PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Mindfulness y corporalidad: la experiencia subjetiva de los terapeutas

PATXI USABIAGA UMPIERREZ

Profesor guía: Candice Fischer.

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología

Diciembre, 2018

Santiago, Chile

Introducción:

Mindfulness es una práctica cuyos orígenes se remontan a la tradición espiritual budista, que ha sido comúnmente definida como la habilidad de estar presente en la inmediatez de la vida. Este estado de la mente se cultivaría a través de la regulación de la atención, y la dirección de la misma hacia el momento presente; fenómeno que estaría apuntalado en una actitud curiosa, cálida y sin juicio. (Aggs y Bambling, 2010; Ryan, Safran, Doran y Muran, 2012).

De acuerdo a la tradición budista, la contemplación sin juicio de la experiencia interna y externa, así como la aceptación de la impermanencia como característica constitutiva de la existencia, serían elementos centrales en el desarrollo de la práctica del minduflness (Goldstein, 2013). En esta misma línea, según Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody y Devins (2004) el ejercicio de la consciencia plena tendría dos factores esenciales: por un lado, la dirección voluntaria de la atención hacia un foco específico, como los sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas, y por otro, la adopción de una actitud de aceptación, curiosidad e interés hacia dichas experiencias.

La práctica del mindfulness se ha desarrollado bajo el sistema de creencias del budismo, y representa un elemento crucial en el camino que permite al ser humano librarse del sufrimiento propio (Bishop et al., 2004). El interés por esta práctica ha crecido exponencialmente durante los últimos veinte años en el mundo occidental, y conforme a ello las investigaciones empíricas han comenzado a evidenciar los beneficios que su ejercicio sistemático puede ofrecer en términos de bienestar emocional, apertura a la experiencia, satisfacción con la vida y otros (Goldstein, 2002; Mark, Williams y Kabat-Zinn, 2011). Los campos que actualmente muestran mayor desarrollo en el estudio de la aplicabilidad del mindfulness es la psicología clínica y de la salud, la terapia cognitiva y la neurociencia (Mark, Williams y Kabat-Zinn, 2011).

En línea con lo anterior, es importante destacar que, si bien la investigación en mindfulness ha tenido un auge durante los últimos 20 años, pocas investigaciones han

utilizado la metodología cualitativa para explicar sus implicancias en el contexto psicoterapéutico (Horst, Newsom y Stith, 2013).

Respecto a su uso en psicoterapia, los estudios se han concentrado en explicar principalmente las ventajas potenciales de utilizar la práctica del midnfulness como una estrategia de intervención con los pacientes, pero poco se ha indagado en los efectos que su ejercicio sistemático podría tener en la efectividad, satisfacción y bienestar de los terapeutas (Ryan, Safran, Doran y Muran, 2012).

En esta misma línea, se observa que la limitada literatura orientada a explorar las implicancias del ejercicio del mindfulness en los terapeutas se ha concentrado en dilucidar los efectos que éste puede tener a nivel afectivo y cognitivo. Se ha observado, por ejemplo, que la práctica de mindfulness permite disminuir significativamente los niveles de ansiedad en los clínicos, así como también mermaría los síntomas depresivos (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro, Brown, Biegel, 2007).

Se ha demostrado también, que la atención plena podría favorecer la consolidación de la alianza terapéutica, y de este modo potenciar la efectividad de la psicoterapia (Ryan, Safran, Doran y Muran, 2012).

Sin embargo, hay autores que sostienen que el tópico de la corporalidad del terapeuta, así como su rol dentro del proceso de la psicoterapia, corresponde a un tema largamente inexplorado y se podría catalogar incluso como una omisión teórica (Rumble, 2009; Shaw, 2003). En cambio, la exploración y descripción del vínculo entre esta práctica y la experiencia de la corporalidad ha sido una tendencia en auge durante los últimos años en el campo de estudio del mindfulness (Dijkstra y Barelds, 2011).

La presente tesis se desarrolla bajo el alero de un estudio liderado por Carla Crempien, investigadora del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), cuyo objetivo es evaluar el impacto de los programas de formación clínica en la experiencia subjetiva del terapeuta.

En este marco, el esfuerzo particular de esta investigación es explicar cómo es la experiencia subjetiva de los terapeutas en relación a su corporalidad después de haber cursado un diplomado práctico sobre mindfulness. Dada la limitada existencia de literatura al respecto, y por lo tanto la naturaleza exploratoria de esta investigación, se pretende hacer uso de la metodología cualitativa para la producción de datos y el análisis de los mismos.

Marco teórico:

1) Mindfulness y cuerpo

La meditación corresponde a un modo de entrenamiento mental que tiene lugar en diferentes prácticas, tales como el yoga, Thai Chi, y el ejercicio del mindfulness (Tang et al. 2015; Goldstein, 2013; Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody y Devins, 2004; Chen, Lv, Fang, Yu, Sui, Fan y Jiang, 2015). Esta última, sin embargo, ha sido la práctica que mayor interés científico ha despertado en el mundo occidental en los últimos veinte años (Tang et al. 2015). Mindfulness es una práctica cuyas raíces remiten a la tradición budista, que ha sido usualmente definida como un proceso de auto regulación orientado a mantener la atención focalizada en el momento presente.

Dicho proceso, requeriría tanto de la atención sostenida, comprendida como aquella habilidad para mantener un foco en la consciencia por un período prolongado de tiempo, así como también de la capacidad para cambiar el punto de atención de un objeto a otro en forma voluntaria (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody y Devins, 2004). Este entrenamiento en la auto regulación de la atención permitiría, por ejemplo, poder estar alerta a la propia respiración en el momento presente, y luego percibir los sonidos de los pájaros tras la ventana, con una actitud curiosa, aceptadora y sin juicio.

De acuerdo con la tradición budista, el camino para alcanzar el mindfulness estaría fundado sobre cuatro pilares fundamentales, que corresponden a cuatro elementos

constitutivos de la experiencia: el cuerpo, la mente, los sentimientos y el dhamma (Goldstein, 2013). El proceso de hacerse consciente sobre ellos estaría orientado por algunos elementos esenciales de la práctica del mindfulness, entre los que destacaría la contemplación de la experiencia interna y externa (Goldstein, 2013).

La contemplación interna del cuerpo es entendida desde la tradición budista como la percepción en el momento presente sobre qué ocurre en el propio organismo, mientras que la percepción externa del cuerpo puede ser comprendida como la capacidad de focalizar la atención en las señales o acciones corporales de otros (Goldstein, 2013).

Otras perspectivas teóricas se han referido a la capacidad de contemplación interna como *interocepción*. De acuerdo con Dunn, Galton, Morgan, Evans, Oliver, Meyer y Dalgleish, (2010), la interocepción se define como la habilidad para detectar cambios sutiles en los distintos sistemas dentro del cuerpo, tales como la piel, los órganos y los músculos.

Resulta interesante constatar, en este sentido, que la habilidad de contemplación interna propuesta por la práctica mindfulness como un elemento crucial para llegar a la experiencia de la conciencia plena, ha sido vinculada por la literatura científica occidental con la capacidad de intuición y toma de decisiones (Dunn, Galton, Morgan, Evans, Oliver, Meyer y Dalgleish, 2010).

Según Dunn, Galton, Morgan, Evans, Oliver, Meyer y Dalgleish, (2010), la interocepción tendría un rol crucial en el procesamiento cognitivo-afectivo. Se ha evidenciado incluso que la habilidad para detectar marcadores somáticos media, -y por lo tanto podría favorecer o inhibir- la toma de decisiones adaptativas dependiendo de las señales corporales anticipatorias a posibles consecuencias favorables o desventajosas.

Por otro lado, algunos de los beneficios de la práctica sistemática del mindfulness evidenciados durante las últimas décadas, dicen relación con su impacto sobre el sistema nervioso. La consciencia plena constituye una experiencia capaz de promover la

plasticidad neuronal, e incluso transformar la fisionomía cerebral, reestructurando las conexiones sinápticas (Snyder, Shapiro y Treleaven, 2012).

Recientes investigaciones han evidenciado que estos cambios, se asociarían a su vez a transformaciones a nivel cognitivo y emocional en los pacientes que sufren de cuadros anímicos tales como depresión o ansiedad. (Chen et al., 2015). Se ha demostrado, por ejemplo, que la meditación permite regular la actividad de la corteza prefrontal y aumentar los niveles de serotonina, dopamina y noradrenalina en el sistema límbico, y de este modo debilitar los pensamientos rumiantes asociados al trastorno depresivo mayor (Chen, et al., 2015). En este sentido, se sostendría que la práctica de la consciencia plena tiene repercusiones concretas a nivel neurocognitivo, y esto a su vez, tendría un impacto o correlato a nivel sintomatológico.

En esta misma línea, se ha observado que los programas de reducción de estrés basados en mindfulness (MBSR) tienen la capacidad de reducir la sensibilidad al dolor crónico e incluso de disminuir el craving en poblaciones dependientes de sustancias como el cigarro (Ussher, Spatz, y Copland, 2014), lo que hablaría de la potencialidad del mindfulness para generar cambios en la biología humana.

Por otro lado, las investigaciones orientadas a describir la relación entre mindfulness y la experiencia subjetiva de la corporalidad, han tenido un auge en los últimos años. Esta área de estudio se ha enfocado principalmente en recabar evidencia respecto al vínculo entre la autocompasión, como elemento constitutivo del mindfulness, y la satisfacción con la imagen corporal (Dijkstra y Barelds, 2011; Lavender, Gratz, y Anderson, 2012).

Entre otras cosas, se ha propuesto que la práctica de mindfulness es inversamente proporcional a la comparación del propio cuerpo con los estándares de belleza socialmente establecidos, y directamente proporcional a la satisfacción con el propio físico (Dijkstra y Barelds, 2011). Por estos motivos, recientes investigaciones sostienen que el mindfulness tendría la potencialidad de prevenir la aparición de desórdenes alimenticios, e incluso de detener el curso y evolución de estos (Braun, Park, y Gorin, 2016).

Lo anterior se vincularía con la propuesta actitudinal ligada al ejercicio del mindfulness, caracterizada por la apertura y la ausencia de juicio. De acuerdo con Braun et al. (2006), esta forma de experiencia facilitaría la autocompasión y permitiría una valoración más positiva de la autoimagen corporal.

En línea con lo anterior, se ha demostrado que la práctica de mindfulness se asocia a una disminución de comportamientos dirigidos a mejorar la imagen corporal, a través, por ejemplo, de rutinas estrictas de ejercicio o restricción alimentaria. En este sentido, la literatura sugiere que mindfulness potenciaría la flexibilidad cognitiva y comportamental, en la medida en que reduce la cantidad de pensamientos y acciones vinculadas en forma rígida a una imagen negativa del propio cuerpo (Lavender, Gratz y Anderson, 2012). Se observa entonces que los cambios cognitivos derivados de la práctica de mindfulness tendrían injerencia en la experiencia subjetiva del propio cuerpo, y en los comportamientos consecuentemente ligados a dicha experiencia o percepción.

Se entiende, por tanto, que el mindfulness es una práctica que tiene la potencialidad de causar transformaciones a nivel neurocognitivo, y al mismo tiempo, impactar la experiencia subjetiva de los individuos sobre su propio cuerpo. Las investigaciones sobre esto último, sin embargo, se han orientado a explorar el impacto de la consciencia plena, y particularmente la autocompasión con la valoración de la autoimagen. En este sentido, no se observan por el momento estudios que exploren otras dimensiones de la experiencia subjetiva del propio cuerpo en el marco de una práctica de mindfulness sostenida en el tiempo.

2) Terapeuta y mindfulness

Típicamente las aplicaciones del mindfulness en el contexto psicoterapéutico han sido dirigidas a tratar una amplia variedad de psicopatologías, tales como la ansiedad, depresión, estrés, e incluso trastornos de personalidad (Horst, Newsom y Stith, 2013). Se ha propuesto incluso que el minduflness podría utilizarse en distintos modelos teóricos, más que como una técnica específica, como un concepto capaz de impactar en elementos

de la terapia que no son usualmente atendidos (Hick, 2008 en Horst, Newsom y Stith, 2013).

No obstante, durante la última década el interés por investigar los efectos de la práctica en la efectividad de los terapeutas ha experimentado un aumento considerable (Horst, Newsom y Stith, 2013). Se ha demostrado, por ejemplo, que el entrenamiento en mindfulness aumenta la satisfacción laboral y disminuye significativamente el burnout en los clínicos (O Donovan, 2007 en Aggs y Bambling, 2010).

Además, se ha observado que los terapeutas que participan de programas MBSR, disminuyen considerablemente sus niveles de ansiedad, rumiación y afectividad negativa, al mismo tiempo que aumentan su nivel de empatía auto reportada, autocompasión y afectividad positiva en relación a los grupos control (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro, Brown, Biegel, 2007).

Por otro lado, se ha estudiado que la práctica sistemática de mindfulness por parte de los terapeutas, facilita la consolidación de la alianza terapeútica (Baldini, Parker, Nelson y Siegel, 2014). Se ha observado que los clínicos que practican la consciencia plena son capaces de hacer una pausa antes de actuar reactivamente, tienen mayor facilidad para reconocer y validar las señales pre-verbales de sus pacientes y muestran una tendencia más acentuada a reconocer y aceptar sus emociones. (Christopher et al. 2011 en Baldini et al., 2014).

Del mismo modo, recientes investigaciones han evidenciado los beneficios de la práctica de mindfulness en los terapeutas en términos de autocuidado, postulando que permite disminuir el burnout y potencia la salud mental lo que a su vez, estaría relacionado con mejores resultados en los procesos de pscioterapia (Nelson y Siegel, 2014). Estos elementos permitirían al terapeuta ser más resiliente en su labor profesional, y obtener de ella mayor satisfacción (Nelson y Siegel, 2014).

En línea con lo anterior, se ha demostrado que aquellos terapeutas que practican mindfulness tienen sistemáticamente mejores resultados en el proceso psicoterapéutico con clientes que son tratados específicamente por trastornos de estrés, ansiedad o depresión (Grepmair et al., 2007 en Horst, Newsom y Stith, 2013). Así también, se ha demostrado que la práctica de mindfulness por parte del terapeuta no correlaciona significativamente con la disminución de la sintomatología en los pacientes, pero sí lo hace con el desarrollo de su funcionamiento interpersonal (Grepmair et al., 2007 en Horst, Newsom y Stith, 2013).

Por otra parte, recientes investigaciones han develado que los terapeutas consideran que la práctica del mindfulness les ayuda tanto a ellos como a sus clientes a vivir con mayor facilidad la transición de la vida cotidiana a la sesión, permitiéndoles adentrarse más rápida y fluidamente en el contexto psicoterapéutico (Horst, Newsom y Stith, 2013).

De acuerdo con Horst, Newsom y Stith (2013) se ha observado que los terapeutas nóveles entrenados en mindfulness reportan sentir mayor confianza al explicitar su experiencia profesional y menor temor a las reacciones de cliente frente a ello. En línea con lo anterior, se evidenció que los terapeutas refieren sentirse más calmados, y percibir mayor tranquilidad en sus clientes cuando se han entrenado en mindfulness (Horst et al., 2013).

