

Mindfulness en consulta: la práctica de la respiración y de la amabilidad con uno mismo

Mindfulness into the clinical practice: breathing and self-compassion practices

Pilar Rueda

Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga, España

Resumen

Este es un artículo de caso clínico cuyo objetivo es presentar ejemplos prácticos de intervenciones llevadas a cabo utilizando técnicas de *mindfulness*. El *mindfulness*, o atención plena, ha demostrado en los últimos años ser una potente forma de trabajo que genera cambios tanto a nivel cerebral y fisiológico en la persona como en su nivel de bienestar, a través de la reducción de la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, así como de la reducción de los pensamientos rumiativos. Las intervenciones presentadas fueron llevadas a cabo con pacientes adultas de 31 y 44 años que presentaban sintomatología ansiosa y depresiva. Estas intervenciones estuvieron basadas, fundamentalmente en la atención a la respiración, ejercicios de meditación y de autocompasión. Se describen algunos de los ejercicios llevados a cabo y los resultados obtenidos: reducción de la ansiedad, reducción de la sintomatología depresiva e incremento del bienestar. Los datos identificativos proporcionados no se corresponden con los reales, con el fin de preservar el anonimato de las pacientes. Se recabó el consentimiento informado de las pacientes para la realización de este trabajo.

Palabras clave: mindfulness, atención plena, intervención, psicología clínica, depresión, ansiedad.

Cómo citar este artículo: Rueda, P. (2022). *Mindfulness en consulta: la práctica de la respiración y de la amabilidad con uno mismo*. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 15(1), 50-58. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i1.13971>

Abstract

The purpose of this case study is to present practical examples of interventions carried out in clinical practice using mindfulness techniques. In recent years, it has been demonstrated that mindfulness is a powerful treatment, able to produce changes at both biological and physiological levels as well as on well-being, through the reduction of the symptoms of stress, anxiety, depression and ruminative thoughts. This study is of a psychological intervention mainly focused on mindful breathing, meditation, and exercises of self-compassion in two patients (women aged 31 and 44 years) with anxious and depressive symptoms. Some of the exercises used and the results obtained are explained: reduction of anxiety, reduction of depressive symptoms, and increase of well-being. The identification data has been changed to preserve the patients' anonymity. Informed consent was obtained to publish their cases.

Keywords: mindfulness, intervention, clinical psychology, depression, anxiety.

Introducción

Desde el surgimiento de la psicología positiva en el año 1999 de la mano de M. Seligman, la ciencia ha demostrado que las emociones positivas tienen efectos beneficiosos, no solo sobre el bienestar de las personas, sino sobre su salud física (Stellar et al., 2015). No obstante, los profesionales de la psicología observan que, a través de los medios de comunicación y las redes sociales, se fomenta una actitud vital en la que las emociones “desagradables” tienden a excluirse (Baker, 2019). Esta forma de relación con las emociones es un error pues, todas las emociones, sin excepción, cumplen funciones básicas para la supervivencia física y psicológica de los seres humanos (Morgado, 2017; Vázquez & Chaves, 2016). Los investigadores del campo de la Psicología Positiva, así como los profesionales de la psicología clínica, alertan del peligro de incurrir en lo que se ha llamado *positivismo tóxico*: un conato de filosofía de vida que censura cualquier expresión humana contraria a la felicidad y que ha convertido la búsqueda de la misma en una obligación (Hervás, 2017; Vázquez & Chaves, 2016). Este positivismo tóxico, alimenta un estilo de vida desconectado de la naturaleza necesaria de todas las emociones (Baker, 2019). El bienestar emocional, el desempeño laboral, las relaciones sociales, familiares y de pareja se benefician directamente cuando nos sentimos felices, cuando experimentamos emociones positivas (Linley & Joseph, 2012; Vázquez & Chaves, 2016; Vázquez et al., 2006). Sin embargo, no por ello se debe menospreciar la importancia que para un adecuado bienestar psicológico y equilibrio emocional, tienen la validación emocional y la experiencia de emociones difíciles (Andalibi y García, 2021; Hervás, 2017; Linehan, 1997). La validación emocional se define como el proceso por el cual se le da sentido y aceptación a la experiencia emocional, sea del tipo que sea (Linehan, 1997).

