

INTERVENCIONES BASADAS EN *MINDFULNESS*: TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS SUPERVIVIENTES DE TRAUMA

MINDFULNESS BASED INTERVENTIONS: TREATING SURVIVORS WITH TRAUMA HISTORY

Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Carmen Bayón Pérez

Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Alberto Fernández Liria

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C. y Fernández Liria A. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness: Tratamiento de las Personas Supervivientes de Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 7-20.

Resumen

La experiencia traumática es una experiencia de terror e indefensión ante un estrés extremo. Genera la tendencia en la persona que la sufre a escapar del dolor que surge a través de la desconexión de esa experiencia en el momento presente. La propuesta de mindfulness es conectar de nuevo dentro y fuera, en el momento presente, a través de nuevas formas de relacionarse con dicha experiencia con aceptación y dejando ir, sin identificarse ni agarrarse a ella. En este texto se han descritos las aportaciones de mindfulness y muy especialmente la forma de adaptarlas al caso de las personas supervivientes de trauma. Mindfulness ofrece un camino prometedor para el tratamiento del trauma que incluye además, el autocuidado del terapeuta.

Palabras clave: mindfulness, trauma, compasión, disociación, intervenciones basadas en mindfulness

Abstract

A traumatic experience may be considered as a state of panic and helplessness when we face an overwhelming event. It generates avoidance strategies to escape of the pain, and a profound state of disconnection. Mindfulness promotes the connection inside and outside in the present moment. It cultivates new ways of relationship to the experience with acceptance of the inner experience without neither identification nor attachment to the experience. We describe the premises that support using mindfulness-oriented approaches in trauma treatment and the adaptations of the practices in trauma survivors population. Mindfulness offers a promising and inspirational approach that can be applied to the complex psychological and existential suffering associated with trauma, including the self-caring of the therapists.

Keywords: mindfulness, trauma, compassion, dissociation, mindfulness-based interventions

Fecha de recepción: 04/11/2015. Fecha de aceptación: 11/12/2015.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: brodriguezv@salud.madrid.org; beatrizrvega@gmail.com

Dirección postal: Beatriz Rodríguez Vega, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario la Paz, Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Aunque se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas que han mejorado el pronóstico para los supervivientes de trauma, entre un tercio y la mitad de los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD), continúan presentando síntomas (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick, & Gray, 2008) y el abandono del tratamiento es alto (Hembree et al., 2003) por lo que se recomienda seguir buscando nuevas alternativas terapéuticas (Lang, et al., 2012)

Mindfulness y otras tradiciones contemplativas entrenan la focalización interna de la atención y promueven la observación y la indagación de pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales con la intención de profundizar en la comprensión tanto conceptual como no conceptual de la experiencia –hace ya una década que se publicaron algunos de los trabajos iniciales sobre *mindfulness* en nuestro contexto en un número monográfico de la Revista de Psicoterapia: Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006. En el campo del trauma han demostrado su utilidad a la hora de trabajar con los síntomas y con el sufrimiento existencial generado por él (Follette, Briere, Rozelle, Hopper, & Rome, 2015).

Funcionamiento de la Mente en el Modo de Trauma

Todo lo que sabemos del funcionamiento del organismo en situación de amenaza a la supervivencia se aplica a la situación traumática.

Cuando es percibido un peligro, externo o interno, el ser humano reacciona a través de la activación de la amígdala cerebral, poniendo en marcha la cascada de reacciones que constituye el sistema general de alarma. Se produce la suelta de hormonas del estrés, como el cortisol, de neurotransmisores como la adrenalina, los músculos se contraen y el organismo se prepara para la “lucha, huida o congelación”. Cuando el peligro pasa, el organismo de un conejo, por ejemplo, vuelve rápidamente a un estado de equilibrio previo. Pero en el caso del ser humano esto no siempre es posible.

Gracias a la emergencia del lenguaje y el desarrollo del lóbulo frontal, el ser humano es capaz de trascender el aquí y ahora, de ensoñar y planificar. Al mismo tiempo que esto es una ventaja evolutiva también puede ser fuente de muchos problemas.

Cuando sucede un trauma, tanto el córtex prefrontal o cerebro ejecutivo responsable del pensamiento claro y de la toma de decisiones, como el hipocampo, centro implicado en la consolidación de las memorias verbales y emocionales, están selectivamente inhibidos de forma que predomina el procesamiento emocional y la codificación no conceptual o no verbal de las memorias (Ogden, 2015). Simplemente con los pensamientos y recuerdos relacionados con el trauma, así como con la preocupación y anticipación de un futuro amenazante, se puede activar el sistema general de alarma aunque no exista peligro real aparente, de modo que el cerebro manda órdenes al resto del organismo para defenderse. Esos mismos cambios corporales generan a su vez, un mantenimiento de la situación de alarma. Los

pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales ponen en marcha un mecanismo “*como si*” hubiera una situación de alarma aunque no exista realmente en ese momento.