Otros estudios han relevado la importancia del mindfulness en los terapeutas al sostener que la capacidad para regular las respuestas automáticas desarrollada en esta práctica está directamente relacionada con la posibilidad de manejar en forma efectiva las reacciones contra transferenciales, tanto corporales como afectivas (Fatter y Hayes, 2013). Mientras menos reactivo es un terapeuta, mayor capacidad tiene para poder reconocer y manejar sus pensamientos, afectos y acciones. En esta misma línea, se ha propuesto que el mindfulness tendría la potencialidad de modular los centros cerebrales vinculados a la regulación de los afectos (Davis y Hayes, 2011 en Fatter y Hayes, 2013).

Se ha observado también que los terapeutas que han sido entrenados en programas de mindfulness y que al mismo tiempo ejercen como clínicos, reportan tener mayor facilidad

para contactarse con su experiencia interna y con la de sus pacientes (McCollum y Gehart, 2010). Esto les permitiría, a su vez, estar presente en las situaciones difíciles que se despliegan en sesión, sin ser por ello absorbidos o contaminados por dichas experiencias (McCollum y Gehart, 2010). Los terapeutas refieren además haber ralentizado su sensación de prisa o urgencia interna después de haber sido entrenados en el ejercicio del mindfulness (McCollum y Gehart, 2010).

Otro de los efectos que los terapeutas refieren tras haber cursado un entrenamiento en la práctica de mindfulness, es el desarrollo de la capacidad de poner límites. En otras palabras, los terapeutas manifiestan sentir mayor facilidad para despejar los pensamientos ligados a sesiones anteriores al empezar una nueva, o bien al terminar la jornada laboral (McCollum y Gehart, 2010).

En esta misma línea, se ha observado también que los terapeutas experimentan mayor aceptación y compasión respecto a ellos mismos después de haber sido entrenados en mindfulness (McCollum y Gehart, 2010). Dicha aceptación y compasión se vincula con su rol de terapeuta, lo que al mismo tiempo les permitiría ser más tolerantes y compasivos también con sus clientes (McCollum y Gehart, 2010).

3) Terapeuta y cuerpo:

Durante la infancia, el cuerpo juega un rol fundamental en la medida que permite condensar los significados afectivos cuando todavía el lenguaje simbólico no ha sido desarrollado, actuando así como un "marcador somático" de los afectos o estados mentales (Rumble, 2010). En este sentido, constituye una forma de comunicación no verbal entre el infante y su cuidador que permite el progresivo desarrollo de la regulación emocional (Athanasiadou y Halewood, 2011).

Los estudios sobre el apego han documentado extensamente la relación entre la comunicación no-verbal de las madres y el proceso de consolidación del apego en los

infantes (Beebe, 1999; Beebe y Lachman, 1988, 1994; Hesse y Main, 1999; Lieberman, 1999). Así también, numerosos investigadores y teóricos han relevado la importancia de comprender en profundidad dicho proceso, para poder entender de este modo el funcionamiento de la dinámica paciente/terapeuta (Ammaniti, 1999; George y Solomon, 1999; Lyons-Ruth, 1999).

Los resultados de la investigación en torno a las temáticas antes expuestas, evidencia que la comunicación no verbal es parte constitutiva y esencial de la interacción humana, y por lo tanto juega también un rol determinante en el proceso terapéutico (Forester, 2000).

En el marco de la psicoterapia, el estudio del cuerpo del cliente ha sido un tópico de interés creciente en los últimos años sobre todo en los temas relacionados al trauma (Rumble, 2009; Shaw, 2003). Se ha propuesto, en línea con lo anterior, que este sería una fuente de material rico en información sobre la problemática de los pacientes, y por lo tanto un valioso medio de comunicación no verbal (Boadella, 1997 en Shaw, 2004).

Sin embargo, el cuerpo del terapeuta es un tema que ha sido poco estudiado, y sobre el que no existe clara consciencia ni en la literatura ni en la práctica. (Athanasiadou y Halewood, 2011). En lo que prosigue se hará un recuento de la evidencia y teorización existente en relación a este tópico.

De acuerdo con Greene (2001), si bien los terapeutas experimentan en forma constante reacciones contra transferenciales en relación a sus pacientes, serían muy poco conscientes del componente somático o corporal de dicha reacción. No obstante la falta de consciencia, esta dimensión de la contra transferencia se manifestaría a través de cambios en la postura física, expresión facial o tono de voz de los terapeutas (Greene, 2001).

En esta misma línea, Burton y Kantor (1964 en Greene, 2001) afirmaron durante la década del 60’ que un gran porcentaje de los terapeutas se sentía incómodo con sus reacciones corporales, y manifestaba en forma inconsciente a sus pacientes que lo declarativo y racional son fuentes confiables de información, mientras que lo emocional y corporal

resulta sospechoso. Del mismo modo, durante la década del 80', dos tercios de una muestra de 575 terapeutas manifestaron sentirse confusos, culpables y ansiosos en relación a sus reacciones corporales de excitación sexual en el marco de la atención clínica (Pope, Spiegel y Tabachnick, 1986).

Del mismo modo, una investigación realizada en el año 2002 (Loughran, 2002), evidenció que si bien los terapeutas consideran su propio cuerpo como un elemento relevante dentro de la terapia, suelen vincularlo con la sensación de incomodidad. Gran parte de los terapeutas entrevistados refirieron ser muy hábiles para detectar los signos corporales de la ansiedad, por lo que utilizarían el cuerpo como una herramienta para detectar el nivel de confort que tienen con sus pacientes (Loughran, 2002). En este sentido, la sensación de incomodidad corporal actuaría como una alarma que indica que algo ocurre en el plano relacional.

"La incomodidad aparece como una señal de alerta que indica: ¡atención! Algo está pasando aquí. Los terapeutas usan la consciencia de ello para preguntarse: ¿qué es lo que está pasando y qué estoy haciendo con ello? [traducción propia]*"* (Loughran, 2002, p. 138).

Además, los terapeutas manifestaron sentir incomodidad respecto a la excitación sexual que experimentan en relación a algunos pacientes. De acuerdo con Loughran (2002) gran parte de los terapeutas entrevistados refirieron que dichas reacciones corporales constituirían un tabú entre los clínicos, y que algunos de ellos incluso actuarían activamente para ocultar sus cuerpos y evitar revelar la experiencia de excitación en el marco de la terapia.

Sobre el uso del cuerpo en el contexto psicoterapéutico, los clínicos manifestaron que lo utilizaban para comprender mejor cómo se sienten en relación a sus pacientes (Loughran, 2002). Sin embargo, refirieron que el hecho de hablar sobre su cuerpo o explicitar sus reacciones físicas les provoca grandes montos de incomodidad (Loughran, 2002).

Una conceptualización alternativa de la utilidad del cuerpo del terapeuta en el marco de la psicoterapia ha sido desarrollada por investigadores psicodinámicos a través de la noción de contra transferencia encarnada. La contra transferencia encarnada ha sido definida por Field (1989) como todas aquellas reacciones físicas del terapeuta que parecen emerger sin ninguna relación directa con el material manifiesto que ofrece el paciente. Dichas reacciones psicosomáticas que experimenta el terapeuta en forma espontánea –tales como hambre, aburrimiento, ataques de tos, estornudos, etc.- estarían comunicando algo a un nivel diferente al manifiesto (Field, 1989)

De acuerdo con Field (1989), la contra transferencia puede manifestarse a nivel de la fantasía, de las imágenes, de los sentimientos y del cuerpo. En este sentido, remite a una investigación realizada por Samuels (1985 en Fiel 1989) para señalar que un 46% de las reacciones contra transferenciales de los terapeutas podrían ser catalogadas como "encarnadas", o relativas al cuerpo. Dichas reacciones, de acuerdo con Field (1989), corresponderían a una expresión del mundo interno del paciente en el terapeuta; o, en otras palabras, la encarnación de la psique del paciente en el terapeuta.

El cuerpo del terapeuta tendría entonces la utilidad de expresar aspectos de la vida psíquica del paciente que hasta el momento no pueden ser simbolizadas, y que corresponden a un mecanismo primitivo de comunicación (Field, 1989). Por este motivo, podría ser de gran relevancia para el proceso psicoterapéutico que el clínico sea capaz de distinguir qué de sus reacciones corporales podrían estar aludiendo al mundo interno del paciente, para poder utilizarlas como una fuente nueva y valiosa de información (Field, 1989).

No obstante lo anterior, autores como Athanasiadou y Halewood (2011) sostienen que la experiencia somática de la contratransferencia ha tenido mínima atención en la literatura a pesar de su relevancia en la relación terapéutica. Esto constituiría un riesgo para la efectividad del proceso psicoterapéutico, en la medida en que este puede verse afectado negativamente cuando el fenómeno psicosomático es ignorado y desestimado. (Athanasiadou y Halewood, 2011)

Respecto al concepto de contra transferencia o resonancia encarnada, Stone (2006) sostiene que este puede ser pensado a través de la metáfora de un diapasón; instrumento capaz de resonar con algunos pacientes, pero no con otros, en ciertos momentos del proceso terapéutico. Este fenómeno se manifestaría según el autor (Stone, 2006) en reacciones corporales ampliamente descritas, tales como el sueño y la excitación sexual, así como también a través de experiencias menos investigadas, como cefaleas, dolores estomacales o sensación de asfixia (Stone, 2006).

De acuerdo con el autor (Stone, 2006), la ocurrencia del fenómeno de la contra transferencia encarnada dependería de tres elementos fundamentales: 1) patología del paciente. 2) capacidad del paciente para expresar emociones fuertes. 3) tipología del terapeuta. Las reacciones somáticas serían más frecuentes en el trabajo con pacientes narcisistas, psicóticos, borderline, con historia de trauma en la primera infancia y/o con problemas conductuales (ej: descontrol de impulsos) (Stone, 2006).

Considerando todo lo anterior, la presente investigación busca explicar cómo es la experiencia subjetiva de los terapeutas en relación a su corporalidad después de haber cursado un diplomado práctico sobre mindfulness.

Objetivo general:

Explicar cómo es la experiencia subjetiva de los terapeutas en relación a su corporalidad después de haber cursado un diplomado práctico sobre mindfulness.

Objetivos específicos:

1.- Cómo los terapeutas conceptualizan su propia corporalidad en el contexto del trabajo clínico.

Preguntas directrices asociadas a objetivo específico 1: *¿Cuánta consciencia tenían sobre su cuerpo antes y después del diplomado? ¿Cuál es la valoración subjetiva que tienen de su corporalidad en el proceso psicoterapéutico? ¿Qué sensaciones físicas suelen*

experimentar? ¿En qué contextos suelen aparecer? ¿Cómo interpretan dichas reacciones corporales? ¿Ha cambiado la percepción que tienen sobre su cuerpo en el marco psicoterapéutico después de haber realizado el diplomado? ¿En qué sentido?

2.-Cuál es la percepción de los terapeutas en relación al rol de su corporalidad en psicoterapia.

Preguntas directrices asociadas a objetivo específico 2: *¿Qué utilidad le atribuyen los terapeutas a su corporalidad en relación al trabajo clínico? ¿Cuáles son las creencias asociadas a la experiencia del cuerpo en terapia? ¿Cómo se integra el cuerpo del terapeuta a la comprensión del caso clínico?*

3.-Cómo manejan los terapeutas sus reacciones corporales durante el proceso de psicoterapia.

Preguntas directrices asociadas a objetivo específico 3: *¿De qué forma reaccionan los terapeutas ante sus expresiones corporales? ¿Cuál es el ideal relacionado al manejo de las reacciones corporales? ¿Cómo ocurre realmente? ¿Cómo se integra el cuerpo del terapeuta en la estrategia de intervención diseñada?*

Metodología:

La presente tesis se desarrolla bajo el alero de un estudio liderado por Carla Crempien, investigadora del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), cuyo objetivo es evaluar el impacto de los programas de formación clínica en la experiencia subjetiva del terapeuta. Por lo mismo, y por fines éticos, la presente investigación utilizó el mismo consentimiento informado, elaborado para el estudio de Carla Crempien.

1.- Diseño metodológico:

En base a la pregunta de investigación planteada y a la naturaleza del fenómeno que el presente estudio pretende analizar y explicar, se ha decidido hacer uso de la metodología cualitativa para la producción de datos y el análisis de los mismos. De acuerdo con Denzin y Lincoln (1994), la metodología cualitativa puede definirse como una aproximación naturalística e interpretativa, cuya finalidad última es poder comprender, hacer sentido o bien interpretar un fenómeno a partir de los significados que las personas les atribuyen.

Considerando, en primer lugar, que no existen antecedentes previos respecto a la temática de la corporalidad del terapeuta y su vínculo con la práctica sistemática de mindfulness, se hace imposible formular hipótesis preestablecidas capaces de orientar un intento por falsearlas. En ese sentido, el tópico propuesto por la presente investigación representa un terreno inexplorado por la ciencia, y por tanto, requiere de un razonamiento inductivo para ser analizado en una primera instancia.

En segundo lugar, la metodología cualitativa resulta atingente para la pregunta de investigación en la medida en que el objeto de estudio es la experiencia subjetiva de los terapeutas. En este sentido, las entrevistas pueden ser una estrategia adecuada para generar conocimiento relativo a los significados que ellos mismos atribuyen a la vivencia de su corporalidad en el contexto de la psicoterapia.

En línea con lo anterior, cabe destacar que el presente estudio posee un carácter descriptivo y explicativo, en tanto busca caracterizar la experiencia subjetiva de los terapeutas, y develar al mismo tiempo el modo en que los significados se organizan para dar sentido y coherencia.

2.-Participantes.

Los participantes de la investigación fueron nueve psicólogos y psicólogas clínicos/as que cursaron un diplomado práctico en mindfulness y psicoterapia, dictado por la Universidad Católica. Dicha instancia formativa tuvo por objetivos:

"1. Conocer Mindfulness desde un punto de vista teórico y experiencial; introduciendo a los participantes a la práctica meditativa mindfulness

2. Vincular la práctica de Mindfulness con el trabajo psicoterapéutico, y aprender sobre las distintas aplicaciones psicoterapéuticas de Mindfulness" (Educación Continua UC)

Gran parte de los participantes trabajaba atendiendo en consulta particular, mientras que un pequeño porcentaje se desempeña como clínico en el sistema público al momento de la entrevista. En la siguiente tabla se detalla lo anteriormente mencionado:

Desempeño laboral	Sector público	Consulta privada	Centro privado de atención	Consulta privada y sector público	Institución de educación superior
Frecuencia de participantes	1	5	1	1	1

La edad media de los entrevistados bordea aproximadamente los 40 años, y el tiempo promedio de ejercicio laboral en psicología clínica es de 1 década.

Por otro lado, los profesionales adhieren a distintas corrientes teóricas, entre las que destacan el psicoanálisis y el humanismo. En la siguiente tabla, se detallan las frecuencias de los participantes en relación a sus orientaciones teóricas.

