

Compasión en la práctica clínica: una revisión conceptual y empírica

TÍTULO ABREVIADO: COMPASIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTOR: Marta Alonso¹

¹ Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Presidenta de AEMind (Asociación Española de Mindfulness). Certified MSC Teacher (Mindful Self Compassion Program).

RESUMEN:

En los últimos 10 años ha habido un crecimiento importante de la investigación sobre la naturaleza y funciones de la compasión. La compasión está siendo estudiada y utilizada como ingrediente en la psicoterapia efectiva basada en la evidencia más que nunca. Un creciente cuerpo de investigación demuestra cómo cultivar una mente compasiva puede ayudar a aliviar y prevenir una variedad de problemas psicológicos transdiagnósticos, incluyendo ansiedad y vergüenza.. La activación deliberada de nuestro sistema de compasión puede generar el valor y la flexibilidad psicológica que necesitamos para enfrentar los desafíos de la vida. Sólo recientemente las cualidades específicas de la compasión y su uso clínico han comenzado a recibir cada vez más atención en la literatura, e incluso convertirse en un área de estudio de

propio derecho. Estos métodos pueden complementar y reforzar nuestro estado del arte. El objetivo de esta revisión es poner de manifiesto la actual evidencia científica de la eficacia de la compasión entendida como un modelo de psicoterapia, así como proporcionar recomendaciones que pueden informar sobre el desarrollo de nuevas investigaciones.

PALABRAS CLAVE: Compasión, psicoterapia, mindfulness, vergüenza, autocrítica.

ABSTRACT

In the last 10 years there has been a growth of research on the nature and functions of compassion. Compassion is being studied and used as an ingredient in effective psychotherapy based on evidence more than ever. A growing body of research shows how to cultivate a compassionate mind can help relieve and prevent a variety of transdiagnostic

psychological problems, including anxiety and shame. Activating deliberately in our system of compassion can generate courage and psychological flexibility we need to meet the challenges of life. Just recently the specific qualities of compassion and its clinical use have begun to receive more and more attention in the literature, and even to become an area of study in its own right. These methods can

complement and strengthen our state of the art. The objective of this review is to highlight the current scientific evidence of the effectiveness of compassion as a model of psychotherapy, as well as to provide recommendations that can inform the development of new research.

KEY WORDS: Compassion, psychotherapy, mindfulness, shame, self-criticism.

Dirección de Correspondencia del Autor:

Marta Alonso

Edificio Llaves de Oro

C/ La Safor, nº12, 1º-2ª

46015 Valencia, Spain

Tel: 96 340 19 44

E-mail: marta@globalc.es, presidencia@aemind.es

Introducción:

"El amor y la compasión son necesidades, no lujos. Sin ellos, la humanidad no puede sobrevivir."

S.S. Dalai Lama XIV

¿Qué es la compasión? ¿Puede tener propiedades terapéuticas? De ser así, ¿pueden los profesionales de la salud mental ser enseñados a practicarla? Fundamentalmente, el término "compasión" significa una apertura emocional a la presencia del sufrimiento tanto en los demás como en nosotros mismos, junto con un profundo deseo de aliviar el sufrimiento propio y/o ajeno. Como veremos, la experiencia de la compasión es esencial para nuestra salud física y psicológica y es una parte vital de nuestra humanidad común

compartida entre todos: la experiencia universal del sufrimiento. En un sentido muy real, la compasión es fundamental para la supervivencia de nuestra especie.

Gilbert¹ define la compasión como un acto de bondad básica, con "una profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y otros seres vivos, junto con el deseo y el esfuerzo para aliviarlo".

Aunque la compasión es bastante nueva como un enfoque de tratamiento en psicoterapia, sus estudiosos integran realmente tanto la sabiduría perenne como los descubrimientos científicos más actuales. Esto podría parecer sorprendente, teniendo en cuenta que practicar compasión ha constituido el foco de la curación emocional en las tradiciones de la sabiduría mundial desde hace al menos 2.600 años. La empatía y la validación emocional han sido identificadas como algunos de los componentes más importantes en la eficacia de la psicoterapia durante décadas. Es difícil pensar en cualquier terapia que no asuma la importancia de practicar compasión. Todos estamos familiarizados con Rogers, acerca de las condiciones básicas de relación positiva incondicional, la empatía y la congruencia. Igualmente, es difícil imaginar un psicoterapeuta no motivado por un cuidado, amabilidad y simpatía por el sufrimiento de su paciente. Sin embargo, la compasión, como un proceso en sí mismo y como centro de atención del trabajo psicoterapéutico, es una recién llegada.

