

# CAMBIOS TERAPÉUTICOS DE ESTILO DE VIDA (CTEV) Y MINDFULNESS EN EL ÁMBITO PSICOTERAPÉUTICO

## THERAPEUTIC LIFESTYLE CHANGES (TLC) AND MINDFULNESS IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC CONTEXT

**David Alvear Morón.**

Instituto de Psicología Integral Baraka de San Sebastián.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Alvear Morón, D. (2016). Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CTEV) y Mindfulness en el Ámbito Psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 119-132.

### Resumen

*Se define el estilo de vida (EV) y se propone una posible relación directa con el cambio terapéutico en psicoterapia. Posteriormente, se analizan las intervenciones basadas en los Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CEVT), su potencial en el contexto de la psicoterapia y se subraya la importancia de la práctica de mindfulness en la mayoría de las intervenciones basadas en CEVT. Más adelante, se describen cinco ámbitos de aprendizaje de habilidades mindfulness en el proceso psicoterapéutico y se acaba con varias conclusiones extraídas al respecto.*

**Palabras clave:** *estilo de vida, mindfulness, cambios terapéuticos de estilo de vida, psicoterapia basada en mindfulness*

### Abstract

*Lifestyle is defined and a possible relationship with therapeutic change in psychotherapy is proposed. Afterward, interventions based on the Therapeutic Lifestyle Changes (TLC) and its potential in the context of psychotherapy are analyzed, and the importance of the practice of mindfulness in most TLC is underlined. Then, five learning areas of mindfulness skills in the psychotherapeutic process are described and it is ended with several conclusions.*

**Keywords:** *lifestyle, mindfulness, therapeutic lifestyle changes, mindfulness based psychotherapy*



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estilo de vida (EV) como patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas (WHO, 1986a). En este ámbito, en el año 1986 la OMS celebró en Ottawa la primera conferencia internacional relativa a la promoción de la salud, redactándose como conclusiones la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (WHO, 1986b). En esta carta se definió el proceso que permite a los ciudadanos incrementar el control sobre su salud para mejorarla, incluyendo políticas públicas facilitadoras de dicho cambio. Así, la carta incluyó los elementos necesarios para la salud, factores sociales y ambientales por un lado (por ejemplo, la paz social, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad) y los intraindividuales por otro (por ejemplo, las creencias o las habilidades personales) (Sanjuan y Rueda, 2014).

Uno de los primeros autores en utilizar el concepto de EV fue Toffler (1980) en su libro *La Tercera Ola*, en esta obra definía el EV como la manera de comer, practicar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, dormir o trabajar. Desde otra perspectiva más integradora Dean, Colomer y Pérez-Hoyos (1995) describen el EV como un fenómeno sociocultural, argumentando que los patrones de conducta interactúan con situaciones contextuales para crear lo que se conoce como estilo de vida. Por lo tanto, se entiende que los valores y creencias de base cultural dan forma a prácticas comportamentales que a la vez se encuentran definidas por unas condiciones socio-económicas concretas.

Otra definición aceptada y quizá más divulgativa para el EV implica lo siguiente: la manera de vivir, las cosas que habitualmente hace una persona o grupo en el día a día (Alvear, 2015). El estilo de vida se basa en las decisiones individuales, las características, las preferencias personales y las circunstancias que rodean a todo ello. O planteado de otra manera, cómo cada ser humano distribuye y estructura el tiempo (Zimbardo & Boyd, 2008). Por ende, se sobreentiende que un EV específico implica la elección consciente o no consciente de un tipo de conducta u otra, y que todo ello de manera acumulativa va generando un impacto específico en la salud física, en la salud mental y en el bienestar comunitario.

### ***Estilo de Vida y Salud Mental***

Parece clara la relación directa entre el EV y ciertas enfermedades físicas. De hecho, Doyle (2001) sugiere seis principales enfermedades del “estilo de vida” o enfermedades no transmisibles: enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón, cáncer de colon, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Si bien la relación entre el EV y la salud mental no posee una base empírica tan contundente, no es menos cierto que en la actualidad están emergiendo indicios que apuntan a una estrecha relación entre ambas.

Partiendo de las definiciones del EV, los cambios terapéuticos de estilo de vida (CTEV) defienden que nuestra sociedad ha subestimado tanto el impacto del estilo de vida en la salud mental como el impacto de las conductas que sostienen el estilo

de vida no saludable en la enfermedad mental. Tampoco se ha tenido muy en cuenta el potencial de las conductas que sustentan el estilo de vida saludable para tratar trastornos mentales ni para aumentar el bienestar psicológico (Walsh, 2011).