Basándose en unas pocas pistas, el cerebro construye la predicción más probable. En una situación de maltrato infantil, por ejemplo, puede ser de vital importancia para el niño saber si el padre llega enfadado o contento, si hay peligro o puede relajarse. El niño aprende a estar pendiente de la discriminación facial, de observar la cara del padre, ya que es de vital importancia para la supervivencia o para escapar de una paliza. Pero una vez pasado el peligro, si la niña convertida ya en una mujer, sigue en alerta cada vez que conoce a una persona nueva y, de modo no consciente, sigue discriminando los gestos de una cara con esfuerzo y tensión, va a seguir activando una y otra vez sin necesidad de la conciencia la respuesta general de alarma. Muchos componentes del trauma se procesan a un nivel subcortical y no consciente.

En las personas con PTSD se han descrito sesgos atencionales hacia los estímulos relacionados con el trauma de modo que tienen una mayor sensibilidad para captar dichos estímulos (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000). Se han descrito también dificultades significativas para mantener la concentración (Jovanovic, 2009) y un déficit de control cognitivo, es decir, de la capacidad de la mente para inhibir información irrelevante mientras se atiende a otro tipo de información (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, & Howerter, 2000). Con respecto a la conectividad cerebral, Philips, encontró una disminución de la conectividad neuronal de la red neuronal por defecto y un aumento en la conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal medial en múltiples trastornos psiquiátricos en los que la etiopatogenia se relaciona con estrés en etapas tempranas del desarrollo cerebral (Philips, Kopec, & CarewPattern, 2013). En adultos con estrés infantil y PTSD se han relacionado estos hallazgos con deficiencias en funciones relacionadas con el proceso auto-referencial, tal como el reconocimiento de emociones y la conciencia emocional. Ambas disfunciones podrían afectar al sentido del *self* como “agente” de sus acciones y experiencia y a su capacidad de adaptación (Daniels, 2011). El ejemplo más grave serían los síntomas disociativos, que incluyen despersonalización y trastornos de la identidad.

Todos estos hallazgos neurobiológicos se reflejan también en el hecho de que después de una experiencia traumática la persona tiende a construir su narrativa de vida, su auto narrativa, en torno a un núcleo de indefensión, de miedo y de terror, y esta misma narrativa ayuda a mantener al organismo en un estado de hiper-alerta y de búsqueda de pistas de peligro para escapar de ello, inmovilizarse o defenderse luchando.

Daniel Siegel (2007) afirma que la práctica de *mindfulness* puede liberar la mente de la esclavitud de los aprendizajes previos. A través de *mindfulness* se aumenta la habilidad de auto-observación y es posible el desacoplamiento de vías neuronales que se activaban conjuntamente como respuesta al aprendizaje derivado

de la situación traumática. Al darnos cuenta y discriminar entre las sensaciones corporales y la historia que construimos acerca de ellas, *mindfulness* nos permite tomar conciencia de la diferencia entre la información derivada de la experiencia que proviene de abajo hacia arriba (*bottom-up*) y la información procedente de la elaboración posterior, en forma de parloteo o charla mental, que va desde arriba hacia abajo (*top-down*).

La comprensión y el *insight*, mecanismos de cambio más relevantes en las psicoterapias tradicionales, no sólo puede ser insuficiente sino que en ocasiones pueden reactivar las memorias implícitas sobre el trauma (Ogden, 2015; Ogden, Minton, & Pain, 2006)

Las memorias traumáticas están codificadas preferentemente en la memoria implícita o corporal, de modo que el cuerpo es una avenida principal para trabajar con trauma. La práctica de *mindfulness* se enraíza en el cuerpo, en las sensaciones, en las emociones, y en la atención a pensamientos como simples hechos mentales y supone una vía para acceder a la experiencia desde abajo hacia arriba e influir en la interrupción del ciclo, a su vez mantenido por la narrativa, entre el recuerdo amenazante del pasado y la anticipación ansiosa del futuro.

¿Qué Aporta Mindfulness al Trabajo con Trauma?

