparece un sentimiento de **valorar la tranquilidad** y el generar un clima más **compasivo** como soporte para una escucha más presente y más empática:

“que la tranquilidad que se logra con esto de estar más presente y que esta tranquilidad te lleva a tener más energía en la relación, en la conversación y eso trae mejor entendimiento y más frutos” (V.B, 40) (...) “en el fondo creo que ha generado un espacio con los pacientes y conmigo como también como permitir, como dejar caer algo también, yo creo que también tiene que ver con esto que le llaman la compasión?” (VI.B, 105).

Luego de la participación en el taller, pareciera haber más factores que facilitan la regulación emocional que aquellos que la dificultan; dentro de los resultados más llamativos los entrevistados describen una mayor regulación de estados emocionales como la **rabia**, cambio que ha tenido sus efectos en la relación con los pacientes:

“ando mucho menos rabiosa y más capaz de darme cuenta también que a veces no es justo pal otro tampoco que yo ande cansada y que ande irritable, me cachai?. Como que yo creo que eso sí fue algo que me pasó en el grupo ... ando menos rabiosa (risas) y con mis pacientes también, que también cuando hacían algo que a mí no me gustaba como que internamente era “pucha”, y se me pasó también.” (III.B, 26)

Algunos entrevistados llegan incluso a sorprenderse de lo **drástico de este cambio** y reconocen los efectos que esto tiene en sus relaciones con los pacientes y los beneficios que surgen de esto:

“¿cómo tan poco rabioso? ... he sido súper paciente sin proponérmelo, ha sido espontáneo y gracias a esa paciencia he obtenido mejores resultados... he obtenido más amabilidad de la gente ... y después de que me dan ese agradecimiento yo me sorprendo y es como ¿qué pasó?, ¿por qué?, ah claro porque el común de la gente en esta situación hubiera respondido de otra forma, yo respondí así y eso la gente lo agradece, me he dado esa explicación”(VII.B, 60).

2.4 LA DIMENSIÓN INTERACCIONAL EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

2.4.1 Características del vínculo terapéutico:

Existe la creencia de que **el vínculo sostiene el trabajo y las intervenciones terapéuticas**:

“hay sesiones en las que en verdad yo digo “oh, lo hice súper bien” cachai, hay otras sesiones en las que digo “pucha, lo hice pésimo... pero yo creo que lo que mantiene a los pacientes ya a estas alturas es el vínculo, y que ellos de alguna manera también te valoran, porque llevai un trabajo como de un año” (III.B, 44).

Ligada a la sensación de mayor coherencia interna descrita en el apartado respecto de la persona del terapeuta, los entrevistados describen una **relación de mayor cercanía, empatía y apertura emocional** con los pacientes después del entrenamiento:

“más cercana de lo que era, eso no quiere decir menos límites, hay una cercanía diferente, es una cercanía como de apertura emocional ... de alguna manera me siento como más sabia, esa es la sensación que tengo, y yo creo que eso mis pacientes también como que lo han percibido”(IV.B, 48)(...)“Si antes mis pacientes más antiguos me decían que se conectaban conmigo, ahora me encuentran mucho más cercana” (II.B, 93) (...)“yo me siento como más conectado, más claro, más empático.” (I.B, 38).

Otros reconocen cambios cualitativos que refuerzan la línea de lo que ya venían trabajando, una sensación de **mayor profundidad y sensibilidad**:

“cambió un poco la profundidad, más que la forma... reforzó que lo que yo venía haciendo no estaba perdida en el espacio. Que iba por un buen camino” (II.B, 60)(...)“estoy más conectado diría yo, me ha pasado más últimamente de emocionarme con cosas que me cuentan los pacientes que antes, antes era un poco más analítico tal vez”. (I.B, 54) “en general yo soy muy cercana con mis pacientes y eso se ha mantenido” (III.B, 56). “han habido momentos de encuentro con los pacientes bien sutiles pero significativos” (VI.B, 100-102).

Otra entrevistada, terapeuta infantil, enfatiza el **respeto por el ritmo del otro y el valor del silencio para el contacto** y lo relata de la siguiente forma:

“me ha pasado que un niño no me quiere hablar de un tema y el tema no se habla, así de simple, entonces siento que ahí yo he sido mucho más respetuosa del contacto que él quiere tener, y eso ha sido súper bueno porque sobre todo con los niños cuando se sienten respaldados y validados en su silencio después solos se abren” (IV.B, 56).

Las **características de la escucha** en este contexto tienen que ver con lo que podemos llamar sintonía emocional con el otro en el presente, una forma de escuchar que como señalamos respeta los silencios y se caracteriza además por una mayor conexión, un ritmo más pausado y una mayor y apertura:

“a mí me pasaba, estar escuchando y tratar de buscar la otra pregunta, como para que no haya un silencio o para continuar el tema, pero ahora último me he permitido no hacerlo, o sea, escucharlo al cien por ciento y

permitir el silencio y desde el silencio que surja una pregunta, pero mucho más lento” (V.B, 36).

La **escucha adquiere entonces una cualidad menos controladora**, menos anticipatoria y más humilde:

“me aportó en la habilidad de escucha, una escucha como real, no así como ahora me va a decir esto y después me va a decir esto otro, que uno de repente tiende a caer en eso, no sé, tiene que ver con el tema como del control y cachar que te las sabes todas, yo creo que me ha servido para eso, para la humildad como terapeuta” (IV.B, 52).

Por otra parte, a nivel de expresión, algunos entrevistados reconocen que la participación en el taller les habría aportado la **habilidad de ser más claros y receptivos**:

“tiene que ver con el ser más receptiva, totalmente y yo creo que tiene que ver con bajar el tema del ego... entonces me ha servido mucho más esto de estar mucho más receptiva, escuchando y más atenta y desde ahí tratando de devolverle lo que él está viviendo en vez de darle recetas” (IV.B, 36).

En consonancia con lo anterior, esta forma más auténtica de relación parece incidir en que los **pacientes perciben a un terapeuta más conectado y seguro, menos defendido, respetuoso de los silencios y disfrutando más de su trabajo**:

“siento que la persona lo siente, siente que el terapeuta está más conectado, te está escuchando más y de ahí surgen las preguntas más asertivas, más atingentes” (V.B, 58). “en mi caso se ha visto mucho en un adolescente que atiende... podemos tener muchos momentos de silencio y bien, es como parte de la conversación, él es músico entonces me conecta con lo artístico también y eso es grato, es como más disfrutar la sesión que cumplir” (V.B, 38).

Esta mayor cercanía implica a veces flexibilizar el setting para **desarrollar la intimidad dibujando unos límites claros**:

“me pasó con una familia que tuve que ir a su casa luego de que el chico se había cortado así pero muy feo... les hice ver mi punto de vista, cuales eran las líneas que yo los invitaba a seguir y listo, agarré mis cosas y chao, que estén bien... y siento que estoy con una conexión como mucho más rica con ellos... creo que he sido más capaz de poner límites ahora” (IV.B, 54).

Otro de los cambios interesantes que muestran los entrevistados tiene que ver por un lado con la **valoración positiva que se hace del conflicto** asociada a una mayor sensibilidad hacia las relaciones interpersonales.

“En términos interpersonales a ratos he tenido un poco más de conflicto y que se han resuelto y que ha sido enriquecedor hacerlo. Pero no es que me haya generado una paz en mis relaciones, yo creo que me ha sensibilizado cosas que antes no veía de mí y de otros” (I.B, 13)

Por otro lado, en el caso de la atención clínica, se evidencia una mayor conciencia de los patrones relacionales de los pacientes y una mayor **capacidad para confrontar y chequear** aquello:

“yo tenía la sensación que no estaba él aprovechando su hora de sesión y eso me llevó a decírselo, a planteárselo en términos relacionales, como “a mí me pasa que” y como chequeándolo con él y fue re interesante porque, por un lado me di cuenta que, eso que yo sentía como tiempo perdido, para él no era tiempo perdido, curiosamente él necesitaba contarme todas esas cosas porque en su vida cotidiana no tiene a quién contárselas no más”. (I.B, 70)

2.5 LA DIMENSIÓN CORPORAL EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

La dimensión corporal aparece moderadamente relevada en las entrevistas post taller; se entregan algunos conceptos que refuerzan la relevancia de esta dimensión para la práctica psicoterapéutica.

1.5.1 Capacidad de percibir claves corporales en sí mismo y en el otro

Después del taller algunos entrevistados reconocen una **mayor conciencia de sí mismo**, de sus sensaciones a nivel físico y de ciertos aspectos ligados a la emoción:

“me ha ayudado a estar mucho más conciente de sensaciones, movimientos musculares... o las movimientos viscerales incluso, de contracción y expansión, con las diferentes emociones... con los miedos, con la rabia”. (VII.B, 108-114).

En este mismo sentido los entrevistados reconocen una **mayor conexión con el cuerpo** y una disminución de la **rumiación** como forma de afrontar situaciones particulares:

“con la meditación logré, se logró en mi mayor conexión con mi cuerpo como más consciente, en los momentos, en el presente y eso trae consigo mucho bienestar psíquico porque ya no está el tema de la rumiación mental, lo cerebral disminuyó bastante, no hay tanta preocupación, tanto rollo, tanto darle vuelta a un tema” (V.B, 2).

La mayor conciencia corporal implica un aspecto más específico que tiene que ver con la mayor percatación de aquello que **disgusta** y permitiría, en la vida personal y laboral, dejar situaciones que *están de más*:

“yo creo que mi cuerpo siente al tiro cuando está en una situación o en un lugar que no le agrada... me empezó a pasar así al principio así como que la

tensión, cuando tu cuerpo se pone tenso ... y después pasé al dolor de cabeza y ahora es como que no quiero ir más, he cachado que hay ciertas situaciones, o ciertos lugares o ciertas exposiciones que como que estoy evitando hacer” (VI.B,87).

Los entrevistados reconocen además haber desarrollado **mayor autoconciencia de la postura corporal** lo que se ha visto reflejado en el trabajo con sus pacientes en términos de mayor sintonía:

“Me ha aportado en términos de sintonía, en términos de postura corporal... porque he estado súper atento a eso a cómo estoy puesto” (I.B, 54)... “como más consciencia de mí... meditación tiene todo este cuento como de sentarte y con el pecho abierto y toda la cuestión, y en el fondo que es estar abierto al otro también” (III.B, 66).

Una entrevistada se refiere a esta conciencia de la postura corporal como el desarrollo de una **actitud digna** frente a la vida:

“es este tema de ser digna, de ocupar el espacio dignamente yo creo que tiene que ver tanto con la corporalidad, con esta corporalidad sana, donde tú te validas por quien eres y creo que voy con eso siempre” (IV.B, 72).

En general los entrevistados reconocen esta sensibilidad psicocorporal pero declaran haberla profundizado o **reforzado durante el transcurso del taller**:

“una conexión mayor con lo corporal, esa es la diferencia y que me ha tenido con menos angustia, más tranquilo por un tema que no es tanto el ataque de acá arriba (señala cabeza)” (V.A, 4). “tiene que ver con el estar bien presente con mis pacientes, bien alerta a lo que está pasando, también a su corporalidad” (IV.B, 44).

Como se vio en capítulos anteriores, la relación terapéutica se ve enriquecida por los **espacios de silencio y de resonancia afectiva**, donde **la corporalidad del otro** aparece, por decirlo así, dibujada en el propio cuerpo del terapeuta:

“hoy si hay silencio me conecto con eso ... me quedo observando, observando me conecto más con mi propia naturaleza que es observar lo corporal.” (II. B, 66-68).

En otras palabras, al considerar la dimensión corporal el **concepto de atención se amplía** de los contenidos hacia la corporalidad del otro:

“he estado más atento ahora a la corporalidad del otro que antes, antes mi atención era mucho más exclusiva a las palabras y creo que el espectro se ha ido ampliando, estoy pendiente de la postura corporal del otro y de la mía, de la respiración del otro y de la mía.”(I.B, 39)

2.6 PROCESO TERAPÉUTICO

2.6.1 Encuadre y formas de intervención

Después del entrenamiento una serie de aspectos se perfilan como característicos de los terapeutas en su forma de trabajar. En general remiten a aspectos del proceso que no pueden ser encasillados en el desarrollo de una habilidad terapéutica específica. Se profundiza en el cómo llevan el proceso terapéutico y en el cómo manejan aspectos particulares del encuadre, de la técnica, el diagnóstico y otros. Un primer aspecto significativo tiene que ver con la capacidad de soltar el control y **dejar que el proceso terapéutico ocurra**:

“sentir que el control de la sesión o de la terapia no es mío, o sea, yo no tengo el control sobre lo que está pasando, entonces soltar más... confiar en que si yo estoy presente ahí y estoy comprendiendo y estoy sintonizando, estoy devolviendo las cosas desde ahí, el resto viene solo aunque yo no sepa que va a pasar” (I.B, 52).

Según los entrevistados soltar el control permite **manejar al crítico interno y reducir la ansiedad y la evaluación permanente del proceso**:

“tengo la sensación de que lo que había de ansioso ha disminuido, que tiene que ver con lo que te decía que ahora siento que tengo menos responsabilidad que antes, o sea, el proceso no lo guío yo... y también yo creo que me ha dejado más sereno, más tranquilo con cómo estoy, con cómo me quedo y también no tan preocupado de si fue una buena o mala sesión” (I.B, 78).

Este confiar en el proceso, estar atento, dejar que las cosas pasen, implica también **menor planificación** del trabajo según los entrevistados:

“hay ciertos aportes que básicamente tienen que ver con no planificar tanto y con dejar que las cosas pasen, eso yo creo que me ha abierto puertas que antes no se abrían no más, más confianza en el estar atento y en que el estar atento genera ya algo de por sí, más allá de las técnicas que ocupes”. (I.B, 58)

Esta tendencia a *dejar ir el proceso* se acompaña además de la sensación por parte de los terapeutas de ser **menos directivo y de que la necesidad de intervenir disminuye**:

“inclusive como que hay harta validación por parte del paciente, porque como él se da cuenta de que tú le estay dando un espacio donde se puede equivocar, donde puede hacer cualquier cosa, y que no va a pasar nada, yo creo que igual te logran ver como un poquitito más cercana, siendo que tal vez intervengo menos” (III.B, 74).

Surge la reflexión respecto de **qué es acompañar al otro en la terapia**:

“hoy día igual me lo pregunto, o sea, qué es esto de acompañar al otro en la terapia... yo tampoco nunca he sido así como súper directiva ni tampoco es mi idea, pero igual es eso como de cómo estructuro este acompañamiento, qué es esto de acompañar ... entonces acompañar en qué afecta, porque es ver, aceptar y luego hacer” (VI.B, 77).

Cuando se ha instalado la pregunta respecto de **que es acompañar al otro**, la **tendencia a la directividad** es percibida por algunos como algo a modificar:

“todavía tengo que bajar un poquito más, de repente me engancha mucho, me embalo mucho, como que hablo mucho y tengo que decirme no es tu terapia, es la terapia del otro así que esa es como una de las debilidades más presentes” (IV.B, 44).

Otro entrevistado lo manifiesta en términos de sentir aún una presión por hacer bien las cosas y **dirigir la terapia en una dirección**:

“todavía trato de hacer las cosas bien y no equivocarme, por ejemplo; en que muchas veces trato de que la terapia se dirija hacia un lugar, que muchas veces no me doy cuenta que ya he definido: ¡ah, mira esto tiene que ir para allá!, y no necesariamente esta persona quiere ir para allá” (VII.B, 80).

Esta tendencia hacia una menor directividad ha sido especialmente útil frente a las **situaciones de emergencia o de atención en crisis**:

“me ha tocado también enfrentar situaciones súper difíciles, muy complicadas con pacientes, que han estado muy graves, y sabes que he estado como súper entera, así como muy ... bueno, en esto estamos, qué hacemos ahora con esto, y me ha servido mucho sobre todo con las situaciones de emergencia” (III.B, 74) (...) “creo que me ha servido mucho para eso, como para ser súper clara, concisa, no ponerle más adornos de los que le debo poner, poner el foco de atención en lo que yo siento en ese minuto” (IV.B, 70).

Por otra parte, la **calidad de las intervenciones terapéuticas en procesos de largo plazo** se perciben como más **calmadas**:

“cuando son procesos más largos me doy un poco más de libertad y ahí me relajo yo también y digo ya, esto no es una emergencia, así que ahí puedo estar mucho más atenta a lo que la persona dice y permitir que sea la persona la que vaya determinando la importancia” (IV.B, 70).

Luego del entrenamiento, el **encuadre** adquiere características donde **la pausa, el contacto con el momento presente y el silencio preparan el terreno para la intervención**:

“He notado que mis intervenciones ahora no son en frío, sino que las preparo como reconectándonos primero, como sembrar primero el espacio para que la intervención, que es la misma que yo hacía antes, sea más, asegurarme de que llegue mejor, y eso lo hago dando tiempo para conectarse para estar acá o respirar un rato... estoy más atento a los tiempos, a que las cosas se den con cierta pausa”(I.B, 74).