En el ámbito psicoterapéutico, la integración de los CTEV puede suponer, en primera instancia, una entrevista diagnóstica de mayor calidad, y una vez comenzada la intervención, una mayor eficacia en la consecución del cambio terapéutico. La metodología utilizada en los CTEV sigue un formato psico-educativo, pudiendo comenzar con un sondeo mediante una entrevista semiestructurada donde se obtenga información al respecto de varias variables relativas a los EV. Ejemplo de ello puede ser:

- El consumo de tabaco.
- El consumo de alcohol.
- El consumo de otro tipo de drogas.
- La existencia de conductas sexuales de riesgo.
- La práctica del ejercicio físico.
- La conexión social y el apoyo social existente.
- El tipo de dieta.
- La higiene del sueño o el cuidado de los ciclos vigilia-sueño.
- El tipo de utilización de las redes sociales e Internet.
- La situación laboral.
- La existencia de contacto con la naturaleza.
- La existencia de conductas altruistas.
- La existencia de animales de compañía en el hogar.
- La práctica de ejercicios de relajación o *mindfulness*.

Para que la intervención en CTEV sea efectiva conviene hacerse valer de estrategias de modificación de hábitos y conductas eficaces. Un modelo interesante es el Modelo de las cinco As, utilizado en Estados Unidos como una de las claves a la hora de prevenir conductas de riesgo y fomentar una mejor salud y un mayor bienestar en la ciudadanía (Glasgow, Emont, & Miller, 2006). Estas cinco As (en idioma inglés) son eficaces en un modelo de intervención de *counseling*, siguiendo las siguientes fases: (1) Evaluar (*assess*) conductas saludables y no saludables, (2) aconsejar de manera individualizada (*advise*), (3) acordar objetivos (*agree*), (4) ayudar (*assist*) mediante técnicas de modificación de conducta a conseguir los objetivos, (5) realizar seguimiento (*arrange*) estructurando visitas para apoyar y ajustar objetivos.

En resumen, lo citado anteriormente toma forma en base a una hipótesis de trabajo que prevé que si no existe un estilo de vida mínimamente equilibrado, reduciendo los factores de riesgo y adoptando unos hábitos saludables (siempre en base a la evidencia científica), es probable que el éxito en el cambio terapéutico se vea limitado.

### ***Propuestas de Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CTEV)***

En la actualidad, está comenzando a tomar fuerza el abordaje de diferentes psicopatologías y problemas médicos mediante la implementación de los programas basados en los cambios de estilo de vida, tanto a un nivel de intervención, como preventivo. Destaca el Programa *Therapeutic Lifestyle Change* (TLC) que Stephen Ilardi (2009) y su equipo desarrollan en la Universidad de Kansas para el tratamiento de la depresión. La TLC se basa en la aplicación de seis elementos que poseen base científica en el tratamiento de la depresión: el consumo de suplementos de omega-3 en una dosis concreta, exposición a luz brillante, higiene del ciclo vigilia-sueño, ejercicio aeróbico, estrategias anti-rumia basadas en la activación conductual y el apoyo social.

Igualmente, también están en auge los modelos de CTEV que integran la práctica meditativa, incluso la práctica de meditación *mindfulness*, en sus propuestas, subrayando los beneficios derivados de la meditación en varios contextos. Resultan relevantes las propuestas basadas en CTEV de Dean Ornish (2007) en el ámbito médico, la de Roger Walsh (2011) en el ámbito de la salud mental y la de Daniel Siegel y su equipo (Rock, Siegel, Poelmans, & Payne, 2012) en el terreno de la promoción del bienestar mental. Veamos estos tres abordajes con más detenimiento.

Dean Ornish es profesor en la Facultad de Medicina de la UCLA en San Francisco. En su propuesta defiende que los cambios en el estilo de vida pueden generar beneficios médicos desconocidos hasta la actualidad. Destaca su poder de divulgación y el alto número de sujetos que participan en sus investigaciones. Ornish (2007) se basa en cuatro elementos a la hora de diseñar los protocolos de intervención:

- a) La nutrición, promoviendo dietas bajas en grasas.
- b) La respuesta al estrés del sujeto. Aquí es donde promueve técnicas de reducción de estrés diarias basadas en la meditación, el yoga y la visualización.
- c) La actividad física. En tres niveles: ejercicio aeróbico regular, entrenamiento de fuerza (mediante resistencia) regular y ejercicio de estiramientos regular.
- d) Las relaciones sociales satisfactorias y positivas, promoviendo grupos de apoyo para diferentes patologías.

Los resultados obtenidos a raíz de la aplicación de este protocolo señalan que la implementación de estos cuatro elementos puede derivar en una mejora de las condiciones generales en patologías crónicas como los problemas cardíacos, diabetes tipo II y cáncer de próstata (Ornish et al., 2005), puede generar cambios en la expresión genética (activando genes promotores de la salud y desactivando genes promotores de la patología) (Ornish et al., 2008), e incluso, puede generar un alargamiento de los telómeros, siendo un indicador clave en el envejecimiento del organismo. Desde el ámbito de la salud mental, Ornish también ha encontrado que

este protocolo reducía los niveles de depresión (Pischke, Scherwitz, Weidner, & Ornish, 2008).