Las cualidades específicas, las formas y los enfoques de la compasión han sido adoptados durante siglos, especialmente por el budismo y el cristianismo, aunque en todas las culturas tradicionales se han cultivado los valores de la compasión como códigos de conducta moral y como la mejor forma de relacionarse con los demás y con los procesos de sufrimiento. Los modelos actuales de compasión en psicoterapia tales como la Compassion Focused Therapy (C.F.T.) o Terapia Focalizada en la Compasión sobre la que luego hablaremos, basan, sin embargo, su perspectiva en un enfoque evolutivo de funcionamiento psicológico. Los últimos avances en investigación psicológica, la teoría y la práctica han sugerido que la compasión puede ser un proceso activo de la psicoterapia, con una eficacia muy significativa especialmente en aspectos transdiagnósticos como la vergüenza y autocrítica, y también para ayudar a abordar la reducción de amenazas basadas en patrones de comportamiento, sobre todo los de tipo evitativo. La investigación ha comenzado a explorar los atributos de compasión, tales como una motivación para cuidar, una capacidad de comprensión y simpatía, una

capacidad para tolerar las emociones desagradables, la capacidad de comprensión empática y de no juzgar o condenar ².

La Compasión desde un enfoque evolutivo: El Modelo de la CFT

La Terapia Focalizada en la Compasión (C.F.T.) a la que nos referíamos en la introducción, es uno de los modelos clínicos de tratamiento más desarrollados y aun así, no ha hecho más que empezar a abordar estas cuestiones. Mientras, sus pioneros continúan reuniendo datos con el fin de ampliar su alcance y niveles de comprensión, se ofrece una valiosa integración con aplicaciones inmediatas en la psicoterapia. Desarrollada a través de décadas de investigación e innovación, la Terapia Focalizada en la Compasión es el ejemplo más remarcable de integración de la psicología evolutiva y del desarrollo, la terapia conductual, la neurología y la sabiduría perenne para proporcionar un enfoque sistemático y científicamente sólido ante el problema del sufrimiento humano. Todo este cuerpo de conocimiento ha tomado la forma de un modelo integral de terapia comportamental experiencial. La peculiar y asombrosa evolución de nuestra especie nos ha proporcionado una tendencia a experimentar la calma, seguridad y valor a través de la presencia cálida, cariñosa y protectora de nuestros cuidadores. Lo que los datos de la investigación en compasión demuestran es: que la relación de amor, cuidado y bondad que establecemos con otros seres humanos, desde el día que nacemos hasta que morimos, tendrá un impacto enorme sobre cómo nuestros cerebros maduren y, por lo tanto, sobre cómo funciona nuestro cuerpo, nuestras emociones y nuestro bienestar general. Gilbert describe la compasión como un proceso multifacético que ha evolucionado desde la mentalidad del cuidador durante el cuidado parental humano y la crianza de los hijos. Como tal, la compasión incluye una serie de elementos complejos emocionales, cognitivos y motivacionales implicados en la capacidad de crear oportunidades de crecimiento y cambio mediante la calidez afectiva y la atención amorosa. La Terapia Focalizada en la Compasión consiste en la capacitación y mejora de esta capacidad que se desarrolla mediante la compasión. Como especie hemos evolucionado para sentirnos aliviados en presencia de los cuidadores que nos brindan un apoyo amoroso. Gilbert¹ explica que nuestros cerebros evolucionaron durante millones de años y que todos nos encontramos en el flujo natural de la vida con cerebros contruidos “para nosotros pero no por nosotros”. Identifica dos

tipos diferentes de cerebro, el cerebro primitivo con sus deseos y motivaciones básicas físicas y sociales y el nuevo cerebro, con su habilidad para usar la atención, la imaginación y la capacidad para fantasear, pensar y razonar. Gilbert destaca el hecho de que nuestras nuevas capacidades pueden ser “secuestradas” y dirigidas por nuestro viejo cerebro con sus pasiones, deseos, amenazas y temores. Sugiere que aprender a detenerse y observar lo que está pasando en nuestras mentes, haciendo clara referencia a los procesos implicados en la práctica de mindfulness, puede ser el primer paso para tener un mayor control. Aprender como ser compasivo con nuestros sentimientos en lugar de pelear con ellos o evitarlos es el segundo paso, haciendo clara referencia a la compasión. La riqueza de la investigación reciente ha indicado que podemos entrenar nuestras mentes para dirigir esta bondad y deseo de ayudar hacia adentro, entrenándonos deliberadamente a nosotros mismos en la compasión (lo que denominamos autocompasión). De forma que la compasión como terapia es un método basado en la investigación que puede ayudar a cultivar el autocuidado y que proporciona al paciente un sentido de valor y coraje, para que se pueda enfrentar a los retos de su vida y superar los miedos.