Esta tendencia a no dar cabida a las emociones que nos resultan desagradables, como la tristeza o la ira no es algo novedoso. No hay más que fijarse en ciertos patrones educativos ya añejos pero que, sin embargo, persisten en forma de frases como “los/as niños/as mayores no lloran” para animar a un niño/a cuyo juguete acaba de romperse. O, en el contexto de la pérdida, el deseo de que los dolientes se recuperen inmediatamente (“tú ahora hacia delante, que la vida sigue”), sin dejar un espacio adecuado a la expresión de la tristeza y al propio proceso de duelo, fundamental para integrar la pérdida como parte de la experiencia (Andalibi & García, 2021).

Es necesario fomentar el bienestar, buscar e incentivar aquello que nos hace felices (Roca et al., 2021; Seligman, 1999; Avia & Vázquez, 2011). El error está en censurar los momentos o situaciones en los cuales este bienestar no es posible. Estas situaciones, de manera inevitable, ocurren a lo largo del ciclo vital (Baker, 2019; Hervás, 2017). La ciencia ha demostrado cómo a partir de momentos de crisis se puede crecer, fundamentalmente, a través del desarrollo de la resiliencia (Leiler y Jenewin, 2019; Linkow y Trump, 2019). Se define la resiliencia como la habilidad de las personas para mantener o recuperar el funcionamiento físico y psicológico ante situaciones o eventos vitales altamente estresantes y/o adversidades. No obstante, esto no es óbice para que la persona necesite validación emocional y un acompañamiento adecuado en su proceso de integración y recuperación del equilibrio (Leiler y Jenewin, 2019).

El *mindfulness*, o “la práctica de la atención plena” recién importada en occidente desde las prácticas meditativas de oriente se ha demostrado como gran facilitador del bienestar de las personas (Germer, 2009; Montero-Marín et al., 2016; Roca et al., 2019; Roca et al., 2021; Simón, 2012). Entre otros beneficios, estas prácticas permiten la aceptación de la emoción y la experiencia sin juzgarla (Ramos, et al., 2012; Simón, 2012, 2015), esto es, sin etiquetarla como buena o mala, invitando a la persona a aceptarla tal cual está siendo. La práctica del *mindfulness* se basa en tres pilares fundamentales:

La práctica de la respiración: también llamada respiración consciente. Consiste en poner plena atención a los componentes de la respiración, la inhalación y la exhalación. Esta práctica facilita la relajación de la mente y es un primer paso hacia la desidentificación de la persona de su emoción. El objetivo es comprender que la emoción es algo que se experimenta pero no somos la emoción (Kabat-Zinn, 2013).

La mente de principiante: en la tradición budista se considera que el sufrimiento procede de los juicios y las expectativas. La práctica de la mente de principiante consiste en vivir la experiencia sin juzgarla, sin esperar que sea de una manera o de otra (Kabat-Zinn, 2013).

La compasión: está íntimamente ligada a la mente de principiante. La práctica de la compasión consiste en la amabilidad para/con el sufrimiento de los demás y el propio (Germer, 2009; Simón, 2015). Cuando se dirige esta compasión hacia nuestro sufrimiento se llama autocompasión. Debido a la connotación que la palabra compasión puede tener en castellano, identificada con sentir pena/lástima por el otro o por uno mismo, se suele utilizar la expresión “ser amable con uno mismo” o auto-amabilidad para referirse a ella (Alonso, 2012; Simón, 2012).

Para los profesionales de la psicología, la práctica del mindfulness es de gran valor, no solo para el propio bienestar sino para la intervención clínica. Así, existen diversos programas empíricamente validados para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, como por ejemplo el Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBSC; Segal et al., 2013); para reducir el estrés, el Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Santorelly y Kabat-Zin, 2003), así como para fomentar la autocompasión, el Mindfulness Self Compassion Program (MSC; Germer, 2009; Germer y Neff, 2012; Neff, 2006).

La literatura científica ha mostrado cómo la práctica habitual de la meditación produce cambios en los procesos cognitivos, corroborando la eficacia no solo de los programas mencionados, sino de la práctica de mindfulness en intervenciones en depresión, ansiedad, psicosis o dolor crónico; Germer y Neff, 2012; Kuyken et al., 2008; Tsur et al., 2020; Vázquez et al., 2006).

El objetivo de este trabajo es presentar dos ejemplos prácticos de intervenciones clínicas utilizando mindfulness, concretamente, la atención a la respiración y entrenamiento en autocompasión. Ambas intervenciones fueron llevadas a cabo con mujeres y ambas resultaron en la reducción o eliminación de la sintomatología así como en un incremento del bienestar. Los datos que se ofrecen han sido modificados para preservar la identidad de las pacientes, si bien los ejercicios que se detallan sí son reales. Se recabó el consentimiento informado de ambas pacientes para ser incluidas en el presente trabajo.