Desde otro campo, y con otra manera de trabajar, Roger Walsh, profesor de Psiquiatría en la UCLA en Irvine y un reputado estudioso de las tradiciones de sabiduría (Walsh, 1999), promueve el CTEV basado en ocho vías hacia el bienestar mental. Estas ocho vías están basadas en la revisión de la literatura científica. El autor subraya que una buena utilización de las mismas puede llegar a ser tan efectivo como la psicoterapia o la farmacoterapia en trastornos mentales, con el menor gasto económico y social que ello supone. Las ocho vías que Walsh (2011) propone son:

- 1) Realizar ejercicio físico moderado con frecuencia casi diaria.
- 2) La nutrición y la dieta; aumentando la ingesta de frutas, verduras y pescado.
- 3) Pasar tiempo en la naturaleza.
- 4) Cultivar relaciones interpersonales de calidad.
- 5) Disfrute y potenciación de emociones positivas.
- 6) Cultivo de ejercicios de relajación y meditación.
- 7) Integrar prácticas religiosas o espirituales, cultivando una cosmovisión que dé sentido a la vida y que trascienda a uno mismo.
- 8) Cultivar el servicio o la conducta altruista.

Con otro tipo de propuesta, más centrada en la prevención y el cuidado del cerebro, Daniel J. Siegel, profesor de Psiquiatría en la UCLA e integrador del *mindfulness* y la psicoterapia, y su equipo (Rock, Siegel, Poelmans, & Payne, 2012) proponen siete actividades mentales diarias para optimizar el cerebro y aumentar el bienestar, partiendo de una gestión del tiempo adecuada para que dé tiempo de llevar a cabo estas actividades mentales en la cotidianidad. Con fines didácticos, revisten de terminología divulgativa y con símbolos fácilmente identificables las siete actividades mentales esenciales, subrayando que hace falta dedicar tiempo a cada una de ellas. Se presentan de esta manera:

- 1) El tiempo en reposo: dormir lo suficiente.
- 2) El tiempo físico: mover el cuerpo lo suficiente.
- 3) El tiempo de enfoque: concentrarnos en tareas orientadas a metas, por ejemplo en el trabajo o estudiando.
- 4) El tiempo con atención plena a uno mismo: en silencio observar las sensaciones físicas, sentimientos, imágenes y pensamientos.
- 5) El periodo de inactividad: aprender a no estar centrados, a no estar con objetivos, y dejar que la mente divague.
- 6) El tiempo de juego: cuando la persona se permite ser espontáneo o creativo incentivando conductas lúdicas.
- 7) El tiempo de conexión: conectando con otros seres humanos, idealmente en persona.

Estas tres últimas propuestas de CTEV destacan de una u otra manera la utilidad de la práctica meditativa como uno de los ejes de un estilo de vida funcional

y generador de bienestar en uno mismo y en las personas que nos rodean. Se dedicará el próximo punto a ello, a la integración de las habilidades *mindfulness* en los CTEV.

### ***Integración de Mindfulness en los CTEV***

Aplicada en un formato psicoeducativo dentro del contexto de una psicoterapia individual o grupal, el aprendizaje de ciertas habilidades *mindfulness* puede empoderar al cliente, de manera que le ayude a cubrir diversas áreas detectadas en un EV óptimo. Esto respondería al desarrollo del elemento b) “la respuesta al estrés del sujeto” en el modelo de Ornish (2007), a la vía 6 (y quizá 7) en el modelo de Walsh (2011) y a la actividad 4 (dedicar tiempo con atención plena a uno mismo) en el modelo de CTEV propuesto por Siegel (Rock, Siegel, Poelmans y Payne, 2012) –ver Tabla 1.

**Tabla 1**

#### **Áreas de CTEV relacionadas con habilidades *mindfulness* y sus modelos de origen**

Modelo de CTEV	Áreas de CTEV relacionadas con habilidades <i>mindfulness</i>
Modelo de Ornish (2007)	- La respuesta al estrés del sujeto.
Modelo de Walsh (2011)	- Cultivo de ejercicios de relajación y meditación. - Integrar prácticas religiosas o espirituales, cultivando una cosmovisión que dé sentido a la vida y que trascienda a uno mismo.
Modelo de Siegel (Rock, Siegel, Poelmans y Payne, 2012)	- El tiempo con atención plena a uno mismo: en silencio observar las sensaciones físicas, sentimientos, imágenes y pensamientos.