Orientación teórica	Psicodinámico	Psicoanálisis relacional	Psicoanálisis lacaniano	Humanismo	Integrativo
Frecuencia de participantes	2	2	1	3	1

Es importante destacar que el conocimiento previo de los entrevistados en relación al mindfulness y la meditación varía significativamente entre unos y otros. Al respecto, se observa que tres de los nueve participantes habían participado de talleres breves sobre mindfulness antes de realizar el diplomado. Por otra parte, tres clínicos manifestaron que

tenían experiencia en la práctica del yoga, y dos de ellos habían hecho un retiro de meditación vipassana. Tres entrevistados llegaron al diplomado porque sus parejas o amigos practicaban meditación, y uno de ellos refirió haberse formado en forma autodidacta en el tema a través de la lectura de un libro específico.

3.- Criterios de inclusión, exclusión.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: Hombres y mujeres que sean titulados como profesionales clínicos que se desempeñen como terapeutas, y que hayan cursado un diplomado práctico sobre mindfulness y psicoterapia dictado por la Pontifica Universidad Católica. Deben haber asistido a un 80% de las clases como mínimo, y deben haber aceptado participar de las entrevistas.

Como único criterio de exclusión se estableció la presencia de una patología mental grave previamente diagnosticada y actualmente en crisis. Es importante destacar, sin embargo, que hubo clínicos cursando el diplomado que fueron contactados y que sin embargo no respondieron a los mensajes, o bien, que experimentaron dificultades que imposibilitaron su participación en las entrevistas.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron formulados en vistas de su pertinencia en relación a la pregunta y los objetivos de la investigación. No obstante, la decisión de seleccionar únicamente a estudiantes del diplomado de mindfulness y psicoterapia dictado en la PUC, fue determinada por necesidades pragmáticas vinculadas a la necesidad de coherencia con el proyecto de investigación dirigido por MIDAP en el cual se enmarca este estudio.

4.-Muestreo:

Se utilizó un muestreo de tipo intencionado, basado en los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados. Para el reclutamiento de participantes, se hizo uso

de una estrategia de muestreo denominado “de muestra homogénea”, definida como aquella orientada a seleccionar una muestra pequeña y homogénea, con el objetivo de describir un subgrupo en profundidad (Patton, 2002). En este caso, se seleccionó a profesionales del área clínica que hubieran cursado un diplomado práctico sobre mindfulness, para conocer la experiencia subjetiva que tenían sobre su propia subjetividad. Este tipo de muestreo permitió que los participantes elegidos ofrecieran respuestas ricas en información que permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación planteada.

La unidad muestral del estudio fueron los participantes en forma individual, puesto que se buscaba explorar en profundidad los significados que cada uno de ellos atribuía a la experiencia de su corporalidad en el marco del trabajo clínico. Más que las discrepancias entre opiniones, esta investigación persiguió la indagación minuciosa en la particularidad de las vivencias subjetivas de estos participantes.

5.- Arranque muestral: La investigación tuvo un arranque muestral de nueve entrevistas individuales.

Producción de datos:

1.- Estrategias de producción de datos:

Para la producción de datos se utilizaron entrevistas en profundidad semi estructuradas, las cuales fueron realizadas a los participantes en forma individual. De acuerdo con Patton (2002), este tipo de entrevistas, o también llamadas entrevistas guiadas, se caracterizan por ser orientadas a través de una lista de posibles preguntas o temas relevantes a ser abordados durante la conversación. En este sentido, las entrevistas guiadas permiten

formular preguntas en forma espontánea, y se mantienen abiertas a la emergencia de tópicos que no fuesen previamente definidos por el investigador (Patton, 2002).

Esta estrategia de la producción de datos permitió dirigir las entrevistas hacia los temas establecidos en los objetivos, pero que al mismo tiempo dio espacio a la aparición de nuevos contenidos. Esto último fue especialmente relevante considerando la ausencia de investigaciones previas que aborden la temática de la corporalidad del terapeuta desde la metodología cualitativa.

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo con la colaboración de una de las profesoras del diplomado sobre mindfulness y psicoterapia impartido por la UC, quien además es parte de la investigación dirigida por MIDAP en la cual se enmarca este estudio, y profesora guía de la presente tesis. Ella anunció a los alumnos, al iniciar el curso, que posiblemente serían contactados para participar de una entrevista en el marco de una investigación MIDAP. Por este motivo, se le pidió que reiterara dicho anuncio especificando los objetivos del presente estudió, y se le solicitó el acceso a los correos electrónicos de los estudiantes que hubiesen mostrado interés en ser entrevistados.

Luego, se les envió un correo a todos aquellos que se manifestaron positivamente en relación a la investigación, invitándolos cordialmente a participar de las entrevistas. En dicho correo se especificaron los objetivos del estudio y se enfatizó el carácter confidencial de la información producida en las entrevistas. Se ofrecieron también posibles horarios para coordinar la reunión, y se dejó a disposición del participante el lugar en el que sería realizada.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cincuenta minutos, y fueron grabadas en formato audio, para posteriormente ser transcritas por la autora de la tesis. Antes de comenzar la entrevista, se les solicitó a los participantes firmar un consentimiento informado en el que se explicitaban las características del estudio MIDAP en el que esta tesis se enmarca, y se enfatizaba la condición de confidencialidad y

voluntariedad de su participación. En forma verbal se les reiteraron los objetivos y características principales de esta investigación.

2.- Análisis de datos:

Los datos de esta investigación fueron analizados mediante la teoría fundamentada (Glasser y Straus, 1967). Este tipo de método de análisis permite una elaboración inductiva de resultados, lo que implica un compromiso con los significados y conexiones que los participantes atribuyen a la experiencia de su corporalidad, más que con los supuestos previos a través de los cuales la investigación podría tratar de aproximarse objeto de estudio. Este método busca elaborar conceptos, categorías y esquemas explicativos a partir de la información producida en las entrevistas, por lo que permitió llevar a cabo un proceso riguroso de análisis en una secuencia establecida y ordenada de pasos. Lo anterior se vuelve especialmente relevante considerando que la pretensión de este estudio fue generar un modelo explicativo preliminar para el fenómeno de la experiencia subjetiva de los terapeutas sobre su corporalidad. Por este motivo, esta investigación fue desarrollada hasta la fase de codificación axial.

Como criterio de rigor se hizo uso de la triangulación de los conceptos, categorías y conexiones entre categorías que se realicen. Estos fueron discutidos con la profesora guía y el ayudante de investigación durante las reuniones que se llevaron a cabo una vez cada dos semanas.

Con el objetivo de reportar los resultados del análisis, en lo que prosigue se hará uso de etiquetas específicas en la descripción de las categorías para aludir a la frecuencia de cada una y transparentar así su nivel de saturación. Lo anterior se detalla en la siguiente tabla:

Frecuencias	
Generalizada	Todos, o casi todos los participantes.
Típica	Más de la mitad de los participantes.
Frecuente	De 3 a 4 participantes
Poco frecuente/ Algunos	Dos participantes
Única	Un participante.

3.- Consideraciones éticas:

Es relevante mencionar que se respetó irrestrictamente el criterio ético de confidencialidad durante todo el proceso. Por este motivo, la transcriptora de las entrevistas fue también la investigadora principal de la tesis. Los nombres fueron anonimizados, y los audios de las entrevistas serán eliminadas después del periodo de un año. Durante este tiempo, serán almacenadas en el computador de la investigadora principal, y utilizadas solo para fines académicos.

La presente investigación contó con almuerzos financiados por MIDAP a modo de retribución para los participantes. Además, una vez que la investigación haya sido terminada, revisada y aprobada por el comité, se les enviará a los participantes que hayan manifestado interés por conocer los resultados, un breve resumen de los principales hallazgos.

4.- Resultados:

Resultados descriptivos:

En lo que prosigue se realizará una descripción detallada de las categorías que emergieron a partir del análisis de las entrevistas.

1.- Definiciones del cuerpo:

Esta categoría agrupa las diferentes conceptualizaciones que los participantes construyeron respecto al propio cuerpo en el contexto de la atención clínica. Resulta relevante destacar que todas ellas fueron formuladas en base al *rol o función que los participantes creen que cumple* en el trabajo psicoterapéutico, y esto solo es visible para ellos después de haber realizado el diplomado en mindfulness.

1.1.-Cuerpo como información:

1.1.1.- Información que orienta el quehacer terapéutico:

El cuerpo como información que orienta el quehacer terapéutico fue una definición típica ofrecida por los participantes en relación a su propio cuerpo. Refieren, en este sentido, que su cuerpo actúa a modo de guía para el proceso terapéutico, y permitiría redefinir el foco de atención, rectificar el curso de las intervenciones, o bien realizar una evaluación de distintas decisiones posibles relativas al trabajo clínico.

A) Redefinir del foco atencional:

Algunos participantes manifestaron que sus sensaciones corporales les permiten reorientar o redefinir el foco atencional en el proceso terapéutico, indicando qué es lo relevante del discurso del paciente. En este sentido, se observa que el cuerpo, en oposición al razonamiento conceptual, poseería una suerte de claridad intuitiva que permitiría dirigir la atención y esfuerzos del terapeuta hacia los temas o aspectos más relevantes del discurso del paciente. Lo anterior se puede ver ejemplificado en la siguiente frase:

"*El cuerpo es como una brújula que te guía hacia lo importante, hacia donde está lo gravitante del discurso (…) si dejai el cuerpo fuera, empezai a concentrarte solamente desde lo conceptual, y es muy fácil perderse en teorizaciones"* (Entrevista 9, párrafo 25)

B) Rectificar el curso de las intervenciones:

Frecuentemente los participantes sostuvieron que las sensaciones corporales asociadas a la incomodidad o tensión muscular, les darían información sobre aquello que *no están haciendo bien.* En este sentido, sus sensaciones corporales les permitirían rectificar o corregir las intervenciones que se están desarrollando. En este sentido,

"*La función principal es servirte de brújula, de enmarcarte en el camino pa donde vai o no, si podí estarla embarrando, si nosotros, nosotros tampoco somos perfectos (…) [por*

ejemplo] no, aquí no está funcionando bien porque me siento cansado" (Entrevista 9, párrafo 104)

"*es una invitación a estar más atento a tus propias prácticas, cada vez más consciente de las cosas que no nos gusta ver como terapeutas, que es cuando lo hací mal principalmente"* (Entrevista 8, párrafo 34)

C) Evaluar decisiones posibles:

Un único participante refirió que, cuando experimentan una sensación corporal de relajación frente a ciertas intervenciones, se sienten tranquilos respecto a su pertinencia y efectividad. En este sentido, el cuerpo permitiría realizar una evaluación de las intervenciones realizadas, o bien de aquellas que todavía son una alternativa posible. Esto último se puede ver reflejado en los dichos de la siguiente entrevistada:

"las decisiones más sabias tienen que ver con lo que te decía hace rato, con lo que calza desde el dejarme tranquila. Esta guata apretada que encuentra calma cuando me pongo en tal o cual situación" (Entrevista 5, párrafo 96)

1.1.2.- Información sobre el paciente.

En siete de las nueve entrevistas realizadas en este estudio se definió el cuerpo del terapeuta como información sobre el paciente. Los entrevistados manifestaron que sus propias sensaciones corporales son indicativas de la presencia de emociones propias del paciente que éste no logra reconocer, o bien de rasgos psicopatológicos del mismo.

A) Emociones disociadas:

Los entrevistados expresaron en forma generalizada que suelen interpretar sus propias sensaciones corporales como una manifestación de estados internos de sus pacientes, que estos no son capaces de integrar o reconocer. En este sentido, el cuerpo del clínico sería el vehículo de *expresión de emociones reprimidas o disociadas* de los pacientes. Lo anterior se puede ver reflejado en los siguientes extractos:

"*Es información, es un dato (…) esto que él me trae me genera rabia y él no ha enganchado con la rabia todavía (…) todavía no está disponible para él la rabia que le genera, que me genera a mí"* (Entrevista 5, párrafo 64)

"*Siempre me pasa que es como que me empiezo a poner ansiosa, y no soy yo la que está ansiosa (…) y eso lo percibo en mi cuerpo. Y digo: ah ya, ok, esto tiene que ver con el paciente, no tiene que ver conmigo (…) uno se presta para que el paciente te use."* (Entrevista 4, párrafo 36).

B) Rasgos psicopatológicos:

Por otro lado, dos de los entrevistados refirieron experimentar sistemáticamente reacciones corporales específicas (por ejemplo: tensión muscular al momento de terminar la sesión, aceleración cardíaca, etc) frente a pacientes que presentan características psicopatológicas similares, usualmente vinculadas a trastornos de personalidad. Por este motivo, señalaron que su cuerpo actúa como un radar capaz de distinguir y alertar sobre ciertas psicopatologías. La entrevistada 4, por ejemplo, expresó:

"*con los pacientes limítrofes, cuando les va a costar cerrar la sesión me pongo ansiosa y eso no me pasa con otros pacientes, no me pasa en general. Entonces para mí es como un sensor, digamos. Si yo tengo un paciente nuevo y me pasa esto digo: aaah, este es limítrofe sí o sí"* (párrafo 48).

1.1.3.- <u>Información sobre el terapeuta:</u>

Esta categoría tuvo una presencia generalizada en las entrevistas realizadas para este estudio. Los terapeutas manifestaron sistemáticamente que suelen interpretar sus sensaciones corporales como información sobre ellos mismos. En este sentido, su cuerpo sería capaz de indicarles que tienen necesidades básicas insatisfechas, o bien que dentro

del diálogo terapéutico se están abordando temáticas que les resultan particularmente sensibles. Así también, su cuerpo sería capaz de evidenciar que sienten afinidad o rechazo hacia un paciente, que están siendo autoexigentes, o que durante el trabajo clínico se están tocando tópicos que él/ella mismo/a no han elaborado.

A) Necesidades básicas insatisfechas:

Una definición frecuente ofrecida por los entrevistados, remite al cuerpo como información sobre sus propias necesidades básicas. Refieren que el cuerpo les indicaría cuando tienen sueño, hambre o cansancio, por lo que la capacidad de interpretar esa información permitiría reconocer y respetar sus ritmos biológicos. Lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente frase:

"tuve la experiencia de tener una nueva habilidad para conectar con mis sensaciones corporales, como estar mucho más sintonizado con mis ritmos biológicos (...) me daba cuenta de que pasaba largas horas sin comer, teniendo hambre; pasaba muchas horas sin ir al baño, teniendo ganas" (Entrevistado 8, párrafo 24)

B) Grado de afinidad hacia el paciente:

Los entrevistados refieren en forma frecuente que en ciertas circunstancias sus sensaciones corporales visibilizan el nivel de simpatía que experimentan hacia sus pacientes, más allá de su rol profesional. En este sentido, se observa en los dichos de los entrevistados que dicho reconocimiento evidenciaría la humanidad de los terapeutas y la imposibilidad de sentir afinidad por todas las personas a quienes deben atender.