Este mismo terapeuta reconoce un **mayor refinamiento** en su forma de trabajar, un estar más atento a más dimensiones del proceso terapéutico lo que le permitiría incluso hacer un uso más íntegro de otras herramientas técnicas como el focusing:

“en términos del modo en que hago lo que hago, eso yo creo que se ha ido refinando, desde mi manera de escuchar de estar atento a más variables, hasta el modo en que utilizo algunas técnicas en terapia, por ejemplo el tema del focusing... el modo como lo vincular, las relaciones, lo hago de una manera más pausada, por ejemplo tomándonos un tiempo antes para respirar y para conectarse” (I.B, 74)

Otros entrevistados enfatizan el detenerse y el **tomarse un tiempo adecuado** para intervenir, **evitando apurarse, preocuparse o anticiparse**:

“siento que tengo un poquito más de capacidad de detenerme que antes y de preocuparme menos que antes” (I.B, 9) (...) “como que apurarte al ritmo o irte un poco al futuro perjudica un poco la relación. En cambio si estás momento a momento y escuchando súper presente, en verdad la pregunta fluye y si no fluye hay un silencio que también es súper terapéutico” (V.B, 72).

A propósito de los cambios en el modo de hacer terapia algunos terapeutas reconocen en general una **simplificación** y a la vez un mayor cuidado de los “pequeños **detalles**” en el setting por ejemplo:

“una simplificación en mi manera de hacer terapia o en mi actitud como terapeuta y que está en proceso, yo siento que estoy en un proceso de simplificación”. (I.B, 52) (...) “tiene que ver con el cuidar el espacio, cuidar el box por ejemplo ... que esté iluminado, que esté ventilado ... o sea, pequeños detalles, de preparar el ambiente para el paciente ... más que preparar la sesión”. (VII.B, 76)

Por otra parte se reconoce una mayor capacidad de acompañar el proceso del otro sin miedo, capacidad de **confrontar asertivamente** cuando se requiere, sin recurrir a formalismos o a un excesivo respeto:

“estoy mostrando las incongruencias en la gente mucho más... ahora soy más fría, soy más como “ya ¿ y ? ...toma”... más que miedo, yo creo que era como el sumo respeto que hay que tenerle al otro” (II.B, 74-76).

Los entrevistados se refieren también al desarrollo de una mayor **curiosidad** por la experiencia del paciente:

“había cosas que yo daba por hecho, entonces una paciente me decía “no, es que yo me quedo callada” y como yo la venía viendo hace tanto tiempo, sabía que ella era así, que casi era su forma de ser. Y en algún momento me surgió la duda de ¿qué te pasó que te quedaste callada si estabai tan enojada? ... y te dai cuenta de que se te abre un mundo po! cachai?... y yo creo que eso me pasó a mí con la meditación, me fui poniendo más curiosa” (III.B, 39).

Se instala entonces la posibilidad de **usar la curiosidad terapéuticamente**:

“una vez que ya caché que me puse curiosa, también noté que tenía beneficios, entonces ya lo empecé como a utilizar también ... no sé, una paciente que me hablaba del cigarro y me decía “el cigarro”, y está embarazada y no puede fumar, entonces me hablaba que le cargaba que todos fumaran y me estuvo hablando mucho rato de eso, y ... en realidad le daba rabia porque ella no podía fumar, ¿cachay? O porque ella no podía tomar y su pololo sí, y era todo un mundo que yo no había abierto antes” (III.B, 48).

Varios de los entrevistados refieren que después del taller se estimuló en ellos el interés por **integrar las técnicas de meditación en sesión**, el integrar técnicas alternativas como las escencias florales y el generar además tareas post sesión:

“la práctica de la meditación más el focusing, como que empiezan a calzar súper bien, es como ¡a ya!, por aquí hay algo potente digamos... y entonces lo uso en sesión, hago ciertos ejercicios de postura, corporales, y como dejar tareas de meditación, de algunas formas de meditación”. (I.B, 41)(...) “estoy súper contenta porque me atreví, dije ya basta, me compré mis flores de Bach y estoy trabajando full con eso” (IV.B, 24).

Después del taller algunos entrevistados reconocen también **habilidades que se encuentran en proceso de desarrollo** y que existe aún mucho por aprender antes de llegar a forjar el propio estilo:

“yo creo que me falta experiencia, lejos. Sería bueno para mí en estos momentos empezar a tener pacientes nuevos, como para ir conociendo distintas temáticas, ir creando nuevos vínculos, distintas historias... me falta que cuando me pase algo emocional, tal vez, poder transformarlo en una buena intervención para el paciente” (III.A,

40) (...) “y creo que tengo que encontrar un estilo también pa hacer eso” (VIIA68).

Otra de las entrevistadas dice tener una **sensación global de mucho cuestionamiento** respecto de lo que ha hecho hasta ahora como psicoterapeuta:

“que recién estoy comenzando, ahora siento que estoy más atrás todavía y que en el fondo estoy en los cimientos haciéndolos de nuevo... que me queda muchísimo trabajo más” (II.B, 82).

En algunos casos la **sensación puede ser de frustración** frente a ciertos pacientes:

“hay pacientes con los que no sé qué hacer no más... pacientes... más apáticos... y me frustró y tengo la sensación que no estoy avanzando, no estamos avanzando, no sé qué hacer y a veces no sé bien salir de los atolladeros con ese tipo de pacientes”. (I.B, 48)

Una de las habilidades específicas que los entrevistados sienten que están en proceso de desarrollo están en los planos transferenciales, por ejemplo **el evitar la confusión de roles y el estar atento a las proyecciones personales**:

“es que se puede confundir mucho la amistad con la terapia, entonces los pacientes comienzan a verme más como amiga que como terapeuta ... comienzan a confundir, a agregar a facebook... desde ahí yo es algo que tengo que seguir mejorando” (II.A, 146)(...) “todavía estoy como en este proceso, sobre todo después de este entrenamiento, como de darme cuenta hartó de qué es lo mío y qué es lo del otro... de repente me pilló igual en esas reflexiones en terapia, entonces siento que ahí todavía tengo como un trabajo importante que hacer” (IV.B, 40).

VIII.2 ANÁLISIS RELACIONAL AXIAL

En el capítulo anterior se han presentado los resultados de manera descriptiva, estableciéndose categorías y subcategorías abiertas a partir de las narrativas de los entrevistados antes y después del entrenamiento en mindfulness. En este apartado se proponen seis relaciones específicas que sintetizan algunos de los principales grupos de cambios percibidos en los participantes después del entrenamiento:

1. Redefiniciones conceptuales asociadas a la práctica de mindfulness
2. Mindfulness y autocuidado en psicoterapia
3. Efectos paradójales de la práctica de mindfulness
4. Aportes del mindfulness para la regulación de los afectos
5. Vínculo terapéutico en el contexto de la práctica de mindfulness
6. Cuerpo y mindfulness

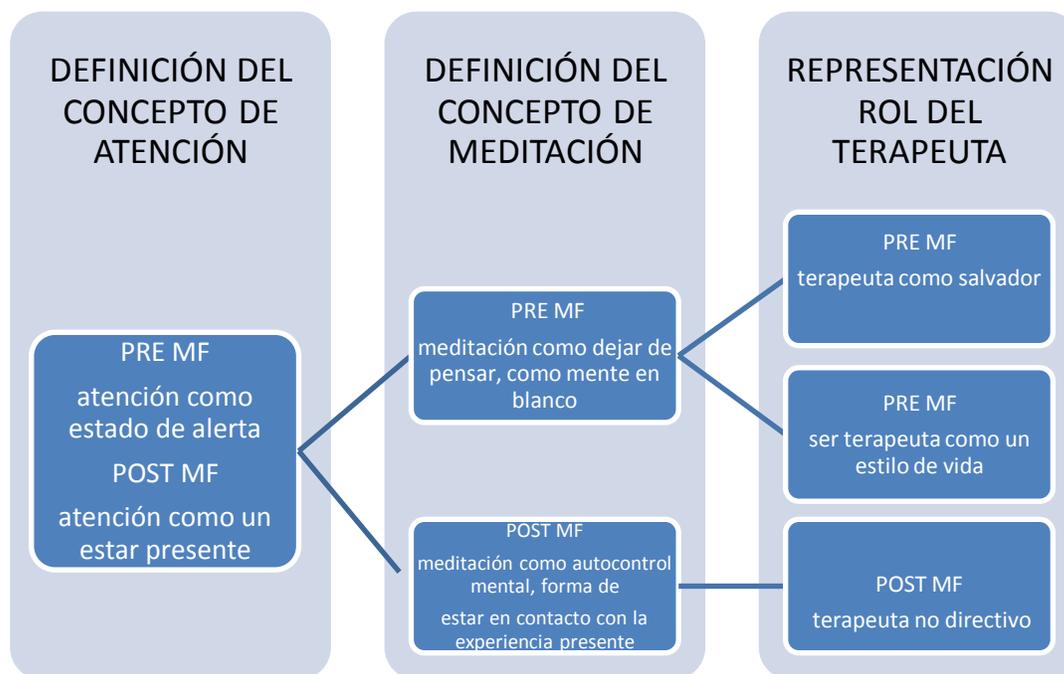
1. Un primer grupo de cambios muestra una serie de redefiniciones conceptuales asociadas a la práctica de mindfulness

Una primera reformulación conceptual tiene que ver con el fenómeno de la **atención**: inicialmente la atención es entendida como un estado de alerta del terapeuta, un “*estar como bien despierto*” (IV.A, 72). Después del entrenamiento la atención se entiende como la capacidad de estar presente, un estar receptivo sin perder el foco y manteniendo a la vez el contacto: “*tengo la sensación de que he estado más presente desde varios niveles... desde lo corporal... hasta lo emocional*” (I.B, 56) (...) “*he estado más atento ahora a la corporalidad del otro que antes, antes mi atención era mucho más exclusiva a las palabras y creo que el espectro se ha ido ampliando, estoy pendiente de la postura corporal del otro y de la mía, de la respiración del otro y de la mía.*” (I.B, 39).

La práctica meditativa realizada durante el taller llevó a los participantes a redefinir el concepto de **meditación**; antes del entrenamiento se asocia la meditación con la idea de no pensar o de detener la cabeza. Después del entrenamiento se va abandonando esta idea del meditar como un dejar la mente en blanco y se le llega a ver como una forma de autocontrol mental beneficioso y de encuentro con la experiencia presente. Desde este valorar el contacto con la experiencia presente, con toda su carga de emociones y pensamientos, se le ve incluso como una nueva forma de mirar las situaciones problemáticas: “*la meditación para mí era “no pensar”, esto antes de entrar al taller.*” (V.B, 72) (...) “*el tema no es dejar de pensar, porque tenemos cerebro, uno siempre está pensando. El tema es controlar la mente y eso es lo que te trae beneficios*” (...) “*más como vivir el momento, la emoción o el sentimiento que surja*” (V.B, 72).

Junto con la redefinición de los conceptos de atención y de meditación es posible observar un cambio en la representación del **rol del terapeuta**. Entre algunos entrevistados originalmente circulaba la representación del terapeuta como un salvador, la expectativa era alta: *“no he logrado llegar al lugar donde me sienta el súper terapeuta”* (I.A, 50).

En las entrevistas iniciales se señala así mismo que el ser terapeuta va estrechamente ligado a la vida personal del terapeuta *“para mi la psicología es un estilo de vida, aparte de ser mi trabajo”* (IV.A, 95). Después del entrenamiento las expectativas acerca del trabajo terapéutico aparecen más aterrizadas: *“no me puedo dar de super woman con mis pacientes”* (II.B, 70) (...) *“tengo la sensación de que lo que había de ansioso ha disminuido, que tiene que ver con lo que te decía que ahora siento que tengo menos responsabilidad que antes, o sea, el proceso no lo guío yo”*(I.B, 78).



Respecto de la reformulación del concepto de atención resulta relevante observar que este implica un cambio en la calidad de la misma en dirección de una mayor capacidad de concentración lo que impacta positivamente en las habilidades terapéuticas: *“siento que me es más fácil focalizar ahora, me es más natural hacerlo del paciente y de mí al mismo tiempo”* (I.B, 64) (...) *“ya no uso el cuaderno, es mucho más la concentración”* (V.B, 52).

En este contexto se mencionan una serie de factores que atentan contra la atención en psicoterapia: se señala por ejemplo que el exceso de planificación frente al impasse terapéutico dificulta la atención de los terapeutas: *“cuando no sé qué voy a hacer... ahí me pongo más calculador”* (I.A, 80). Así mismo los estados

emocionales intensos como la rabia o los temores se transforman en obstáculos para estar presente: *“tiene que ver como con este punto en el cual te toca... te sientes como identificada con ciertas cosas o te genera como rabia... y como que ahí claro, uno pierde la conexión con el sujeto”* (VI.A, 110).



Las preocupaciones laborales y el estrés asociado a ellas son reconocidas también por los terapeutas como factores que los alejan del foco de atención en sesión: *“no está tan ligado a lo emocional, o sea, a que yo esté mal y que sé yo, menos atenta. Tal vez sí ligado al estrés”* (III.A, 65) (...) *“sobre todo cuando empiezo a darle vueltas a lo de la pega. Ese es como mi foco de ansiedad actualmente es como un constante en verdad, como la rumia media obsesiva”* (III.A, 10-12).

Junto con esta mayor capacidad de concentración, surge la habilidad para reconocer los movimientos de la propia mente: *“me pasa que me pongo a soñar, pero me doy cuenta inmediatamente que estoy soñando”* (IV.B, 78) y ligado a esto se desarrolla una mayor capacidad para reconocer los patrones de reacción personal: *“siento que el paso por el entrenamiento me preparó para decir tengo esta necesidad de sentir aprobación o de sentir que estoy haciendo las cosas bien... reconocer eso, como un tipo de funcionamiento del yo, del patrón.”* (VII.B, 56-58).

Es posible afirmar que después del taller persisten en algunos casos ciertas tendencias habituales o hábitos antiguos de desatención como por ejemplo el quedarse fijada en un contenido: *“como que me dicen algo que yo, que me impacta y es como que me quedo pensando en eso* (III.B, 68)” o la tendencia a dar cosas por hechas sin chequear: *“me he dado cuenta de que a veces mi error es que sobre-entiendo”* (III.A, 69). Sin embargo resulta también evidente que disminuye la tendencia a enjuiciar en psicoterapia, caracterizada por la *“apertura, espacio, espacio pa´ poder aceptar lo que surge... y harto del cuidado con los juicios, cuando empiezan a surgir”* (VII.B, 104).

Esta apertura implica reformular estrategias de intervención como por ejemplo transparentar la desatención con el paciente: *“la mente divaga bastante menos, y también la controlo más... de repente estoy haciendo terapia con alguien y me doy cuenta de algo mío, entonces... muchas veces lo tomo como herramienta terapéutica y lo comento con mi paciente”* (IV.B, 64).

2. Un segundo grupo de cambios relevantes se refiere a la persona del terapeuta y en particular al autocuidado en psicoterapia

En este contexto es posible afirmar que la práctica de mindfulness incide positivamente en el desarrollo de las habilidades de autocuidado y hace posible distinguir estrategias de autocuidado eficaces de otras poco eficaces; ver televisión o escuchar música no son útiles para los entrevistados como formas de autocuidado: *“comienzo a ver tele, pero me comienzo como a inquietar...escucho música. Me pongo los audífonos y me aílo del mundo... y ahí bajo un poco más las revoluciones y todo el cuento... pero de ahí he intentado... mantener mi mente en calma, pero no lo he logrado”* (II.A, 50).

Las actividades físicas y recreativas por otra parte aparecen en el plan como una medida deseable de autocuidado pero hay dificultades para concretarlas: *“no me doy el tiempo para hacer actividad física (V.A, 7) (...) “no lo he manejado todo lo que yo quisiera... estoy bailando una vez a la semana, tratando de salir fuera de Santiago lo más que puedo”* (IV.A, 24). Cuando las actividades recreativas se concretan emergen como una medida paliativa más que preventiva: *“tengo un día malo y es como obvio que voy a aeróbica”* (III.A, 28).

Se reconoce un cierto desgaste inicial entre los entrevistados asociado, entre otros aspectos, a la atención masiva de pacientes: *“salgo de sesión y me da vueltas todavía el problema y trato de buscarle alguna solución más inmediata, es pura rumiación”* (V.A, 7).

Para afrontar este desgaste los terapeutas despliegan diversas formas de afrontamiento como regular la cantidad de pacientes que atienden o la cantidad de horas que dedican al trabajo: *“tengo como regla... no atender más de cierta cantidad de pacientes... estoy atendiendo seis y no me gustaría pasar los diez a la semana por ahora”. (I.A, 48)(...) “no trabajo las 44 horas que la gente normal trabaja... tengo mucho tiempo para descansar, duermo 8, 10 horas. Y bien, eso es lo mejor”* (V.A, 41). En este punto resulta evidente el cambio en el ritmo de la vida cotidiana que han asumido algunos de los entrevistados después del taller, este se sintetiza en dos frases: *“una cosa a la vez”* (VI.B, 42) y *“hacer un poquito todos los días”* (VII.B, 22-24).

Junto a estas acciones los entrevistados destacan que sus prácticas de autocuidado han estado centradas en buscar apoyo en las redes familiares y entre las amistades pero que muchas veces han necesitado de espacios más profesionales: *“también siento que me falta terapia personal”* (VII.A, 60). Así, después del entrenamiento en MF algunos terapeutas consideran emprender

acciones concretas y “retomar el espacio de terapia... de pronto bajo otra línea...yo no estoy tranquila...se me abrieron muchas preguntas” (VI.B, 59).