Esta definición implica a las dos dimensiones centrales de la compasión. La primera es conocida como la **psicología del compromiso** definida como la sensibilidad y la conciencia de la presencia de sufrimiento y sus causas. La segunda dimensión es conocida como **la psicología del alivio o la mitigación** y consiste en la motivación para llevar a cabo acciones concretas con el fin de aliviar el sufrimiento con que nos encontramos en nuestra vida².

Los investigadores también han descubierto que tratarnos a nosotros mismos con compasión, es decir, la autocompasión, tiene un enorme impacto en la calidad de nuestras vidas y en cómo tratamos con dificultades como la ansiedad, el miedo, la depresión y el mundo relacional.

Apego y Compasión

Fricchione³, por su parte, teoriza que la solicitud desesperada de apego hecha por pacientes muy enfermos, refleja un postulado evolutivo subyacente que denomina el proceso del “desafío de la separación versus la solución del apego”. Las súplicas de los pacientes, explica, son expresiones verbales de la historia de la evolución en sí misma. Mediante la exploración de las necesidades de apego del paciente y sus raíces, nos encontramos frente a frente con el componente crítico de la selección natural y el proceso

de la evolución. Según Fricchione, el cuidado compasivo promueve el restablecimiento de la salud física y emocional, precisamente porque es consonante con cómo han evolucionado la vida, el cerebro y la humanidad. Por lo tanto no es un lujo de la atención médica moderna, sino una parte esencial de ella. De esta forma, Fricchione aboga por un sistema médico basado en el apego, en el cual los médicos evalúen el estrés y la resiliencia y prescriban un tratamiento integrado para la totalidad de la persona y diseñado para acentuar la propensión a la salud. Afirma que hay una sabiduría o filosofía perenne, basada en el amor compasivo, del cual la comunidad médica tiene que beneficiarse a la hora de diseñar el futuro de las intervenciones médicas. Nuestro cerebro ha evolucionado, de hecho, para hacer esto. La ley sigue siendo la supervivencia de los más aptos, pero los más aptos son los individuos y grupos que encuentran soluciones inclusivas y que mejoran la conexión ante los retos de la separación.

Siguiendo esta línea, la C.F.T. pone de relieve la importancia de desarrollar la capacidad de los seres humanos tanto para acceder, como para tolerar y dirigir de forma mindful, motivaciones y emociones de carácter afiliativo para uno mismo y los demás. Se trataría de cultivar la compasión interna como una forma de organizar nuestro complicado cerebro humano de una forma prosocial y mentalmente saludable.

El modelo de base de la C.F.T. o modelo de los Tres Círculos afirma que tenemos por lo menos tres tipos de sistemas de regulación de la emoción: el sistema de detección de amenazas y protección; el sistema orientado al logro y el impulso y el sistema afiliativo orientado a la satisfacción, la calma y la seguridad. La investigación ha demostrado que este último se ha desarrollado significativamente con la evolución de la conducta de apego propia de los mamíferos. De forma intuitiva sabemos que la amabilidad y el apoyo de los demás ayuda a calmar la sensación de estar amenazado y uno vuelve a sentirse seguro. Como explica Gilbert¹, el sistema afiliativo fue diseñado como un regulador de la amenaza. Acudimos a nuestros seres más cercanos y queridos cuando nos sentimos bajo amenaza, porque tenemos una sabiduría intuitiva que nos dice que la bondad de los demás es lo que nos ayuda y nos tranquiliza.

La investigación en Neurobiología también sugiere que nuestras emociones de carácter afiliativo operan a través de sistemas específicos que producen endorfinas y oxitocina y que la bondad enfocada hacia uno mismo y el auto cuidado pueden funcionar de manera

similar. Ambos sistemas son distintos de los activados por la amenaza. Dicho de otra forma, los sentimientos de seguridad y calma no provienen de la mera ausencia de la amenaza. Igualmente, si pudiéramos reducir la amenaza, eso no significaría que las propiedades calmantes y reaseguradoras de los sistemas afiliativos se activasen automáticamente. Estos tres sistemas también tienen efectos importantes sobre otras habilidades, tales como nuestra capacidad de atención, la capacidad de tolerar la angustia y la capacidad de mentalizar. También son organizadores fisiológicos muy poderosos.

La C.F.T. organiza sus formulaciones en torno a estos tres sistemas y a la forma de equilibrarlos de nuevo, pero se le da una importancia primordial al sistema afiliativo. Gilbert, explica que "sea lo que sea lo que se haga en CFT, hay que tener el sistema afiliativo en funcionamiento como la clave para regular a los demás sistemas"¹. La CFT considera que este sistema es poco accesible en personas con vergüenza y autocrítica elevadas. Para estas personas la "amenaza" domina su sistema interno y su mundo exterior.

Hoy en día, se sabe que el estilo de apego ansioso no es debido simplemente al miedo al abandono, sino que puede ser también miedo a la afiliación⁴.