Frente al dolor de la experiencia traumática el ser humano busca huir de los sentimientos o ideas que se lo recuerdan o lucha porque los síntomas desaparezcan, pero la evitación psicológica puede intensificar y prolongar el estrés traumático. Se da lo que se ha denominado “la paradoja del dolor” ya que, buscando reducir el sufrimiento, lo que realmente se hace es intensificarlo (Briere, 2015). La evitación experiencial es una de las dimensiones que se asocian de modo más contundente con la severidad de los síntomas traumáticos (Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004).

La propuesta de *mindfulness* se centra en la aceptación de la experiencia sin juzgarla frente a los intentos habituales de controlar los síntomas (Baer, 2006; Bishop et al., 2004) y como resultado se produce un cambio en la relación entre la persona y la experiencia psicológica, a diferencia de otras terapias que se focalizan más en la reducción de la sintomatología (Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

A través de la práctica de *mindfulness*:

- o Se facilita una actitud de estar en el presente, sin criticar ni juzgar frente a la tendencia en el trauma de recordar el acontecimiento ocurrido en el pasado y, consecuentemente, anticipar un futuro amenazante.
- o Se aumenta la conciencia y la aceptación de las experiencias traumáticas cognitivas y emocionales (Walser & Westrup, 2007; Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004).
- o Se aumenta la capacidad para experimentar pensamientos o sentimientos dolorosos y para estar presentes con ellos de modo más calmado, permitiendo espacio para la re-evaluación y el dejar pasar la experiencia sin más

elaboraciones.

- o Se facilita la emergencia de sentimientos de auto-compasión, de emociones positivas y de la activación de áreas cerebrales implicadas en el procesamiento emocional y la empatía.
- o Se promueve la neuroplasticidad y por tanto, la posibilidad del cambio en la conectividad neuronal a través de la práctica (Hölzel et al, 2011; Pagnoni, Cekic, & Guo, 2008).
- o Promueve un cambio de las funciones cerebrales hacia una dominancia frontal izquierda con emociones más positivas y una mejora de la función inmunitaria (Davidson et al., 2003).
- o *Mindfulness* tiene además la ventaja de que promueve el autocuidado y que se puede integrar tanto como práctica formal como en el curso de las actividades cotidianas como el comer, el caminar o el hablar y relacionarse con otros (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007).
- o Ayuda a darse cuenta de que luchar contra los síntomas de PTSD no ayuda (una estrategia de control). Invita a tomar conciencia de la lucha cuando esta surge y observarla sin reaccionar a ella.
- o Ayudar a movilizar el cuerpo: A través de ejercicios de *hatta yoga* y de meditación en movimiento (caminando, nadando).

Los ensayos clínicos existentes y relacionados con la ansiedad en el tratamiento del trauma sugieren que las intervenciones basadas en *mindfulness* obtienen un tamaño del efecto entre medio y grande para los trastornos de ansiedad en general (Lang et al, 2012). Hölzel et al (2013) describieron cambios en la conectividad entre amígdala y corteza prefrontal en participantes de un grupo de Reducción del Estrés Basada en *Mindfulness* (MBSR) tras la intervención.

Algunos programas estructurados de tratamiento también han sido puestos a prueba en investigación. Las terapias de Aceptación y Compromiso (ACT) ofrecen una combinación de la terapia cognitivo-conductual, la psicología de la conducta y el entrenamiento en *mindfulness* (Hayes, et al, 2006) y se han propuesto en el tratamiento del trastorno del estrés postraumático (Bonmyea, Ariel, & Lang, 2012; Engle & Follette, 2015; Follette, Palm, & Rasmussen Hall, 2004; Orsillo & Batten, 2005; Walser & Westrup, 2007).

Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney, & Berman (2010) estudiaron los efectos de la participación en un programa MBSR de una población superviviente de trauma sexual infantil e informaron de reducciones significativas en las variables de depresión y ansiedad así como en los síntomas de PTSD

La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) es un abordaje probado que utiliza las práctica de *mindfulness* de forma muy predominante en el tratamiento del trastorno de personalidad *borderline* (Linehan 1993a) pero hay pocos datos disponibles sobre su uso en PTSD (Fiorillo y Fruzzetti, 2015).

Mindfulness puede ser útil también para tratar los problemas asociados con situaciones traumáticas más allá de los síntomas de PTSD, como son los problemas

relacionales, los de uso de sustancias, depresión, ansiedad y baja autoestima entre otros (Fiorilo & Fruzzetti, 2015).