Así mismo, la supervisión clínica y el compartir casos clínicos con colegas es un espacio muy valorado: “mi supervisora como que te dice no pero mira, si quedai muy angustiada con el paciente preocúpate de atenderlo a él de los últimos y no de los primeros... en esas cosas trato como de cuidarme” (III.A, 32); así mismo se resiente la ausencia de supervisión, “no he encontrado a alguien que me haga clic para que me supervise... me siento en falta”(II.A, 191). El siguiente cuadro sintetiza algunos de los aspectos recién descritos:



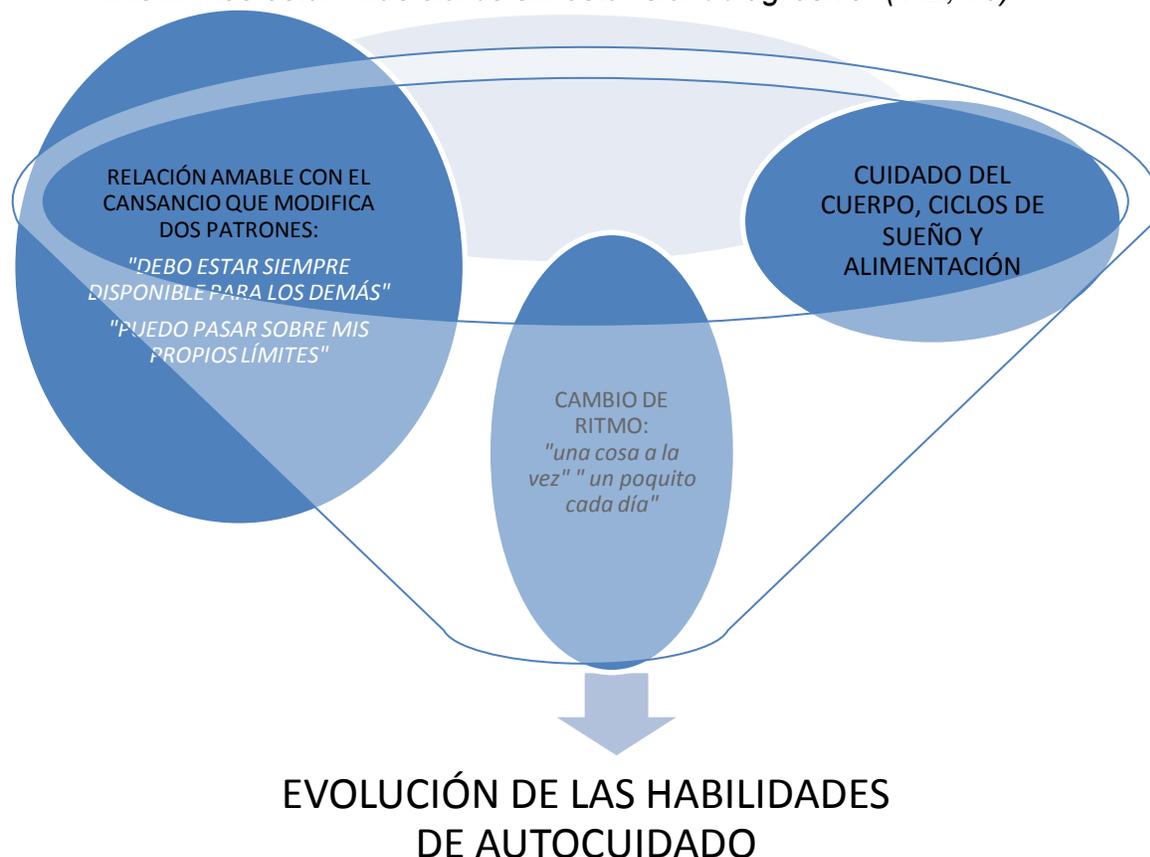
Más allá del espacio terapéutico, el entrenamiento parece haber incidido en fomentar una mayor conciencia y preocupación por el cuidado del propio cuerpo en términos de generar un mayor respeto por los ciclos de sueño, “físicamente como que estoy más atento o más claro de lo que tengo que dormir y cuanto”(VII.B, 8); y una mejor relación con los hábitos de alimentación: “¿qué quiero comer?”... como que le doy vueltas y más como conciente de qué es lo que realmente quiero” (V.B, 70) (...) no tomar tanto alcohol o fumar tampoco... como que me sacio más rápido” (VII.B, 8).

Esta evolución de las habilidades de autocuidado tendría que ver con la aceptación del estado y con el no utilizar un esfuerzo extra en quejarse o en ocultarlo: “antes era un cansancio como mental ... ahora no es un cansancio que me paraliza, al contrario, es un cansancio que de hecho es como bien amable, no

me ha impedido hacer cosas y he podido reconocerle a mis pacientes que sí, que estoy cansada, y creo que ellos se han dado cuenta, así que creo que es un cansancio como más honesto, más de verdad y no ya desde mi alaraquismo” (IV.B, 30).

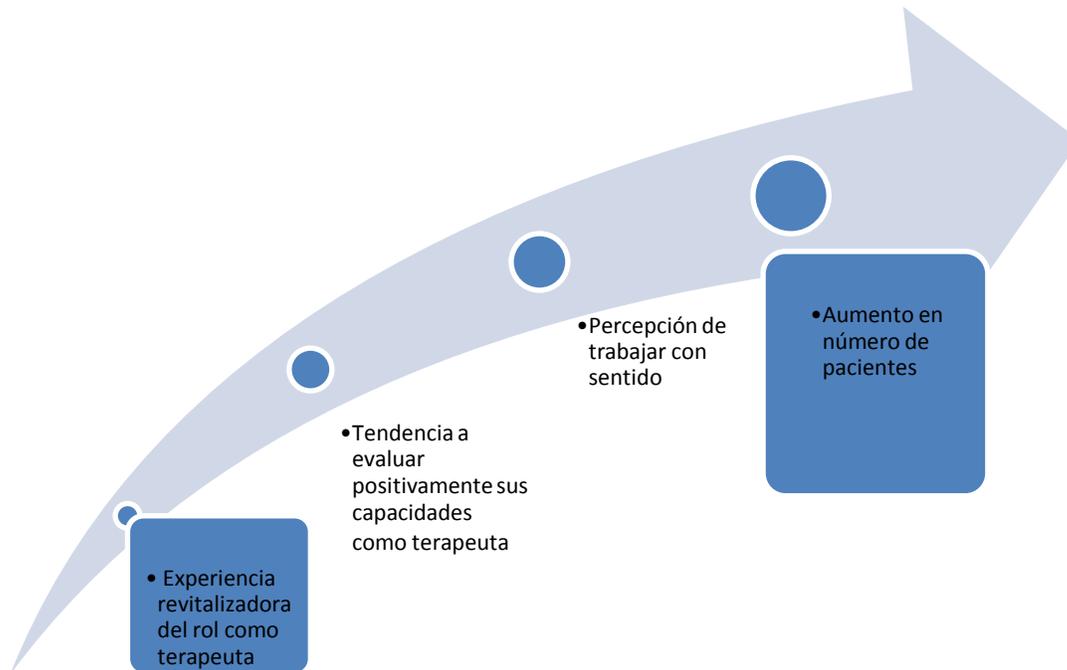
En esta relación más amable con la fatiga se modifican dos patrones específicos de bajo autocuidado:

- El estar siempre disponible para el otro: *“está bien estar para el otro, pero no, no me hago más daño del que ya me he hecho” (II.B, 46)*
- El pasar sobre los propios límites: *“siento que me respeto más, siento que mis límites están más claros sin estar siendo agresivo” (V.B, 70).*



Es posible afirmar que el entrenamiento en MF fue recibido por los participantes como una experiencia revitalizadora y movilizadora de su rol como terapeuta: *“siento que el entrenamiento en Mindfulness ha sido súper vital para mi rol como terapeuta,” (IV.B, 32) (...) “antes de entrar a terapia un poco ansioso, a veces cansado y como con poca energía... pero durante la terapia eso se va revirtiendo y termino las terapias con una nueva carga de energía, contento... y menos ansioso” (VII.B, 172).*

Así mismo los terapeutas reconocen estar trabajando con más sentido y con más seguridad, tienden a evaluar positivamente las propias capacidades: *“sintiendo que hago cosas significativas, o sea, que las cosas que pasan acá son valiosas para los pacientes.”* (I.B, 37) (...) *“mayor seguridad, más confianza en las propias habilidades, siento más confianza en mí, en mis capacidades y un mayor manejo en la situación”* (V.B, 56). Este aumento en la percepción de competencia después del taller también se sigue en el aumento del número de pacientes en algunos casos: *“tengo más pacientes y eso es novedoso para mí”* (V.B, 14). Esta evolución se graficaría de la siguiente manera:



En este contexto es posible afirmar que **a mayor práctica de mindfulness mayor es el grado de compromiso con la meditación**; a medida que el entrenamiento avanzó se fue generando un mayor compromiso con la necesidad de meditar: *“yo diría en las últimas 3 sesiones, una cosa así, se me generó por primera vez la necesidad; antes era un “tengo que hacerlo”* (II.B, 16).

A medida que el entrenamiento avanza, la meditación comienza a encontrar un lugar en la vida cotidiana de los participantes y se busca sostener una coherencia con lo que se predica en consulta, en particular respecto del hecho de valorar el contacto con el momento presente y de pensar que si se está recomendando a los pacientes que mediten, deben mantener esa disciplina ellos mismos: *“no era solamente la meditación sentada, yo creo que estuve más interactuando con la meditación en lo cotidiano, eso se me hizo mucho más fácil... me da risa porque yo les decía a mis pacientes que hicieran eso y yo brillaba por mi ausencia”* (II.B, 25-27).

En algunos casos se produce incluso una irradiación familiar de la experiencia, donde miembros de la familia que también han sentido curiosidad por el tema comienzan a involucrarse en la práctica al ver a su familiar meditando: *“miembros de mi familia también han sentido curiosidad por el tema, por ejemplo una de mis hermanas también empezó a meditar... hemos meditado juntos pero también medita sola.”*(VII.B, 16–18).



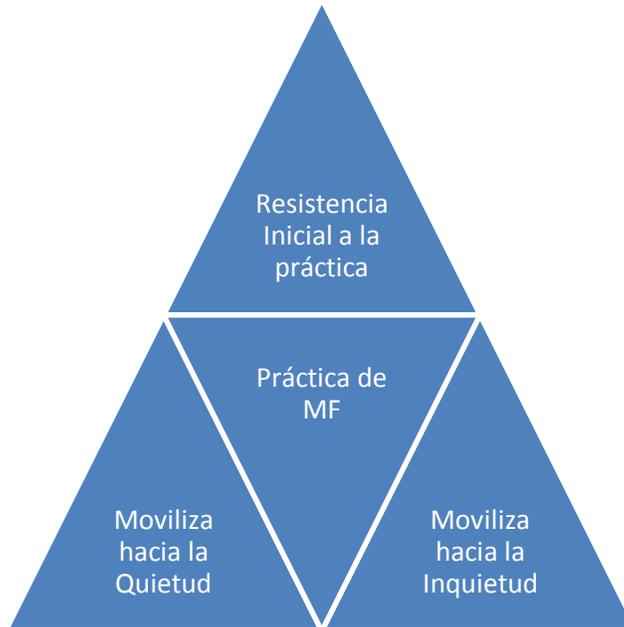
3. Un tercer grupo de cambios muestra que la práctica de mindfulness puede tener efectos paradójales

Por un lado algunos reconocen haberse movilizado hacia un estado de mayor quietud, de goce y contacto con el momento presente mientras otros señalan, que sobre todo al comienzo de la práctica, se conectaron con estados de inquietud e intensidad emocional.

La mayor conexión con el presente se manifiesta en una cercanía y disfrute de las relaciones sociales más íntimas mientras paralelamente se observa una toma de distancia respecto de relaciones más eventuales: *“las relaciones las disfruto mucho más ... en el compartir con la familia, con amigos, es como estar más conectado con lo que estoy en el momento y no pensando en que vas a hacer en media hora más, que a quién tienes que llamar, que a cuántos pacientes tienes que atender en la semana, más presente”* (V.B, 10).

Paradójicamente, otro grupo importante de cambios está asociado a la inquietud, a una suerte de caos interno que ha producido el entrenamiento: *“ha sido potente, eso es lo que te puedo decir... pero sí, movió, fue intenso. Todavía sigo teniendo secuelas... me descolocó el caos interno que me generó”* (II.B, 16-17).

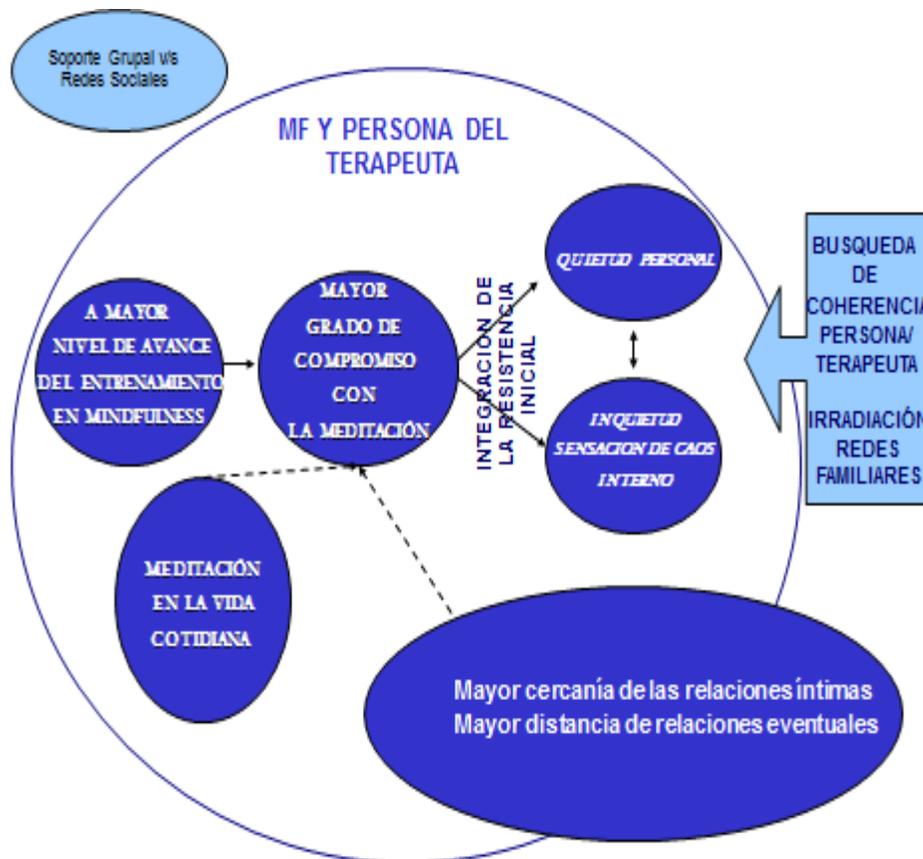
Podemos sugerir entonces que la tensión entre quietud e inquietud produce en varios de los participantes una suerte de resistencia inicial a la práctica la que se materializa concretamente en *la relación con el cojín de meditación*: *“me generó y te voy a ser súper honesta, más irritabilidad, poco tolerante... todavía tengo distancia con el cojín (risas)”* (II.B, 6). La siguiente cita gráfica muy bien el impacto inicial del taller: *“me pasó un fenómeno súper simpático haciendo el entrenamiento, de verdad que no tenía ganas de atender a nadie (ríe)... eso me pasó yo creo que durante el primer mes, y de ahí de a poquito me he ido como reconectando”* (IV.B,32).



Al momento de realizar este análisis integrativo final resulta relevante traer de vuelta la experiencia de los entrevistados en su paso por el entrenamiento en mindfulness: los resultados descriptivos nos muestran que para este grupo de meditadores nóveles, el cojín pareciera haber adquirido vida propia y se fue transformando en un receptor de muchas proyecciones personales: *“al principio con esa como ilusión como de la calma, como de la tranquilidad, y luego vino como un primer acercamiento y como aproximación a las angustias y como de los miedos así súper heavy, de hecho fue súper como de resistencia a afrontarse, hubo momentos en los cuales evitaba, me daba un montón de vueltas”* (VI.B, 10).

Es más, tanto el cojín como la coordinadora del grupo, parecieran ser percibidos como sacando a los entrevistados del ritmo acelerado de costumbre y como conectándolos con emociones que pueden ser displacenteras y eso se resiente en algunos casos, requiere esfuerzo y levanta resistencias: *“es que hay una parte mía que dice “no te podí retrasar en este minuto de tu vida, hoy no, mañana... tenís que estar ahí al pie del cañón”. Entonces esto del cojincito te distrae de tu misión, por eso déjame al lado. Tengo que hacer un esfuerzo para sentarme”* (II.B, 52).

Como se grafica en el siguiente esquema, resulta interesante observar que a medida que las resistencias emocionales son integradas como parte del proceso de entrenamiento, es decir a medida que se avanza en la práctica meditativa, el proceso parece fluir: *“entonces creo que ha habido momentos como que en los cuales me siento en el cojín y viene como la pena y llega y así como llega también se va... entonces como que tampoco ha sido tan terrible, yo creo que fue terrible mientras me resistí”* (VI.B, 67).