"*ahora reflexiono mucho más por ejemplo sobre cuáles pacientes son los que siento mayor afinidad o no, con cuales me siento más cómodo en terapia y cuáles no"* (Entrevista 8, párrafo 32)

"[el cuerpo dice cosas] *de lo que a mí me pasa con él: me siento exigida por él, o siento que tengo que decir cosas clever con él, o siento que él me desvalida"* (Entrevista 6, párrafo 46)

C) Presencia de temas sensibles:

Aunque fue poco frecuente, se señaló durante las entrevistas que el cuerpo del terapeuta puede dar información sobre temas que son tratados en sesión, que resultan particularmente sensibles para el clínico por diversos motivos. No obstante, estos temas son reconocidos por el terapeuta como sensibles, y por lo tanto han sido elaborados o trabajados con anterioridad. No se especifica, sin embargo, cómo se realiza dicha elaboración. Lo anterior se puede observar en la siguiente viñeta:

"*Cuando hay situaciones de maltrato, que son habituales, por ejemplo, papás que son violentos con los hijos, a mí me provoca mucha rabia, y yo lo reconozco, lo tengo trabajado, y en el fondo es un elemento que tengo definido (...) tengo una sensibilidad especial respecto a eso"* (Entrevista 5, párrafo 68).

D) Auto exigencias:

En línea con lo anterior, se observa que las sensaciones corporales del terapeuta podrían actuar también como una *alarma* que pone en evidencia las exigencias del clínico hacia sí mismo. En este sentido, los entrevistados típicamente refirieron que su cuerpo es información activa sobre las expectativas y críticas que se desarrollan en su propio pensamiento, en la medida en que se tensa o reacciona cuando estas están activas. Al respecto, la entrevistada 3 relata:

"[el cuerpo] *me avisa que estoy siendo muy exigente o que estoy (...) para mí el cuerpo es como un pepe grillo, como una alarma que me dice: esto te pasa; estas forzando las lumbares, siéntate bien, relájate"* (párrafo 28)

"O sea, dentro de todo, últimamente me he dado cuenta que me costaba mucho mirar mi cuerpo y mi sensación emocional cuando estaba con el otro, pero, eso es dinámico, hay periodos que ando conectadísimo, consciente de mi cuerpo, y de mis reacciones emocionales (…) creo que es una herramienta vital, ser autoconsciente de tu experiencia cuando estás con el otro y escuchando al otro, porque me pasa que muchas veces me toma la ansiedad de ser un buen terapeuta, cuando estoy con un paciente que me está diciendo algo que no entiendo o que no sé cómo decirle algo inteligente, o cachaí, como terapeutico, y ahí me pongo más reactivo, me pongo a puro escuchar su discurso para poder elaborar una intervención que pueda cumplir una expectativa mía" (Entrevista 1, párrafo 84)

E) **Temas no elaborados:**

Algunos participantes expresaron que sus sensaciones corporales serían indicativas de la presencia de algunos temas sensibles para el terapeuta que no han sido elaborados en terapias o procesos introspectivos previos. Dado que los temas no han sido trabajados, podrían expresarse en la sesión como actuaciones del terapeuta frente a las que su cuerpo reacciona. Esto se puede observar en la siguiente viñeta:

"Y eso [la consciencia del cuerpo] me ha dado luces a cuando estoy actuando mis propias transferencias" (Entrevista 4, párrafo 32)

<u>1.2-El cuerpo como ancla al presente:</u>

Una respuesta típica de los entrevistados es que su propio cuerpo constituye una herramienta para volver al momento presente y tomar distancia del *ruido mental*. Esto último es referido por los entrevistados como los pensamientos, exigencias o críticas que los distraen del aquí y el ahora. En este sentido, el cuerpo actuaría como una herramienta de *autorregulación*, que puede ser usada para volver a centrar la atención en el paciente. Esto se puede ver ejemplificado en los dichos de la entrevistada 3 y la entrevistada 4 respectivamente:

"La respiración, la guata, el moco, el calor, el frío, ¿cachai? Lo que sea que estés pasando acá. ¿Por qué la respiración? Porque la respiración es cuerpo, ¿no? Entonces la respiración te devuelve al acá" (párrafo 44).

"Pero es que es verdad que solo con el hecho de decir: ya sí, estás asustada, angustiada, todo, pero tienes un cuerpo y ese cuerpo puede respirar y el efecto de ese concentrarte en la respiración, dejando todo eso de lado, te brinda calma" (párrafo 54)

1.3- Cuerpo como posibilidad de contención.

El cuerpo del terapeuta fue definido por uno de los participantes como una herramienta útil para *contener y regular emocionalmente* a los pacientes que se encuentran muy angustiados, mediante el contacto físico. El entrevistado hizo alusión particularmente a los beneficios terapéuticos de abrazar y estrechar la distancia proxémica entre el clínico y su paciente. Por ejemplo:

"si yo tengo que tocarte en terapia porque surge la necesidad, porque se da el contexto, porque algo está pasando y necesitai contención y la contención es más que palabra y actitud, sino que tiene que ver con esto, yo no tengo ningún problema en darte un abrazo, en ponerme al lado tuyo" (Entrevista 9, párrafo 46).

2.- Gestión de las sensaciones corporales en sesión:

En esta categoría se describen las diferentes estrategias y acciones que toman los clínicos entrevistados frente a las sensaciones corporales que se suscitan en sesión.

2.1.- Poner sobre la mesa.

Típicamente los psicólogos entrevistados manifestaron que utilizan sus propias sensaciones corporales, cuando estas expresan información sobre el paciente, discutiéndolas a modo de auto develación en sesión. En este sentido, muchos de ellos refirieron estar *flexibilizando su aproximación teórica* previa al diplomado, incluyendo

elementos del psicoanálisis relacional a su práctica clínica actual. Por ejemplo, el entrevistado 8 menciona:

"*Ahora estoy mucho más atento a las sensaciones corporales que se despliegan, a las emociones que se despliegan en mí y ahora integrándolas al trabajo terapéutico, mucho más en la línea relacional (…) mucho más como en la posibilidad de, eeeh, develar aspectos de tu experiencia en el contexto de la psicoterapia. Siembre en virtud del beneficio del otro"* (párrafo 26).

De este modo, los clínicos le expresarían a los pacientes sus sensaciones corporales y emocionales, con el objetivo de que esta información sea un insumo para la terapia, permita al paciente integrar aspectos disociados de sí mismo, o bien abra el espacio para que el terapeuta pueda reinterpretar sus sensaciones corporales.

Durante las entrevistas no se especificó el modo en que los terapeutas develan sus sensaciones corporales. Sin embargo, a partir de los ejemplos que relatan se puede inferir que dicha develación puede ser mediante la alusión concreta a las sensaciones corporales que experimenta el terapeuta, o bien a través de la explicitación del análisis e interpretación que el clínico realiza a partir de ellas. Lo anterior se puede observar en las siguientes viñetas:

"Eso yo lo uso harto, como decirle <<sabí que antes de que tú llegarai estaba súper tranquila eeh, esto que estamos hablando podrá tener que ver con que yo me he puesto como más tensa, no sé si a ti te pasa?>>" (Entrevista 2, párrafo 36)

"*<<No te pasa que (...) te molesta cuando tu mamá te dice que la despensa tiene que estar con llave? Porque cuando yo me pongo en tu lugar, yo puedo sentir la molestia.>> Que no tiene que ver con una (…) que es en el fondo mostrar cómo esto que él está trayendo a mí me genera rabia, y él no ha enganchado con la rabia todavía. Y es raro."* (Entrevista 5, párrafo 64)

A) Insumo para el trabajo vincular:

Frecuentemente, los particiantes mencionaron que utilizar la autodevelación de sus sensaciones corporales les permite trabajar la relación con el paciente, en la medida en que estas pudieran ser indicativas del nivel de confianza, cercanía y afinidad que existe entre ambos. Esto se puede observar en el siguiente estracto:

"Lo muestro, le digo que a ratos la siento distante, o que me cuesta focalizar la atención en lo que me está diciendo. Y lo trabajamos como bien vincular." (Entrevista 6, párrafo 26)

B) Integración de aspectos disociados del paciente:

La estrategia de explicitación de las sensaciones corporales del terapeuta buscaría conectar a los pacientes con aquellos aspectos invisibilizados de su experiencia que son pesquisados y manifestados por el cuerpo del clínico. Esta estrategia fue mencionada en forma frecuente por los participantes.

"es en el fondo mostrar cómo esto que él está trayendo a mí me genera rabia, y él no ha enganchado con la rabia todavía. Y es raro. Porque yo no estoy en la situación, sin embargo él cuando me la trae, me lo provoca. Entonces, es: "cómo lo hago para que él se de cuenta que esto tiene que ver con cómo él lo está contando también" (Entrevista 5, párrafo 64)

C) Reinterpretación de la información corporal:

Uno de los participantes refirió que, cuando la información que entrega el cuerpo responde a temáticas no elaboradas del terapeuta, *al ser develada simplemente no provocaría nada en el paciente.* Esto es ilustrado por la siguiente viñeta:

"*Entonces reconozco cuando es mío, eeh, pero más de alguna vez me habrá pasado que no. Pero sabí qué? Cuando al otro no le calza te manda la información de que no (…) te dice: no, nada que ver. Y es como una interpretación fuera de contexto, o a destiempo"* (Entrevista 5, párrafo 68).

Lo anterior permitiría al terapeuta plantearse nuevas hipótesis sobre el significado de sus sensaciones corporales, y reinterpretarlas posteriormente, por ejemplo, como información sobre sí mismos.

2.2.- La no-acción.

En las entrevistas realizadas emergió en forma poco frecuente el *no hacer nada* respecto a las sensaciones corporales que se experimentan en sesión, como una estrategia válida y *voluntaria* de gestión de las mismas. En otras palabras, los clínicos refirieron que, paradójicamente, una de las estrategias que utilizan para gestionar sus sensaciones corporales es no develar ni actuar de modo alguno sobre ellas. Podría interpretarse, en este sentido, como una forma de intencionada pasividad frente a las manifestaciones de su propio cuerpo.

Esta estrategia estaría compuesta por dos elementos fundamentales: la detección de las sensaciones corporales y la espera a que la información cobre sentido.

- **Detección y espera:**

Frecuentemente los entrevistados mencionaron que realizaban *una nota mental* de las sensaciones, esperando que más adelante en el proceso terapéutico, cobraran sentido en el marco comprensivo del caso. Otros entrevistados mencionaron que simplemente pesquisaban las sensaciones corporales, pero no actuaban al respecto. Lo anterior se puede ver ilustrado en los siguientes extractos:

"eeeh, entonces como que la corporalidad no la incluyo mucho (...) todavía no tengo muy claro si les doy algún rol salvo este darme cuenta en que estoy (...) Me falta quizás en poder tomar eso y usarlo" (Entrevista 3, párrafo 34)

"[Las sensaciones corporales] *nada, las anoto no más. Me doy cuenta y las dejo como anotaditas. (...) En algún momento puede, como puede que no, que cobre sentido"* (Entrevista 4, párrafo 50)

2.3.- Desconexión voluntaria de las sensaciones corporales:

Esta estrategia, aunque fue una respuesta poco frecuente entre los entrevistados, resulta interesante porque fue referida sólo en relación a las sensaciones corporales que evidencian información del terapeuta. La desconexión voluntaria de las sensaciones corporales alude al acto deliberado de los terapeutas de desembarazarse o desconectarse de los pensamientos o emociones manifestadas a través de sus sensaciones corporales, con el objetivo de lograr mayor *neutralidad* en relación a los pacientes, o bien un *distanciamiento efectivo de las emociones* al momento de volver a la vida personal, o de transitar de una sesión a otra.

A) Distanciamiento efectivo de las emociones:

Frecuentemente los terapeutas reportaron desconectarse voluntariamente de sus sensaciones corporales y emociones que pudieron emerger durante la sesión, con el objetivo de transitar de un paciente a otro con mayor facilidad, o bien para evitar trasladar dichas emociones a su vida personal una vez que se acaba la jornada de trabajo. Esto se puede observar en las siguientes citas:

"es como: "uuuh, que pena (...) ya pero ahora viene la P. y [respira hondo]". ¿Te fijas? Como bien, y que no quede ningún resabio" (Entrevista 4, párrafo 48)

"Ya, sí, estás asustada, estás angustiada, pero tienes un cuerpo y ese cuerpo puede respirar y el efecto de concentrarte en esa respiración, dejando todo de lado, te abre un espacio que te brinda calma" (Entrevista 4, párrafo 54)

"Mis emociones me hacen dar cuenta de que estoy aburrida, que estoy exigiéndome, que me angustié, que estoy exigente. Yo te diría que todos esos son como avisos que (...) es como si uno hiciera esto [hace gesto de sacudirse con las manos] sacudirse y volver a estar" (Entrevistada 3, párrafo 32)

2.4.- Autocuidado:

Frecuentemente los entrevistados manifestaron que la capacidad para detectar sus sensaciones corporales e interpretarlas como información sobre sí mismos, les permitiría desarrollar estrategias concretas de autocuidado. Estas fueron vinculadas por los entrevistados a una actitud aceptadora hacia su propio cuerpo, en la medida en que los dispone a "hacerle caso" y respetar sus ritmos biológicos. Las formas de autocuidado mencionadas por los clínicos fueron modos de escuchar y satisfacer sus necesidades básicas. Por ejemplo:

"tuve la experiencia ya no solo de tener una nueva habilidad para conectar con mis sensaciones corporales, como estar mucho más sintonizado con mis ritmos biológicos, bien? Ayuda mucho a eso mindfulness. Me daba cuenta de que pasaba largas horas ponte tú sin comer, teniendo hambre; pasaba muchas horas sin ir al baño, teniendo ganas." (Entrevista 8, párrafo 24).

3.-Cambios derivados de la experiencia del diplomado:

Esta categoría describe las transformaciones que los entrevistados refieren haber experimentado en relación a su cuerpo a partir del diplomado en mindfulness. El primer tipo de cambio que será desarrollado a continuación impacta a la dimensión *del sí mismo*, mientras que el segundo *remite al vínculo con los pacientes.*

3.1.-Cambios impactan el sí mismo.

Los cambios derivados del diplomado que impactan directamente en el terapeuta, y específicamente en la forma en que conceptualizan y se relacionan con su corporalidad, pueden a su vez ser divididos en dos: *cambios actitudinales hacia el propio cuerpo, y cambios físicos del propio cuerpo.*

A) Cambios actitudinales hacia el propio cuerpo:

Típicamente los terapeutas aludieron en sus respuestas a un cambio en el modo en que los entienden y se aproximan a su corporalidad. De acuerdo con lo referido por los participantes, este tipo de transformación se produce a partir de la experiencia del diplomado en mindfulness, y tendría relación con la emergencia de la compasión y la aceptación hacia su cuerpo y emociones.

No obstante, es relevante recalcar que no se realizaron entrevistas en forma previa a la realización del diplomado, por lo que no es posible sostener con certeza que el desarrollo de estas actitudes tenga una correlación de causalidad con la experiencia de dicha instancia formativa. Los terapeutas, sin embargo, sí vinculan la emergencia de la compasión y aceptación con la práctica sistemática de la meditación y la incorporación de conceptos propios de la psicología budista, revisados durante las clases del diplomado.