En un estudio de Milkulincer y colaboradores⁵ se muestra el hecho de que en una muestra de estudiantes, el miedo a la compasión hacia uno mismo y a la que se recibe de otros, se hallan significativamente ligadas al miedo de sentir compasión hacia los demás. Además, en esta muestra, el miedo de ser compasivo hacia otros estaba significativamente asociado con estilos de apego inseguros. Este resultado encaja con la literatura sobre apego que sugiere que el apego inseguro se relaciona con problemas para comprometerse empáticamente con otros y con desarrollar habilidades para cuidar de otros de una forma efectiva.

En esta misma dirección Neff⁶, creadora junto a Germer del programa de entrenamiento en el cultivo de habilidades compasivas denominado Mindful Self Compassion (M.S.C.), afirma que todos nos sentimos en algún momento desconectados en nuestras relaciones debido a que tenemos diferentes necesidades, historia, ADN y provenimos de diferentes familias, grupos, razas, religiones y así sucesivamente. Al mismo tiempo necesitamos conexión o no nos sentimos bien. El ser humano necesita sentirse conectado a los demás. Sin esa conexión denominada "Humanidad Compartida", la soledad y la depresión aparecen como estados de ánimo predominantes en la psique humana.

Germer⁷, por su parte, destaca el hecho de que en el campo de la salud mental se está reconociendo la importancia de la aceptación del dolor emocional. Comenta como ha existido una popular y clara tendencia en terapia (y todavía existe) acerca de que el terapeuta ayude al cliente a 'identificar' un problema para pasar luego a ayudarlo a 'arreglarlo'. Sin embargo, Germer sugiere que los mecanismos curativos que subyacen tras una terapia acertada no son lo que pensábamos que eran; es el proceso de establecer una nueva relación con nuestros pensamientos y sentimientos, en lugar de seguir desafiándolos directamente lo que marca la diferencia. Esta nueva relación es menos evitativa, menos confusa, más aceptante, más compasiva y más consciente. Germer afirma que “el elemento curativo común, tanto en mindfulness como en auto-compasión, es un cambio gradual en la dirección de trazar amistad con el dolor emocional”.

Compasión, Vergüenza y Autocrítica

Gilbert Ha estado trabajando e investigando con procesos relacionados con la vergüenza en los trastornos del estado de ánimo durante más de tres décadas. En los últimos 15 años su obra ha considerado a la compasión como antídoto a la vergüenza y la autocrítica y como un enfoque para la intervención terapéutica. La CFT ha aparecido desde entonces en el mapa terapéutico, y en particular, ligada a los enfoques de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

El interés de Gilbert en la compasión surgió de una serie de observaciones de su trabajo con personas con dificultades de salud mental compleja, que a menudo provenían de historias evolutivas negligentes, abusivas o emocionalmente inseguras y que típicamente experimentarían un alto nivel de vergüenza y autocrítica. Señaló que al trabajar con un modelo TCC, mientras que algunos pacientes podían involucrarse con las tareas cognitivas y conductuales implicadas, los resultados en general todavía eran pobres. Una respuesta típica del paciente era 'entiendo la lógica de las ideas alternativas sugeridas, pero no me ayudan a sentirme mejor'. Es decir, se producía un 'desajuste cognitivo-emocional' en términos psicológicos.

Esto animó a Gilbert para explorar cómo podemos sentirnos tranquilos y aliviados por las cogniciones “útiles” que sugiere la TCC, pero teniendo en cuenta las fuentes emocionales del consuelo y la confianza, junto a la importancia del apego y la afiliación. Más recientemente, su trabajo se ha aprovechado de la neurociencia y recientemente ha descrito la CFT como un "enfoque integrado y multimodal que se basa en la psicología

evolutiva, social, del desarrollo y la psicología budista, junto con los últimos descubrimientos de la neurociencia”². Al ser multimodal, se basa en una gama de terapias cognitivas conductuales y otras intervenciones. Sin embargo, Gilbert es un apasionado de la importancia de la integración de la ciencia. Afirma que gracias a la Ciencia de la Mente sabemos que el apego, la relación terapéutica y los procesos inconscientes son absolutamente cruciales. Lo ilustra así: “Si la psicoterapia comenzara hoy, estaríamos en una posición mucho mejor con todo lo que sabemos ahora”².

Se ha explorado la relación entre variables usando una regresión múltiple (en estudiantes y terapeutas) y se ha encontrado que la variable autocrítica era tan poderosa que no había otras variables predictoras significativas para la depresión. Efectivamente, se apreció en las correlaciones en ambos grupos (estudiantes y terapeutas,) que la autocrítica (Self inadecuado y odio hacia el Self) correlacionaba de una forma muy significativa con los miedos a la compasión. Estos descubrimientos encajan con otros estudios^{8,9} que subrayan el hecho de que la autocrítica no gira solo en torno hacia actitudes negativas hacia uno mismo sino que contiene también una orientación basada en el miedo a la afiliación¹⁰.