En el contexto de “alto impacto emocional” que produce el taller surge la necesidad de compartir el trabajo en meditación con otros que están en una sintonía similar ya que muchas veces las reacciones que se producen en las redes cercanas de los participantes se caracterizan por la incomprensión o el cuestionamiento sutil, lo que aparece como un obstáculo para la práctica independiente. Pareciera que el grupo se transforma en un soporte de las ansiedades personales: *“he tratado de compartir pero como que no ha resonado en todos lados... alguien que me dice pero qué onda tú... ¿pero qué te fumaste? ... yo creo que por eso tenía como mucho valor para mí esto de estar con otros, que están un poco en la misma”* (VI.B, 73).

La resistencia al proceso se manifiesta también en las fantasías que genera el lugar de **la coordinación del grupo** y el grado de identificación con ella: *“yo creo que termina esto (el taller de Mindfulness) y yo ahhhhh... respiro. Y creo que eso va a significar sentarme mucho más ... porque es un tema de no sentirme obligada porque toda mi vida he hecho las cosas obligada y esto no tiene que ver con la obligación y por eso siento que yo me distancié de él (el cojín de meditación). ... porque en el fondo no le tengo que dar explicaciones a nadie. En cambio jueves a jueves tenía que dar explicaciones, si me había sentado, que me había pasado, que no”* (II.B, 95).

Ahora bien, frente a esta resistencia inicial **la racionalización** aparece como un mecanismo para reducir la tensión interna y se va dando paso a una **entrega más abierta al proceso**. Con un ejemplo bien específico se grafica este proceso de cambio: “habíamos tres en particular que éramos demasiado racionales y sí, fue maravilloso ver en uno... que ... de repente en la quinta, sexta sesión, él estaba sentado y... era diametralmente opuesto, relajado, estaba con los hombros hacia abajo... y ver ese cambio en los otros me hizo ver mis propios cambios... entonces desde ahí fui más entregada, como sin expectativas” (II.B, 2). Otro ejemplo de esto último, y en un aspecto más bien ligado al formato metodológico del entrenamiento y que aportó a la reducción de esta tensión inicial, fue el **valor atribuido a la lectura pre sesión**, la que es percibida como un **cable a tierra** que logra bajar las ansiedades personales: “me sirvió mucho leer al final, es decir las noches antes de, porque me iba cerrando a todo lo que mi experiencia me iba diciendo en la semana... los textos, fueron fabulosos, fueron como anillo al dedo, y es una opinión generalizada de todos ... me bajaban los niveles de ansiedad... como que era mi cable a tierra” (II.B, 2).

4. Un cuarto grupo de cambios dice relación con los aportes de mindfulness para la regulación de los afectos

Tanto en las entrevistas pre como en las entrevistas post aparece un sentimiento de valorar un encuadre donde la tranquilidad y el generar un clima compasivo sean el soporte para una escucha más presente y más empática: “un clima más bien de tranquilidad, dónde yo favorezco hartito el mirarse del paciente... favorezco un clima de auto-observación permanente” (I.A, 67)(...)”en el fondo creo que ha generado un espacio con los pacientes y conmigo como también como permitir, como dejar caer algo también, yo creo que también tiene que ver con esto que le llaman ¿ la compasión?” (VI.B, 105).

Junto a este deseo de armonía, se observa entre los entrevistados ciertos indicadores de estrés antes del entrenamiento: “hace tres meses me encontraron síndrome de burnout ”(II.A, 3) (...)“creo que hace años no me sentía tan estresada ... también siento que mi ánimo ha bajado un poco este último tiempo” (IV.A, 28).

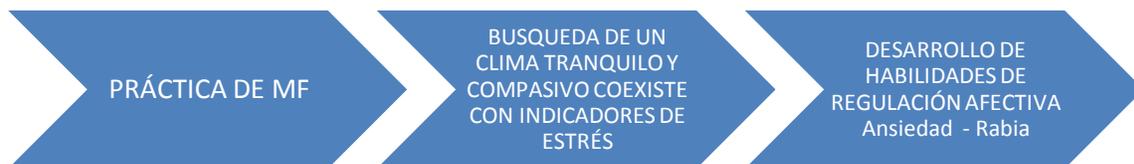
Un aspecto que preocupaba a varios de los entrevistados antes del entrenamiento es la pertinencia de la aparición de ciertas emociones y sentimientos en el espacio terapéutico. El permitirse o no el enojo por ejemplo genera cuestionamientos y desafíos para los terapeutas, especialmente cuando se quedan con la sensación de que no lo han sabido manejar adecuadamente: “hace poco una paciente me empezó como a devaluar un poco y yo sentí que de la mitad de la sesión para adelante no hice nada porque yo estaba enojada” (III.A, 38)”(...) “este sentimiento de rabia que sentí que me bloqueó para poder hacer una intervención que sirviera. Sí, me doy cuenta, pero creo que todavía no lo manejo muy bien” (III.A, 67).

Luego de la participación en el taller, pareciera haber más factores que facilitan la regulación emocional que aquellos que la dificultan: “que la tranquilidad que se logra con esto de estar más presente... te lleva a tener más energía en la relación,

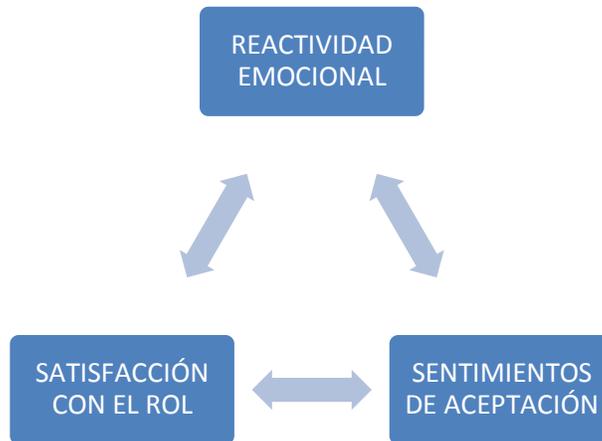
en la conversación y eso trae mejor entendimiento y más frutos” (V.B, 40). Resulta evidente por ejemplo que las emociones que encontraron un mejor manejo después del taller fueron las ligadas al manejo del estrés y la ansiedad: *“me siento mucho menos estresada, creo que está el estrés justo como para movilizarme”* (IV.B, 18)(...) *“he estado bien poco ansiosa, me ha bajado la ansiedad harto, y cuando me empieza a inundar me doy cuenta rápido y trato de calmarme”* (IV.B, 16).

Después del entrenamiento se describe además un mayor grado de regulación de estados emocionales como la rabia, cambio que ha tenido sus efectos también en la relación con los pacientes: *“ando mucho menos rabiosa y más capaz de darme cuenta también que a veces no es justo pal otro tampoco que yo ande cansada y que ande irritable... ando menos rabiosa (risas) y con mis pacientes también.”* (III.B, 26).

Algunos entrevistados llegan incluso a sorprenderse de lo drástico de este cambio y reconocen los efectos que esto tiene en sus relaciones con los pacientes y los beneficios que surgen de esto: *“¿cómo tan poco rabioso? ... he sido súper paciente sin proponérmelo, ha sido espontáneo y gracias a esa paciencia he obtenido mejores resultados”* (VII.B, 60). Un factor que facilitaría el enfrentamiento exitoso de la ansiedad, sería el vivirla, conocerla y no evitarla: *“no trato de manejarlo ... es estar ahí, estar en la ansiedad no más, no salirme de eso ... no es fácil ...no hacer el quite al proceso, me doy unos minutos... le doy una vuelta, le doy otra vuelta y luego de eso como que se diluyera”* (VII.B, 30-34).



Respecto de la reactividad emocional, para algunos el estado de ánimo después de la sesión sigue estando marcado por los resultados, mientras que para otros el estado emocional con el que terminan la sesión no depende de aquello: *“hay veces en que el paciente está súper bien y es como “bacán” (...) y hay veces que es como “pucha, por qué retrocede” y en verdad es súper variable”* (III.B, 83) (...) *“lo que me ha pasado ahora es que después me quedo bien tranquila y me quedo bien satisfecha independiente de cómo haya sido la sesión”* (IV.B, 74). Una de las razones percibidas por los terapeutas para la menor reactividad emocional tiene que ver con la aceptación de las cosas tal cual están, algo así como un sentimiento de mayor realismo: *“yo creo que es a este tema de aceptar las cosas como son, que no tiene que ver con un conformismo si no con ser súper realista y entender que en este momento, las cosas que están son las que están y no otra que esté en nuestro ideal”* (IV.B, 76).



5. Un quinto grupo de cambios relevantes está asociado al vínculo terapéutico en el contexto de la práctica de mindfulness

Antes del entrenamiento varios de los terapeutas reconocen la habilidad para hacer un buen vínculo como una de sus principales fortalezas en el contexto de la psicoterapia, habilidad que trasciende la pertinencia técnica de las intervenciones clínicas: *“es que hago como un buen vínculo con las pacientes que tengo... y me ha pasado que a veces yo me digo no sé si lo estoy haciendo tan bien, ni si estoy haciendo como la intervención correcta o precisa, pero me doy cuenta de que el vínculo sí ayuda”* (III.A, 36). En las entrevistas previas se caracteriza el estilo vinculatorio en terapia principalmente con adjetivos como cercano, amigable, cálido, no confrontacional, paciente o empático y se atribuye a algo que viene dado por una dimensión más bien innata: *“creo que tiene que ver con habilidades propias, o sea con esas habilidades que vienen contigo, cosas internas”* (VII.A, 68).

Después del entrenamiento los entrevistados describen una relación de mayor conexión, menos analítica y con un mayor grado de apertura emocional y empatía con los pacientes: *“estoy más conectado diría yo, me ha pasado más últimamente de emocionarme con cosas que me cuentan los pacientes que antes... antes era un poco más analítico tal vez”* (I.B, 54) (...) *“yo me siento como más conectado, más claro, más empático.”* (I.B, 38).



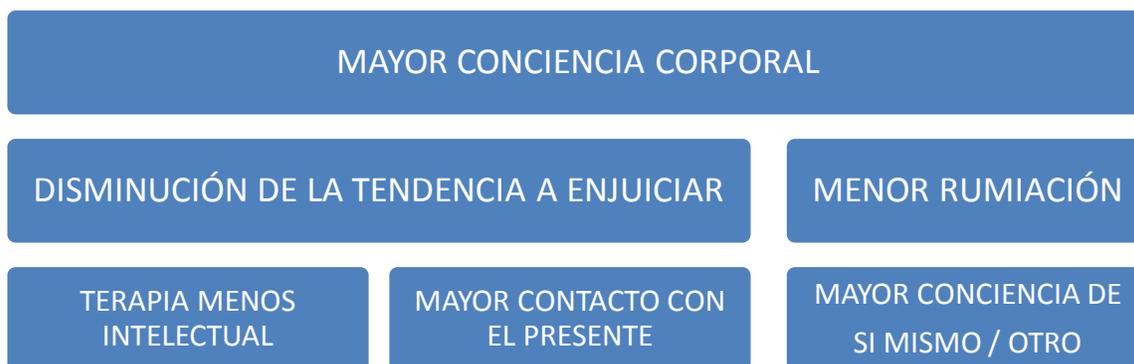
Como muestra el cuadro, la relación terapéutica se ve enriquecida por los espacios de silencio y de resonancia afectiva, donde la corporalidad del otro aparece dibujada en el propio cuerpo del terapeuta: *“hoy si hay silencio me conecto con eso... me quedo observando, observando me conecto más con mi propia naturaleza que es observar lo corporal.”* (I. B, 66-68).

Las características de la escucha en este contexto tienen que ver con lo que podríamos llamar sintonía emocional con el otro en el presente, una forma de escuchar que como señalamos respeta los silencios y se caracteriza además por una mayor conexión, un ritmo más pausado y una mayor y apertura: *“a mí me pasaba, estar escuchando y tratar de buscar la otra pregunta, como para que no haya un silencio o para continuar el tema, pero ahora último me he permitido no hacerlo, o sea, escucharlo al cien por ciento y permitir el silencio y desde el silencio que surja una pregunta, pero mucho más lento”* (V.B, 36).

Otro de los cambios interesantes que muestran los entrevistados tiene que ver con la valoración positiva que se hace del conflicto y la confrontación, asociada a una mayor sensibilidad hacia las relaciones interpersonales: *“en términos interpersonales a ratos he tenido un poco más de conflicto y que se han resuelto y que ha sido enriquecedor hacerlo. Pero no es que me haya generado una paz en mis relaciones, yo creo que me ha sensibilizado cosas que antes no veía de mí y de otros”* (I.B, 13).

6. Un sexto grupo de cambios está relacionado con la dimensión corporal

Ya en las entrevistas iniciales los entrevistados aluden a indicadores o claves corporales que de alguna u otra forma guían el proceso de contacto en psicoterapia, entregando información relevante acerca de sí mismos y de sus pacientes: *“he ido progresivamente saliendo de la terapia intelectual, o sea del diálogo simplemente, hacia algo más corporal”* (I.A, 56).



Después del taller se enfatiza una *“conexión mayor con lo corporal, esa es la diferencia y que me ha tenido con menos angustia, más tranquilo por un tema que no es tanto el ataque de acá arriba (señala cabeza)”* (V.A, 4) (...) *“tiene que ver con el estar bien presente con mis pacientes, bien alerta a lo que está pasando, también a su corporalidad”* (IV.B, 44).

Esta mayor conexión con lo corporal incide en una mayor conciencia de sí mismo, de las sensaciones a nivel físico y de ciertos aspectos ligados a la emoción: *“me ha ayudado a estar mucho más conciente de sensaciones, movimientos musculares... o las movimientos viscerales incluso, de contracción y expansión, con las diferentes emociones... con los miedos, con la rabia”*. (VII.B, 108-114).

En este mismo sentido los entrevistados reconocen una disminución de la rumiación como forma de afrontar situaciones particulares: *“con la meditación logré, se logró en mi mayor conexión con mi cuerpo como más consciente, en los momentos, en el presente y eso trae consigo mucho bienestar psíquico porque ya no está el tema de la rumiación mental, lo cerebral disminuyó bastante, no hay tanta preocupación, tanto rollo, tanto darle vuelta a un tema”* (V.B, 2).

Los entrevistados que reconocen haber desarrollado mayor autoconciencia de la postura corporal señalan que esto se ha visto reflejado en el trabajo con sus pacientes en términos de mayor sintonía: *“me ha aportado en términos de sintonía, en términos de postura corporal... porque he estado súper atento a eso a cómo estoy puesto”* (I.B, 54)... *“como más consciencia de mí... meditación tiene todo este cuento como de sentarte y con el pecho abierto y toda la cuestión, y en el fondo que es estar abierto al otro también”* (III.B, 66).

7. En el contexto de la práctica de mindfulness la actitud del terapeuta evoluciona de lo técnico a lo fenomenológico

Concluiremos este análisis señalando que de la preocupación inicial por la técnica psicoterapéutica “a ratos me entra la incertidumbre ahí en el tema técnico” (I.A, 52) (...) “me gustaría contar no con más técnicas, sino con un bagaje técnico que sea consistente, que sea mi bagaje técnico” (I.A, 53); se va dando paso a una preocupación acerca de cómo llevar el proceso terapéutico y cuál es la actitud que debe asumir el terapeuta.

Este proceso se reconoce primariamente como una “simplificación en la manera de hacer terapia” (I.B, 52). Surge una actitud fenomenológica dónde se potencia la curiosidad como habilidad terapéutica: “eso me pasó a mí con la meditación, me fui poniendo más curiosa” (III.B, 39) y “una vez que ya caché que me puse curiosa, también noté que tenía beneficios, entonces ya lo empecé como a utilizar también” (III.B, 48). El siguiente esquema integra y gráfica estas ideas:



Se incluye la práctica de la meditación como actividad para los pacientes, tanto en sesión como entre sesiones: “hago ciertos ejercicios de postura, corporales y como dejar tareas de meditación” (I.B, 41). Una de las cualidades de proceso que comienzan a emerger tienen que ver con el reconocer el valor y las posibilidades del estar atento - “el estar atento genera ya algo de por sí, más allá de las técnicas que ocupes”(I.B, 58)- lo que permitiría soltar el control del proceso: “trato de que

la terapia se dirija hacia un lugar, que muchas veces no me doy cuenta que ya he definido ... y no necesariamente esta persona quiere ir para allá” (VII.B, 80).