Estas habilidades se han estructurado en el presente escrito en cinco ámbitos de aprendizaje en los que *mindfulness* posee unas garantías de eficacia contrastadas:

- Aprender a parar y dirigir la atención al presente.
- Aprender a sentir el cuerpo con aceptación.
- Aprender a tratarse con autocompasión en situaciones adversas.
- Aprender a funcionar en “modo ser” cuando el contexto lo requiera.
- Aprender a gestionar los estados de ánimo cotidianos reduciendo la tensión y aumentando la energía.

### ***Aprender a Parar y Dirigir la Atención al Presente***

Definimos la atención al momento presente como un continuo seguimiento de las experiencias tanto internas (pensamientos, emociones y sensaciones físicas) como externas (eventos contextuales) del sujeto, donde un alto nivel de atención al momento presente indicaría un alto seguimiento de las experiencias internas y externas, mientras un bajo nivel de atención al momento presente estaría relacionado con un déficit en el seguimiento de las experiencias internas y externas

(Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008; Alvear, 2016).

Aumentar la capacidad de focalizar la atención en el momento presente es una habilidad que genera beneficios tanto en el psicoterapeuta como en el cliente (Beltrán y Alvear, 2015). Para ello, es necesario invertir tiempo en prácticas de atención enfocada que entran dentro del ámbito de las prácticas formales de *mindfulness*.

En las meditaciones basadas en atención enfocada, el foco atencional se dirige a un objeto seleccionado (por ejemplo, la sensación táctil que genera la respiración en las fosas nasales) y se intenta sostener la atención en dicho objeto. En el momento que aparecen en la mente elementos distractores que no son el objeto primario (por ejemplo, pensamientos), se desconecta la atención de los elementos distractores y se devuelve el foco atencional al objeto primario sin violentar la mente y sin juzgarnos por el hecho de que la atención cambie de foco atencional constantemente (Lutz, Slagter, Dunne, y Davidson, 2008).

Esta habilidad *mindful* consistente en depositar la atención en el presente invirtiendo tiempo en ello, está relacionada con el proceso de enseñanza-aprendizaje de una pedagogía de la calma, que el psicoterapeuta irá enseñando al cliente tanto con su actitud como con el entrenamiento constante y tanto en consulta (conjuntamente) como en casa (al comienzo mediante grabaciones de audio), de las diversas prácticas de meditación *mindfulness* formal. Así, parece conveniente que los terapeutas que utilizan *mindfulness* en su práctica psicoterapéutica lleguen a integrar el *mindfulness* como un estilo de vida que se incorpora tanto en el ámbito personal como en el profesional y familiar. Incluso hay autores que defienden que la motivación ideal para practicar *mindfulness* debe ser el deseo de crecer personalmente y que no ha de haber exclusivamente una razón utilitarista (por ejemplo, *mindfulness* como herramienta profesional) como elemento motivador (Simón, 2012). De hecho, una condición *sine qua non* para los instructores de las diferentes intervenciones basadas en *mindfulness* sigue siendo la práctica diaria tanto a nivel formal como informal (Crane y Elías, 2006).

### ***Aprender a Sentir el Cuerpo con Aceptación***

La conciencia corporal se puede definir como el proceso dinámico e interactivo por el que se perciben los estados, procesos y acciones que suceden en el cuerpo tanto a nivel interoceptivo como propioceptivo y que pueden ser observados por uno mismo (Mehling, DiBlasi, & Hecht, 2005). Es importante subrayar que la toma de conciencia corporal, como tal, puede ser bien funcional o bien disfuncional (Mehling et al., 2009), en el caso del entrenamiento en *mindfulness* se cita siempre como una atención a las sensaciones físicas con una actitud de apertura y ecuanimidad.

La habilidad de la conciencia corporal y el entrenamiento de la misma se ha convertido en un elemento clave a la hora de entender la reducción de sintomatología psicopatológica en las diferentes intervenciones basadas en *mindfulness* (Kuyken

et al., 2010), de hecho, la conciencia corporal es uno de los mecanismos de acción fundamentales a la hora de explicar la causalidad relativa a los resultados exitosos encontrados en las intervenciones basadas en *mindfulness* (Hölzel et al., 2011). Mientras, se ha observado la relación de una integración interoceptiva disfuncional en condiciones clínicas como en el trastorno de ansiedad generalizado, el estrés postraumático, la depresión, el trastorno de la conducta alimentaria y los trastornos adictivos (Farb et al., 2015).

En el contexto psicoterapéutico puede ser conveniente entrenar barridos corporales con una actitud *mindful*, adaptados a las necesidades del propio cliente. Resulta de ayuda realizar una grabación en audio (en la propia sesión de terapia) del barrido corporal con la voz del terapeuta para que el cliente entrene esta habilidad en casa a diario.