Compasión y Psicoterapia: Últimos Avances en Investigación

En los últimos años, la investigación de base para la psicología de la compasión y para la CFT específicamente, ha estado creciendo a un ritmo notable, con un rápido incremento en el número de investigaciones y publicaciones clínicas que abordan la compasión. Por ejemplo, en los últimos diez años ha habido un importante aumento en la exploración sobre los beneficios de cultivar la compasión, especialmente a través de la práctica de la imaginación terapéutica¹¹.

La CFT también muestra cada vez más apoyo empírico a través de investigaciones orientadas a resultados. En un ensayo clínico con un grupo de personas con problemas crónicos de salud mental que estaban en un hospital de día¹² se encontró que la CFT reducía de manera significativa la autocrítica, la vergüenza, el sentimiento de inferioridad, la depresión y la ansiedad. En otra investigación¹³, la CFT demostró ser muy eficaz para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación¹⁴, psicosis¹⁵ y en personas que acuden a los equipos comunitarios de salud mental¹⁶.

Por otro lado, las neurociencias y la investigación con neuroimagen han demostrado que las prácticas basadas en la imaginación de la compasión hacia los demás producen cambios en la corteza frontal, el sistema inmunitario y el bienestar general¹⁷. En particular, un

estudio¹⁸ encontró que aunque simplemente se haga una meditación breve sobre bondad amorosa se produce un incremento de los sentimientos de conectividad social y afiliación hacia personas desconocidas.

El aumento de la autocompasión parece ser un mecanismo de acción en varios abordajes terapéuticos¹⁹, y puede tener importantes implicaciones para comprender el proceso terapéutico. Neff, Kirkpatrick and Rude²⁰ llevaron a cabo un estudio que monitorizaba los cambios experimentados por pacientes en autocompasión en un intervalo de un mes. Los terapeutas utilizaban la técnica gestáltica de las dos sillas diseñada para ayudar a los clients a disminuir la autocrítica y manifestar una compasión más elevada para sí mismos. Los resultados mostraron que el aumento en los niveles de autocompasión a lo largo de ese periodo de un mes (el cual fue evaluado bajo la apariencia de un estudio independiente) estaba ligado a una disminución en las experiencias de autocrítica, depresión, rumiación, supresión de pensamientos y ansiedad.

Schanche²¹ examinó individuos con varios desórdenes de la personalidad y encontró que después de un tratamiento de psicoterapia breve psicodinámica, los niveles más altos de autocompasión fueron asociados a una disminución de ansiedad, vergüenza y culpa, con un aumento de la propensión a permitirse experimentar tristeza e ira. En el mismo estudio, los aumentos de la autocompasión predecían una disminución de síntomas psiquiátricos y problemas interpersonales. Neff y Germer²² llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado del programa MSC que comparaba resultados de 51 sujetos asignados aleatoriamente al programa (24 participantes; 78% mujeres; media de edad: 51.21) o a un grupo control en lista de espera (27 participantes; 82% mujeres; media de edad: 49.11). La gran mayoría de participantes (76%) reportaron tener experiencia previa en práctica de mindfulness. A los sujetos de ambos grupos se les solicitó que completasen una serie de escalas autoinforme dos semanas antes y después de hacer el programa MSC, y además los participantes en el programa fueron evaluados seis meses y un año después. Los cuestionarios evaluaban variables tales como autocompasión (Self-Compassion Scale²³), mindfulness (Cognitive and Affective Mindfulness Scale – Revised²⁴), compasión hacia otros (Compassion Scale²⁵), satisfacción vital (Satisfaction with Life Scale²⁶, depresión (Inventario de Depresión de Beck²⁷), ansiedad (STAI, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo²⁸), y estrés (Perceived Stress Scale²⁹).

No se hallaron diferencias en el pre-test de ninguna de estas medidas. Sin embargo en el post-test los participantes del programa MSC demostraron un incremento significativamente mayor en sus niveles de auto compasión (hasta un 43%) comparados con los sujetos del grupo control, indicando un gran tamaño del efecto. Los participantes en el MSC también mostraron de forma significativa elevados aumentos en mindfulness (19%), compasión hacia otros (7%) y satisfacción vital (24%), y descenso en depresión (24%), ansiedad (20%), estrés (10%), y evitación emocional (16%).