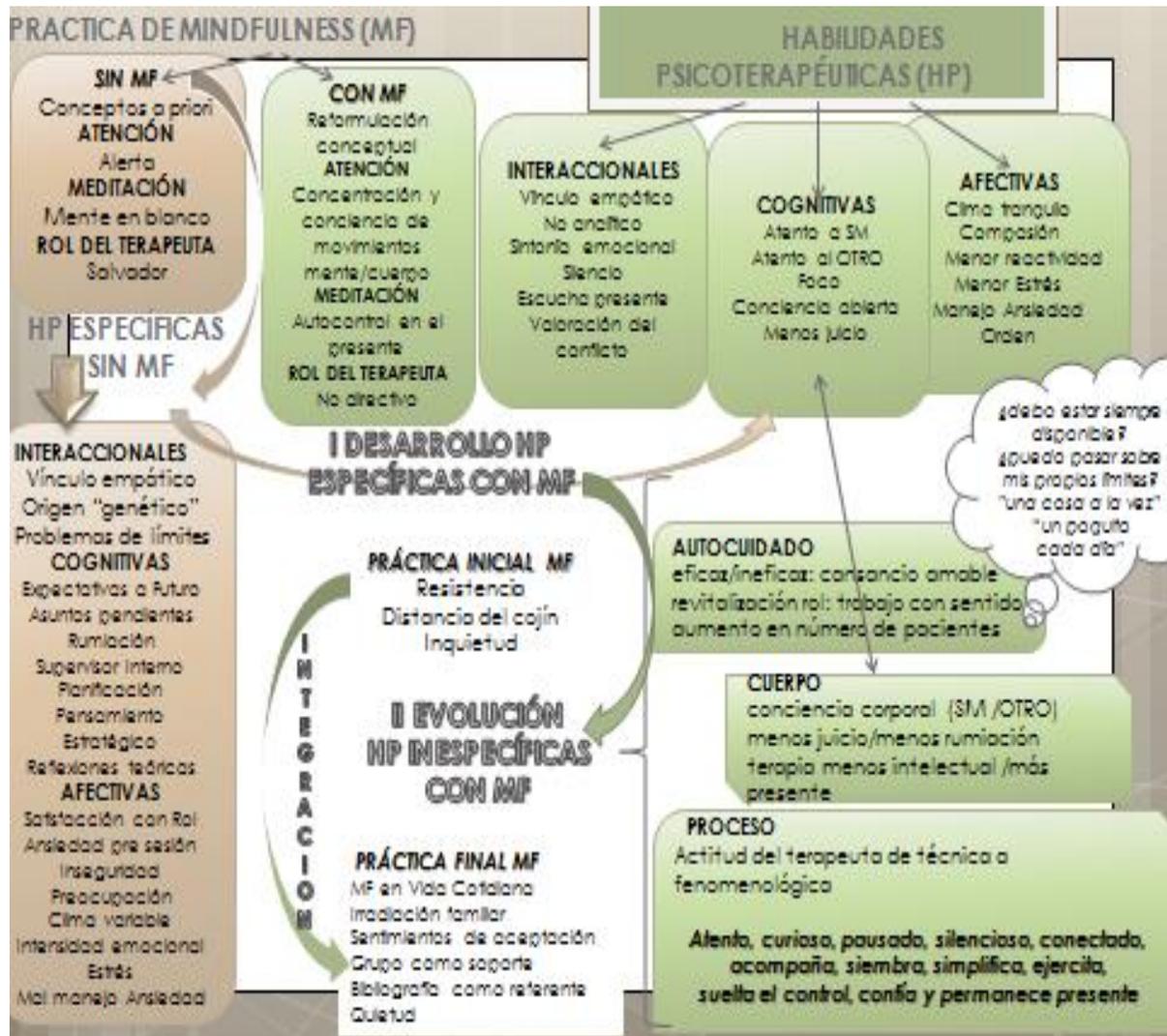
Esta tendencia hacia una menor directividad parece tener una serie de consecuencias positivas, en términos de enfatizar el estar presente como una forma distinta de estar a terapia a la planificación y al anticiparse al futuro: *“ha servido mucho sobre todo con las situaciones de emergencia” (III.B, 74) (...) y “ha servido mucho... como para... poner el foco de atención en lo que yo siento en ese minuto” (IV.B, 70) (...) “puedo estar mucho más atenta a lo que la persona dice y permitir que sea la persona la que vaya determinando la importancia” (IV.B, 70).*

Esta nueva forma de intervenir adquiere algunas cualidades particulares como por ejemplo el uso de la pausa como una manera de preparar el terreno para la intervención: *“como sembrar primero el espacio para que la intervención, que es la misma que yo hacía antes... llegue mejor, y eso lo hago dando tiempo para conectarse, para estar acá o respirar un rato” (I.B, 74).*

Esta cualidad nueva va dando paso entonces a la pregunta acerca de *cómo acompaño al otro, “cómo estructuro este acompañamiento, qué es esto de acompañar” (VI.B, 77), como en un reconocer de “que el control de la sesión, de la terapia, no es mío, o sea, yo no tengo el control sobre lo que está pasando, entonces soltar más... confiar en que si yo estoy presente ahí y estoy comprendiendo y estoy sintonizando, estoy devolviendo las cosas desde ahí, el resto viene solo aunque yo no sepa que va a pasar” (I.B, 52).*

VIII.3 ANALISIS AXIAL SELECTIVO

Se propone finalmente una codificación selectiva de los datos la que proviene de la integración del material interpretativo axial. Se ha propuesto como fenómeno central de este análisis a **“la práctica de mindfulness y la evolución de las habilidades psicoterapéuticas”**. Se han distinguido en este contexto tres ideas fundamentales a partir del siguiente esquema selectivo de análisis:



a. La práctica de Mindfulness incide en la reformulación de los conceptos de atención, meditación y en la percepción acerca del rol de terapeuta:

Antes de la práctica de mindfulness existe una concepción respecto del concepto de atención como un estado de alerta; la meditación es entendida como un estado donde se logra dejar la mente en blanco, y el terapeuta es percibido como un salvador. Después del taller, ocurre una reformulación conceptual de todo aquello: la atención es entendida entonces como un estado de concentración con conciencia de los movimientos de la mente y con conciencia corporal; la meditación pasa a ser entendida como un proceso de autocontrol en el presente, y el rol de terapeuta tiende a ser percibido como no directivo.

b. La resistencia inicial a la práctica de mindfulness en el caso de psicoterapeutas noveles se vence en la integración y aceptación de los procesos emocionales:

Introducirse en la práctica meditativa resulta en primera instancia inquietante para los participantes; esta resistencia inicial a la práctica se manifiesta en las proyecciones de las propias incomodidades en las figuras del cojín de meditación y en la figura de la coordinadora del grupo. Hacia el final del entrenamiento la práctica mindfulness parece conectar a los participantes con sentimientos de aceptación y quietud, hasta ir ocupando poco a poco un lugar en la vida cotidiana de los terapeutas; tanto es así que en algunos casos esta práctica es irradiada a otros miembros de la familia. Entre los factores que ayudaron a reducir las resistencias iniciales a la práctica mindfulness se encuentran dos elementos atribuibles a las características metodológicas del taller: el soporte grupal y el apoyo bibliográfico que parece actuar como un verdadero referente, una suerte de “cable a tierra” para este grupo de jóvenes terapeutas.

c. La práctica de mindfulness aporta al desarrollo de habilidades psicoterapéuticas a dos niveles: específico e inespecífico.

Junto con un desarrollo de ciertas habilidades terapéuticas específicas en los niveles interaccional, afectivo y cognitivo (nivel I), se da una evolución hacia habilidades inespecíficas, donde el cambio hacia una actitud fenomenológica - distinta de la actitud directiva y planificadora - aparece como lo central (nivel II).

NIVEL I: Habilidades psicoterapéuticas específicas en las dimensiones cognitiva, afectiva e interaccional.

Como se señaló, antes del entrenamiento en mindfulness los participantes dicen reconocer las habilidades interaccionales como una fortaleza heredada, como una

condición que se trae, una especie de don que no necesita ser entrenado; por otra parte reconocen que han tenido algunas dificultades con el establecimiento de límites en la relación con sus clientes. Luego del entrenamiento los terapeutas señalan que la calidad del vínculo empático se *desarrolla* en dirección de una mayor sintonía emocional con el otro, hacia una relación menos analítica del otro, menos cosificante. Las formas de intervención después del entrenamiento consideran el uso del silencio y una escucha presente. Junto a ello no hay temor a dar un espacio para el conflicto de ser necesario.

En la dimensión más cognitiva, antes del entrenamiento, es posible escuchar que los entrevistados “funcionan” marcados por un pensamiento estratégico y planificador, donde una suerte de supervisor interno presiona para que se completen asuntos pendientes y se con las expectativas de futuro. La reflexión teorizante y la rumiación permanente acompañan en ese momento la mente de los terapeutas. Después del entrenamiento, los terapeutas desarrollan la habilidad para estar atentos tanto a Sí Mismos como al Otro; así mismo la tendencia a enjuiciar se matiza y resulta posible mantener la mente focalizada y la conciencia abierta.

Antes del entrenamiento, y en el plano afectivo, junto con reconocer un grado de satisfacción y confianza en su rol como terapeutas, los entrevistados dicen tener niveles intensos de emotividad y ansiedad pre sesión, acompañado de altos niveles de estrés, los que en muchos casos no logran ser bien manejados y generan una sensación de inseguridad y preocupación antes y durante la sesión. Todo ello facilita que el clima terapéutico sea muy variable y dependiente de los estados de ánimo del terapeuta y del paciente. Después del taller los practicantes de meditación muestran un mejor manejo de la ansiedad y el estrés, con menor reactividad emocional; esto parece estimular una actitud más compasiva en ellos y aporta a un clima de mayor tranquilidad y orden interno.

NIVEL II: Habilidades psicoterapéuticas inespecíficas en las dimensiones de autocuidado, cuerpo y proceso.

Después del entrenamiento es posible distinguir que los participantes *evolucionan* hacia prácticas de autocuidado diversas, algunas de las cuales resultan eficaces mientras que otras no lo son tanto: dentro de las prácticas eficaces de autocuidado⁵ destacan el contar con un espacio para la terapia personal y para la supervisión clínica. Los meditadores reconocen que después del taller el cansancio asociado al trabajo no desaparece pero se transforma en un cansancio más amable. Después del taller se percibe un trabajo con más sentido, el rol como

⁵ Ver capítulo de análisis relacional axial, subtítulo 2.

terapeuta se revitaliza y en algunos casos esto se manifiesta en un aumento del número de pacientes. Uno de los aspectos interesantes del entrenamiento es que parece haber aportado en la modificación de ciertos esquemas de pensamiento o creencias de los terapeutas tales como *“debo estar siempre disponible para otros”* o *“puedo pasar sobre mis propios límites”*. Como alternativa a estos pensamientos aparecen ideas con formato de auto instrucción tales como: *“una cosa a la vez”* o *“un poquito cada día”*.

En el plano corporal los practicantes dicen haber alcanzado mayor conciencia de las señales de su propio cuerpo y de las que entrega el otro. Esta atención volcada al experimentar pareciera estar vinculada a dos cosas: por una parte a un ajuste en dimensiones más cognitivas - como la regulación del juicio y la disminución de la rumiación - así como a una forma menos intelectualizadora de estar en terapia: la consecuencia natural de este proceso pareciera ser el percibirse a sí mismo como más presente.

A nivel del proceso es posible afirmar que el cambio más interesante resulta en un cambio en la actitud general del terapeuta, desde una preocupación inicial por la técnica, en la dirección de lo que podemos llamar una aproximación fenomenológica al trabajo clínico y al estar con otro en relación. Esta manera distinta de estar en terapia puede ser caracterizada con adjetivos como un terapeuta atento, curioso, pausado, silencioso y conectado. Desde estas características del ser, *el terapeuta realiza acciones terapéuticas* tales como acompañar a su cliente, sembrar intervenciones en un clima emocional adecuado y simplificar su actuar en terapia. El terapeuta de este estudio se permite el ejercicio cotidiano del mindfulness así como la prescripción de estas técnicas en forma de tareas para sus pacientes. El terapeuta mindfulness en este estudio se permite finalmente soltar el control, confía y permanece presente.

IX CONCLUSIONES

Tal como se pudo observar en el análisis selectivo, los resultados pueden ser agrupados en dos grandes niveles: un primer nivel representado por el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas específicas, y un segundo nivel representado por la evolución hacia habilidades psicoterapéuticas inespecíficas.

NIVEL I: HABILIDADES ESPECÍFICAS EN TERAPIA

Al recordar las preguntas guías de nuestro estudio, es decir al retomar los objetivos en términos del desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel interaccional, a nivel cognitivo y a nivel afectivo, nos encontramos en general con que los principales resultados coinciden con lo descrito por Lavilla, Molina y López (2008). Ellos señalan que algunos de los beneficios de mindfulness que pueden obtener poblaciones no clínicas son entre otros aumentar la concentración, disminuir la ansiedad y el estrés, aceptar la realidad tal como es, disfrutar el momento presente, potenciar la autoconciencia, reducir el sufrimiento y evitar o reducir la impulsividad. En un primer nivel de análisis y haciendo una síntesis del desarrollo de las habilidades específicas nos encontramos con lo siguiente:

Habilidades interaccionales: respecto del efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel interaccional nos hacíamos las siguientes preguntas.

¿Perciben los terapeutas que esta práctica afecta sus niveles de empatía/confianza con los clientes?

Antes del entrenamiento varios de los terapeutas reconocen la habilidad para hacer un buen vínculo como una de sus principales fortalezas en el contexto de la psicoterapia, habilidad que trasciende la pertinencia técnica de las intervenciones clínicas. En las entrevistas previas se caracteriza el estilo vinculatorio en terapia principalmente con adjetivos como cercano, amigable, cálido, no confrontacional, paciente, empático y se atribuye a algo que viene dado por una dimensión más bien innata; después del entrenamiento, los entrevistados describen una relación de aún mayor cercanía, empatía y apertura emocional con los pacientes.

Son múltiples los estudios que vinculan al desarrollo de la empatía con el cambio en psicoterapia; por ejemplo se afirma que terapeutas que carecen de autocompasión y son críticos y controladores consigo mismos, también tienden a ser críticos con sus pacientes obteniendo peores resultados (Henry, Strupp, Butler, Schacht y Binder, 1993). Por otra parte, la investigación muestra una serie de descubrimientos neurobiológicos que han contribuido a cambiar notablemente nuestra visión del tema de la empatía. En 1996, un grupo de investigadores italianos (Rizzolati, Fadiga, Gallese y Fogassi, 1996; Gallese, Fadiga, Fogassi y Rizzolati, 1996) describieron en la corteza premotora del macaco un tipo de neuronas que descargaba, no sólo cuando el mono ejecutaba acciones motoras

dirigidas hacia una meta, sino también cuando el animal observaba a otros individuos ejecutando dichas acciones. Estas neuronas fueron denominadas *neuronas en espejo* por sus descubridores y han abierto toda una línea de investigación que reformula la empatía en términos de compasión.

La relación entre empatía y mindfulness es muy antigua, aunque sus implicaciones neurobiológicas sean mucho más recientes (Simón, 2006). Una de las clásicas meditaciones budistas es la meditación sobre “metta”, palabra pali que se traduce por amor que junto con la compasión, la alegría y la ecuanimidad forma parte de los cuatro inconmensurables estados de la mente, palabra que en inglés se está traduciendo habitualmente como “loving-kindness” y en español, como amor compasivo o bondad amorosa. En ella el meditador fomenta en sí mismo, con ayuda de diversas técnicas, los sentimientos de compasión y amor hacia otras personas y hacia sí mismo (Brahm, 2006).

¿De qué forma se ve afectada la relación/alianza terapeuta paciente a partir de la práctica meditativa?

Safran y Muran (2000) señalan que la capacidad del terapeuta para armonizar con la experiencia emocional inarticulada del paciente desempeña un papel crucial en el desarrollo inicial de la alianza terapéutica. La tolerancia del terapeuta a sus propias emociones durante las rupturas de la alianza también es básica para su resolución y proporciona un modelo diferente para los pacientes. La atención a los propios procesos internos permite al terapeuta utilizarlos como fuente de información adicional acerca de la interacción con el paciente. Se trata de aprender a ser conscientes y a prescindir de las preconcepciones según vayan surgiendo para cultivar una “mente de principiante”.

Cómo se destacó en los resultados, la escucha adquiere una cualidad menos controladora, menos anticipatoria y más humilde. Por otra parte, a nivel de expresión, algunos entrevistados reconocen que la participación en el taller les habría aportado la habilidad de ser más claros y receptivos. En consonancia con lo anterior, esta forma más auténtica de relación parece incidir en que los pacientes perciben a un terapeuta más conectado y seguro, menos defendido, respetuoso de los silencios, más curioso y disfrutando más de su trabajo. Al respecto, Henry y Strupp (1994) encontraron que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

Esta mayor cercanía implica a veces flexibilizar el setting para desarrollar la intimidad dibujando unos límites claros. Otro de los cambios interesantes que muestran los entrevistados tiene que ver con la valoración positiva que se hace del conflicto y la confrontación, asociada a una mayor sensibilidad hacia las relaciones interpersonales. Bordin (1976) afirma que es posible sostener que la buena relación consultante - terapeuta mejora la eficiencia terapéutica, y a su vez, la

mayor eficiencia (percibida por el consultante) mejora la relación terapéutica. Esta causalidad circular parece ser uno de los pilares centrales del proceso terapéutico.

Habilidades cognitivas: al respecto nos preguntábamos en torno al aporte de la práctica meditativa/mindfulness para el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel cognitivo.

¿Perciben los terapeutas entrenados en mindfulness cambios en sus habilidades para focalizar la experiencia?