Williams y Banhofer (2015) señalan el papel del trauma en la cronificación de la depresión y la suicidabilidad y hacen recomendaciones acerca de las adaptaciones que tendría que desarrollar el programa de Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT) para tener en cuenta el proceso emocional en trauma.

Las intervenciones basadas en *mindfulness* han probado ser eficaces con un tamaño del efecto medio a alto (Khoury et al, 2013) para muchos de los síntomas que pueden presentar los supervivientes de un trauma.

Limitaciones y Adaptaciones de las Intervenciones Basadas en Mindfulness

Algunos supervivientes de trauma que tienen *flash backs* o reviviscencias o que presentan más dificultad de regulación emocional pueden sufrir una intensificación del estrés cuando empiezan a meditar al exponerse a la experiencia interna que están evitando. Algunos autores hablan del fenómeno de *backdraft* o contracorriente (Germer & Neff, 2015), el riesgo de que se reaviven las memorias traumáticas al empezar la terapia y tocar un dolor intenso. El terapeuta ha de ser cuidadoso, animar a parar al paciente y ayudarle a regular cuánto le resulta beneficioso abrir la puerta.

Magyari, Langenberg, Chesney, & Berman (2010) trabajando en grupos de MBSR con personas supervivientes de abuso sexual infantil, recomiendan que se haya realizado un trabajo psicoterapéutico sobre las historias traumáticas previo a la entrada en el formato grupal de MBSR. Muchas veces el mismo formato grupal no es tolerable para el paciente o los formatos estándares de ocho semanas resultan insuficientes. Se ha recomendado adaptar los grupos de MBSR disminuyendo el número de participantes (de seis a ocho), aumentando la duración (10-12 semanas) y ofreciendo sesiones de mantenimiento mensuales para estabilizar los avances.

Factores Clave de una Psicoterapia Basada en Mindfulness para el Tratamiento del Trauma

Dar Información

Es importante dar información acerca de cómo el cerebro y la mente humana procesa las experiencias traumáticas. El mensaje es que “no hay nada malo dentro de ti”, y que los síntomas son la expresión del funcionamiento de la mente de un ser humano que ha pasado por una experiencia traumática. En el periodo en que sucedió el trauma, todas estas estrategias (evitación, disociación, alta reactividad, embotamiento afectivo) fueron adaptativas para que la persona, el niño o niña sobreviviera. En el presente ya no son necesarias y se trata de aprender nuevas formas de actuación.

Los síntomas se encuadran como avisos de que la mente está fuera de la ventana de tolerancia emocional, o bien muy arriba, como ocurre cuando hay

ansiedad, inquietud etc... o bien muy por debajo, cuando surge embotamiento, desconexión emocional, etc...

La terapeuta o el instructor de *mindfulness*, ha de conocer la naturaleza de las imágenes traumáticas e informar al consultante de que son más intrusivas porque están fragmentadas, peor integradas en la memoria y pueden desencadenarse por estímulos difíciles de identificar, convirtiendo estos factores también en objetivos para el tratamiento (Williams & Barnhofer, 2015).

También es útil ofrecer también información sobre hallazgos de la neurociencia respecto a la plasticidad cerebral. Hanson (2009) afirma que la “plasticidad”, la capacidad para modificar el “cableado” del cerebro parece constituir la base fisiológica de la posibilidad de transformar nuestras mentes. Es importante advertir al paciente de que, a veces, al principio de la práctica, hasta que los viejos patrones de evitación no son reemplazados por otros nuevos que implican la conciencia y la aceptación, puede haber ocasionales reactivaciones del estrés.

Establecer Seguridad

El primer paso desde cualquier orientación terapéutica es generar un clima de seguridad desde el que el paciente se atreva a explorar su experiencia (Herman, 1992)

La relación terapéutica es ese primer espacio de confort y seguridad y a veces tarda en desarrollarse ya que los supervivientes de trauma con frecuencia han sufrido daño en las relaciones interpersonales. La presencia terapéutica que acepta y no juzga al otro se convierte en un medio fundamental para ayudar a la internalización de esa misma aceptación por parte del paciente y a disminuir sentimientos de vergüenza o culpa. En el acercamiento a personas con trauma se hace especialmente importante acordar un contrato, ya que supone también promover ese marco de seguridad relacional.

Tara Brach (2015) afirma que para que el cambio ocurra, el paciente tiene que experimentar “desde dentro” ese sentimiento de seguridad. Así, aunque al principio la presencia acogedora del terapeuta ofrece esa seguridad desde fuera, esta no es más que un puente para cultivar el “verdadero refugio” de bienestar que radica en el interior de la persona.