- **Compasión:**

Algunos de los terapeutas entrevistados mencionaron que el diplomado les había permitido el desarrollo de la *compasión* hacia sus sensaciones corporales, e incluso hacia sus ritmos biológicos, lo que se traduciría a su vez en un respeto –en muchos casos inédito- por el propio cuerpo. Los entrevistados refirieron ser ahora más hábiles en pesquisar cuando tienen hambre, sueño, o cansancio, y estar más dispuestos a *hacerle caso* a su cuerpo y *no juzgarlo*. De este modo, la compasión originada en el diplomado daría paso a la consolidación de estrategias concretas de autocuidado. Por ejemplo:

"*Estoy mucho más consciente de mí. O sea, si estoy cansada, duermo o no voy donde dije que iba a ir. Como que tengo una consciencia mucho más clara de lo que me pasa"* (Entrevista 2, párrafo 32)

"*Antes había un poco más de juicio sobre todo como hacia el dolor. Yo tengo una lesión en la cadera entonces yo sentía que mi cuerpo era como una limitación. Entonces mi percepción en la otra parte era una visión más juiciosa, más dura (…) Y en la visión del mindfulness es una visión más de aceptación" (*Entrevista 6, párrafo 20)

- **Aceptación:**

Típicamente los terapeutas señalaron haber desarrollado con el diplomado en mindfulness *una actitud aceptadora* hacia sus sensaciones corporales y sus emociones, que emergería en contraposición a la negación o juicio de las mismas. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en los dichos de la entrevista 7:

"*Me pasaba que yo antes me trataba de bloquear (…) y me pasa ahora que trato de, por ejemplo, asumir que esa persona me puede dar rabia, si soy un ser humano, no por ser psicóloga me tienen que caer bien todas las personas"* (Entrevista 7, párrafo 45)

B) Cambios físicos en el propio cuerpo:

Típicamente los entrevistados refirieron haber vivido, a partir de la experiencia el diplomado, cambios concretos en su cuerpo y la forma en que lo experimentan. Uno de ellos, por ejemplo, manifestó que su cuerpo le parecía ahora *más gordo y más viejo*, y le parecía, en ese sentido, que eso se relacionaba con un mayor aplomo en su rol como terapeuta. Otros refirieron sentir que su cuerpo era *más permeable* o *excitable* que antes. Por ejemplo:

"estoy más alerta, tengo más sentidos. Como que soy más consciente de lo que me pasa a mí, sobre todo con el diplomado respecto del otro. Eso, como si fuese más excitable, más permeable" (Entrevista 6, párrafo 34)

C) Cambios en la emocionalidad:

Una respuesta frecuente de los entrevistados fue la identificación de cambios en su experiencia afectiva, pesquisada a través de las sensaciones corporales. Cabe destacar en este punto, que en varias ocasiones los participantes aludieron en forma indistinta en relación al cuerpo y la emoción, lo que pone en relevancia el estrecho vínculo que sostienen ambos conceptos desde la mirada de los entrevistados.

El cambio en la emocionalidad aludido en las entrevistas refiere a una significativa disminución de la *ansiedad y de la reactividad* tal como se puede observar en la siguiente cita:

"siento que me he puesto menos reactiva con el diplomado (...) menos impulsiva" (Entrevista 6, párrafo 52 y 54)

"Personalmente siento que antes, en general, estaba mucho más ansioso y mi cuerpo yo lo notaba mucho más cerrado y apretado" (Entrevsita 1, párrafo 92)

3.2.-Cambios que impactan el vínculo con los pacientes

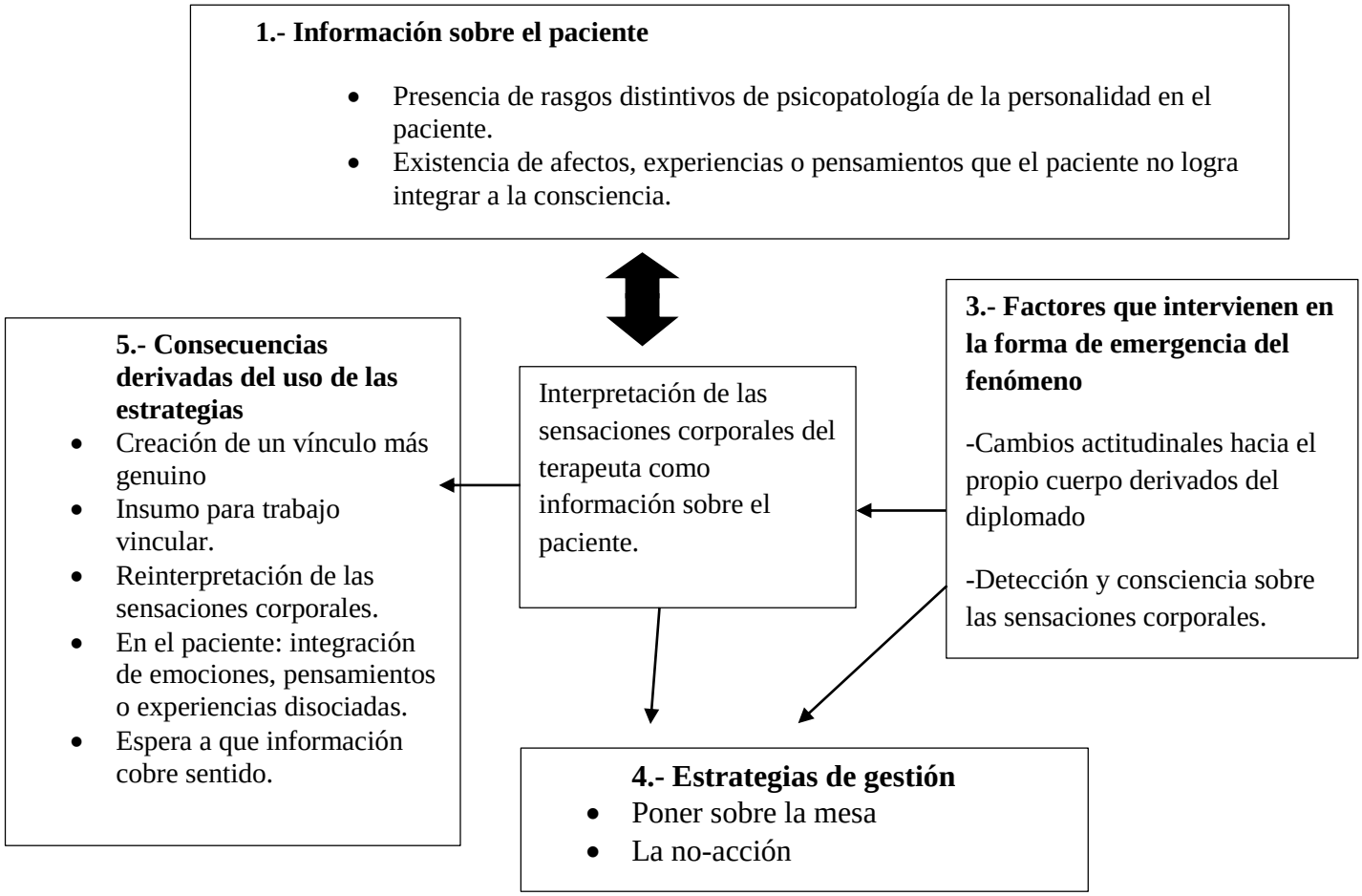
De acuerdo con los entrevistados, el desarrollo de la consciencia sobre sus sensaciones corporales y emociones durante el diplomado tuvo un impacto directo en el vínculo terapéutico con sus pacientes. Una respuesta típica de los terapeutas fue que el poder detectar y explicitar lo que experimentan, les ha permitido tener un lazo más **genuino** con ellos. La viñeta a continuación ilustra este punto:

"me ha servido para autoconocerme (...) y al auto conocerme me permite también, eeeh (...) ser más genuina en mi vínculo con la otra persona" (Entrevista 7, párrafo 45)

Resultados axiales:

En lo que prosigue se expondrán los resultados derivados del análisis axial, desarrollados en torno a dos fenómenos principales: 1) La interpretación de las sensaciones corporales del terapeuta como información sobre el paciente y 2) La interpretación de las sensaciones corporales del terapeuta como información sobre sí mismo.

1.- Interpretación de las sensaciones corporales del terapeuta como información sobre el paciente.



La interpretación de las sensaciones corporales de los terapeutas como información sobre sus pacientes es un fenómeno que, desde la mirada de los clínicos que han cursado un diplomado en mindfulness que fueron entrevistados, respondería a la presencia de afectos,

pensamientos o experiencias disociadas en el paciente, o bien a la existencia de rasgos psicopatológicos en el mismo (ver figura 1, cuadro 1).

El cuerpo del terapeuta tendría la capacidad de experimentar las emociones que el paciente no logra integrar a la consciencia, y en consecuencia el clínico tendría acceso de primera fuente a dicha información. Así también, el cuerpo del terapeuta reaccionaría de forma similar y sistemática frente a ciertos rasgos psicopatológicos en sus pacientes, particularmente vinculados a trastornos de personalidad.

Se observa, en línea con lo anterior, que los terapeutas tenderían a manejar las sensaciones corporales que interpretan como información sobre sus pacientes principalmente mediante tres estrategias de gestión: poner sobre la mesa, la no-acción o la anulación (ver figura 1, cuadro 4). La elección de estas estrategias podría estar moderada por actitudes como la aceptación, o como la capacidad de detectar la existencia de sensaciones corporales (ver figura 1, cuadro 3).

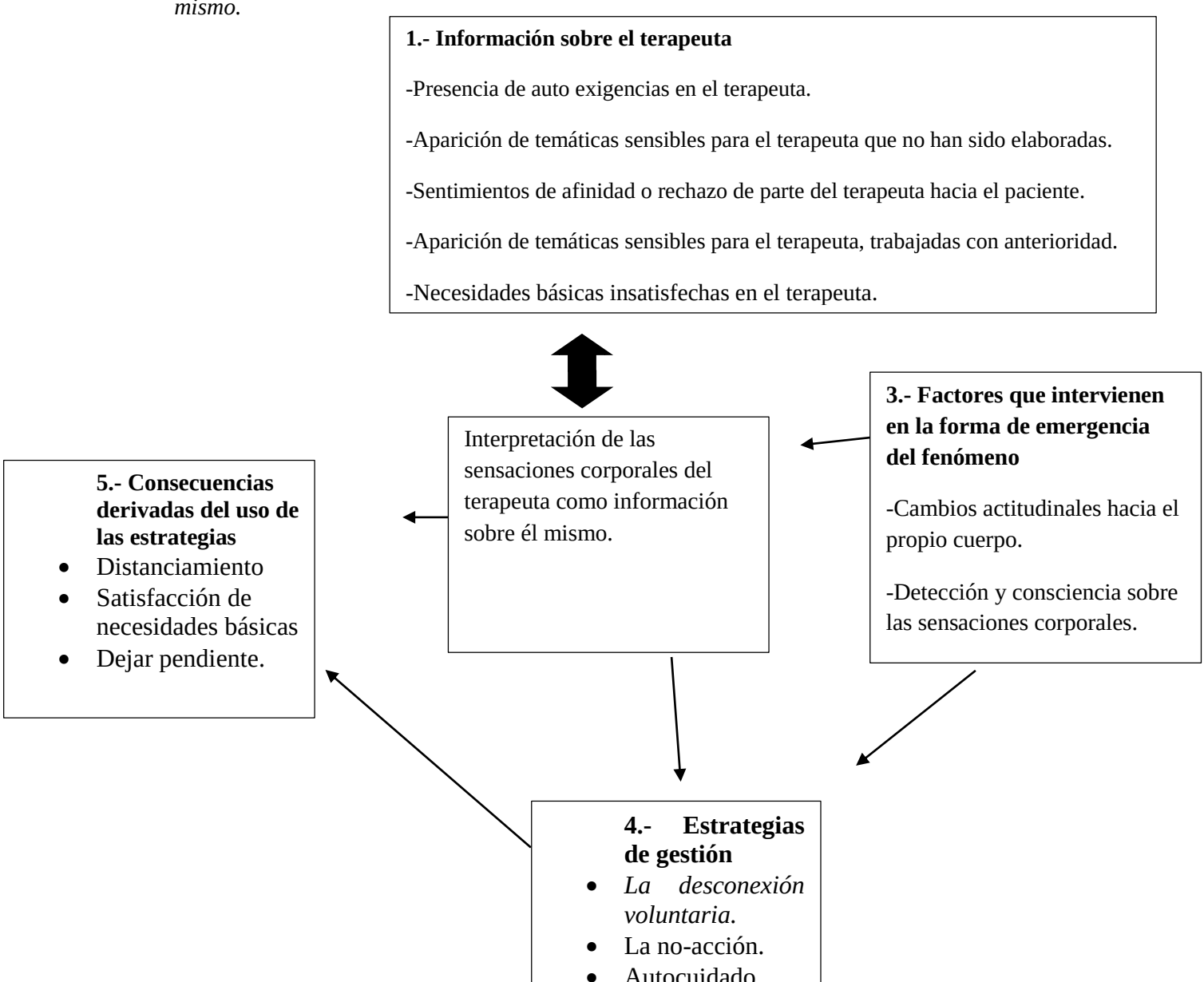
Por ejemplo, la aceptación de sus propias sensaciones corporales como fuente válida de información permitiría a los clínicos compartirlas con sus pacientes a modo de auto develación ("poner sobre la mesa"), con el objetivo de generar un vínculo más genuino, promover en el paciente la integración de los afectos disociados, o bien reinterpretar la información que entrega su cuerpo cuando esta parezca no hacer sentido al paciente.

Un ejemplo hipotético capaz de ilustrar lo anterior sería el de un terapeuta que pesquisa una fuerte tensión en su abdomen, que luego interpreta como manifestación de rabia del paciente, quien encuentra narrando una historia que a juicio del terapeuta debería generar dicha emoción, pero que en realidad parece no provocar nada en el paciente. Dado que el terapeuta es capaz de aceptar y reconocer sus sensaciones corporales y que las interpreta como una respuesta a las emociones disociadas del paciente, decide develar dichas sensaciones y afectos en sesión, para que éste tenga la posibilidad de integrar en su experiencia la rabia con la que aparentemente no puede conectar.

Por otro lado, la capacidad de detectar las propias sensaciones corporales disminuiría la probabilidad de que el pensamiento sea lo más preponderante en el ejercicio clínico y en consecuencia, el cuerpo sea ignorado por los terapeutas.

Así también, la habilidad para detectar sus sensaciones corporales permite que los terapeutas hagan uso de la estrategia de la no-acción; mediante la toma de nota metal de dichas sensaciones, esperarían a que cobren sentido con la comprensión del caso en fases más avanzadas del proceso terapéutico.

2.- Interpretación de las sensaciones corporales del terapeuta como información sobre él mismo.



La interpretación de las sensaciones corporales del terapeuta como información sobre sí mismo es un fenómeno ampliamente reportado por los participantes. Este consistiría en el proceso mediante el cual los clínicos toman consciencia de sus sensaciones corporales y, luego de un análisis interno, las definirían como expresión de emociones, necesidades o pensamientos propios.