Luego del entrenamiento parece haber un cambio en la forma de estar atento, la que de estar centrada exclusivamente en los aspectos verbales evoluciona hacia formas más complejas incluyendo elementos no verbales y vinculares. Podemos decir que el concepto de estar atento al otro se va complejizando y va adquiriendo ribetes de multinivel, más emotivos por una parte y más ligados a lo corporal por otro. Así mismo, atender al silencio, a la no acción también es parte del estar atento y los pacientes de los terapeutas que pasaron por el entrenamiento parecen percibir estos cambios.

En términos neurofisiológicos, esa influencia que nos filtra la percepción de la realidad ha sido bautizada por Engel, Fries y Singer (2001) como procesamiento de arriba abajo, en oposición al procesamiento de abajo arriba, que describe la entrada de información “fresca” desde los órganos sensoriales. Hay amplia evidencia – escriben Engel, Fries y Singer (2001)-, de que el procesamiento de estímulos está controlado por influencias de arriba abajo que conforman poderosamente las dinámicas intrínsecas de las redes tálamo-corticales y crean constantemente predicciones acerca de los eventos sensoriales entrantes. Estas influencias descendentes ejercen una suerte de esclavización de los procesos de elaboración de la información más locales y emergentes. Los procesos de arriba abajo existen, sin duda, porque poseen un alto valor para la supervivencia, ya que permiten procesar y clasificar rápidamente la información que llega, facilitando así una toma rápida de decisiones, necesarias para sobrevivir.

Otra habilidad fundamental dentro del ámbito de lo cognitivo es la capacidad de estar atento a la realidad del otro y a la vez a la presencia de sí mismo en terapia. La atención plena tiene que ver con la calidad de la conciencia con la que vivimos nuestras vidas. Podemos vivir con “piloto automático” o podemos vivir con atención plena (Miró, 2006). La diferencia está en la forma en la que estamos presentes en nuestra experiencia. En el primer caso, estamos nada más que de cuerpo presente mientras la mente está quién sabe dónde. En el segundo caso, en cambio, estamos presentes en nuestra experiencia con todos nuestros sentidos.

¿Tiene la práctica de Mindfulness algún efecto en sus habilidades para reformular o reinterpretar la visión del proceso terapéutico y respecto de sus pacientes?

Acá fue posible observar tres redefiniciones conceptuales fundamentales: inicialmente la atención era entendida por los participantes del entrenamiento como un estado de alerta del terapeuta, mientras que después del entrenamiento la atención se entiende como la capacidad de estar presente, lo que implica una mayor capacidad de concentración con todos los beneficios que esto aporta a la práctica psicoterapéutica.

Es relevante aquí recordar que estar presente, en castellano, tiene la doble acepción de estar en el momento presente, pero también de estar con presencia. Ambas cosas tienen que ver con la atención plena. Así mismo, la atención plena también se refiere a lo que Damasio (1999) ha llamado “*la sensación de ser en el conocer*”, que se produce en el nivel de la conciencia central o nuclear y lo ha ilustrado por medio de un poema de T.S.Eliot: *o música tan adentro escuchada/ que no se escucha nada aunque tú eres la música/ mientras dura la música*. En otras palabras, cuando se escucha la música con atención plena, la experiencia no es una experiencia dual de un sujeto escuchando un objeto, sino que es una experiencia inmediata de unidad o de integración con la música. Esta experiencia es no-conceptual y no-dual. También es, en gran medida, inefable y sólo puede ser transmitida por medio de metáforas, teniendo en cuenta que el lenguaje en sí ya es una metáfora (Miró, 2006).

La práctica meditativa realizada durante el taller llevó a los participantes a redefinir también el concepto de meditación; antes del entrenamiento se la asocia con la idea de no pensar o de detener la cabeza, con la idea de “*mente en blanco*”; después del entrenamiento se le llega a ver como una forma de “*autocontrol mental*” beneficioso y de “*encuentro con la experiencia presente*”; se le ve incluso como una nueva forma de mirar las situaciones problemáticas.

Para Mañas (2009) mindfulness no es dejar de pensar o no tener eventos privados desagradables, sino más bien, de lo que se trata es de desarrollar un repertorio especial, más flexible y útil, para relacionarnos con ellos. Dicho de otro modo, se trata de aprender a estar –y ser– con nosotros mismos de un modo muy diferente; de una manera auténtica y genuina, profunda, intensa y llena de vida. Existe coincidencia entre las distintas definiciones, desde su comprensión etimológica e histórica, hasta las definiciones de nuestros días, que mindfulness implica un “estado de apertura, universal y básica a la experiencia viva, generada en el momento presente” (Araya, 2013). Esto va en la línea acerca de lo que Araya y Porter (2011) incluyen dentro de las definiciones acerca de lo que NO es mindfulness: mindfulness no es una técnica de relajación, no es una técnica de visualización, no es una práctica para lograr un estado mental especial para estar más allá de los problemas de la vida cotidiana y no es un dejar la mente en blanco.

Junto con la redefinición de los conceptos de atención y de meditación es posible observar un cambio en la representación del ser terapeuta. Entre algunos entrevistados originalmente circulaba la representación del terapeuta como un salvador, después del entrenamiento las expectativas acerca del trabajo terapéutico aparecen más aterrizadas, de hecho el exceso de planificación frente al impasse terapéutico dificultaría la atención de los terapeutas. Junto con esta mayor capacidad de concentración, surge la habilidad para reconocer los movimientos de la propia mente y ligado a esto se desarrolla una mayor capacidad para reconocer los patrones de reacción personal.

Según Mañas (2009), la meditación o mindfulness genera autoconocimiento, es decir, facilita la discriminación de nuestro propio comportamiento. También implica observar nuestros eventos privados sin juzgarlos ni juzgarnos a nosotros mismos, aceptándolos tal cual son, tal cual aparecen y desaparecen, abandonando la lucha y el control, desapareciendo la reacción compulsiva y errática, manteniendo una actitud serena y atenta. Si bien es posible afirmar que después del taller persisten en algunos casos ciertas tendencias habituales o hábitos antiguos de desatención como por ejemplo el quedarse fijada en un contenido, resulta también evidente que disminuye la tendencia a enjuiciar en psicoterapia. Esta apertura implica reformular estrategias de intervención como por ejemplo transparentar la desatención con el paciente cuando la mente tiende a divagar.

¿Cómo los terapeutas perciben que se ven afectados sus niveles de atención y autoconciencia luego del entrenamiento?

Junto con esta nueva definición de atención, entendida como un estar presente, comienzan a emerger desde la perspectiva de los entrevistados nuevas características de la atención. Dicho de otro modo la mente comienza a funcionar con cualidades distintivas. Algunas de las nuevas cualidades tienen que ver con el haber adquirido mayor conciencia de sí, a partir del reconocer características de los movimientos de la propia mente y de los patrones de reacción personal. Estos resultados coinciden con los de Cameron Aggs y Mathew Bambling (2009) donde se encontraron incrementos en la capacidad de atención ligada al trabajo clínico entre los participantes.

En la presente investigación se evidencia que con mindfulness la calidad de la atención se modifica y una de las características fundamentales es que tiende a hacerse menos difusa; tiene que ver con la capacidad de mantener un foco pero sin perder lo que los Gestalticos han llamado el awareness (Stevens, 1971). Según Miró (2006), la terapia Gestalt establecida por Perls (1969) introdujo dos fórmulas importantes para llevar la atención al presente que han resultado extraordinariamente útiles en psicoterapia. La primera consistió en ayudar al paciente a preguntarse por el cómo de la experiencia en lugar de por el porqué de la misma. Centrarse en el cómo de la experiencia permite ver y entender como funciona la experiencia problemática y permite también ganar perspectiva. De igual modo, Perls sostenía que el presente es lo único que existe, porque el

pasado ya no es y el futuro todavía no es. En cambio, al centrarnos en el ahora, nos centramos en nuestra presencia aquí y en lo que estamos experimentando. Estas estrategias se encuentran muy extendidas en la práctica de la psicoterapia. Pero ambas están al servicio de incrementar la conciencia de los contenidos de la experiencia, y ésta está fundida con la noción de autoconciencia. El modelo de auto-conciencia de Perls es dualista y la noción de yo observador no está claramente formulada según Miró.

Según Vicente Simón mindfulness es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento, es “*la práctica de la autoconciencia*”. El primer efecto de la práctica de mindfulness es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. El aumento de la concentración trae consigo la serenidad, y el cultivo de la serenidad conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal como es. La práctica prolongada de mindfulness, en un ambiente favorable, abre incluso la puerta a la aparición de estados modificados de conciencia (Simón, 2006).

Habilidades afectivas: aquí nos preguntamos inicialmente por el efecto de la práctica meditativa/mindfulness en el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas a nivel afectivo.

¿Perciben los y las terapeutas algún cambio a nivel de su vivencia afectiva y de su expresión emocional a propósito del taller?

Siguiendo la línea de las conclusiones anteriores, nos encontramos con que la literatura avala ampliamente la idea que, desde un punto de vista clínico, resultan de vital importancia tanto la vivencia como la expresión de los afectos por parte de consultante y terapeuta, así como el lazo afectivo que se establece entre ambos (Simón, 2006). Las características de este “lazo afectivo” dependerá obviamente del modelo teórico, del setting y de las características de personalidad de los involucrados.

Algunas escuelas de psicoterapia tales como la Gestalt (Perls, 1969) o la Bioenergética (Lowen, 1985) han considerado a la expresión emocional en sí misma como una condición para la disminución de la sobrecarga emocional que produce dolor e interrumpe el libre funcionamiento. En esta misma línea de pensamiento, según Howard, Orlinsky, y Trattner (1970), los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente.

¿Perciben los terapeutas algún cambio en el clima emocional en las sesiones de terapia que han sostenido mientras realizaban el taller? ¿Notan algún cambio en el grado de intimidad de la relación?

Dentro de los aportes de *mindfulness* para la regulación de los afectos se observa un incremento en el sentimiento de valorar un encuadre donde la tranquilidad y el generar un clima compasivo sean el soporte para una escucha más presente y más empática. Frente a la relación entre empatía y compasión, Thich Nath Hahn (2003) señala que “para poder querer a alguien, haz de comprenderle, porque el afecto está hecho de comprensión. Si no le comprendes, no puedes amarle. La meditación consiste en observar a fondo para comprender las necesidades y el sufrimiento de otras personas”.

Las emociones en la terapia dicen relación con el establecimiento de una relación de intimidad. En palabras de Wolf (1981,p. 219) “en relaciones de ayuda se debe establecer en brevísimo tiempo una relación muy privada (al menos para el cliente), en la cual se puedan expresar las dificultades más personales”. Entre los participantes al entrenamiento, la relación terapéutica se ve enriquecida por los espacios de silencio y de resonancia afectiva, donde la corporalidad del otro aparece dibujada en el propio cuerpo del terapeuta. Las características de la escucha en este contexto tienen que ver con lo que podríamos llamar sintonía emocional con el otro en el presente, una forma de escuchar que como señalamos respeta los silencios y se caracteriza además por una mayor conexión, un ritmo más pausado, ecuánime y una mayor apertura.

Al respecto, Urry y cols. (2004) hacen una interesante distinción entre bienestar hedónico y bienestar eudaimónico. El bienestar hedónico se refiere a aquellos aspectos positivos de la vida humana como la felicidad, la satisfacción con la propia vida y la frecuencia de emociones placenteras. Se habla de bienestar eudaimónico, sin embargo, cuando existen, además del afecto positivo, otras cualidades como la autoaceptación, altos niveles de autonomía y control del ambiente y existencia de un sentido vital y de un propósito en la vida. El predominio de la actividad del hemisferio izquierdo se encontraría más asociado con el bienestar eudaimónico que con el bienestar hedónico. Es interesante resaltar que todas estas cualidades coinciden con algunos aspectos de la actitud básica que se recomienda en la práctica de *mindfulness*, concretamente con la ecuanimidad. Una mente ecuánime es aquella que no discrimina, que no hace distinciones y que se distancia por igual del apego y de la aversión. La consecuencia inmediata de la ecuanimidad es el desprendimiento, el no aferrarse a las cosas, el soltar. La ecuanimidad, sin embargo, no denota ni indiferencia ni abandono, ya que *mindfulness* implica una actitud básica de respeto e incluso de amor hacia todos los seres (incluyendo uno mismo) y hacia las cosas en general. La ecuanimidad incluye por tanto una disposición de ánimo positivo, sin aversión y con una buena capacidad de hacer frente a las emociones y situaciones

¿Se ven afectadas las habilidades de contacto u otras habilidades que requieran un compromiso afectivo relevante después de la participación en el taller?

Las preocupaciones laborales y el estrés asociado a ellas son reconocidas también por los terapeutas como factores que los alejan del foco de atención en sesión. Jiménez (2004) plantea que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, señalando que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento de su paciente, sino también inducir cambios negativos en él. En este punto se puede incluir los niveles de estrés del terapeuta o desgaste emocional, denominado síndrome de burnout (Alvarez y cols., 1991).

Luego de la participación en el taller, pareciera haber más factores que facilitan la regulación emocional que aquellos que la dificultan. Resulta evidente por ejemplo que las emociones que encontraron un mejor manejo después del taller fueron las ligadas al manejo del estrés y la ansiedad. Se describe además un mayor grado de regulación de estados emocionales como la rabia, cambio que ha tenido sus efectos también en la relación con los pacientes. Un factor que facilitaría el enfrentamiento exitoso de la ansiedad, sería el vivirla, conocerla y no evitarla. Existe vasta evidencia que la práctica de mindfulness disminuye los niveles de estrés (Kabath-Zinn, 1990) y alguna que señala que cuando las personas están estresadas disminuyen sus niveles de empatía (Galantino, Baime, Maguire, Szapary y Farran, 2005).

Respecto de la reactividad emocional varios de los terapeutas que pasaron por el entrenamiento relatan que esta disminuyó; así el estado emocional con el que terminan la sesión no depende de los resultados percibidos en esta. Una de las razones para esta menor reactividad emocional probablemente tiene que ver con la aceptación de las cosas tal cual están, algo así como un sentimiento de mayor realismo considerando que “aceptación no es resignación” o que “reaccionar es distinto de responder” (Araya y Porter, 2011). Así, en la presente investigación, tal como en el estudio de Aggs y Bambling (2009), los terapeutas desarrollaron habilidades para relajarse durante el trabajo terapéutico y se mostraron menos reactivos y menos enjuiciadores respecto de sus clientes.

NIVEL II: HABILIDADES INESPECÍFICAS EN TERAPIA

En nuestro marco teórico ya se anticipaba, siguiendo a Aggs y Bambling (2009), la pregunta respecto del rol del entrenamiento en mindfulness para el fomento de dimensiones inespecíficas del proceso terapéutico tales como la “Alianza Terapéutica” o las llamadas “Condiciones Facilitadoras del Cambio” tal como fueron introducidas por Carl Rogers en 1957.

Acorde a estas apreciaciones nos encontramos con que los resultados más relevantes de la presente investigación parecen moverse más allá de los dominios técnicos de lo interaccional, lo cognitivo y lo afectivo. Como se mostró en los resultados, luego del estudio emergen tres categorías de análisis como las

fundamentales, se trata de la dimensión corporal, la dimensión persona del terapeuta y una dimensión amplia que se denominó dimensión de proceso.

Cada una de estas tres categorías emergentes aluden a la evolución hacia un nivel subjetivo y personal en la experiencia de los terapeutas (que hemos llamado nivel II) y que va más allá del uso de técnicas o del desarrollo de habilidades específicas (nivel I). Esto nos recuerda las conclusiones de Krause (2005) cuando a partir de un meta análisis de los procesos de cambio en psicoterapia propone que "al hablar de cambios inespecíficos estamos hablando de cambios generales tales como la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos" y que estas formas inespecíficas de trabajo psicoterapéutico muestran un gran impacto sobre la posibilidad de cambio en psicoterapia.

Por otra parte los resultados que se presentan a continuación coinciden con los beneficios del uso de mindfulness reportados por terapeutas que lo practican regularmente y sistematizados por Noel Anchorena en el 2009. En estos se destaca que la práctica de mindfulness cultiva cualidades humanas como la autenticidad y el calor humano, la empatía y la compasión; facilita el desarrollo de la capacidad de escuchar con un interés genuino por el paciente y a la vez favorece la capacidad de mantener el foco en el presente aun cuando el paciente no lo pueda hacer. Permite que se pueda permanecer centrado, equilibrado y tranquilo aún en momentos en que el paciente tiene una alteración emocional intensa; permite mantener una actitud saludable hacia los resultados terapéuticos, ayuda a mantener la dirección y el foco en la terapia, y aumenta las habilidades para observar las respuestas del paciente.

Dimensión corporal

Ya en las entrevistas iniciales los entrevistados aluden a indicadores o claves corporales que de alguna u otra forma guían el proceso de contacto en psicoterapia, entregando información relevante acerca de sí mismos y de sus pacientes; se reconoce un ir progresivamente saliendo de la terapia intelectual, o sea del diálogo simplemente, hacia una forma de terapia orientada al cuerpo.

Esta mayor conexión con lo corporal incide en una mayor conciencia de sí mismo, de las sensaciones a nivel físico y de ciertos aspectos ligados a la emoción. En este mismo sentido los entrevistados reconocen una disminución de la rumiación como forma de afrontar situaciones particulares.