Estos resultados sugieren que las habilidades de autocompasión que se enseñan en el MSC se aprenden gradualmente, y que una vez aprendidas permanecen relativamente estables. También se preguntó a los participantes cuántas veces por semana practicaban meditación formal y cuántas veces por semana practicaban técnicas informales de autocompasión en su vida diaria. La autocompasión aumentaba cuanto más a menudo los participantes la practicaban y la frecuencia de la práctica predecía el grado en el que ese aumento sucedía (no se encontraron diferencias significativas entre la práctica formal e informal a la hora de predecir beneficios en autocompasión). De ello se infiere que la autocompasión es una habilidad que se puede enseñar y que es dependiente de la dosis. Cuanto más se practica más se aprende.

Existe una evidencia creciente que la compasión es un antídoto poderoso para una gran variedad de problemas de salud mental como son la depresión y la ansiedad. Shapiro y sus colegas³⁰ encontraron que, en un contexto de entrenamiento en mindfulness, las prácticas centradas en la bondad amorosa y en la compasión reducían la depresión.

Se han encontrado varios componentes de la intervención basada en la compasión para mejorar los resultados en psicoterapia y servir como variables mediadoras en los resultados. En un estudio de Schanche y colaboradores²¹ se halló que la autocompasión era un mediador importante de reducción de las emociones negativas asociadas con los trastornos de personalidad. Así mismo, en un estudio de la efectividad de la terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión o MBCT³¹, los investigadores encontraron que la autocompasión era un importante mediador entre mindfulness y la recuperación. De hecho, en un metanálisis de la investigación relativa a contextos clínicos y no clínicos³², las intervenciones orientadas a la compasión fueron significativamente efectivas.

En cuanto al flujo, dirección y sentido de la compasión, se manifiestan así mismo diferentes habilidades con un impacto terapéutico positivo. Podemos tener compasión por los demás, recibir sentimientos de compasión de los demás, y podemos tener empatía y compasión por nosotros mismos (auto-compasión), especialmente en los momentos de dificultad^{1,10,23}. Hay evidencia creciente de que ayudar a las personas a desarrollar compasión para sí mismos y para los demás tiene un potente impacto sobre los afectos negativos y promueve los afectos positivos³³. La Compasión está también ligada a los sentimientos de bondad, dulzura y calidez¹¹.

Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, y Davidson¹⁷ encontraron que la práctica regular de la meditación de compasión para los demás tiene un impacto sobre las respuestas al estrés y la corteza frontal. Los sujetos que practicaron compasión también mostraron un aumento de la sensibilidad para detectar y responder a la angustia en los demás.

También Pace y colaboradores³⁴ encontraron que las meditaciones centradas en compasión redujeron las respuestas del sistema inmunitario y las respuestas conductuales ligadas al estrés.

Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, Finkel³⁵ impartieron seis sesiones semanales de 60 minutos (con práctica en casa) con un CD de prácticas de bondad amorosa (compasión dirigida a uno mismo, a otros conocidos y, finalmente, a personas desconocidas). Este entrenamiento aumentó las emociones positivas, así como el mindfulness, sentimientos de apoyo social y el sentido vital de la existencia, y disminuyó los síntomas de enfermedad. Numerosos estudios demuestran que las prácticas centradas en la compasión disminuyen los afectos negativos y las respuestas de estrés, aumentan los afectos positivos y los sentimientos de afiliación y amabilidad hacia los demás.

Claves del Psicoterapeuta Compasivo

En un estudio realizado por Vivino, Thompson, Hill y Ladany³⁶, un grupo de terapeutas denominados como compasivos por sus compañeros definieron la compasión en psicoterapia como "conectar con el sufrimiento del cliente y el terapeuta y promover el cambio a través de la acción." Los terapeutas formularon estas observaciones en relación con la compasión en psicoterapia: la capacidad de ser compasivo parece depender de la capacidad de ver al cliente dentro de su contexto de sufrimiento, pero también de mantener la compasión por uno mismo. Si el terapeuta podía entender las razones de la

conducta del cliente, era más fácil para ellos para sentir compasión. Este era también el caso si el terapeuta tenía su propia experiencia previa de sufrimiento que resonaba con la experiencia del cliente.

Estos autores resumen el poder transformador de la compasión en la alianza terapéutica afirmando que: "la actitud compasiva de un terapeuta puede ser útil para ayudar a los clientes a convertirse en observadores sin juicios de sus pensamientos, sentimientos y procesos". Cuando los terapeutas son capaces de experimentar compasión, parecen experimentar una aceptación de los clientes y de ellos mismos. Esta aceptación puede permitir a los clientes expresar y experimentar sus emociones, pensamientos y dificultades plenamente así como observarse y aceptarse a sí mismos, creando espacio entre ellos y su experiencia difícil.