Caso 1: Bárbara

Descripción

Bárbara acude a consulta derivada por su entrenador personal con el que tiene gran amistad. Llama miedosa insistiendo mucho en que nunca ha necesitado acudir a un psicólogo hasta ahora, que se siente desesperada. Tiene 44 años, está casada desde hace 15 y tiene un hijo de seis años. Es una profesional de alto nivel, al igual que su marido, ambos con un status socio-económico alto. Reside en la ciudad donde recibe el tratamiento psicológico desde hace 20 años, se mudó al finalizar sus estudios, procedente de otra ciudad. Es la segunda de dos hijas. Tanto su hermana como sus padres, con los que tiene buena relación, residen fuera. Tiene un entorno social rico de amistades del trabajo, del colegio de su hijo y de su infancia. Comparte la mayoría de estas amistades con su marido, aunque no todas. No refiere ningún problema de salud física.

Motivo de consulta

Hace dos semanas que descubrió a través de un mensaje de teléfono que su marido le es infiel y desde entonces ha perdido el apetito y el sueño. Refiere que no ha dormido más de dos horas seguidas desde ese momento. Su principal problema es un gran malestar emocional, acompañado de importante sintomatología ansiosa.

Evaluación inicial

En la primera sesión, apenas puede hablar de lo que le sucede pues no puede contener el llanto. Las ojeras y el aspecto demacrado confirman la pérdida de apetito y de sueño que refiere. Constantemente pide disculpas por su comportamiento (“debes pensar que soy una histérica”). Está tomando ansiolíticos desde unos días antes de venir a consulta aunque no siente que la ayuden demasiado. Está totalmente enfocada en “su deber” de tomar una decisión respecto a qué hacer con el matrimonio (“tengo que tomar una decisión ya. No puedo estar así pero es que no sé qué hacer porque a pesar de todo yo le quiero”). Se culpa porque “tengo una casa estupenda, dinero, un buen trabajo y salud. Otros matarían por estar en mi lugar y mírame, hecha un adefesio llorando”). Le angustia que alguien en su trabajo sepa lo que le está ocurriendo (“qué van a pensar de mí si saben que no soy capaz de afrontar mis problemas con tranquilidad”).

En esta primera entrevista prácticamente todas sus respuestas comienzan con un descalificativo hacia sí misma (“lo tengo todo para ser feliz y mírame, soy una inútil”, “soy tonta” y similares).

Se aprecian claramente al menos dos aspectos que se deben abordar con el tratamiento: el manejo de la ansiedad y fomento de la amabilidad con ella misma, esto es, mejora del autoconcepto y la autoestima y disminución de la autoexigencia. Se aprecia un altísimo nivel de autoexigencia en todos los ámbitos de su vida: como madre, como profesional, como hija (“mis padres lo están pasando fatal con esta situación y no puedo hacerles eso”) y mucho ataque a sí misma en forma de descalificativos y ausencia de aceptación y validación de sus propias emociones (“parezco una cría con tanto follón en mi cabeza” “a veces me miro al espejo y me digo ¡deja de llorar ya!”). La dificultad de Bárbara para aceptar que está pasando por un momento difícil es un ejemplo de los efectos perjudiciales del positivismo tóxico referido en la introducción.

Demanda y objetivos terapéuticos

Bárbara solicita que se le ayude a tomar una decisión sobre su matrimonio (separarse o no) inmediatamente, así como que le ayudemos a dejar de llorar y sentirse mejor. Quiere que todo sea rápido, que el malestar que siente acabe cuanto antes para “poder recuperar mi vida”.

Fue necesario reformular la demanda de la paciente y acordar con ella que, antes de tomar una decisión, debía recuperar el equilibrio físico y emocional. Los objetivos que se establecieron fueron: trabajo en el manejo de la ansiedad, disminución de la exigencia consigo misma y aumentar la tolerancia al malestar y a la incertidumbre.

Intervención

En esta sección se detallarán dos de los ejercicios realizados con la paciente, uno de respiración y otro de autocompasión.

En la primera sesión, además de realizarse la entrevista inicial, se comenzó con la intervención en forma de escucha activa, validación emocional y psicoeducación: la explicación de que lo que le está ocurriendo es natural, que no hay nada de infantil ni de patológico en sentirse ansiosa en esa situación y en sentir emociones aparentemente contradictorias como la ira, la decepción, el miedo y el amor.