Un paso importante para el paciente es aprender a darse cuenta de la seguridad en el momento presente. Las personas que han sufrido trauma quedan atrapadas en el pasado, Pat Ogden (2015) sugiere ayudarles a darse cuenta que “*Quizás no estuviste bien en el pasado, quizás no estés bien en el futuro, pero básicamente tú estás bien en este momento, justo ahora*”.

Algunas personas tienen resistencia a mostrarse tranquilos porque es justo en ese momento, al bajar la guardia, cuando temen ser dañados. La terapeuta puede focalizar en ello y favorecer el “sentirse seguros acerca del sentimiento de seguridad”, quizás ayudándoles a hacer un seguimiento con atención plena, desde dentro del organismo de cómo se genera y qué ocurre, cuando surge, ese estado de

sentirse seguros (Hanson, 2009)

Volver a la Ventana de Tolerancia y Mantenerse en Ella

Desde los trabajos pioneros de Pierre Janet en 1898 sabemos que la primera fase del tratamiento del trauma es ayudar a conseguir la estabilización emocional. Ayudar a la persona tanto cuando está hiperactivada como cuando está hipoactivada a volver a esa *ventana de tolerancia emocional* donde es posible encontrar la calma y procesar adecuadamente la información. Por lo tanto, el terapeuta ofrece instrucciones explícitas sobre cómo mantenerse dentro de la ventana de tolerancia y cómo reconocer cuando se está entrando en una zona de distrés emocional (Magyari, 2015) donde el paciente se inunda de experiencias que no es capaz de procesar y corre el riesgo de retraumatización.

Es necesario diferenciar entre “estar con” una experiencia estresante frente al estado de estrés, fuera de la ventana de tolerancia emocional, donde se pierde la conciencia *mindful*. Se trata de reconocer los signos iniciales cuando el nivel de estrés aumenta y poner en práctica algunas estrategias como son: abrir los ojos si los tenía cerrados, caminar para aumentar la sensación de enraizamiento, mojarse la cara o las manos con agua para aumentar la conciencia del momento presente y reducir la tendencia a la disociación. Es útil poner nombre a la experiencia, como por ejemplo “zona de estrés”, o “pensamiento crítico”, o “recuerdo doloroso”. El hábito de auto-crítica y aversión por sí mismo puede ser muy intenso por lo que puede ser útil dar instrucciones cuando aparece y responder en vez de reaccionar o bien con una respuesta verbal (*vale, ya veo que estás ahí, te veo, critica, critica, critica y así hasta que va disolviéndose*) o con la expresión que encaje con la experiencia de la persona o dar una respuesta no verbal, por ejemplo, poner la mano sobre el corazón, o sobre la mejilla o el vientre o el lugar que a la persona le ayude a parar y generar esa respuesta. La terapeuta ofrece opciones para que sea la paciente la que vaya desarrollando su propia forma de autocalmarse.

También es útil generar de modo informal la conciencia del momento presente a través de breves paradas durante la conversación o de proponer algunos ejercicios sencillos tomados desde la terapia sensoriomotora (Ogden, 2006) para ir introduciendo momentos *mindful*. Por ejemplo, cuando una persona está abotargada, somnolienta, en un estado de hipoactivación, la simple propuesta de levantarse y moverse alrededor de la habitación, trayendo la mente a este movimiento presente, puede ayudarle a cambiar ese estado por otro de mayor regulación. Con una persona que está hiperactivada también puede ser una estrategia adecuada permitir el movimiento consciente o en otros casos pedirle que recuerde la intención de trabajar con su hiperactivación practicando poner la mano en el corazón o cualquier otro gesto que signifique para la persona que está cuidando de sí misma.

Las intervenciones han de introducirse de forma graduada y dosificada para evitar periodos prolongados fuera de la ventana de tolerancia que provocarían la retraumatización. Entrenar técnicas como el *grounding*, yoga u otras de regulación

emocional pueden ayudar en lo inmediato al paciente. Al mismo tiempo, estas intervenciones van favoreciendo el desarrollar la capacidad de focalizarse en el presente de una forma menos amenazante para el paciente y por tanto a desarrollar la habilidad de *mindfulness*.

Iniciarse en las Prácticas de Mindfulness

Como se señalaba más arriba, es muy importante cuidar la dosificación y el ritmo con el que se vaya ofreciendo y animando la práctica del paciente. Al principio se le invita a practicar durante cortos periodos de tiempo, centrándose más en la no reactividad y en la progresión gradual de la práctica. Se estructura la práctica ofreciendo un orden de la sesión que se repite al principio de modo más estricto para ir aumentando la flexibilidad de esa organización. Se recomienda hacer silencios breves durante la guía de la práctica para ir aumentando estas pausas de silencio según la persona va tolerando un grado mayor de estrés o de malestar.