En este sentido, la emergencia de este fenómeno estaría asociada a la existencia de necesidades básicas insatisfechas del terpeuta; autoexigencias; sentimientos de afinidad o rechazo hacia el paciente; o la aparición de temáticas sensibles para el terapeuta, elaboradas o no. Se sostiene, en esta línea, que el cuerpo del terapeuta sería una vía privilegiada para pesquisar y comprender algunos estados internos de sí mismo, como los mencionados con anterioridad.

A partir del análisis de las entrevistas, se puede plantear que las estrategias de gestión utilizadas por los terapeutas cuando interpretan sus sensaciones corporales como información sobre sí mismos son: la anulación, la desconexión voluntaria, la no-acción y el autocuidado. En lo que prosigue se describirá cada una de estas estrategias y el vínculo que tienen con algunos de los cambios derivados de la experiencia del diplomado.

En primer lugar, se puede sostener que el autocuidado sería una estrategia de gestión (ver figura 2, cuadro 4) utilizada por los terapeutas cuando, luego de haber detectado sus sensaciones corporales, notan que tienen necesidades básicas insatisfechas. Esto, sin

embargo, sería posible en la medida en que desarrollan mayor aceptación y compasión (ver figura 2, cuadro 3) hacia si mismos, puesto que dichas actitudes les permitirían reconocer, dar lugar y responer a sus necesidades biológicas (ver figura 2, cuadro 5).

Un ejemplo de lo anterior, podría ser la vivencia de un terapeuta que luego de haber atendido tres pacientes siente la urgencia de ir al baño. La compasión, en este caso, le permitiría identificar dicha urgencia como una necesidad válida, y en consecuencia ir al baño. Por otro lado, en ausencia de compasión, podría haber aceptado que tiene una legítima necesidad, y aun así haber priorizado la atención a un siguiente paciente.

En segundo lugar, la no-acción sería una estrategia de gestión (ver figura 2, cuadro 4) utilizada primordialmente por los clínicos cuando desean dejar un registro interno de la información sobre sí mismos que les ofrecen sus sensaciones corporales, para trabajarla o elaborarla en otra instancia, como por ejemplo sus propias terapias (ver figura 2, cuadro 5). En este sentido, la no-acción les permitiría dejar como pendiente la información sobre sí mismos que se manifiesta a través de su cuerpo en el marco de la sesión, y usarla como información disponible para entender mejor el caso o aspectos de sí mismos (ver figura 2, cuadro 5).

Usualmente, la información que es gestionada mediante la no-acción por los terapeutas, de acuerdo a lo analisado en las entrevistas, se relaciona con autoexigencias o bien con temáticas sensibles para el clínico que pueden haber sido elaboradas con anterioridad o no (ver figura 2, cuadro 1). Un ejemplo que podría ilustrar lo anterior es el de un terpeuta que a través de la sensación de opresión en su pecho, constata que está siendo exigente consigo mismo porque cree que debe decir algo inteligente en sesión. Frente a ello, decide tomar una breve nota mental de las autoexigencias para recordarlas y abrirlas cuando se encuentre como paciente en su propia terapia.

En tercer y último lugar, se puede plantear a partir del análisis de los datos realizado para este estudio que la desconexión voluntaria de las sensaciones corporales (ver figura 2,

cuadro 4) es una estrategia de gestión utilizada por los terapeutas exclusivamente cuando interpretan las reacciones de su cuerpo como información sobre sí mismos. Se puede plantear, en esta línea, que los clínicos optarían por suprimir temporalmente sus propias emociones o sensaciones en virtud de facilitar su propio tránsito de una sesión a otra, o bien de distanciarse de dichos afectos para retornar a la vida personal una vez que se acaba la jornada laboral (ver figura 2, cuadro 5). La información que los terapeutas deciden disociar voluntariamente estaría relacionada con temáticas sensibles para el clínico, elaboradas o no; sentimientos de afinidad o rechazo hacia sus pacientes; o bien autoexigencias (ver figura 2, cuadro 1).

Un ejemplo que puede iluminar lo anterior es el de una terapeuta que siente mucha tristeza, manifiesta en la contracción de sus músculos faciales, a partir de una historia de duelo que su paciente narra en sesión que la conecta con sus propias pérdidas. Una vez que debe volver a su hogar, tras dar cierre al encuentro terapeútico, la terapeuta decide "sacudirse" la tristeza, para que no quede ninguún resabio de ella al retornar a su vida personal.

5.- Conclusiones y discusión:

A modo de conclusión de los resultados obtenidos en este estudio, se puede sostener que los terapeutas que han cursado un diplomado práctico sobre minduflness definen su corporalidad como información sobre el quehacer clínico, el terapeuta o el paciente; como un ancla al presente; y como una herramienta para contener a sus pacientes.

En este sentido, se observa que las estrategias de gestión que utilizan para manejar las sensaciones corporales dependerían directamente de cómo interpretan dichas sensaciones. En otras palabras, la estrategia de gestión sería elegida de acuerdo a la definición de cuerpo que se pone en juego en un momento determinado de la terapia. Se podría plantear, en esta línea, que la definición que los terapeutas tienen de su cuerpo no es estática, sino que cambia dinámicamente en relación al paciente, el contexto y la situación vital del terapeuta. En consecuencia con dicho cambio, los terapeutas adaptarían las estrategias de

gestión de sus sensaciones corporales. En lo que prosigue se desarrollará y explicará en mayor profundidad lo anterior.

El dinamismo de la definición que los terapeutas tienen sobre su cuerpo, y la adaptación de las estrategias de gestión en virtud de dicho dinamismo, se evidencia en la diferencia existente entre los fenómenos descritos en el apartado de los resultados axiales: Si los terapeutas interpretan sus sensaciones corporales como información sobre sus pacientes, serán más proclives a poner sobre la mesa esa información. En oposición, se observa que cuando los terapeutas interpretan sus sensaciones corporales como información sobre sí mismos, tienden a desconectarse voluntariamente de dichas sensaciones.

Los fenómenos antes descritos, fueron elegidos en virtud de su relevancia en términos de saturación teórica, y se podría afirmar, por lo tanto, que ponen de manifiesto una paradoja ampliamente difundida entre los terapeutas entrevistados que cursaron un diplomado práctico en mindfulness: si bien reportan tener mayor facilidad para reconocer y aceptar sus sensaciones corporales, cuando estas son indicativas de emociones o pensamientos propios de ellos mismos, son frecuentemente "despejadas" por los terapeutas mediante estrategias como la desconexión voluntaria.

Aunque la paradoja de la aceptación/desconexión no ha sido descrita como tal en la literatura, se puede observar en los antecedentes teóricos expuestos en este trabajo. Por un lado, McCollum y Gehart (2010) afirman que los terapeutas que practican mindfuless tienen mayor facilidad para contactarse con su experiencia interna y con la de sus pacientes, y experimentan mayor aceptación y compasión respecto a ellos mismos, mientras que al mismo tiempo manifiestan sentir mayor facilidad para despejar los pensamientos ligados a sesiones anteriores al empezar una nueva, o bien al terminar la jornada laboral.

Lo anterior resulta especialmente relevante si se considera que el objetivo del mindfulness radica en la contemplación de la experiencia interna y externa desde una actitud compasiva y sin juicio (Goldstein, 2013). No obstante, los hallazgos de esta investigación

resultan coherentes con los planteamientos de Burton y Kantor (1964 en Greene, 2001), quienes afirman que un gran porcentaje de los terapeutas se siente incómodo con sus reacciones corporales, y manifiesta en forma inconsciente a sus pacientes que lo declarativo y racional son fuentes confiables de información, mientras que lo emocional y corporal resulta sospechoso.

Es relevante destacar, en este punto, que si bien las conclusiones aquí expuestas han sido formuladas en base a las respuestas más saturadas de los entrevistados, se hace necesario realizar nuevas investigaciones, que idealmente idealmente cuente con un mayor número de participantes y haga uso de una metodología mixta (cualitativa/cuantitativa) para que estos hallazgos sean concluyentes. Es relevante destacar, en este sentido, el carácter exploratorio de la presente investigación.

Por otra parte, resulta relevante destacar la semejanza que tienen los fenómenos de interpretación de las sensaciones corporales del terapeuta como información sobre los pacientes, con la propuesta conceptual de Field (1989) en relación a la contra transferencia encarnada. Al igual que el autor, los participantes de este estudio refirieron que algunas de las reacciones corporales que experimentan en sesión, como hambre, sueño, tensión, etc. serían la manifestación de la psique del paciente en su propio cuerpo. La literatura, sin embargo, no explicita qué hacen los terapeutas con la información de sus pacientes que logran detectar a través de su cuerpo, por lo que esta investigación propone un avance teórico en ese sentido.

En este marco, cabe destacar que un desafío para próximas investigaciones sería poder identificar las estrategias a las que acuden los terapeutas para poder diferenciar las sensaciones o reacciones corporales que expresan información sobre el paciente, de aquellas que manifiestan estados internos de ellos mismos.

Respecto a la definición del cuerpo como forma de contención, llama la atención la prácticamente nula alusión a la potencialidad terapéutica del uso del cuerpo y el contacto físico con los pacientes en la literatura. En este mismo sentido, llama la atención que solo

un participante refiriera que utiliza su cuerpo como una herramienta para contener a sus pacientes. Una posible línea de investigación a futuro, sería profundizar en cómo es el paradigma ontológico con el que operan los terapeutas; cómo entienden la integración cuerpo-mente, y cuáles son las posibles implicancias de dicha comprensión en el ejercicio de la clínica.

Otra de las conclusiones más relevantes derivadas de este estudio, dice relación con el rol que el cuerpo puede jugar en el ejercicio clínico si se adoptan las estrategias de gestión mencionadas en párrafos anteriores. De acuerdo con lo descrito en los resultados axiales, la detección y gestión de las sensaciones corporales del terapeuta podría favorecer la integración de emociones disociadas en el paciente; la creación de un vínculo terapéutico más genuino; la satisfacción de las necesidades básicas del terapeuta; el desarrollo de la neutralidad del terapeuta; la facilitación del tránsito entre una sesión y otra, o del trabajo a la vida personal. Esto constituye información novedosa respecto a los antecedentes teóricos y empíricos recopilados en esta investigación, por lo que también constituye un desafío para siguientes investigaciones el profundizar y sistematizar este fenómeno asociado al rol del cuerpo del terapeuta en la práctica clínica.

Referencias

Aggs, C., & Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling and Psychotherapy Research*, *10*(4), 278–286.

Ammaniti, M. (1999). How attachment theory can contribute to the understanding of affective functioning in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, (19) 784-796.

A. Ryan, J.D. Safran, J. M. Doran & J. C. Muran. (2012) Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22:32 289-297

Athanasiadou, C., y Halewood, A. (2011) A grounded theory exploration of therapists' experiences of somatic phenomena in the countertransference. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13:3, 247-262.

Beebe, B. (1999). Co-constrncting Tnner and relational processes: self-and mutual regulation in infant research and adult treatment. Paper presented at ICP North, San Francisco May 8th 1999.

Beebe, B. and Lachmann, F. (1988). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self-psychology: Progress in self psychology*, 3, 3-25.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 11, 230–241.

Dunn, B. D., Galton, H. C., Morgan, R., Evans, D., Oliver, C., Meyer, M., Dalgleish, T. (2010). Listening to your heart: How interoception shapes emotion experience and intuitive decision making. *Psychological Science*, 21(12), 1835–1844.

Chen, F., Lv, X., Fang, J., Yu, S., Sui, J., Fan, L., … Jiang, T. (2015). The effect of body-mind relaxation meditation induction on major depressive disorder: A resting-state fMRI study. *Journal of Affective Disorders,* 183, 75–82.

McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. Journal of Marital and Family Therapy, 36(3), 347–360.

Baldini, L. L., Parker, S. C., Nelson, B. W., & Siegel, D. J. (2014). The clinician as neuroarchitect: The importance of mindfulness and presence in clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, *42*(3), 218–227.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.

Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image, 17,* 117–131.

Dijkstra, P., & Barelds, D. P. H. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*, *8*(4), 419–422.

Fatter, D. M., & Hayes, J. a. (2013). What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychotherapy Research*, 23(5), 502–513.

Field, N. (1989). Listening With the Body: An Exploration in the Countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, 5(4), 512–522.

Forester, A. (2000). Body Awareness: An Aspect of Countertransference Management that Moderates Vicarious Traumatization (tesis doctoral). *California Institute of Integral Studies.* California.

George, C. and Solomon, J. (1999). The development of caregiving: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches to mothering. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 618-646.

Goldstein, J. (2002). *One Dharma: The emerging Western Buddhism*. San Francisco: Harper Collins.

Goldstein, J. (12 de Noviembre de 2013). Lion´s roar. Recuperado el 3 de Mayo de 2018, de https://www.lionsroar.com/the-four-foundations-of-mindfulness-2/

Greene, A. (2001). Conscious mind--conscious body. *The Journal of Analytical Psychology*, 46(4), 565–590.

Hesse, E. and Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (41), 481- 540.

Horst, K., Newsom, K., & Stith, S. (2013). Client and therapist initial experience of using mindfulness in therapy. *Psychotherapy Research*, 23(4), 369–380.

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy*, 43(3), 258–263.

Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista Médica de Chile*, *145*(4), 476–482.

Lavender, J. M., Gratz, K. L., & Anderson, D. A. (2012). Mindfulness , body image , and drive for muscularity in men. *Body Image*, *9*(2), 289–292.

Lieberman, A. (1999). Negative maternal attributions: Effects on toddler's sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (5), 737-754.

Loughran, E. (2002). The therapist use of body as medium for transference and countertransference communication (tesis doctoral). *Wright Institute Graduate School of Psychology*. California.

Lyons-Ruth, K. (1999). Two person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*. 19 (41). 576- 617.

Mark J; Williams G.; Kabat-Zinn J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, Vol. 12, No. 1,

MINSAL, (2015). Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud. Extraído de: http://colegiopsicologos.cl/2016/01/12/estadisticas-de-prestadores-individuales-de-salud/. El 3 de mayo del 2018.

Nelson, B. W., & Siegel, D. J. (2014). The Clinician as Neuroarchitect : The Importance of Mindfulness and Presence in Clinical Practice. *Clinical Social Work Journal*, *42*(3), 218-227.

Orbach, S. (2004). What can we learn from the therapist's body? *Attachment & human development*, *6*(2), 141-150.

Pope, K., Spiegel, K. & Tabachnick, P. (1986). 'Survey on sexual attraction in therapy'.

The American Psychologist.

Ross, M. (2000) Body talk: somatic countertransference. *Psychodynamic Counselling*, 6:4, 451-467.

Rumble, B., (2010) The body as hypothesis and as question: towards a concept of therapist embodiment. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy,* 5:2, 129-140

Shaw, R. (2004). The embodied psychotherapist: An exploration of the therapists' somatic phenomena within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research*, 14(3), 271–288.

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 (2), 105115.

Snyder, R., Shapiro, S., & Treleaven, D. (2012). Attachment Theory and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies,* 21(5), 709–717.