En la segunda sesión se dedicó un espacio al principio para una pausa consciente a través de la respiración. Se guió a la paciente en una breve pausa (en torno a cinco minutos) dedicada a centrar la atención en la respiración. Las orientaciones, dadas por la terapeuta, fueron primero dirigidas a la postura corporal: plantas de los pies apoyadas en el suelo, manos sobre los muslos, espalda recta sin rigidez, hombros relajados, cabeza recta y ojos cerrados. Una vez en esta postura, se invitó a la paciente a prestar atención a su respiración, sintiendo el aire entrar y salir. A continuación se hizo un breve escáner corporal, haciéndola llevar la atención desde la planta de los pies de forma ascendente hasta su cabeza y bajar para terminar en el abdomen. Una vez ahí se orientó a la paciente para inhalar y exhalar de forma más profunda. Al finalizar, la paciente comenta que se siente bien, que le ha resultado agradable el ejercicio. En adelante, todas las sesiones comenzaron con una pausa de este tipo e incluso se facilitaron a la paciente audios para que practicara en casa.

En esta segunda sesión Bárbara continúa obcecada en tomar una decisión sobre separarse o no de inmediato, en la necesidad de estar bien para que nadie en el trabajo la pueda ver como débil y en el lenguaje descalificativo hacia sí misma. Se aprovechó una de sus intervenciones para preguntarle si a su amiga Victoria (descrita en la primera sesión como su mejor amiga) le diría lo mismo si ella estuviera pasando por esta situación. Bárbara se quedó muy sorprendida por la pregunta y sollozando respondió que no. Este es el diálogo que siguió a esta pregunta:

- Psicóloga: *¿Y qué le dirías? Si no le dirías que es una imbécil por querer a un hombre que le es infiel, ¿qué le dirías entonces?*
- Bárbara: *Que tras 15 años de matrimonio más los tres de novios es normal que le quiera, que el amor no se borra de un día para otro.*
- Psicóloga: *¿Y si a Victoria le dirías eso, por qué a ti misma te llamas imbécil? ¿Qué hay de diferente entre Victoria y tú?*
- Bárbara: *(llorando desconsoladamente) No lo sé.*

A partir de este diálogo se introdujo la necesidad, más allá de tomar una decisión o no sobre el matrimonio, de cambiar la manera en la que se castiga a sí misma por todo: por estar triste, por estar desconcentrada en el trabajo, por tener mal aspecto, por no tener ganas de hacer deporte, por el sufrimiento de sus padres ante la situación, por la confusión entre desear romper la relación y al mismo tiempo desear que todo vuelva a ser como antes y un largo etcétera. Con esto se comenzó el entrenamiento en autocompasión cuyo fin último es la disminución de su autoexigencia. Se hizo a la paciente consciente de las constantes descalificaciones que, tanto verbal como internamente, se decía a sí misma. Le pedimos como tarea para la semana que preste atención a estas auto-descalificaciones, bien sean verbalizadas o solo pensadas.

Uno de los ejercicios utilizados para trabajar estos aspectos, adaptado de Neff (2006) es el *ejercicio del crítico, el criticado y el observador externo*. Se explicó a la paciente que todos tenemos un crítico interno cuya función realmente es protegernos del fracaso. Este crítico nace muy temprano en nuestra niñez a través de las críticas de padres, educadores y demás figuras de autoridad y poco a poco lo vamos interiorizando como una voz interna (Schwartz, 2015). Dependiendo de la personalidad y de la propia historia de desarrollo, este crítico interno puede ser realmente disruptivo y mermar la autoestima, el desempeño y el bienestar de la persona, distorsionando la visión del sí mismo (Bourquin, 2015;

Schwartz, 2015), como le estaba ocurriendo a ella. Tras esta explicación, se pidió a la paciente que en tres folios dibujara a su crítico interno, a quien recibe la crítica (que es ella misma) y a un observador externo al diálogo. Colocamos los tres folios formando un triángulo en el suelo y le pedimos a la paciente que, colocada sobre cada uno de ellos y asumiendo ese rol, nos diga cómo se siente.