Hay una serie de atributos específicos y competencias de compasión que pueden (y deberían) ser incorporados por el terapeuta al usar intervenciones destinadas a ayudar a los pacientes a desarrollar esas mismas competencias para sí mismos. Esto significa que el terapeuta tiene que trabajar la auto-compasión hacia sí mismo como base para intervenir con el paciente. Esos atributos incluyen cuidar del bienestar propio, desarrollar la sensibilidad, la solidaridad, y la tolerancia a la aflicción, la empatía y una actitud de no-juicio. Las habilidades relacionadas con la compasión implican la capacidad de crear sentimientos de calidez, amabilidad y apoyo en el trabajo terapéutico. El trabajo de psicoterapeuta es orientar al paciente hacia la construcción de una identidad propia compasiva. El comportamiento compasivo implica hacer uso de la valentía y el coraje muy a menudo, como por ejemplo dejar una relación o un trabajo abusivos. Como psicoterapeutas subestimamos muchas veces la importancia de facilitar valor y coraje en nuestros pacientes, pero es mucho más probable que estos se produzcan en el contexto de una relación terapéutica compasiva.

El psicoterapeuta compasivo estructurará su trabajo en torno a tres áreas de práctica fundamentales:

1. **La atención compasiva:** metafóricamente lo expresamos como usar la consciencia como si uno acariciase aquello sobre lo que posa su atención, sea lo que sea y especialmente si se trata de uno mismo.

2. **El pensamiento compasivo:** Se trabaja de varias formas, pero una forma muy directa de trabajar con la compasión es imaginar la presencia de un amigo sabio, compasivo, que nos atiende con una aceptación incondicional. Este amigo comprende nuestros problemas y tiene el deseo genuino de ser útil y de vernos florecer. Imaginamos que es lo que nos diría ese amigo cuando más necesitamos su calidez y sabiduría.
3. **La acción autocompasiva:** Se trata de acordarse de tratarse a uno mismo con bondad y amabilidad en acciones concretas de autocuidado. La clave es que estas acciones surjan de un deseo genuino de aliviar el exceso de estrés, conectar con la sensación de vitalidad y de avanzar hacia una vida llena de significado, incluso durante los momentos más oscuros.

Conclusiones:

Cuando los seres humanos se encuentran en presencia de emociones afiliativas, cálidas y se sienten aceptados, se predisponen a operar en el modo más saludable posible con respuestas receptivas, flexibles y empáticas. Desde el día que en el que el ser humano nace y a lo largo de la vida, la presencia de la bondad, el apoyo y la fuerza emocional, tendrán un impacto muy poderoso en todos los aspectos de la salud y el comportamiento, siendo ingredientes esenciales para experimentar el bienestar.

La investigación ha identificado una importante área de futura indagación y desarrollo de la terapia. Si trabajando con cualquier terapia psicológica, los pacientes no son capaces de experimentar sentimientos de consuelo, compasión y bondad, entonces es posible que la terapia tenga un impacto limitado. Esto se debe a que durante aproximadamente unos 120 millones de años, el cerebro de los mamíferos ha evolucionado sobre sistemas muy importantes de regulación emocional que están ligados a interacciones afiliativas³⁷.

Hasta la fecha, nuestra comprensión del miedo y la resistencia a emociones afiliativas y a la compasión se deriva de la teoría del apego⁴ y de observaciones clínicas hechas sobre todo por Gilbert¹⁰. Para avanzar en la investigación y la comprensión de la naturaleza del miedo a las emociones afiliativas y a la compasión, se requieren medidas de esos procesos.

Parece ser que el miedo a la autocompasión y la compasión de los demás hacia uno mismo, puede reflejar una dificultad a la hora de experimentar emociones afiliativas en

general de fuentes tanto internas como externas. Esto confirma nuestras impresiones clínicas, en el sentido que los sujetos autocríticos efectivamente muestran miedo a la hora de ser bondadosos y afiliativos hacia sí mismos.

Estos descubrimientos sugieren que no es solo importante la ausencia de compasión sino también el miedo a la misma, lo cual puede significar que los sujetos pueden resistir de forma activa el involucrarse en experiencias o conductas compasivas. Desde un punto de vista terapéutico, esta resistencia activa a la compasión puede ser causada por varios miedos que sería necesario abordar dentro del contexto terapéutico. La terapia puede avanzar más allá mejorando sobre maneras de acceder y facilitar el desarrollo de diferentes formas de seguridad personal y compasión y abordando los miedos a la compasión.

La investigación revisada sugiere que enseñar a los seres humanos a desarrollar la autocompasión puede reducir la vergüenza y la autocrítica, así como producir mejoras en otros síntomas psiquiátricos. En estos se incluyen depresión y ansiedad en pacientes con trastornos mentales crónicos.

También de la revisión de la literatura concluimos que la CFT (Terapia Focalizada en la Compasión) es un enfoque terapéutico prometedor como intervención para trastornos del estado de ánimo, particularmente aquellos que incluyen la tendencia a una elevada autocrítica. Sin embargo, son necesarios más estudios de calidad y a largo plazo, antes de que pueda considerarse como una intervención basada en la evidencia. Es importante matizar que la CFT no es un abordaje terapéutico propio como tal, sino una aproximación para ser utilizada por profesionales de la salud de cualquier enfoque teórico que tengan que lidiar con la cuestión transdiagnóstica de la vergüenza y la autocrítica.