Los primeros pasos en las prácticas han de ser modestos, por ejemplo, para una mujer con historia de abuso sexual infantil, hacer un escáner corporal puede ser una experiencia muy desafiante, ya que puede vivir el cuerpo como enemigo. En estos casos se deberían aumentar las instrucciones de guía antes de la práctica, dar ejemplos de posibles sensaciones que puedan surgir u otras experiencias para poder acogerlas antes de que la paciente huya reactivamente de ellas.

Muchas veces los estiramientos de *hatha yoga* pueden ser los primeros pasos para simplemente tolerar tener cuerpo, tal y como se describe en el programa de Yoga sensible al Trauma (Emerson & Hopper, 2011).

Magyari (2015) recomienda entrenar la compasión desde el principio para equilibrar la conciencia *mindful*, con una actitud de aceptación y amabilidad hacia la propia experiencia.

Invitar al Cambio de Patrones de Respuesta

Conocer el valor que han tenido las defensas para la persona, nos ayuda como terapeutas a entender también por qué una persona puede estar aterrorizada ante la idea de abandonar esas defensas. La postura del terapeuta es la de “*facilitador de las condiciones*” para que el cambio se desarrolle, a través de generar la curiosidad: *¿Qué ocurre cuando te focalizas en tu respiración? ¿Qué surge? ¿Puedes estar, sólo estar, con la experiencia sin intentar cambiarla?* A través de esta actitud de indagación compartida entre paciente y terapeuta, puede ir surgiendo la posibilidad de abrirse a la exploración de la experiencia, el fomentar la curiosidad sin necesidad de juzgar o luchar contra lo que emerja y también el desarrollo de la confianza en la propia sabiduría interna de la persona, ya que la base de ese saber, es la propia experiencia.

Entrenar la Observación de la Experiencia y Aumentar la Conciencia Corporal

Se invita a considerar las imágenes, las voces críticas o cualquier otra actividad de la mente como sólo eso, fenómenos mentales, la conversación del pasado.

La práctica de *mindfulness* invita al descentramiento (Teasdale et al., 2000, 2002) como una habilidad de reflexionar sobre los pensamientos y sentimientos como eventos mentales transitorios que se producen en un campo más amplio de la experiencia, sin identificarse con ellos y aprendiendo a entrenarse en “dejarlos ir”.

La práctica del escáner corporal ayuda a aumentar la conciencia del cuerpo y la discriminación de sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales que vayan surgiendo. Si la práctica de centrarse en el cuerpo generara demasiada ansiedad para la persona, se le puede sugerir centrarse en otros anclajes, los sonidos, la respiración o los puntos de apoyo del cuerpo y mantenerse focalizado en ellos.

En la vida diaria se anima a la persona a seguir practicando por su cuenta tanto con las prácticas formales como integrando la actitud de *mindfulness* en el día a día, aumentando la conciencia de la experiencia interna mientras, por ejemplo, está en la ducha o se lava los dientes o camina hacia el trabajo o durante la comida, hacer todas estas actividades trayendo la conciencia plena a cada una de ellas.

Trabajar con la Disociación

La disociación es un mecanismo preferente para manejar el estrés extremo en situaciones de trauma e implica, de una u otra forma, una ruptura en la continuidad de la experiencia del momento presente. Surge como respuesta automática ante estímulos desencadenantes que reavivan el estrés del trauma, como una forma de evitación que impide o dificulta la recuperación de los recuerdos traumáticos.

Con un paciente que presenta episodios disociativos es más seguro iniciar el entrenamiento en *mindfulness* en las sesiones individuales con la terapeuta, de modo que se pueda ir monitorizando su experiencia y ajustando las intervenciones a las necesidades de cada momento, asegurándose que la práctica no está siendo utilizada como otra forma de disociación (Waelde, 2015).

A veces es muy útil para facilitar la atención focalizada utilizar la repetición de mantras que se han usado para crear un estado de relajación cuando la activación autonómica es alta e interrumpir de modo efectivo la reacción de pelea o huida de la reacción general de alarma (Bormann et al., 2008). Waelde (2015) propone la práctica del “dejar ir” y diferentes ejercicios de enraizamiento o *grounding*, para anclar la atención al momento presente a través de traer la atención a los puntos de apoyo con el suelo, la silla, el respaldo del asiento, etc...