- Psicóloga: *Cuando el crítico dice “eres una imbécil”, ¿qué siente?*
- Bárbara: *Rabia, frustración. Lo dice gritando para hacerme reaccionar*
- Psicóloga: *¿Por qué siente rabia y frustración?*
- Bárbara: *Porque no le gusta cómo me estoy comportando, piensa que no lo estoy haciendo bien, que no debo hacer lo que estoy haciendo. Que me estoy haciendo daño.*

Profundizamos en este ejercicio de observación del crítico interno hasta que Bárbara se da cuenta de que lo que hay detrás del descalificativo es el deseo de que esté bien, de que este mal momento pase. A continuación se coloca en el rol de quien recibe la crítica.

- Psicóloga: *¿Cómo se siente la persona que recibe la crítica?*
- Bárbara: *Mal, muy tonta. Machacada.*
- Psicóloga: *¿Por qué se siente así?*
- Bárbara: *Porque no puedo estar de otra manera. No sé hacerlo mejor aunque hago todo lo que puedo.*

Al igual que anteriormente, se profundiza en cómo la crítica, lejos de ayudarla, la hunde más aun y se convierte en un círculo vicioso: *a más crítica- peor me siento- menos puedo hacer porque la ansiedad me lo impide- más me critico por ello.*

Por último, Bárbara adopta la posición de un observador externo. Rompe a llorar: “no me puedo creer lo mal que me trato. Y lo he hecho siempre. La primera vez que me presenté a las oposiciones y aprobé sin plaza no te imaginas el tiempo que estuve sin poder perdonármelo”.

Tras este ejercicio, que fue muy intenso para Bárbara, se la guió en una meditación para que visualizara que ella y su crítico interno se miran frente a frente y poco a poco pueden acercarse hasta llegar a abrazarse.

Las sucesivas sesiones siguieron una estructura similar a la presentada: comienzo y cierre con una breve meditación, siempre orientada al cuerpo o a la observación de los pensamientos y trabajando la autoexigencia, el castigo y la crítica interna hacia sí misma. A partir del ejercicio descrito, Bárbara comenta que ya no se siente tan mal y cuando se descubre a sí misma con estos pensamientos trata de pararlos. Aprendió también a llevar la atención a la respiración en momentos de ansiedad, sobre todo cuando está en el trabajo. Además de trabajar la identificación de la crítica y su modificación por pensamientos más amables hacia sí misma, se exploró el autocuidado. Bárbara tenía muy automatizados ciertos rituales de belleza y deporte así como de interacción social. Sin embargo, ninguna de estas cosas las hacía por el placer de hacerlas, sino más bien como obligación de tener buen aspecto o de pasar tiempo con amigos y familiares. Se identificaron en consulta algunas acciones que podía hacer en su día a día como una forma de autocuidado (por ejemplo, permitirse jugar con la tablet de vez en cuando) y cómo llevarlos a cabo con plena conciencia de que eran algo que hacía *por y para ella porque merecía cuidarse.*

Valoración de la intervención

Tras ocho sesiones, distribuidas semanalmente, Bárbara ya no necesitaba tomar ansiolíticos y su ansiedad se había reducido drásticamente aunque seguía teniendo momentos difíciles. Su nivel de crítica y autoexigencia también se redujeron y lo que más llamativo le resultaba era “lo atenta que estoy ahora a cómo pienso sobre mí misma y lo que disfruto cuidándome”. Aprendió a usar la respiración como mecanismo para la regulación de la ansiedad así como a parar los diálogos de exigencia y descalificación. Decidió pedirle al marido que se fuera de casa al menos por un tiempo, para poder permitirse pensar con calma sobre el matrimonio. Este permiso para darse tiempo se extendió a sus sentimientos, aceptando que fueran ambiguos o que a veces fueran contradictorios así como a tener momentos de abatimiento, enfado o miedo en los que no necesitaba fingir estar bien.

Caso 2. Gema

Descripción

Gema tiene 32 años. Sufre depresión mayor, diagnosticada por un psiquiatra, desde hace algo más de un año (no recuerda con exactitud la fecha del diagnóstico) pero en los últimos meses ha empeorado

mucho. Acude a la consulta con poca esperanza de poder ser ayudada aun a pesar de no haber recibido nunca tratamiento psicológico, solo psiquiátrico en forma de medicación. Está casada y no tiene hijos. Antes de enfermar trabajaba como estetician en un centro de belleza, a raíz de la depresión dejó el trabajo y no ha vuelto a trabajar, ya que su situación económica es holgada. Vive en un municipio pequeño. Es la menor de cuatro hermanas, una de ellas fallecida en un accidente de tráfico a los 15 años cuando ella tenía 10 años. Su relación con sus dos hermanas es distante a pesar de que residen en el mismo municipio. Sus padres viven en la casa de al lado y la relación con ellos es muy conflictiva.