Ciertamente, resulta paradigmática la Terapia Cognitivo Conductual con *Mindfulness* Integrado de Bruno Cayoun (2011), la cual propone como elemento clave de la terapia un trabajo intensivo con la habilidad de tomar conciencia del cuerpo de manera ecuánime, con prácticas meditativas tanto formales (por ejemplo escaneo corporal) como informales (por ejemplo el darse cuenta en diferentes momentos del día de la posición en la que se encuentra el cuerpo: sentado, de pie, caminando o tumbado). En el caso de las prácticas formales, propone herramientas derivadas del enfoque tradicional del *mindfulness* en el que se identifican cuatro características básicas relativas a las sensaciones físicas (la masa, la temperatura, el movimiento y la cohesión) y que son susceptibles de observar en base a su intensidad, aplicándolo en diferentes contextos clínicos.

En el ámbito de *mindfulness* se ha observado cómo un entrenamiento especialmente dirigido al aumento de la conciencia corporal impacta de manera directa en el procesamiento interoceptivo, promoviendo cambios en diversos campos: aumenta la sensibilidad interoceptiva, aumenta la no reactividad, aumenta la regulación, aumenta la capacidad de experimentar *insights*, aumenta la presencia y la voluntad y aumenta las emociones positivas (Farb et al., 2015).

Efectivamente, no sólo la práctica de *mindfulness* entrena y aumenta la conciencia corporal con aceptación sino que diversas técnicas cuerpo-mente como el yoga, Qigong (o Chi-Kung), tai chi, Alexander, Feldenkraïis, Rolfing, etc., aplicadas de manera segura y por un profesional cualificado, pueden conseguir efectos cercanos a los que se consiguen mediante la práctica de *mindfulness* (Mehling, Hamel, Acree, Byl y Hecht, 2005).

### ***Aprender a Tratarse con Autocompasión en Situaciones Adversas***

Se ha visto en estudios previos que la autocompasión también puede predecir con solvencia el bienestar psicológico y la salud mental (Woo Kyeong, 2013). Específicamente, mostró una relación positiva con marcadores como auto-aceptación, satisfacción en la vida, conexión social, autoestima, *mindfulness*, autonomía, sentido en la vida, sabiduría reflexiva y afectiva, curiosidad y exploración en la vida,

y optimismo (Neff, 2003b). También se ha demostrado que ofrece una relación negativa con depresión, ansiedad, rumiación, supresión del pensamiento, neuroticismo y perfeccionismo (Kirkpatrick, 2005). De la misma manera, en otro estudio, esta vez con muestra española, se ha visto que los tres subcomponentes funcionales de la autocompasión (auto-amabilidad, humanidad compartida y *mindfulness*) se relacionan negativamente con medidas relativas a la ansiedad (rasgo) y al estrés percibido, mientras que los tres subcomponentes disfuncionales de la autocompasión (Auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación) se relacionan positivamente (García-Campayo et al., 2014). Ver la Tabla 2 como resumen de la distribución de las tres polaridades de las que se compone el constructo de autocompasión según Neff (2003a).

**Tabla 2**

**Constructo de autocompasión según Neff (2003a) basado en tres polaridades**

Nº DE POLARIDAD	BASE FUNCIONAL	BASE DIFUNCIONAL
Polaridad 1	Autoamabilidad	Autojuicio
Polaridad 2	Humanidad compartida	Aislamiento
Polaridad 3	<i>Mindfulness</i>	Sobreidentificación

En muestras norteamericanas (Neff, 2003a) y turcas (Akin, 2009), las intercorrelaciones entre las seis subescalas de la autocompasión fueron las esperadas: las tres funcionales (autoamabilidad, humanidad compartida y *mindfulness*) correlacionan significativamente y positivamente entre sí, y lo hacen significativamente y en dirección negativa con los factores disfuncionales (autojuicio, aislamiento y sobreidentificación), que a la vez correlacionan de manera significativa y positiva entre sí.

Por ende, enseñar al cliente estrategias basadas en la autoamabilidad, la humanidad compartida y *mindfulness* a la hora de regular emociones difíciles, puede suponer un cambio cualitativo clave en el proceso psicoterapéutico. La Tabla 3 nos muestra diversas prácticas susceptibles de entrenar en el proceso psicoterapéutico destinadas a fomentar el buen trato hacia uno mismo (Alvear, 2015).

***Aprender a Funcionar en “Modo Ser” Cuando el Contexto lo Requiera***

Cada autor o cada equipo de trabajo, basándose en su profesión, en su contexto de práctica *mindfulness*, y en su planteamiento epistemológico de la mente humana, entre otros factores, propone una descripción aclarativa del funcionamiento del cuerpo-mente durante la práctica de *mindfulness* y los efectos que se derivan de la misma.