Indagación con Atención Plena

La atención plena se manifiesta también en el diálogo tanto “dentro” de la persona como “entre” paciente y terapeuta y en la exploración compartida de la experiencia. La terapeuta estará atenta a las palabras que está utilizando, trayendo también la atención plena del habla, eligiendo un tono de “invitación” “sugerencia”

de “pedir permiso”, “dar tiempo para que cada uno vaya a su ritmo”, un lenguaje que genere “opciones y elecciones” de modo que la persona mantenga un sentido de control. Al paciente se le invita a mantener una actitud de bienvenida de cualquier experiencia que surja, más que a tener que “resolverla” (Segal, Williams y Teasdale, 2015, pg 55),

Apreciar lo que hay de Beneficioso en la Vida

Cuando el ser humano ha sufrido experiencias traumáticas se hace especialmente difícil reencontrarse con el bienestar, y la mente vuelve una y otra vez a rumiar la experiencia pasada y a anticipar el futuro catastrófico, perdiéndose el momento presente y con él cualquier pista de bienestar que pudiera ayudarle a construir esa base de felicidad y equilibrio. Para practicar esta generación de estados mentales beneficiosos, *mindfulness* ayudaría a tomar en consideración y valorar aquellos aspectos de la vida y de la experiencia positivos que pasamos por alto o que damos por sentados.

Compasión

La conciencia *mindful* es el fundamento de la compasión. Germer (2005) señala que mientras que *mindfulness* se focaliza en la aceptación de la experiencia, la auto-compasión se centra en la aceptación del que experiencia (Germer, 2009). Cuando nos sentimos amenazados desde el interior por emociones intensas como culpa, vergüenza, autocrítica o aislamiento, la respuesta de alarma se vuelve hacia el interior, hacia el sí mismo, en forma de auto-crítica, auto-aislamiento y auto-absorción (Germer, 2015). Nuestro organismo cuenta con un sistema para responder al propio sufrimiento y ese sistema es la auto-compasión.

Para Germer y Neff (2015) la autocompasión es un constructo psicológico que consta de tres componentes (Neff, 2003) que son: (1) amabilidad hacia sí mismo, (2) sentimiento de humanidad compartida y (3) una conciencia *mindful*.

Las personas que han sufrido situaciones traumáticas con frecuencia experimentan sentimientos de vergüenza y auto-crítica, y trabajar con la conciencia de proyectar auto-compasión hacia sí mismos es, al mismo tiempo, difícil e importante para su sanación. A veces la sola propuesta de actuar con amabilidad hacia sí mismo es un reto demasiado intenso y puede reactivar resistencias o memorias con facilidad. Es por ello por lo que en estos casos se empieza por conductas sencillas de auto-cuidado como son: disfrutar de un baño caliente, dar un paseo, charlar con amigos. Según va progresando en su intención de abrazo interno, se pueden ir introduciendo las prácticas de meditación en la compasión y de *lovingkindness*.

El Entrenamiento y Cuidado del Terapeuta para Trabajar con Mindfulness en Situaciones de Trauma

La integración de *mindfulness* en el trabajo terapéutico requiere que el terapeuta sea a su vez practicante de *mindfulness*. Trabajando en psicoterapia, y

muy especialmente en el campo del trauma, es muy importante y beneficioso traer la conciencia a lo que esté sucediendo en este momento entre paciente y terapeuta. Hacer esto ayudará al terapeuta a ser consciente de la forma en que la escucha del sufrimiento del otro repercute en su cuerpo-mente y se protegerá mejor del daño emocional sin tener que desconectarse para ello, de la relación con ese paciente.

La actitud de *mindfulness* ayuda al terapeuta a tolerar emociones intensas con aceptación (Vujanovic, Bonn-Miller, Potter, Marshall, & Zvolensky, 2011), facilita que la terapia se mueva desde un modelo de resolución de problemas a otro donde la intención es desarrollar una actitud de calma, ecuanimidad y aceptación (Marzillier, 2014) y ayuda a desarrollar una actitud de compasión que se convierte en el corazón del proceso terapéutico (Germer & Neff, 2015).

Mindfulness ofrece un camino prometedor para el tratamiento del trauma que incluye además, el autocuidado del terapeuta.