Motivo de consulta

La paciente siente una gran desesperanza ante el futuro. No encuentra ilusión en nada y aunque no tiene ideas suicidas afirma que no le importaría estar muerta. Acude a consulta derivada por su médico de cabecera que no observa ninguna evolución en su sintomatología a pesar de estar tomando medicación.

Evaluación inicial

Gema presenta características típicas de una depresión mayor: cabizbaja, sin apenas energía para hablar. Se observa en ella cierta abulia fruto de la desesperanza ante el futuro. Comparte que el único deseo que sentía en su vida era el de ser madre y que recientemente han descubierto que su marido es estéril, por lo que el embarazo debería llevarse a cabo con semen de un donante y así no lo desea. Su historial familiar es complejo. Su madre sufrió malos tratos constantes de parte de su padre alcohólico en presencia de las hijas hasta que ella llegó a la adolescencia. Cuando tenía 10 años una hermana falleció en un accidente de tráfico. Cuenta compungida, que su madre nunca se recuperó de la muerte su hermana. Su relación con las otras dos hermanas es distante. Al igual que Bárbara, Gema tiene un diálogo interno destructivo, en su caso, marcado por la culpa y los sentimientos de inutilidad “no sirvo para nada”. Es incapaz de nombrar un solo aspecto de sí misma que le resulte agradable o positivo. Tampoco identifica nada en su vida que la motive o la haga feliz.

Demanda y objetivos terapéuticos

La paciente presenta tal grado de desesperanza que su única demanda es llorar menos. Siente que su llanto es incontrolado y se siente muy incómoda cuando en situaciones del día a día, como por ejemplo, hacer la compra, no puede contener las lágrimas. Se acordó con la paciente que, para modular su necesidad de llorar sería necesario trabajar su tristeza, en concreto, el grado de crítica hacia sí misma; la integración de la noticia acerca de la esterilidad de su marido y se le propuso profundizar en la relación que mantenía con sus padres y hermanas, así como con la muerte de su hermana, pues se sospecha de la existencia de un duelo patológico en toda la familia.

Intervención

Dado que Gema mostró cierto interés en la meditación, tras la entrevista inicial se cerró con una meditación inspirada por Thich Nhat Hanh (2017), orientada a visualizar el propio sufrimiento para transformarlo. Al finalizar, Gema se mostró aliviada y muy agradecida por el tiempo y el espacio “no estoy acostumbrada a poder hablar así y que me escuchen”.

En la siguiente sesión, primera de intervención, se dio a Gema el espacio necesario para hablar y llorar ante la evidente necesidad que tenía de desahogarse con una persona que “no la juzgara y que la comprendiera” (en palabras de la paciente). Se practicó solo la escucha activa acompañada de psicoeducación sobre la base cerebral de las emociones y de la depresión. Gema se mostró muy sorprendida y receptiva a estas explicaciones. En la segunda sesión, se comenzó el trabajo en autocompasión, previa explicación de este concepto a la paciente. Uno de los ejercicios realizados para la práctica de la autocompasión fue *Cambiando el monólogo de mi crítico interno* (Neff, 2006). En la sesión anterior se le propuso a Gema, dada la frecuencia con la que se insultaba y menospreciaba a sí misma, que tomara nota de algunos de estos pensamientos. Acudió a consulta con una nota realizada con el teléfono móvil muy larga: “me he quedado alucinada. ¿Cómo puedo hablarme así tanto?” comentó. El ejercicio consistió en visualizarse a sí misma. Con la atención centrada en la respiración y los ojos cerrados, le pedimos que se visualizara a sí misma como si estuviera en un espejo y le preguntamos cómo se siente esa otra “ella” que está visualizando. Gema rompió a llorar y dijo que esa “otra ella” se sentía muy mal. Se acompañó a la paciente en esta toma de conciencia de cómo su propia crítica la lastimaba cada vez

más y la invitamos a re-hacer algunas de las frases que se decía habitualmente. Fuera de la visualización, la paciente escogió del listado qué afirmaciones o insultos transformar en verbalizaciones (tanto internas como externas) más amables. Necesitó mucha ayuda pues se bloqueaba y rápidamente caía de nuevo en el menosprecio. Estos son algunos ejemplos:

- no he hecho nada productivo con mi vida
ha sido difícil hasta ahora pero aun puedo hacer cosas bonitas con mi vida
- soy una fracasada
aunque aun no lo crea del todo, soy una persona capaz
- no puedo ser madre porque seguramente sería una mala madre
tengo mucho amor que dar y cuidaría a mi hijo lo mejor posible
- no hay nada bueno en mí
soy una persona valiosa, aunque yo no lo vea
- debería estar muerta
al igual que mis hermanas que aun viven, yo también merezco ser feliz
- mi marido está conmigo por lástima. Podría estar con alguien mejor.
soy buena persona, soy valiosa, aunque aun no lo vea

Debido a que la siguiente cita había sido cancelada, esta sesión se pudo prolongar el tiempo suficiente para, una vez cambiadas algunas de las verbalizaciones destructivas, poder hacer un ejercicio de visualización en el cual la propia Gema se dijera estas nuevas verbalizaciones a sí misma. De nuevo, a través de la conciencia en la respiración, la guiamos para que se visualizara a sí misma en frente y con la ayuda de la terapeuta, expresar estas nuevas frases.

Trabajar con la paciente utilizando mindfulness como base fue especialmente sencillo dada su predisposición. Se le recomendaron meditaciones en autocompasión (Simón, 2017) para que las realizara en casa. Sin embargo, eliminar el automatismo de criticarse, menospreciarse o desearse a sí misma mal fue un proceso muy difícil y con muchas recaídas, dado el profundo enraizamiento de este patrón. Dentro de los ejercicios practicados con Gema también destaca el de la *carta a sí misma* (Neff, 2006). En cuanto hubo cierta relajación del crítico interno le pedimos que se escribiera una carta a sí misma en la cual se pidiera perdón por no haberse cuidado y querido lo suficiente y se expresara amor y calidez. Si lo deseaba podía compartir esta carta en sesión. La longitud de la misma fue sorprendente: cinco páginas (habitualmente estas cartas son de una o dos páginas). Aunque en los primeros párrafos se apreciaba cierto rechazo y descalificación, fue una carta realmente emotiva. Gema contó muy emocionada que escribiendo la carta había sido la primera vez que se había sentido bien estando a solas.

Valoración de la intervención

El caso de Gema fue un caso complejo y, si bien se apreció una clara mejoría en la sintomatología depresiva tras seis semanas de intervención, el proceso terapéutico fue bastante más largo debido al complejo historial de desarrollo de la paciente, a la dificultad a afrontar dentro de su matrimonio ante la posibilidad de un embarazo mediante fecundación in vitro con semen de un donante y a la relación conflictiva que mantenía con sus padres, de los cuales era vecina. A través de la intervención Gema se hizo consciente de su diálogo interno destructivo que la hacía proclive a la depresión y la ansiedad, así como de la falta de autocuidado. A través de la intervención retomó el contacto con una amiga y comenzó a practicar deporte, primero de forma individual y a continuación en grupo, con el objetivo de ampliar su círculo social, que hasta el momento se ceñía a su marido y sus padres exclusivamente. Se la animó también a hacer algún tipo de actividad que reemplazara a lo laboral, pues no quería volver a trabajar, y decidió hacerse voluntaria en una protectora de animales. Esta actividad, no solo le aportaba nuevos contactos, sino sensación de satisfacción y una gran mejora en su autoestima y autoconcepto.

El progreso de Gema estuvo marcado por muchos altibajos y una gran implicación de la paciente con la terapia. Se apreció un marcado cambio en su bienestar emocional y su funcionamiento psico-social, si bien temas más profundos como la relación con los padres y la muerte de la hermana requirieron de un proceso terapéutico más largo.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo era presentar de forma resumida y con ejemplos concretos cómo intervenir en sintomatología ansiosa y depresiva con técnicas de mindfulness, en concreto, atención a la respiración, meditación y prácticas de autocompasión. La evidencia científica muestra la eficacia de esta forma de intervención (Germer y Neff, 2012; Kuyken et al., 2008; Montero-Marín et al., 2016; Roca et

al., 2019; Roca et al., 2021; Tsur et al., 2020; Vázquez et al., 2006). La experiencia es que los pacientes se sienten muy reconfortados con la práctica de la atención plena en consulta, resultando no solo agradable, sino también de gran utilidad en su día a día (Montero-Marín et al., 2016; Roca et al., 2019). Respecto al trabajo en autocompasión, no cabe duda de que todos, en mayor o menor grado, tendemos a la autocritica en algún momento (Germer, 2009; Neff, 2006; Simón, 2012). Si bien la crítica y la exigencia nos permiten crecer profesional y personalmente, cuando se convierten en desprecio y descalificación permanente pueden llegar a ser muy dañinas para la salud causando, no solo problemas de autoestima, sino más graves como trastornos depresivos. Por ello es importante cuidar, no solo cómo hablamos a los demás, sino también cómo nos hablamos a nosotros mismos.