Stone, M. (2006). The analyst's body as tuning fork: Embodied resonance in countertransference. *Journal of Analytical Psychology*, 51(1), 109–124.

Tang, Y. Y., Holzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225.

Usher, M., Spatz, A., & Copland, C. (2014). Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, *37*(1), 127-134.

Anexo 1, consentimiento informado.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio del impacto de programas de diplomado de formación clínica
en la experiencia subjetiva del terapeuta

Investigadora Responsable: Carla Crempien R.
Instituto Milenio para el Estudio de la Depresión y Personalidad (MIDAP)

Usted ha sido invitado a participar en el estudio "Estudio del impacto de programas de diplomado de formación clínica en la experiencia subjetiva del terapeuta" ***a*** **cargo de la investigadora Carla Crempien, del Instituto Milenio para el estudio de la Depresión y Personalidad (MIDAP). El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.**

¿Cuál es el propósito de esta investigación?
El objetivo de esta investigación es evaluar el impacto que una formación de diplomado en herramientas o habilidades clínicas, pueda tener en la percepción de los terapeutas que realizan la formación y en algunas variables de la persona del terapeuta, tales como actitudes percibidas consigo mismo, relación con la propia experiencia, relación con el propio cuerpo, o indicadores de desgaste profesional.

¿Quién puede participar?
En esta investigación pueden participar personas que cumplan con los siguientes requisitos:

- De profesión psicólogo(a), psiquiatra u otro profesional de la salud mental
- Se desempeña actualmente o se ha desempeñado anteriormente como psicoterapeuta
- Está matriculado y empezando a cursar un diplomado de formación clínica para psicoterapeutas dictado con patrocinio de la Pontificia Universidad Católica de Chile y/o Instituto Milenio para el estudio de la depresión y la personalidad (MIDAP)
- Acepta voluntariamente participar en el estudio

¿En qué consiste su participación?
Si acepta, su participación consistirá en responder en lápiz y papel, una batería de cinco cuestionarios auto-administrados, que abarcan preguntas sobre observación y regulación de la propia experiencia, autocompasión, conciencia corporal, percepción de sí mismo como terapeuta, percepción subjetiva sobre dificultades y bienestar en la práctica clínica, indicadores de desgaste profesional. Dichos cuestionarios se responden de manera anónima y le será solicitado responderlos en dos momentos: al inicio y al final del programa de formación.
Además, si acepta, podría ser invitado al final del programa de formación, a participar en una entrevista de aproximadamente media hora de duración para consultarle sobre su impresión acerca del impacto que el programa de formación cursado pueda tener en su práctica profesional. El número de participantes requeridos para esta entrevista es menor, de manera que se sorteará de manera aleatoria y según esto se le invitará a participar. La participación en esta etapa del estudio, así como en la etapa de cuestionarios, es totalmente voluntaria y usted puede desistir de participar en cualquier momento de la investigación, sin repercusión alguna para usted. Ud. es libre de participar y dejar de hacerlo aun cuando el/la Director/a del Diplomado haya autorizado la realización de esta investigación, sin consecuencias negativas para Ud.

¿Qué riesgos corre al participar?
La metodología utilizada en este estudio no representa riesgo alguno para usted y se utilizan habitualmente en investigaciones con psicoterapeutas y otras poblaciones. Participar o no participar en este estudio no influye de ninguna manera en su evaluación en los programas de diplomado en que usted participe, y usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento de este.

¿Qué beneficios puede tener su participación?
Participar en este estudio no representa beneficios directos para usted, aun cuando responder a los cuestionarios puede ser interesante al orientar la mirada y sobre usted mismo y algunas variables de interés para el desempeño como psicoterapeuta. Por otra parte, al participar estará ayudando al desarrollo científico global y del país, ya que los datos obtenidos serán contribuciones al conocimiento público, pero sin desvelar su identidad. Posiblemente, estos datos pueden contribuir a la comprensión del impacto que los programas de formación clínica para psicoterapeutas pueden tener en la percepción de los participantes y en algunas variables del terapeuta.

¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?
Los investigadores mantendrán CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA con respecto a cualquier información obtenida en este estudio y ninguna persona ajena a la investigación tendrá acceso alguno a los datos obtenidos. Las respuestas a los cuestionarios serán codificados con un sistema alfanumérico que impide que usted pueda ser identificado y los datos serán guardados bajo clave segura. Los datos aquí obtenidos podrían ser utilizados en otros análisis si usted lo autoriza (ver al final del consentimiento), siempre bajo el compromiso de total confidencialidad. De todas formas, solo personas relacionadas directamente con la investigación (investigadores, co-investigadores, ayudantes de investigación) tendrán acceso a esta información. Bajo ninguna circunstancia publicaremos ningún dato obtenido bajo alguna forma que permita identificarlo y si son presentados en el marco de una publicación científica, toda información relativa a su identidad será eliminada.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?
Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna para usted. Aunque el Vicerrector de Investigación de la UC y las Autoridades de la Escuela de Psicología UC hayan autorizado la realización de esta investigación, Ud. puede decir participar o no, sin consecuencias negativas para Ud.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?
Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Carla Crempien (email: cecrempi@uc.cl, teléfono: 998746727), investigadora del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile al email: eticadeinvestigación@uc.cl

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO[1].

Indique por favor además si autoriza:

Al uso de los datos obtenidos para análisis que no están explicitados en el presente proyecto, siempre bajo el entendimiento que no contendrán ninguna información que pueda identificarme:

Autorizo ☐ ☐ No Autorizo

_____ _____
Firma de el/la Participante Fecha

_____
Nombre de el/la Participante

_____ _____
Firma del Investigador Fecha

[1] Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador

Anexo 2: Programa diplomado

DESCRIPTOR DE PROGRAMAS

UNIDAD ACADÉMICA
Facultad de Ciencias Sociales - Escuela de Psicología

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD
Diplomado en Mindfulness y psicoterapia

VERSIÓN 2017

FUNDAMENTACIÓN Y/O DESCRIPCIÓN

Mindfulness, práctica que se puede entender como la capacidad innata de prestar atención a la experiencia del momento presente, suspendiendo todo juicio, se ha ido introduciendo progresivamente en Occidente en los últimos treinta años. Proveniente de tradiciones contemplativas milenarias, en particular el budismo, se ha ido incorporando en áreas de la salud, psicología y ciencia. Su implementación, como concepto y práctica, ha demostrado tener importantes beneficios en el área de la salud, tanto fisica como mental, y en el campo de la psicoterapia en particular.

En la última década ha proliferado la investigación sobre aplicaciones terapéuticas basadas en mindfulness, demostrando importantes contribuciones en cuadros de patología psicológica y psiquiátrica, tales como depresión, ansiedad, estrés, drogadicción y trastornos de personalidad, entre otros. Por otra parte, la práctica del Mindfulness y su inclusión en la psicoterapia, ha demostrado positivos aportes en lo que respecta a la alianza terapéutica y a la satisfacción, conexión y bienestar de parte del paciente. Más aún, la práctica de Mindfulness por parte del terapeuta que promueve la toma de conciencia de sí mismo, sus emociones y su cuerpo, ha demostrado también importantes beneficios tanto para la salud como para el desempeño de éste en su trabajo como psicoterapeuta.

El presente Diplomado, que cuenta con la participación de docentes altamente calificados tanto en mindfulness como en psicoterapia y la participación de investigadores del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad - MIDAP, tiene como objetivo introducir el concepto y la práctica de mindfulness para mejorar el bienestar y particularmente la efectividad del psicoterapeuta en la relación inmediata y emocional con sus pacientes. Por otra parte, busca transmitir varias aplicaciones terapéuticas de mindfulness en cuadros específicos tanto psicológicos como psiquiátricos. Dirigido a terapeutas, psicólogos, psiquiatras, y otros profesionales de salud mental interesados en el tema, el presente diplomado tiene también como objetivo entregar una práctica de mindfulness para los terapeutas asistentes, ampliando sus capacidades de comprensión de sí mismos y de sus pacientes.

DIRIGIDO A / PÚBLICO OBJETIVO
Profesionales clínicos; psicólogos y médicos psiquiatras.

REQUISITOS DE INGRESO
Los postulantes deben ser profesionales universitarios del área clínica, titulados y con al menos un año de experiencia profesional. Se recomienda a los postulantes tener un nivel intermedio de comprensión lectora en el idioma inglés.

OBJETIVOS GENERALES
1. Conocer Mindfulness desde un punto de vista teórico y experiencial; introduciendo a los participantes a la práctica meditativa mindfulness

2. Vincular la práctica de Mindfulness con el trabajo psicoterapéutico, y aprender sobre las distintas aplicaciones psicoterapéuticas de Mindfulness

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Al finalizar el diplomado se espera que los alumnos sean capaces de:
1. Comprender el concepto de mindfulness -su origen y desarrollo.
2. Conocer los distintos desarrollos históricos de mindfulness y las críticas a este concepto.
3. Conocer sobre Mindfulness y expresión corporal.
4. Aprender las diferentes aplicaciones de mindfulness en psicoterapia.
5. Conocer la neurobiología de mindfulness.
6. Conocer la investigación actual en mindfulness y psicoterapia.
7. Aplicar el concepto de mindfulness en la relación psicoterapéutica, particularmente en lo que respecta al impasse terapéutico.
8. Desarrollar una práctica meditativa como base del aprendizaje experiencial de mindfulness y como lugar desde donde comprender su aplicación clínica y de investigación.

CONTENIDOS

Curso 1: Concepto y desarrollo de Mindfulness, orígenes y contexto actual de su práctica

Horas lectivas: 25.
Créditos: 5.

Objetivos específicos:
1. Entender el concepto. el origen y la evolución de Mindfulness así como otros desarrollos históricos alternativos
2. Entender Mindfulness en su contexto filosófico y espiritual Oriental

3. Entender Mindfulness en su vinculación al pensamiento filosófico occidental
4. Entender la neurobiología de Mindfulness
5. Conocer las investigaciones que apoyan el uso de Mindfulness en psicoterapia
6. Comenzar una práctica regular de meditación vinculada a Mindfulness

Contenidos:

- Concepto, historia y evolución de mindfulness, contexto actual y su relación a Occidente
- Concepto e historia, otros desarrollos similares.
- Criticas al concepto: desde la espiritualidad y desde las psicoterapias
- Una mirada a mindfulness desde la filosofía
- Mindfulness y espiritualidad
- Neurobiología de la meditación
- Empatía y compasión en clínica y sus correlatos en neurociencia
- Investigación en psicoterapia y mindfulness
- Instrucción de meditación

Evaluaciones:

- 1 Prueba de la bibliografía asignada 50%
- 1 Ensayo de Análisis Crítico de la materia pasada en clases y bibliografía 50%

<u>Curso 2: Mindfulness y Psicoterapia - Enfoque Cognitivo-Conductual</u>

Horas lectivas: 25.
Créditos: 5.

Objetivos específicos:

1. Identificar las aplicaciones psicoterapéuticas de Mindfulness más utilizadas
2. Familiarizarse con Mindfulness y su relación con Terapias Cognitivo-conductuales

Contenidos:

<u>Unidad I: Mindfulness y psicoterapias cognitivo-conductuales.</u>

- Mindfulness y DBT
- Programa de reducción del stress (MBSR)
- Mindfulness en psicoterapia de niños y adolescentes
- Terapia de depresión basada en mindfulness (MBCT)
- Práctica de meditación

Unidad II: Supervisión de material clínico desde un enfoque de Mindfulness- el terapeuta y su práctica de Mindfulness aplicada a la psicoterapia

Evaluaciones:

- 2 Informes de casos clínicos, cada uno con un correlato teórico aplicando la materia vista en clases, la bibliografía, y la experiencia en la práctica 100% (50% cada uno)

Curso 3: Mindfulness y Psicoterapia - Enfoque Psicoanalítico

Horas lectivas: 25.
Créditos: 5.

Objetivos específicos:

1. Familiarizarse con Mindfulness y su relación con Terapias Psicoanalíticas

Unidad I: Mindfulness y terapias psicoanalíticas

- Fundamentos de la aplicación de Mindfulness en la psicoterapia psicoanalítica, específicamente en el psicoanálisis relacional
- Aplicación de Mindfulness al manejo de la ruptura y reparación de la alianza terapéutica
- Conceptos psicoanalíticos y Mindfulness
- Mindfulness y Trauma Relacional
- Mindfulness en otras corrientes psicoanalíticas
- Practica de meditación
- Supervisión de material clínico desde un enfoque de Mindfulness- el terapeuta y su práctica de Mindfulness aplicada a la psicoterapia

Unidad II: Supervisión de material clínico desde un enfoque de Mindfulness- el terapeuta y su práctica de Mindfulness aplicada a la psicoterapia

Evaluaciones:

- 2 Informes de casos clínicos, cada uno con un correlato teórico aplicando la materia vista en clases, la bibliografía, y la experiencia en la práctica 100% (50% cada uno)

Curso 4: Aplicaciones específicas actuales de Mindfulness

Horas lectivas: 25.
Créditos: 5.

Objetivos específicos: Conocer y manejar otras aplicaciones de mindfulness relacionadas con la salud mental y la prevención.

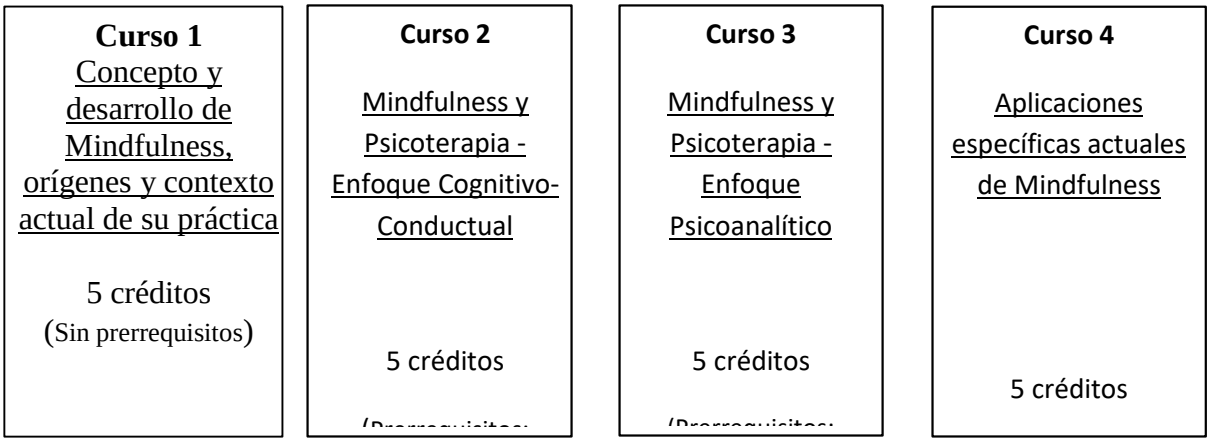
Contenidos:

- Mindfulness y crianza
- Meditación y autocuidado
- Mindfulness y el acompañamiento al bien morir
- Practica de meditación

Evaluaciones:

- 1 Prueba de la materia de clases y bibliografía asignada 60%
- 1 Trabajo de la aplicación de Mindfulness a uno de los temas vistos en este curso 40%

Esquema de Módulos:



JEFES DE PROGRAMA

Candice Fischer, Ph.D.; Doctora en Psicología Clínica, y Magister en Psicología, Universidad de Massachusetts, Amherst. Profesora Adjunta, Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile; Investigadora Adjunta Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP); acreditada como especialista en psicoterapia y como supervisora clínica; Psicóloga Clínica en práctica privada.