Los entrevistados que reconocen haber desarrollado mayor autoconciencia de la postura corporal señalan que esto se ha visto reflejado en el trabajo con sus pacientes en términos de mayor sintonía; esta mayor conciencia corporal implica un aspecto más específico que tiene que ver con percatarse mejor de aquello que les disgusta y permitiría, en la vida personal y laboral, dejar de lado situaciones que están de más.

Ashley Montagu, en su ya clásico libro “Touching: the human significance of the skin” (1971), entrega diversa evidencia a favor del valor del contacto físico y el uso del cuerpo en psicoterapia para el adecuado desarrollo de las personas. Por otra parte las psicoterapias corporales desde Wilhelm Reich (1957) en adelante han mostrado los beneficios del trabajo psicocorporal para la recuperación de la expresión emocional y la vitalidad de cuerpo y mente. En este contexto, Horton (1995) se refiere a la importancia del contacto físico entre terapeutas y consultantes y concluye que los consultantes evalúan positivamente el contacto físico en tanto sea congruente con la situación y con la evolución de la terapia.

Por otra parte resulta importante notar que dentro de los 5 componentes del programa MSBR (Kabath-Zinn,1990), además de la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando - la revisión atenta del cuerpo (*Body Scan*) y un conjunto de estiramientos suaves procedentes del Hatha Yoga, ocupan un lugar preliminar.

Dimensión Persona del terapeuta

En este contexto, un resultado relevante del presente estudio fue el constatar que la práctica misma de mindfulness puede tener efectos paradójales en los practicantes nóveles: por un lado algunos terapeutas reconocen haberse movilizado hacia un estado de mayor quietud, de goce y contacto con el momento presente mientras otros señalan, que sobre todo al comienzo de la práctica, se conectaron con estados de inquietud e intensidad emocional.

Los estados emocionales intensos como la rabia o los temores se transforman en obstáculos para estar presente, pero a medida que las resistencias emocionales son integradas como parte del proceso de entrenamiento, es decir a medida que se avanza en la práctica meditativa, el proceso parece fluir, los meditadores descubren que “los pensamientos no son los hechos”.

Deikman (1982), señala que la meditación ayuda al terapeuta a desarrollar un yo observador que permite vislumbrar con más claridad la propia experiencia para no proyectarla. Así mismo la aceptación es una extensión del no juzgar, añade una cuota de amabilidad a la práctica psicoterapéutica: cuando los terapeutas trabajan con emociones intensas como rabia o miedo es esencial mantenerse abiertos y compasivos, en una actitud de aceptación (Germer, 2005).

En este estudio, los participantes buscan de alguna manera sostener una coherencia con lo que se predica en consulta, en particular respecto del hecho de valorar el contacto con el momento presente y de pensar que si se está recomendando a los pacientes que mediten tb debe ser una práctica personal. Al respecto, Prieto (2007) afirma que “suele haber un antes y un después entre aquellos psicólogos y psicólogas que se sientan a meditar”.

Safran (2006) sugiere que las habilidades terapéuticas están vinculadas al crecimiento personal del terapeuta y al desarrollo de la conciencia sobre sí mismo. Por ello, llega a afirmar que el entrenamiento en conciencia plena debiera ser una

de las precondiciones para el aprendizaje de la psicoterapia. La integración en la conciencia de la experiencia orgánica es uno de los objetivos de la psicoterapia para Safran y Muran (2005), que también la consideran un prerrequisito para ejercer como terapeuta. Para estos autores, sólo puede conseguirse mediante el aprendizaje experiencial, la disciplina de mantener la atención en el momento presente y el ejercicio de la aceptación.

En este contexto el entrenamiento en MF fue recibido por los participantes como una experiencia revitalizadora y movilizadora de su rol como terapeuta; los meditadores reconocieron después del entrenamiento estar trabajando con más sentido y con más seguridad, y tendieron a evaluar positivamente las propias capacidades: este aumento en la percepción de competencia después del taller también se sigue en el aumento del número de pacientes en algunos casos. En este punto resultó evidente el cambio en el ritmo de la vida cotidiana que han asumido algunos de los entrevistados después del taller, el que se sintetiza en dos frases: *“una cosa a la vez”* y *“hacer un poquito todos los días”*.

Resulta evidente que la práctica de mindfulness incide positivamente en el desarrollo de las habilidades de autocuidado. El estudio hace posible distinguir estrategias de autocuidado eficaces de otras poco eficaces: ver televisión o escuchar música no son útiles para los entrevistados como formas de autocuidado y aunque parezca extraño, las actividades físicas y recreativas muestran tantas dificultades para concretarse que resultan igualmente ineficaces. Junto a estas acciones los entrevistados destacan que sus prácticas de autocuidado han estado centradas en buscar apoyo además en las redes familiares y entre las amistades pero que muchas veces han necesitado de espacios más profesionales. Así la terapia personal, la supervisión clínica y el compartir casos clínicos con colegas es un espacio muy valorado.

Más allá del espacio terapéutico, el entrenamiento parece haber incidido en fomentar una mayor conciencia y preocupación por el cuidado del propio cuerpo en términos de generar un mayor respeto por los ciclos de sueño y una mejor relación con los hábitos de alimentación. Esta evolución de las habilidades de autocuidado tendría que ver nuevamente con la aceptación del estado y con el no utilizar un esfuerzo extra en quejarse o en ocultarlo. En esta relación más amable con la fatiga se modifican dos patrones específicos de bajo autocuidado: “el estar siempre disponible para el otro y el pasar sobre los propios límites.

La conciencia plena puede facilitar el autocuidado, puesto que mejora la atención a todos los acontecimientos cognitivos y emocionales tal como aparecen, incluyendo aquellos que pueden ser signos tempranos de potenciales recaídas depresivas (Segal *et al.*, 2002). Las habilidades de auto-observación desarrolladas mediante el entrenamiento en conciencia plena pueden mejorar el reconocimiento de las señales de saciedad en los comedores compulsivos, así como las habilidades para observar el deseo de comer sin ceder a él (Kristeller y Hallett, 1999). La Teoría de la Autodeterminación (Ryan y Deci, 2000, citados en Brown y Ryan, 2003) sostiene que la conciencia facilita la elección de conductas

consistentes con las propias necesidades, valores e intereses, al contrario que el procesamiento automático, que no los tiene en cuenta. Aunque el funcionamiento automático es útil en muchas actividades, no lo es cuando supone pasar por alto información relevante para los propios fines. Así, por ejemplo, atender las propias señales somáticas o los cambios del entorno puede ser muy importante para la regulación de la salud y de la conducta.

La incorporación de la meditación como una práctica de meditación formal o informal emerge entonces como una alternativa interesante. Existen numerosos métodos para entrenar la atención plena, tanto formales como informales. Los métodos formales consisten en sesiones de meditación durante las cuales los participantes entrenan la atención en formas específicas, mientras que los métodos informales consisten en llevar la conciencia plena a actividades cotidianas, tales como caminar, comer, conducir, o vestirse (Miró, 2006). La práctica de la meditación informal en la vida cotidiana fue un aporte para los participantes, más allá del uso de la técnica; un ejemplo de esto, y en un aspecto más bien ligado al formato metodológico del entrenamiento y que aportó a la reducción de esta tensión inicial, fue el valor atribuido a la lectura pre sesión, la que fue percibida como un referente o un cable a tierra que logró bajar las ansiedades personales y los dispuso positivamente para la práctica formal.

Dimensión de Proceso

Luego del entrenamiento en mindfulness los terapeutas reconocen estar trabajando con más sentido y con más seguridad y tienden a evaluar positivamente las propias capacidades. Esto parece incidir positivamente en una de las principales conclusiones de este estudio, a saber, que en el contexto de la práctica de mindfulness la actitud del terapeuta evoluciona de lo técnico a lo fenomenológico, asunto que dirige la atención a una dimensión de proceso e implica un cambio paradigmático en la forma de ser terapeuta: podemos recordar a Strupp (1978) quien afirma que la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio, y que los psicoterapeutas que poseen un personalidad sana obtienen mejores resultados terapéuticos.

De la preocupación inicial por la técnica psicoterapéutica se va dando paso entonces a una preocupación acerca de cómo llevar el proceso terapéutico y cuál es la actitud que debe asumir el terapeuta. Este proceso se reconoce primariamente como una simplificación en la manera de hacer terapia y se manifiesta en una actitud donde se potencia la curiosidad como habilidad terapéutica. Recordando a Rogers (1957) existe consenso en que la calidez y la comprensión son actitudes básicas para el cambio en psicoterapia. Al respecto, Santibañez (2008) menciona que el éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante respecto de las actitudes del terapeuta y no por la intención o conducta real del terapeuta frente a su paciente.

Esto coincide con lo señalado por Kabat-Zinn (1990) cuando afirma que un terapeuta mindfulness debe ser un practicante de las habilidades que se pretende

enseñar y debe cultivar las habilidades de observar sin juzgar, desarrollar la llamada “*mente de principiante*”, mostrar compasión y aceptación de la experiencia tal y como es.

Es importante destacar que a medida que el entrenamiento en mindfulness avanzó algunos de los terapeutas se sintieron con la capacidad de incluir la meditación como actividad para los pacientes, tanto en sesión como entre sesiones ya que una de las cualidades de proceso que comienzan a emerger tienen que ver con el reconocer el valor y las posibilidades del estar atento: se reconoce que el estar atento genera ya algo de por sí, más allá de las técnicas, lo que permitiría a su vez soltar el control del proceso. Esta tendencia hacia una menor directividad parece tener una serie de consecuencias positivas tanto en situaciones de emergencia o como para poner el foco de atención en lo que el terapeuta está sintiendo. Esta tendencia a *dejar ir el proceso* se acompaña además de la sensación por parte de los terapeutas de ser menos directivos y de que la necesidad de intervenir disminuye. Diferentes investigaciones han demostrado que los intentos de control en terapia pueden llegar a incrementar la intensidad, la frecuencia, la duración, e incluso, la accesibilidad a la estimulación no deseada (Cioffi y Holloway, 1993; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004).

Esta cualidad nueva va dando paso entonces a la pregunta acerca de cómo acompañar al otro y se reconoce que el control de la terapia no está en el terapeuta. La intervención adquiere algunas cualidades particulares como por ejemplo el abrirse a la curiosidad, al silencio y a la pausa como maneras de preparar el terreno para la intervención, la que incluso puede ser la intervención “técnica de siempre” pero realizada desde este nuevo lugar adquiere un matiz particular, llega mejor. Aggs y Bambling sugieren que el desarrollo de esta capacidad de no enjuiciamiento, en el contexto de una relación Yo-Tú, podría facilitar la capacidad de los terapeutas de sostener una “resonancia empática” con sus clientes tal como lo han descrito Andersen (2007) y Block-Learner y otros en el 2007. Así mismo, esto podría tener un efecto importante en los cambios via “procesos relacionales” tal como lo han descrito Bohart, Elliot, Greenberg y Watson en el año 2002.

El mindfulness es una manera de recordar cómo redescubrir la experiencia de cada momento y su práctica lleva a la profundidad de descubrir cómo funcionan mente y cuerpo. Susan Woods (2011) plantea que el núcleo del mindfulness es ser más que un método clínico o un conjunto de habilidades. Agrega que los profesionales de la salud están acostumbrados a formarse en teorías y técnicas particulares y obtener la experiencia directa a través de la aplicación de esas técnicas en la práctica clínica. Pero, según Woods, hay una parte fundamental del mindfulness que sólo puede descubrirse y comunicarse verdaderamente cuando el instructor encarna este enfoque de *todo corazón*.

X ALCANCES Y PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

De manera particular, es importante comenzar señalando que los resultados de la presente investigación están limitados por una metodología que muestra efectos a corto plazo (taller con corte transversal) y no efectos a largo plazo asociados a una práctica cotidiana y sostenida en el tiempo.

Así mismo resulta fundamental realizar estudios comparativos entre diversas técnicas de meditación, para dar luz respecto de los mecanismos comunes y efectos diferenciales asociados a estilos distintos de práctica de la meditación. Treadway y Lazar (2011) señalan que, especialmente cuando se trabaja con población clínica, se suele observar que hay formas diferentes de meditación más o menos adecuadas para ayudar a los individuos con un tipo de trastorno específico.

En este contexto, resultaría interesante diseñar una investigación de similares características pero que contemplara el seguimiento del grupo de terapeutas después del taller a un plazo de por lo menos un año. Así mismo sería interesante profundizar en los posibles efectos diferenciales entre las prácticas formales e informales de mindfulness en la persona de los terapeutas y en la evolución de las habilidades terapéuticas.

De manera más general, y dado los principales resultados de esta investigación habría que comenzar recordando la cita de Aggs y Bambling (2009) en la que se señala que una implicancia fundamental para investigaciones futuras en el contexto del mindfulness está dada por conocer el rol de estas prácticas para el fomento de dimensiones inespecíficas del proceso terapéutico tales como la “Alianza Terapéutica” o las llamadas “Condiciones Facilitadoras del Cambio” tal como fueron introducidas por Carl Rogers en 1957. Habría que estar atentos igualmente al valor de estos trabajos para el desarrollo de habilidades comunicacionales y psicocorporales. Por otra parte, y cómo señala Jon Kabat-Zinn (2004), dejar de lado el aspecto espiritual de la práctica de la meditación puede limitar la comprensión completa de su potencial.

En futuras investigaciones sería oportuno recoger la sugerencia de Didonna (2011) respecto de que las raíces orientales del tema deben manifestarse con un lenguaje y forma universal como medios hábiles para que las personas que sufren puedan entender por qué la meditación puede resultarles útil. Así mismo parece importante que los futuros investigadores consideren seriamente las sugerencias de diversos autores en términos de investigar desde dentro en este campo; es decir los investigadores deben ser ellos mismos practicantes de meditación. Didonna (2011, pg. 42) plantea que *“si no basamos en la práctica nuestros conceptos, intuiciones y asunciones, por profundos o superficiales que sean, la verdadera profundidad de la práctica de la meditación no podrá experimentarse directamente”*.

Mindfulness puede transformarse en el corto plazo en una importante herramienta de prevención de distintos cuadros somáticos y otros propios de la salud mental y puede actuar como una eficaz y eficiente herramienta de autocuidado tanto en legos como entre los diversos profesionales, especialmente entre aquellos que trabajan en salud y educación. La experiencia de este entrenamiento en 10 sesiones, guiado por un facilitador, y que sigue la línea de las 8 sesiones del MBSR de Kabat-Zinn y de las también 8 sesiones de Aggs y Bambling, muestran lo económico que puede resultar un plan de salud apoyado en mindfulness.

Siguiendo a Jon Kabat-Zinn (2011), podemos sugerir que algunas de las áreas fructíferas para debate e investigación a futuro son las siguientes: investigar posibles senderos biológicos a través de los cuales mindfulness pudiera ejercer los distintos efectos que se están elucidando; valorar y dar un lugar significativo a la propia experiencia como meditadores en el campo de la investigación. Encontrar maneras efectivas para entrenar instructores de mindfulness en el área clínica.

Finalmente, Juan Pablo Jiménez (1999), desarrolla un punto adicional, especialmente importante para la presente investigación dada la muestra utilizada. Desde la perspectiva de los factores comunes a todas las formas de psicoterapia y que incidirían en el éxito terapéutico, está la mirada del terapeuta principiante o en formación. A partir del trabajo de Beutler (1986), comenta la relevancia de observar las cualidades propias del terapeuta que propenden al éxito terapéutico. La combinatoria entre rasgos objetivos, subjetivos, específicos e inespecíficos resulta muy interesante de apreciar al momento de evaluar, por ejemplo, el desempeño de terapeutas legos con experimentados, evidenciando fortalezas y debilidades en ambos grupos.

Para finalizar, y pensando en lo que se viene para cualquier investigación en este campo de la psicoterapia, quisiéramos cerrar con la siguiente cita de la investigadora española María Teresa Miró:

“Necesitamos una nueva forma de mirar que no haga de las cosas, ni de las personas, simplemente objetos disponibles para la manipulación y el control, sino que permita contemplar y admirar la realidad en su continuo fluir, en su permanente amanecer. En mi opinión, la atención plena o mindfulness es esa nueva mirada, cultivada durante siglos en las tradiciones contemplativas, y emergente en la psicoterapia, la psicología de la salud y la ciencia, en general, en la actualidad” (Miró, 2006).