Referencias

1. Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. In M. T. Miró and V. Simón (Eds.). *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 81-140). Desclée de Brouwer.
2. Andalibi, N. & García, P. (2021). *Sensemaking and Coping After Pregnancy Loss: The Seeking and Disruption of Emotional Validation Online*. *PACM on Human Computer Interaction*, 5 <https://doi.org/10.1145/3449201>
3. Avia, M. D. & Vázquez, C. (2011). *Optimismo inteligente*. Alianza editorial.
4. Baker, S. (2019). *The getting of resilience from the inside out*. Hammersmith Health Books.
5. Bourquin, P. (2015). *El arte de la terapia*. Desclée de Brouwer.
6. Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press.
7. Germer, C. K., & Neff, K. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44 <https://doi.org/10.1002/iclp.21923>
8. Hervás, G. (2017). Los límites de las intervenciones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 42-49. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2820>
9. Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Kairós.
10. Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966–978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
11. Linley, A. & Joseph, S. (2012). *Positive psychology in practice*. Wiley.
12. Linehan, M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.)
13. *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). American Psychological Association, <https://doi.org/10.1037/10226-01>
14. Linkov, I., & Trump, B. D. (2019). *The science and practice of resilience*. Springer International Publishing.
15. Montero-Marín, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., Cebolla, A., Soler, J., Demarzo, M., Vázquez, C., Rodríguez-Bornaetxea, F. & García-Campayo, J. (2016). Psychological Effects of a 1-Month Meditation Retreat on Experienced Meditators: The Role of Non-attachment. *Front. Psychol.* 7, 1935. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01935
16. Morgado, I. (2017). *Emociones corrosivas*. Ariel.
17. Nhat Hanh, T. (2017). *El arte de cuidar a tu niño interior*. Paidós.
18. Neff, K. (2006). *Sé amable contigo mismo*. Paidós Ibérica.
19. Ramos, N., Recondo, O., y Enríquez, H. (2012). *Practica la inteligencia emocional plena*. Kairós.
20. Roca, P., Díez, G., Castellanos, N., & Vázquez, C. (2019). Does mindfulness change the mind? A novel psychoneurotome perspective based on Network Analysis. *PLoS ONE* 14(7):e0219793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219793>
21. Roca, P., Díez, G., McNally, R., & Vázquez, C. (2021). The impact of compassion meditation training on psychological variables: a network perspective. *Mindfulness*, 2, 873–888 <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01552-x/>
22. Santorelli, S. y Kabat-Zinn, J. (2001). *MBSR Professional Training Manual*. Center For Mindfulness, University of Massachusetts.
23. Schwartz, R. (2015). *Introducción al modelo de los sistemas de la familia interna*. Eleftheria.
24. Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00208>

25. Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2017). *MBCT: terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión*. Kairós.
26. Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, *54*, 559-562.
27. Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press.
28. Simón, V. (2012). *Iniciación al mindfulness*. Sello Editorial.
29. Simón, V. (2015). *La compasión: el corazón del mindfulness*. Sello Editorial.
30. Stellar, J. E., John-Henderson, N., Anderson, C. L., Gordon, A. M., McNeil, G. D., & Keltner, D. (2015). Positive affect and markers of inflammation: discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion*, *15*(2), 129.
31. Tsur, N., Defrin, R., Haller, C., Bercovitz, K., & Langer, E. (2020). The effect of mindful attention training for pain modulation capacity: Exploring the mindfulness–pain link. *Journal of clinical psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23063>
32. Vázquez C., & Chaves C., (2016). Positive Psychology. In H. S. Friedman (Editor in Chief), *Encyclopedia of Mental Health, 2nd edition* (pp. 290-299), Vol 3. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00049-5>
33. Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en Psicología Positiva: consideraciones y evidencias. *Psicología Conductual*, *14*, 3.

RECIBIDO: 15 de diciembre de 2021

MODIFICADO: 13 de marzo de 2022

ACEPTADO: 14 de marzo de 2022