Las conclusiones de los estudios destacan la importancia de la inclusión de estrategias del cuidado de sí mismo en la formación inicial y desarrollo profesional continuo de los profesionales de la salud. El entrenamiento en mindfulness y compasión está siendo utilizado no solo como un método efectivo para enseñar el estado de presencia terapéutica a los profesionales, sino también como un modelo bien investigado y documentado de autocuidado, animando a estos a convertirse en terapeutas más conscientes, acogedores y compasivos hacia sí mismos, sus pacientes y a reconocer la naturaleza común de la experiencia humana (concepto de Humanidad Compartida)³⁸. Para que esto ocurra, el

desarrollo de programas mindfulness y compasión deben ser llevados al entorno de trabajo del profesional de la salud como parte de su curriculum de formación continua y es necesario que sean percibidos como prioritarios por el Sistema Nacional de Salud en vez de ser contemplados como una simple ocurrencia. Esta aproximación proactiva hacia el autocuidado debería ser vista como un paso positivo y no de forma estigmatizada y culpabilizadora como si algo estuviese mal por cuidar de uno mismo. El hecho de practicar de forma deliberada y consistente la compasión hacia nosotros mismos y hacia los demás puede ayudarnos a prevenir la fatiga de la empatía (antes mal llamada fatiga de la compasión) y aportarnos gran resiliencia emocional. El resultado que se prevee es que los profesionales sufran menos de burn out así como menos bajas laborales.

Lo esencial a la hora de enfrentarse a los miedos e ir construyendo la vida, es invertir en nuestro profundo deseo de amar y ser amados, y aprender a cultivar la compasión y la autocompasión como una práctica diaria y como una forma de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*.2009;p.13.
2. Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion*. London: Constable and Robinson.
3. Fricchione Gregory L. (2011) *Compassion and Healing in Medicine and Society: On the Nature and Use of Attachment Solutions to Separation Challenges* Hardcover – November 1,
4. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
5. Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. (2005). Attachment, caregiving and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 817–839. doi:10.1037/0022-3514.89.5.817
6. Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York: William Morrow.
7. Germer, C. (2009). *The mindful path to self compassion*. New York: Guilford Press.
8. Longe,O.,Maratos,F.A.,Gilbert,P.,Evans,G.,Volker,F.,Rockliff,H.,&Rippon,G.(2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance.*Neuroimage*, 49, 1849–1856. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
9. Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-

- focused imagery. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132–139. Rothschild, B. (2006).
10. Gilbert P. *Compassion focused therapy*. London: Routledge; 2010.
 11. Fehr, B., Sprecher, S., & Underwood, L. G. (Eds.). (2008). *The science of compassionate love: Theory, research, and applications*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley and Sons.
 12. Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 353–379.
 13. Lucre, K. M., & Corten, N. (2012). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 86, 387–400.
 14. Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2012). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 21, 1–12.
 15. Braehler, C., Harper, I., & Gilbert, P. (2012). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. In C. Steel (Ed.), *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (pp. 235–266).
 16. Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy* 5, 420–429.
 17. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS One* 3, e1897.
 18. Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion* 8, 720.
 19. Baer, R. A. (Ed.) (2010). *Assessing Mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. New Harbinger
 20. Neff, K. D.; Kirkpatrick, K.; Rude, S. S. (2007). "Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning". *Journal of Research in Personality* 41: 139–154.
 21. Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy* 48, 293.
 22. Neff, K. D.; Germer, C.K. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*. Volume 69, Issue 1, pages 28–44, January 2013.
 23. Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
 24. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels

- across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci.* 2007 Nov;18(11):965-70.
25. Pommier, E. A. (2011). The compassion scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 72, 1174.
 26. Diener E, Emmons R.A., Larsen RJ, Griffin S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* Feb;49(1):71-5.
 27. Beck A.T., Steer R. A., Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.* 1996 Dec;67(3):588-97
 28. Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
 29. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.(1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
 30. Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11–21.
 31. Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy* 48, 1105–1112.
 32. Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review* 31, 1126–1132.
 33. Lutz,A.,Greischar,L.L.,Rawlings,N.B.,Ricard,M.,&Davidson,R.J.(2004).Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101, 16369–16373.
 34. Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D.,Raison, C. L. (2008). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87–98.
 35. Fredrickson, B. L., Cohn, M., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. A. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1062
 36. Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E.; Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19, 157-171.
 37. Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313–395. Feeney, J. A., & Collins,
 38. Aggs, C.; Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10, 278-286.