XI REFERENCIAS

- Aggs, C., Bambling, M. (2009). "Teaching Mindfulness to Psychotherapists in Clinical Practice: A Standardised Training Program Submitted to the Journal of Counselling and Psychotherapy Research".
- Alvarez Gallego, E., Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el Desgaste Profesional, Revisión de Estudios. Revista Asociada Española de Neuropsiquiatría. 21:257-265.
- Andersen, D. T. (2005). Empathy, psychotherapy integration, and meditation: A Buddhist contribution to the common factors movement. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(4), 483-502.
- Asay, T.P. y Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En M.A. Hubble (Ed). *The Heart and Soul of change. What works in therapy*. APA, Washington D.C.
- Araya, C. (2010). *El mayor avance es detenerse. Mindfulness en lo cotidiano*. Mago Editores.
- Araya, C. y Porter, B. (2011). *Apuntes del Curso: Introducción al Mindfulness y sus aportes a la psicoterapia*. Universidad Adolfo Ibañez, Escuela de Psicología, Centro de Estudios y Atención a las Personas (CEAP).
- Araya, C. (2013). *Mindfulness y cambio terapéutico*. Extraído de la página Sociedad Mindfulness y Salud, en <http://www.mindfulness-salud.org/articulos/mindfulness-y-cambio-terapeutico/>.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-142.
- Barraca, J. (2009). *Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación*. Revista Clínica y Salud, Vol. 20, n.º 2, 2009 - Págs. 109-117
- Beddoe, A.E.; Yang, C.P.P.; Kennedy, H.P.; Weiss, S.J. y Lee, K.A. (2009). The Effects of Mindfulness-Based Yoga During Pregnancy on Maternal Psychological and Physical Distress - *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* . Vol: 38 Nro: 3 . Págs: 310 – 319.
- Benson, H. y Proctor, W. (1984). *Beyond the relaxation response*. Nueva York/Putnam, Berkeley.

Berger, R.E. (2009). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients Editorial Comment. *Journal of Urology*. Vol: 182 Nro: 5 . Págs: 2326 – 2327.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S. Carlson, L. Anderson, N., Cardomy, J. Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 230-241.

Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S., & Watson J.C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 89-109). New York: Oxford University Press

Block-Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L., & Orsillo, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspectivetaking and empathic concern? *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(4), 501-516.

Bogart, G. (1991), *Meditation and Psychotherapy: a review of the literature*. American Journal of Psychotherapy.

Bordin, E.S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Research and Practice*. 16, 252 – 260.

Brahm, A. (2006). *Mindfulness, Bliss and Beyond*. Wisdom Publications. Boston.

Brammer, L. (1979). *The Helping Relationship: Process and Skillis*. New Jersey, Prentice-Hall Inc.

Brotto, L.A.; Basson, R.; Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine* . Vol: 5 Nro: 7 . Págs: 1646 – 1659.

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The bennefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Brown, K.W., Ryan, R.M., y Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.

Brown, K.W., Cordon, S. (2011). Hacia una fenomenología del mindfulness: experiencia subjetiva y correlatos emocionales. En *Manual Clínico de Mindfulness*, Fabrizio Didonna Editor, Desclée de Brouwer (2011).

Cárcamo, M., Moncada, L. (2008). Un Nuevo Concepto para la Comprensión e Intervención en Psicología y Psicoterapia: Mindfulness o Atención Plena. Artículo de divulgación.

Cioffi, D. y Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.

Concha, P. (2007). "La Meditación Samatha como una herramienta para enfrentar los síntomas asociados a la depresión en mujeres", Tesis para optar al título de Psicóloga, Universidad Arcis, Stgo, Chile.

Creswell, J.D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560-565.

Cullen, M. (2008). "Mindfulness: Sobre la atención Plena", en: Sabiduría emocional: Una conversación entre S.S el Dalai Lama y Paul Ekman. Editorial Kairós Barcelona. Pág. 105-106.

Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D. y Santorelli, S. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570

Damasio, A. (1999). *La sensación de lo que ocurre, cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate, 2001.

Deikman, A.J.(1982). *The observing self: Mysticism and psychotherapy*. Boston: Beacon Press.

Desikachar, TKV. (2008). *Yoga Sutra de Patanjali*. Colección Arca de sabiduría. Edit. EDAF.

Deyo, M.; Wilson, K.A.; Ong, J.; Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *The Journal of Science and Healing* . vol: 5 nro: 5 . págs: 265 – 271.

Deurr, M. (2004). *A powerfull silence: the role of meditation and other contemplative practices in American life and work*. Northampton, MA: Center for Contemplative Mind in Society.

Didonna, F. (2011). *Manual Clínico de Mindfulness*. Edit. Desclee de Brouwer.

Equipo mindfulness Universidad Adolfo Ibañez: extraído el 18 de Septiembre de 2012 de <http://www.uai.cl/facultades-y-carreras/escuela-de-psicologia/cursos-y-seminarios/mindfulness/que-es-mindfulness>.

Eisendrath, S.J.; Delucchi, K.; Bitner, R.; Fenimore, P.; Smit, M.; McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study *Psychotherapy and Psychosomatics* . Vol: 77 Nro: 5 . Págs: 319 – 320.

Engel, A. K., Fries, P. & Singer, W. (2001). Dynamic predictions: Oscillations and synchrony in top-down processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 2: 704-716.

Epstein, R. (2003) *Mindful Practice in Action (I): Technical Competence, Evidence-Based Medicine, and Relationship-Centered Care*. Families, Systems & Health. Vol 2; Nº 1.

Eysenck, H. J. (1952). "The effects of psychotherapy: An evaluation". *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.

Fagan y Shepard. (1989). *La teoría Paradójica del Cambio, Teoría y Técnica de la psicoterapia Gestáltica*, Arnold Beisser: Edit. Amorrortu.

Farb, N.A.S.(2007). Attending to the present:mindfulness reveals distinct neural modes of self reference. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2 (4), 313-322.

Fonagy, Peter (2000) Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4); 1129-1146

Flick, U. (1989). *Vertrauen, Verwalten, Einweisen: Subjektive Vertrauensstheorien in Sozialpsychiatrischer Beratung*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Frank, J.D. (1985). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.). (1985)."Cognición y psicoterapia". Paidós, Barcelona, 1988, 73-102)

Fuentelaba, D. (2008). "Efectos de un taller de Yoga para la depresión en mujeres que se atienden en el consultorio Salvador Bustos de la comuna de Ñuñoa". Tesis para optar al título de psicóloga, Universidad Arcis, Stgo, Chile.

Galantino, M.L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P.O., & Farrar, J.T. (2005). Short communication: Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: Mindfulness in practice. *Stress and Health*, 21, 255–261.

Gastón, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy. Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.

Germer, C.K. (2005) Mindfulness. What is it? What does it matter?. En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (eds.). *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press, págs., 3-27.

Gilbert, P. (2005). *Compassion*. Nueva York. Routledge.

Glasser y Strauss, (1967). "The Discovery of Grounded Theory", *Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

Gutiérrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.

Hanh, T. N. (1976). *El milagro del Mindfulness*. Paidós: Barcelona.

Hahn, T.N. (1994) *Ser Paz y el corazón de la comprensión: comentarios sobre el sutra del corazón*. Ediciones Neo Person, S.L.

Hahn, T.N. (2003) *A la sombra del manzano rosado*, pg. 51. Barcelona, Paidós.

Hanstede, M.; Gidron, Y.; Nyklicek, I. (2008). The Effects of a Mindfulness Intervention on Obsessive-Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Student Population. *Journal of Nervous and Mental Disease* . Vol: 196 Nro: 10 . Págs: 776 – 779.

Henry, W.P. y Strupp, H.H. (1994). The therapeutic Alliance as interpersonal process. En Horvath y Greenberg Eds. *The working alliance: Theory, Research and Practice*. John Willey and Sons, New York.

Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.

Heppner, W.L.; Kernis, M.H.; Lakey, C.E.; Campbell, W.K.; Goldman, B.M.; Davis, P.J.; Cascio, E.V. (2008). Mindfulness as a means of reducing aggressive behavior: Dispositional and situational evidence *Aggressive Behavior* . Vol: 34 Nro: 5 . Págs: 486 – 496.

Hirsch, H. (2006). Seminario sobre Estética de la conversaciones difíciles, Universidad Adolfo Ibáñez-CAPSAIS.

Horton, J., Clance P.R., Sterk-Elifson C., Emshoff J., (1995) Touch In Psychotherapy: A Survey of Patients' Experiences. *Psychotherapy*, 32, 443-457.

Horvath, A.O. (2001). The impact of a Therapist as a Person, the neglect ingredient. Ponencia presentada en el Encuentro de Investigación en Psicoterapia SPR. Mauco, Chile.

Howard, K., Orlinsky, D. & Trattner, N. (1970). Therapist orientation and patient experience in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 263-270.

Jiménez, J., Buguña, C. & Belmar, A. (1995). *Investigación en psicoterapia: Procesos y Resultado*. Santiago: CPU.

Jiménez, J. (2004). *Psicoterapia Focal*. Libro en elaboración.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness, Delacorte, NY.

Kabat-Zinn, J. (1994). Mindfulness en la vida cotidiana: Cómo descubrir las claves de la atención plena/Donde quiera que vayas, ahí estás, Ediciones Paidós Ibérica, 2009 (*Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*, Hyperion, 1994).

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Ligth, T., Skillings, A., Scharf, M. y Cropley, T.G. (1998) Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.

Kabat-Zinn, J. (2004). Vivir con Plenitud las Crisis. Como Utilizar la Sabiduría del Cuerpo y la Mente para Afrontar el Estrés, el Dolor y la Enfermedad. Barcelona:Kairós.

Kabat-Zinn, J. (2007). La práctica de la atención plena. Kairós, Barcelona.

Kabat-Zinn, J. (2008). En Manual Clínico de Mindfulness (2011). Fabrizio Didonna Editor. Prefacio, pg. 38. Editorial Desclee de Brouwer.

Karasu, T. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry* 143, 687-695.

Kocovski, N., Segal, Z., y Battista, S. (2011) En "Manual Clínico de Mindfulness". Fabrizio Didonna Editor. Pg. 179. Editorial Desclee de Brouwer.

Krause, M. (2005). Psicoterapia y Cambio: Una mirada desde la subjetividad. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Kristeller, J.L., & Hallett, C.B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.

Kriz, Jürgen. (1990) Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Lazar, S.W. (2005). Mindfulness Research. En R.D. Siegel, P.R. Fulton, Eds. *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 220-238). Guilford Press.

Landolfi, H. (2004). Escuela de Filosofía Aplicada para la Excelencia del Ser Humano.

Lavilla, M., Molina, D. y López, B. (2008). Mindfulness. O cómo practicar el aquí y el ahora. Barcelona: Paidós

Lehman, D. (2001). Brain sources of EEG gamma frequency during volitionally meditation-induced, altered states of consciousness, and experience of the self
Psychiatry Research: Neuroimaging
Volume 108, Issue 2 , Pages 111-121, 30 November 2001.

Lenz, A. (1989). Landlicher alltag und familien problem- eine qualitative Studie uber Bewaltigungstrategien bei Erziehungs- und familien problemen auf der Land. Tesis de Doctorado. Munchen Ludwig Maximilians Universitat.

Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991) A cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan, M. (1993a). Cognitive-behavioural therapy of borderline personality disorder: Nueva York, Guilford Press.

Lowen, A. (1985). "El lenguaje del cuerpo: dinámica física de la estructura del carácter", Herder.

Mañas, I. (2007). Nuevas Terapias Psicológicas: La tercera Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Tercera Generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-32.

Mañas, I., Sánchez, L. C., & Luciano, M. C. (2008, abril). *Efectos producidos por un ejercicio de mindfulness (body-scan): Un estudio piloto* [Effects of a mindfulness exercise (body-scan): A pilot study]. Poster session presented at the VII Congress of the Spanish Society of Experimental Psychology, San Sebastián-Donostia, Spain.

Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): la meditación en psicología clínica, Universidad de Almería. *Gaceta de Psicología*, Nº. 50, pp. 13-29.

Marlatt, G. y Kristeller, J. (1999). Mindfulness and Meditation. En W.R. Miller (Ed.), *Integrating Spirituality Into Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Miró, M. ((2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *REVISTA DE PSICOTERAPIA* / Vol. XVII - Nº 66/67

Montagu, A. (1971) "Touching: the human significance of the skin". Harper and Row, New York.

Noel Anchorena, M. (2009). Mindfulness en la Salud. www.mindfulness-salud.org

Oda, A. (2008). "Efectos de un taller de Yoga para la calidad de vida de niños que viven con VIH/SIDA". Tesis para optar al título de psicóloga, Universidad Arcis, Stgo. Chile.

Ong, J.C.; Shapiro, S.L.; Manber, R. (2009). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: a naturalistic 12-month follow-up. *Explore - The Journal of Science and Healing* . Vol: 5 Nro: 1 . Págs: 30 – 36.

Orlinski, D.E., y Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S.L Garfield, and A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behaviour change* (pp.311-381). New York, Willey.

Perls, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette Ca: Real People Press.

Peschken, W. y Johnson, M. (1997). Therapist and Client Trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy research*, vol 7, iss.4.

Prieto, J.M. (2007). Psicología de la meditación, la psique de vuelta a casa. Revista Infocop, Consejo General de Colegios de Psicólogos, Junio, número 33.

Reich, W. (1957) La función del orgasmo. Ed. Paidós. Buenos Aires.

RIZZOLATI, G., FADIGA, L., GALLESE, V., & FOGASSI, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3 (2): 131-141.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C. (1985). La Relación Interpersonal: Núcleo de la Orientación. Terapia, Personalidad y Relaciones Interpersonales. Buenos Aires: Nueva Visión.

Romero, J., Bejarano, A. & Álvarez, N. (2000). *Alianza terapéutica en pacientes adictos: Una propuesta de instrumento*. Extraído del sitio Web <http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf>

Roth, A. y Fonagy, P. (1996). What Works for whom?. New York, The Guilford Press.

Ruiz, M.A. & Villalobos, A. (1994). Habilidades terapéuticas. Fundación Universidad Empresa. Madrid.

Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.

Safran, J. y Muran, C. (2000). Negotiating The Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide (Book Review) Publisher: New York: Guilford Press.

Safran, J.D. Y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Safran, J.D. (2006). Mindfulness and enactment in psychoanalysis. In D.K. Nauriyal (Ed.), *Buddhist Thought and Applied Psychological Research: Transcending the Boundaries*. London: Routledge-Curzon.

Santibáñez, M. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. Revista de Terapia Psicológica, vol. 26, Nº1, 98-98. Universidad de La Frontera, Chile.

Santibáñez, P. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: el “inventario de alianza de trabajo” en Chile [Versión electrónica]. Revista Psykhe, 1 (12). <http://www.ocenet.oceano.com/Salud/viewSimple.do>

Segal, V.Z., Williams, M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. New York: Guilford Press.

Segal, Z.V, et al. (2006). Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas. Bilbao, Desclee de Brouwer.

Shapiro,S., Schwartz, G., and Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. Journal of Behavioral Medicine Volume 21, Number 6 (1998), 581-599.

Simón, V. (2006). Mindfulness y Neurobiología. Revista de Psicoterapia, Vol 17, Nº66/67. Universidad de Valencia, España

Solari, B. (2010). *Pre validación del cuestionario Five facet Mindfulness Questionnaire* (Tesis de magíster no publicada). Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Stern, Daniel (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton Press, New York.

Stevens, J. (1971) *Awareness: exploring, experimenting, experiencing*. Real People Press.

Strauss, A. y Corbin, J (1990) *Basics of Cualitative Research, grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, California, Sage.

Strupp, A. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley y Sons.

Tapper, K.; Shaw, C.; Ilsley, J.; Hill, A.J.; Bond, F.W.; Moore, L.(2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women *Appetite* . Vol: 52 Nro: 2 . Págs: 396 – 404.

Talley, P, Strupp H. & Morey I. (1990). Matchmaking in Psychotherapy: Patient-Therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 182-188.

Teasdale, J., Segal, Z. y Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

Thera, N. (1992). *El corazón de la meditación budista*. Cedel, Barcelona.

Thompson, E. (2007). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge, MA: Belknap Press.

Treadway, M. y Lazar, S. (2011). Neurobiología del Mindfulness. En *Manual Clínico de Mindfulness* (2011). Fabrizio Didonna Editor. Editorial Desclée de Brouwer.

Urry, H. L., Nitschke, J. B., Dolski, I., Jackson, D. C., Dalton, K. M., Mueller, C. J., Rosenkranz, M. A., Ryff, C. D., Singer, B. H., & Davidson, R. J. (2004). Making a Life Worth Living. Neural Correlates of Well-Being. *Psychological Science*, 15 (6): 367-372.

Vallejo, M.A. (2006). Revista on line: Papeles del Psicólogo. Julio , número 2 VOL-27.

Varela, F., Thompson, E., Rosh E. (1992) *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Editorial Gedisa.

Winkler, M., Cáceres, C, Fernández, I. & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, (11), 34-40.

Winkler, M., Avendaño, C, Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica*, 20, 7-19.

Woods, S. (2011). Formando profesionales en las técnicas de mindfulness: el corazón de la enseñanza. En *Manual Clínico de Mindfulness*, Fabrizio Didonna Editor, Desclée de Brouwer (2011).

Wolf, S. (1981). Grenzen der helfenden Beziehung. Zur Entmythologisierung des Helfens. En V. Kardoff, y E. Koennen Eds., *Psyche in schlechter Gesellschaft- Zur Krise klinisch-psychologischer [atigkeit* (pp 211-238). Munchen: Urban und Schwarzenberg.

Wupperman, P.; Neumann, C.S.; Whitman, J.B.; Axelrod, S.R. (2009). The Role of Mindfulness in Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Nervous and Mental Disease* . Vol: 197 Nro: 10 . Págs: 766 – 771

Zgierska, A.; Rabago, D.; Zuelsdroff, M.; Coe, C.; Miller, M.; Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study .*Journal of Addiction Medicine* . Vol: 2 Nro: 3 . Págs: 165 – 173.