Uno de los modelos explicativos más sugerentes relativos al funcionamiento de la mente humana en un estado *mindful* es el propuesto por Mark Williams (2010), uno de los creadores de la MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*). Williams describe los procesos psicológicos implicados en la activación/inhibición de las

**Tabla 3**

**Prácticas meditativas que fomentan la compasión y el buen trato hacia uno mismo, junto al tipo de atención utilizada (Alvear, 2015).**

Tipo de atención utilizada	Nombre de la práctica.
Atención enfocada	Escaneo corporal compasivo Meditación caminando compasiva Meditación de la luz Meditación con mantra personal Meditación de los seis qi Lugar seguro Color compasivo Creación de imagen compasiva
Práctica informal	Pausa de autocompasión

emociones, y cómo el entrenamiento en *mindfulness* puede ayudar a gestionar de manera más funcional y adaptativa las emociones difíciles que emergen en el cuerpo-mente.

Para ser efectivas como señales, las emociones deben poseer dos cualidades: (a) la capacidad de *activarse* cuando el mundo exterior lo demande (por ejemplo se oye un ruido de camión, se activa la emoción del miedo y el sujeto se aparta de la carretera) y (b) la capacidad de *desactivarse* cuando las circunstancias del mundo exterior cambian (por ejemplo el camión hace diez minutos que ha pasado, el sujeto ha cruzado la carretera con éxito y se encuentra descansando en un banco). Gran parte del sufrimiento humano proviene de que los niveles de sobre-activación de las emociones difíciles (como el miedo, la rabia y la tristeza) no se corresponde con la situación presente y se mantienen a lo largo del tiempo sin que existan estímulos externos objetivos que las generen (Williams, 2010).

Planteado de otra manera, el simulador mental que poseemos los humanos para generar representaciones mentales del pasado y del futuro (de gran utilidad especialmente en la resolución de problemas técnicos y cotidianos), se convierte en un problema cuando se trata de gestionar emociones difíciles, debido a que es este mismo sistema el que sostiene y alimenta en el tiempo la propia emoción generando un sufrimiento innecesario.

Según Williams (2010), al simulador mental que anticipa el futuro y recolecta información del pasado con el objetivo de solucionar problemas en el presente se le denomina como “modo hacer” de la mente y nadie pone en duda su funcionalidad y su necesidad en la vida cotidiana. El sufrimiento deviene cuando se sobreutiliza el “modo hacer” de la mente para evitar, suprimir o intentar elaborar las emociones difíciles, generando un efecto contrario al que se persigue: el sujeto reduce su control atencional y aumenta el impacto de la emoción difícil con la consiguiente sensación de impotencia e indefensión. Frente a ello, el entrenamiento en *mindfulness* cultiva un modo mental diferencial y alternativo denominado como “modo ser”, en el que se enseña al sujeto cómo depositar la atención en el momento presente a los

eventos, tanto internos (corporales y mentales) como externos (contextuales), con una actitud de apertura y curiosidad, fijándose también en las reacciones que el propio organismo genera ante los diferentes eventos. Estas reacciones, normalmente, suelen referirse al deseo de que los eventos considerados como positivos se mantengan, que los considerados como negativos desaparezcan y que los neutros sean más estimulantes o menos aburridos.

Un buen comienzo para la pedagogía del “modo ser” de la mente en el contexto de la psicoterapia es la enseñanza de la práctica informal de *mindfulness* en diversas actividades cotidianas (como el acto de comer, ducharse o dar un paseo). Para ello, una opción es escoger una actividad cada semana para realizarla con atención plena (en “modo ser”) todos los días de la semana e ir cambiando cada semana de actividad, de manera que el cliente vaya consiguiendo aumentar la frecuencia del funcionamiento del “modo ser” en su vida cotidiana.

### ***Aprender a Gestionar los Estados de Ánimo Cotidianos Reduciendo la Tensión y Aumentando la Energía***

En el ámbito de la gestión cotidiana de los estados de ánimo, merece la pena destacar el trabajo de Robert E. Thayer (profesor de la *California State University*) basado en su teoría de los estados de ánimo, entendidos como ritmos biológicos endógenos. Thayer (2001) clasifica los estados de ánimo desde dos dimensiones bio-psicológicas: el nivel de tensión (que hace referencia al *continuum* que va desde la tensión hasta la calma) y el nivel de energía (que hace referencia al *continuum* que va desde la energía hasta el cansancio) (Thayer, 2001).

Estas dimensiones interactúan bajo diferentes condiciones de activación para generar cuatro tipos de estado de ánimo: energía calmada, energía tensa, cansancio tenso y cansancio calmado (ver Figura 1). Estos diferentes niveles de activación están relacionados con múltiples factores relativos a aspectos motivacionales y de autorregulación. Si bien estos estados de ánimo van fluctuando en la cotidianidad con cierta regularidad, generando patrones bio-psicológicos parecidos de un día a otro, es evidente que hay opción de autorregularlos mediante la conducta. El estado de ánimo más funcional, si bien es imposible mantenerlo todo el tiempo, es el de la energía calmada. Por ejemplo, una conducta que se ha visto que dirige el estado de ánimo del organismo hacia la energía calmada es la práctica de la meditación (Thayer, 2001), y en especial, la práctica de meditación en movimiento como el *Qigong* (Johansson, Hassmen & Jouper, 2011).