Referencias bibliográficas

- Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications (Practical Resources for the Mental Health Professional)*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bormann, J. E., Thorp, S., Wetherell, J. L., & Golshan, S. (2008). A spiritually based group intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder: feasibility study. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 26(2), 109-16. doi:http://doi.org/10.1177/0898010107311276
- Briere J. (2015). Pain and suffering: A synthesis of Buddhist and western approaches of trauma. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D.I. Rome. (Eds.) *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp 11-31)*. New York: Guilford Press
- Brach T. (2015). Healing traumatic fear: The wings of mindfulness and love. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D.I. Rome. (Eds) *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp 31-43)*. New York: Guilford Press,
- Buckley , T.C. , Blanchard , E.B. , & Neill , W.T . (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- Daniels, J.K., PhD, Frewen, P., McKinnon, M.C., and Lanius, R.A. (2011). Default mode alterations in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma: a developmental perspective. *Journal of Psychiatry & Neurosci*. 36(1), 56-59.
- Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., & Santorelli, S.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*. Berkeley, CA: North Atlantic.
- Engle, J.L., & Follette, V. (2015) Mindfulness and value action: An acceptance and commitment therapy approach for working with trauma survivors. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D.I. Rome. (Eds) *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp 61-75)*. New York: Guilford Press
- Fiorillo, D.R., & Fruzetti, A.E. (2015). Dialectic behavior therapy for trauma survivors. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.) . *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp .75-91)*. New York: Guilford Press.

- Follette, V. M., Palm, K. M., & Rasmussen Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. En: S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Follette, V.M., Briere, J., Rozelle, D., Hopper, J.W., & Rome, D.I. (2015). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices*. New York: Guilford Press.
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R. D. Siegel, & P.F. Fulton (Eds). *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C., & Neff, K. (2015). Cultivating self compassion in trauma survivors. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 43-61). New York, Guilford Press.
- Hanson, R. (2009). *Buddha's brain*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: The Guilford Press.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence -from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., Barrett L.F., Schwartz C., Vaitl D., Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage Clinical*, 2, 448-458.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Jovanovic, T, Norrholm, S.D., Fennell, J.E., Keyes, M., Fiallos, A.M., Myers, K.M., Davis, M., Duncan, E.,J. (2009). Posttraumatic stress disorder may be associated with impaired fear inhibition: relation to symptom severity. *Psychiatry Research*, 67(1-2), 151-160. doi: 10.1016/j.psychres.2007.12.014
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*. 66(1), 17-33. doi: 10.1002/jclp.20624
- Khoury B., Lecomte, T., Fortin, G, Masse, M. Therien, P., Bouchard,, Chappleau, M.A. Paquin, K, Hofmann. S.G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771.
- Lang, A., Strauss, J. L., Bomyea, J., Bormann, J. E., Hickman, S. D., Good, R. C., & Essex, M. (2012). The theoretical and empirical basis for meditation as an intervention for PTSD. *Behavior Modification*, 36(6) 759-786.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17-33. doi: 10.1002/jclp.20624
- Magyari T. (2015). Teaching Mindfulness Based Stress Reduction and mindfulness to women with complex trauma En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 140-157). New York, Guilford.
- Marzillier, J. (2014). *The Trauma Therapies*. Oxford: Oxford University Press.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Neff, K. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250

- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Ogden P. (2015). Embedded relational Mindfulness: A sensorimotor psychotherapy perspective en the treatment of trauma. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.), *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 227-243). New York: Guilford Press.
- Orsillo, S.M., & Batten, S.V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Pagnoni, G., Cekic, M., & Guo Y. (2008). Thinking about not-thinking: neural correlates of conceptual processing during Zen meditation. *Plos One*, September 3. doi: 10.1371/journal.pone.0003083
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Philips, G.T., Kopec, A.M., CarewPattern, T.J.(2013), and predictability in memory formation: From molecular mechanisms to clinical relevante. *Neurobiology of Learning and Memory*. 105, 117-124
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245-257.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2015) *Terapia cognitiva para la depresión basada en el mindfulness* (2ª Edición). Barcelona: Kairós.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134-168.
- Shapiro, S. L., Brown, K.W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Siegel, D. (2007) Mindfulness training and neural integration: differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well being. *SCAN*, 2, 259-263.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Potter, C. M., Marshall, E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). An evaluation of the relation between distress tolerance and posttraumatic stress within a trauma-exposed sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1(33), 129-135.
- Waelde, L. (2015). Mindfulness and meditation for trauma related dissociation. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp. 301-313). New York, Guilford Press
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Williams, M. G., & Barnhofer, T. (2015). Mindfulness based cognitive therapy for chronic depression and trauma. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 91-102). New York, Guilford.