La meditación en movimiento *Qigong* proviene de la Medicina Tradicional China y está compuesta por una gran diversidad de técnicas basadas en diferentes series de ejercicios que coordinan la atención, la respiración y el movimiento. Cuando una persona se encuentra especialmente tensa o cansada, la práctica de *Qigong* le puede ayudar a calmarse o a energizarse respectivamente. De hecho, están apareciendo investigaciones que avalan al *Qigong* como herramienta de intervención en casos de ansiedad (Wang et al., 2013) y depresión (Oh et al., 2013).



**Figura 1**

**Los cuatro estados de ánimo desde el modelo bidimensional de Thayer (2001)**

No sólo eso, hay autores que van más allá y plantean que el *Qigong* (entre otras técnicas meditativas) habría que categorizarlo independientemente de las meditaciones de atención enfocada y de monitoreo abierto, proponiendo el término de Auto-Trascendencia Automática para esta tercera categoría (Travis y Shear, 2010).

En otra línea de trabajo, para el cliente de psicoterapia el mero conocimiento de estos cuatro estados de ánimo junto al hecho de dedicar atención plena a observar cómo se distribuyen a lo largo del día genera *insights* o intuiciones relativas a la vida cotidiana sumamente útiles en el proceso del cambio psicoterapéutico. Este conocimiento se puede dar mediante la monitorización de los estados de ánimo cotidianos. En este caso se propone al cliente un ejercicio de auto-registro de los estados de ánimo cotidianos como herramienta coadyuvante de la práctica informal de *mindfulness*. Se trata de monitorizar o tomar conciencia de los niveles de tensión y de energía que posee el cliente a lo largo del día. Para ello puede hacerse valer del test que propone Thayer (1986), o sino otra opción puede ser apuntar en un cuaderno (o en cualquier sistema informático) en cinco momentos puntuales del día el nivel de tensión y el nivel de energía (por ejemplo al levantarse, a media mañana, al mediodía, a media tarde y por la noche). Para medir el nivel de tensión y de energía será suficiente crear una sencilla escala Likert de 11 niveles donde, en el caso de la tensión, el número 0 sea “No me siento nada tenso” y el número 10 sea “Me siento totalmente tenso”. Con la medición de la energía se procederá igualmente.

Para obtener intuiciones interesantes se recomienda realizar el auto-registro por lo menos durante un mes, todos los días, cinco veces al día. Luego, cada cliente puede profundizar al respecto de los datos obtenidos en el contexto de la psicoterapia, habiendo clientes que al tener los datos integrados en sistemas informáticos obtienen gráficos sumamente interesantes en referencia a los niveles de tensión y de energía por los que atraviesan en la cotidianeidad. Lo que sí parece evidente es que el simple hecho de dedicar atención durante un mes a los niveles de tensión y de energía en el cuerpo-mente deja un poso de autoconocimiento y sabiduría en el

cliente, lo cual puede serle de ayuda a la hora de generar conductas que reduzcan el sufrimiento en él mismo y en las personas que le rodean.

### Conclusiones

La búsqueda del cambio psicoterapéutico puede necesitar en algunos casos una revisión del estilo de vida del cliente que detecte cierto hábito conductual bloqueante del propio proceso de cambio. Cada vez es más numerosa la literatura científica que avala los CTEV como un condicionante clave a la hora de entender la salud mental y el bienestar psicológico, y el hecho de ir integrándolos en el ámbito psicoterapéutico puede ser un elemento importante en aras de conseguir unos mejores resultados.

La práctica de *mindfulness* se ha mostrado como un eje vertebral en los CTEV, siendo citado en la mayoría de los programas de intervención que proponen cambios basados en EV. En este artículo se han presentado la integración de *mindfulness* en el proceso psicoterapéutico desde cinco ámbitos de aprendizaje diferentes, todos ellos susceptibles de entrenar en una hipotética sesión de psicoterapia.

### Referencias bibliográficas

- Akin, A. (2009). Self-compassion and submissive behavior. *Education and Science*, 34, 138-147.
- Alvear, D. (2016). *Mindfulness, autocompasión y estrés docente en profesorado de Educación Secundaria*. Tesis doctoral. Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco.
- Alvear, D. (2015). *Mindfulness en positivo*. Lleida: Milenio.
- Beltrán, M. y Alvear, D. (2014). La Experiencia del Momento Presente en la Psicoterapia Integradora Humanista (PIH) y en la Psicoterapia Basada en el Mindfulness (PBM). *Revista de Psicoterapia*, 97, 149-172.
- Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, y Farrow V. (2008) The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*;15:204-223.
- Cayoun, B.A. (2011). *Mindfulness-Integrated CBT*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Crane, R. y Elías, D. (2006) Being With What Is - Mindfulness practice for counsellors and psychotherapists. *Therapy Today*, 17(10), 31
- Dean, K., Colomer, C. y Perez-Hoyos, S. (1995) Research on lifestyles and health: searching for meaning. *Social Science in Medicine* 41(6), 845-855.
- Doyle, R. (2001) By the numbers: lifestyle blues. *Scientific American*. April.
- Farb N, Daubenmier J, Price CJ, Gard T, Kerr C, Dunn BD, Klein AC, Paulus MP and Mehling WE (2015) Interoception, contemplative practice, and health. *Front. Psychol.* 6:763.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (4).
- Glasgow, R.E., Emont, S. y Miller, D.C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patientcentered counseling. *Health Promotion International*. 21, 245-255.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., y 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.
- Ilardi, S. S. (2009) *The depression cure*. Cambridge: Da Capo Press.
- Johansson, M., Hassmén, P., y Jouper, J. (2011). Acute effects of qigong exercise on mood and anxiety. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1, 60-65.
- Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention*. Tesis doctoral no publicada. University of Texas at Austin, TX, USA.

- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D., Dalgleish, T., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work?. *Behav Res Ther*, 48(11), 1105-1112.
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., y Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163-169.
- Mehling W, DiBlasi Z, y Hecht F. (2005). Bias control in trials of bodywork. A review of methodological Issues. *J Altern Comp Med*. 11(2), 333-342.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Prise, C. J., Hecht, F. M., y Steward, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PLOS ONE*, 4(5), e5614.
- Mehling WE, Hamel KA, Acree M, Byl N, y Hecht FM (2005) Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Altern Ther Health Med* 11, 44-52.
- National Prevention Council, National Prevention Strategy, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Oh, B., Sun Mi Choi, Inamori, A. Rosenthal, D. y Yeung, A. (2013). Effects of Qigong on Depression: A Systemic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 134737. doi: 10.1155/2013/134737
- Ornish D. (2007). *The Spectrum: A Scientifically Proven Program to Feel Better, Live Longer, Lose Weight, and Gain Health*. New York: Ballantine Books.
- Ornish D, Magbanua MJM, Weidner G, et al.. (2008). Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proc Natl Acad Sci USA*; 105: 8369-8374.
- Ornish D, Weidner G, Fair WR, Marlin R, Pettengill EB, Raisin CJ, Dunn-Emke S, Crutchfield L, Jacobs FN, Barnard RJ, Aronson WJ, McCormac P, McKnight DJ, Fein JD, Dnistrian AM, Weinstein J, Ngo TH, Mendell NR, y Carroll PR. (2005). Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *J. Urol*. September, 174(3), 1065-1069.
- Pischke, C.R., Scherwitz, L., Weidner, G., y Ornish, D. (2008). Long-term effects of lifestyle changes on well-being and cardiac variables among CHD patients. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(5), 584-592.
- Rock, D., Siegel, D., Poelmans, S., y Payne, J. (2012). The healthy mind platter. *The Neuroleadreship Journal*, 4, 1-23.
- Sanjuan, P. y Rueda, B. (2014) Promoción y prevención de la salud desde la psicología. Madrid: Síntesis.
- Simón, V. (2012). *Formación en mindfulness para psicoterapeutas*. En Miró, M. y Simón, V. (Eds.) *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: DDB.
- Thayer, R. E. (2001). *Calm Energy: How People Regulate Mood With Food and Exercise*. New York: Oxford University Press.
- Thayer, R. E. (1986). Activation-Deactivation Adjective Check List: Current overview and structural analysis. *Psychological Reports*, 58, 607-614.
- Toffler, Alvin. 1980. *The Third Wave*. New York: Morrow.
- Travis, F., y Shear, J. (2010). Focused attention, open monitoring and automatic self-transcending: categories to organize meditations from Vedic, Buddhist and Chinese traditions. *Consciousness and Cognition*, 19, 1110-1118.
- Wang C.W., Wan Chan, C.L., Rainbow T. H. Ho, Hector W. H. Tsang, Celia Hoi Yan Chan, and Siu-Man Ng. (2013). The Effect of Qigong on Depressive and Anxiety Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/716094>
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health, *American Psychologist*, 66; 579-592.
- Williams, J.M.G (2010) Mindfulness and Psychological Process. *Emotion*, 10, 1-17
- Woo Kyeong, L. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902
- World Health Organization (1986a) Lifestyles and health. . *Soc Sic Med*, 22(2). 117-124.
- World Health Organization (1986b). *Ottawa charter for health promotion*. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Zimbardo, P. G., y Boyd, J. N. (2008). *The Time Paradox*. New York: Free Press, Simon & Schuster.