Dr. Edgardo Thumala, médico psiquiatra, **postítulo** terapia familiar ITF de Santiago. Ex miembro Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Ex presidente Sociedad Chilena de Salud Mental.

Actualmente Profesor Asistente adjunto de la Pontificia Universidad Católica. Presidente Asociación Chilena Psicoterapia Analítica de Grupo Miembro de IARPP Chile e Internacional. Desde el 2004 ha realizado talleres de mindfulness en diversas ciudades.

EQUIPO DOCENTE

Claudia Araya Silva. Licenciada en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Master en "Estudios de la Mujer" de la Universidad de Kent, U.K. Psicoterapeuta de Grupo. Psicóloga clínica acreditada como supervisora y especialista en psicoterapia. Profesora de la EPUC. Coordinadora del Diplomado "Intervenciones Psicoanalíticas en Instituciones de Salud". Directora de la Unidad de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín (2014-2015) Coordinadora de Salud Mental en la Municipalidad de Santiago (1997-2001). Coordinadora Diplomado en Psicoanálisis Intersubjetivo de la EPUC (2009-2012).

Marcela Araneda C. Psicóloga Clínica PUC, especialista en psicoterapia y supervisora clínica acreditada. Psicoterapia individual de adultos, parejas, familia y grupos. Psicoterapeuta de Grupo Analítico, Instituto Chileno de Psicoterapia Analítica de Grupo. Docencia Post-grado (PRC, UAH). Miembro del directorio de la IARPP-Chile.

Carla Crempien R. Psicóloga Clínica Universidad de Chile. Doctor en Psicoterapia Pontificia Uni-versidad Católica de Chile y Universität Heidelberg, Alemania. Investigadora Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) en las áreas de investigación en Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) y Mindfulness. Miembro de la *Society for Psychotherapy Research* (SPR). Miembro Capítulo Chileno IARPP.

Álvaro Langer. Psicólogo clínico, doctor en psicología por la Universidad de Almería, España. Pro-fesor Asociado de la Escuela de Psicología de la Universidad Austral de Chile (UACh). Investigador Adjunto del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Investi-gador del Centro Interdisciplinario de Estudios del Sistema Nervioso (CISNe) de la UACh. Director del grupo de investigación en Mindfulness y Salud Mental (UACh). Miembro del equipo clínico de RedGesam. Miembro de la *Society for Psychotherapy Research* (SPR).

Pilar Mardones D. Psicóloga Clínica U. Católica de Chile. psicoterapeuta de adolescentes y adultos a través del postítulo en psicoterapia psicoanalítica focal en la Universidad de Chile, Training Avanzado en Psychoanalytic Psychotherapy, University of Toronto, Canadá. Es instructora de Mindfulness – MBCT formada en Center of Mindfulness Studies, Toronto. Diplomado Infant Parent Psychotherapy y es co-creadora del programa sobre desarrollo emocional infantil: "La integración emocional del niño (y de sus padres)". Psicóloga clínica en consulta particular e instructora mindfulness en

Centro Mindfulness y Medicina. Miembro de la International Association for Relational Psychotherapy and Psychoanalysis (IARPP).

Sebastian Medeiros. Médico de la U. Católica de Chile con especialidad en Psiquiatría en la Universidad Paris VII. Se desempeña como psiquiatra-terapeuta en el Hospital Dr. Sótero del Río y de forma privada. Es instructor de Intervenciones basadas en Mindfulness en el Centro Mindfulness y Medicina. Es profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile (EPUC) e investigador del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Miembro de la IARPP Internacional y coordinador del grupo IARPP Mindfulness-Chile.

Maria Cristina Moya S. Psicóloga PUC, ejerce la práctica privada en adultos, es Instructora Programa MBSR en distintas organizaciones desde hace 4 años, formada en el Center for Mindfulness, University of Massachussetts Medical School. También es instructora del Programa MBCT y realiza talleres en el Instituto Mindfulness. (Diplomado en Terapia Conductual Dialéctica, Universidad de Chile; Cursos de Psicología Budista, IMFN; Taller Being With Dying, Upaya Zen Monastery).Realiza diversos trabajos de voluntariado profesional, como práctica clínica para adultos en el Centro Tierra Nueva de la comuna de La Granja y acompañamiento psicológico a personas en etapa de fin de vida, en el hospice de Conac.

Francesca Nilo. Psicóloga de la Universidad Católica de Chile y Magíster en Psicología Clínica de Adolescentes de la Universidad del Desarrollo. Es instructora de meditación y profesora de Budismo Shambhala. Docente en la Escuela de Psicología de Postgrado de la Universidad del Desarrollo y directora del diplomado "Mindfulness, la mente como herramienta de trabajo y autocuidado". Trabaja como psicóloga clínica atendiendo pacientes adolescentes y adultos.

María Elena Pulido. Psicóloga y magíster en Psicología Clínica de la Universidad Andrés Bello. Practicante de yoga y meditación e instructora de Mindfulness y de Hatha yoga. Es creadora de la Terapia Grupal basada en Mindfulness para niños y adolescentes y cofundadora del Centro de Meditación ASIA Santiago, donde realiza cursos de meditación, yoga y talleres de mindfulness. Se desempeña como psicoterapeuta en su consulta privada

Ricardo Pulido. Psicólogo Clínico UC., Psicoterapeuta y Doctor en Psicología General y Clínica de la Universidad de Boloña (Italia). Maestro de Meditación e instructor de Mindfulness, Aikido y Hatha Yoga. Director y Co-fundador del Centro de Meditación ASIA Santiago.

André Sassenfeld J. Psicólogo clínico acreditado, psicoterapeuta relacional y jungiano de adultos, supervisor clínico. Presidente IARRP-Chile, miembro directorio internacional IARRP. Ha sido docente en numerosos programas de postgrado y diversas universidades. Autor de numerosas publicaciones nacionales e internacionales. Autor de 5 libros.

MODALIDAD
Presencial.

METODOLOGÍA
La metodología de enseñanza combinará la realización de clases expositivas, discusión de material audiovisual, revisión bibliográfica, reuniones clínicas, discusiones grupales, discusiones con profesores invitados, y análisis de casos (material de casos clínicos tanto de los docentes como de los propios alumnos). Se realizarán ejercicios experienciales vinculados a mindfulness en las clases y además habrá un segmento de desarrollo de una práctica meditativa en cada módulo de clases. El diplomado contará con un sistema de página web en el que estarán disponibles las presentaciones en formato power point, el programa y material de lectura complementaria.

EVALUACIÓN

Curso 1: : Concepto y desarrollo de Mindfulness, orígenes y contexto actual de su práctica
Evaluaciones:

- 1 Prueba de la bibliografía asignada 50%
- 1 Ensayo de Análisis Crítico de la materia pasada en clases y bibliografía 50%

Curso 2: Mindfulness y Psicoterapia - Enfoque Cognitivo-Conductual

- 2 Informes de casos clínicos, cada uno con un correlato teórico aplicando la materia vista en clases, la bibliografía, y la experiencia en la práctica 100% (50% cada uno)

Curso 3: Mindfulness y Psicoterapia - Enfoque Psicoanalítico

- 2 Informes de casos clínicos, cada uno con un correlato teórico aplicando la materia vista en clases, la bibliografía, y la experiencia en la práctica 100% (50% cada uno)

Curso 4: Aplicaciones específicas actuales de Mindfulness

- 1 Prueba de la materia de clases y bibliografía asignada 60%
- 1 Trabajo de la aplicación de Mindfulness a uno de los temas vistos en este curso 40%

El promedio final del diplomado será el promedio de la nota final de cada curso con las siguientes ponderaciones, en una escala de 1,0 a 7,0:
Curso 1: 25%
Curso 2: 25%
Curso 3: 25 %

Curso 4: 25%

REQUISITOS DE APROBACIÓN /diplomados
Para aprobar el diplomado, el alumno debe cumplir con dos requisitos:

A) Un mínimo de asistencia de 75% a todo evento.

B) Requisito académico: Se cumple aprobando todos los cursos con nota mínima 4,0.

Los alumnos que aprueben las exigencias del programa recibirán un certificado de aprobación otorgado por la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Nota: Las personas que no cumplan con el requisito de aprobación no recibirán ningún tipo de certificación.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado J.(2012) Historia de los métodos de meditación no dual Editorial Sanz y Torres S.L. Madrid

Baer R. (2014) Mindfulness Based Treatment Approaches Elsevier

Bertossa y Ferrari (2010). La mirada sin Ojo. Capítulos 0 y 13. Santiago: JC Sáez Editor

Boyce Barry (2011) The mindfulness Revolution Shambala

Burton R. E. (1994) el Recuerdo de si Ed. Kier B. Aires. 1994

Dunne J. (2013) Toward an understanding of non-dual mindfulness. En:Mindfulness: Diverse Perspectives on Its Meaning, Origins and Applications J. Williams,J. Kabat-Zin Routledge 2013

Epstein M. (2008) Psychotherapy without the Self: A Buddhist Perspective Yale University Press

Epstein, M. (2013.). *The trauma of everyday life*. Ney York, N.Y.: The Penguin Press

Fromm-Suzuki (1964) Budismo Zen y Psicoanálisis fondo de Cultura Economica Mexico

Fulton-Siegel (2005) Budhist and Western Psychology in Mindfulness and Psychoterapy Guilford NY

Germer C; Siegel R. Fulton P. (2005) Mindfulness and Psychoterapy Guilford NY

Hadot Pierre (2003) Ejercicios espirituales y filosofía antigua ediciones Siruela España

Hick. S. and Bien T. (2008) mindfulness and the therapeutic relationship The Guilford Press

Kabat- Zinn J. (1990) Full Catastrophe living

Kernberg O. (2011) The inseparable Nature of Love and Agression. Clinical and theoretical Perspectives Ed: A.Psychiatric Pub. Washington, London England

Kernberg O. (2008) an interview with Susan Bridle en : What is enligthment N 17

Krisnamurti J. (1984) Dialogue with the brain scientist. Krisnamurti Foundation of America (se encuentra en you tube como:Krishnamurti Brain Seminar

Kohn, Livia, (1956) Sitting in oblivion: the heart of Daoist meditation Tree Pine Press

Langer, A.I., Carmona-Torres, J. A., Van Gordon, W., & Shonin, E. (2016). Mindfulness for the Treatment of Psychosis: State of the Art and Future Developments. In: Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (Eds).Mindfulness and Buddhist-Derived Approaches in Mental Health and Ad-diction (pp. 211-223). Switzerland: Springer.

Langer E. J. (1989) Mindfulness Merloyd Lawrence Book USA

Mark J; Williams G.; Kabat-Zinn J (2011) Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma Contemporary Buddhism, Vol. 12, No. 1,

Medeiros S, Guendelman S. (2016), Developmental Trauma from a Buddhist and Relational Inter-subjective Perspective. International Journal of Psychotherapy, Vol. 20., Extra Special E-Issue, July 2016, pp. 94-113."

Molino A. The Couch and the Tree dialogues in psychoanalysis and Budhism Open Gate Press London 1998

Morvay Z. (1999) Horney ,Zen, and the real self: Theoretical and historical connections American Journal of Psychoanalysis New York marzo 1999

Olendzki A. (2005) Mindfulness and Psychotherapy Guilford N.Y.

Nicoll M. (1998)Comentarios Psicológicos sobre las Enseñanzas de Gurdjieff y Ouspensky Editorial Kier B. Aires

Perls F. (1976) El Enfoque Gestaltico: testimonios de terapia Ed. Cuatro Vientos Stgo.

Polack S. (2014) Sitting Together: Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy

Pulido R. y Thumala E. (2016) (Editores), Meditación, Mindfulness y Psicoterapia. JC Sáez Editor 2016 (en prensa)

Pulido, 2011. El paciente Mindfulness: Un viaje entre la curta y la liberación. Gaceta de Psiquiatría Universitaria.

Rubin J.(2003) close encounters of a new kind : towards an integration of psychoanalisys and Buddhism en encountering Buddhism: western psychology and Buddhist teachings edited by S. R.

Safran J. (2003) Psychoanalysis and Buddhism an Unfolding Dialogue Wisdom Publications

Stern D (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life Norton

Siegel D. J. (2007) The Mindful revolution Norton N.Y.

Siegel D. J (2010) The Mindful Therapist Norton N. Y.

Solé. A. (1986*)* "La meditación budista" *Ediciones Martinez Roca España*

Sujato Bikku (2012) A History of Mindfulness: How insight worsted tranquillity in the Satipaṭṭhāna Sutta Ed. S a n t i p a d a

Suzuki D.T. (1971) Zen and Japanese Culture Bollingen Series Princenton U. P.

Thumala E. (1992) Misticismo y Salud Mental R. Psiquiatría S. Chilena de Salud Mental Abril 1992

Thumala E. (2008) Misticismo psicoanálisis y el yo Revista de psiquiatría Universitaria

Trungpa, C. (2005). The sanity we are born with: A Buddhist approach to psychology (C. R. Gimian, Ed.). Boston: Shambhala.

INFORMACIÓN GENERAL

Fechas:
"*Puede haber modificaciones de fechas y/o docentes por razones de fuerza mayor".-*
Horario: viernes de 9am a 1:15pm.
Duración: 100 horas lectivas (20 créditos).
Lugar de realización: Centro de Extensión UC
Valor: $ 1.300.000

PROCESO DE ADMISIÓN
Las personas interesadas deberán completar la ficha de postulación que se encuentra en www.educacioncontinua.uc.cl y enviar los siguientes documentos a Karina Gutiérrez al correo kgutierreze@uc.cl

- Currículum vitae actualizado
- Copia simple de título o licenciatura
- Cédula de identidad
- Carta de interés
- Una carta de recomendación (2 páginas- postulante debe referirse a los siguientes puntos: Qué lo motiva a hacer este diplomado, experiencia clínica, experiencia laboral, expectativas del diplomado y nivel de dominio del Inglés).
- Una carta de recomendación

Luego será contactado, para asistir a una entrevista personal (si corresponde).

Las postulaciones son desde el 01 de octubre de 2016 hasta el 15 de Enero de 2017 o hasta completar las vacantes.

VACANTES: 25. ***"No se tramitarán postulaciones incompletas".***
Anexo 3: Pauta de entrevista

- Explicación de entrevista e investigación; confidencialidad, y posible retiro en cualquier minuto
- Por qué no me cuentas a qué te dedicas, en qué trabajas (*) cuéntame un poco qué haces tú como terapeuta.
- (→ dónde trabaja)
- ¿Cuántos años de experiencia clínica tienes?
- ¿Cuánto tiempo dedicas al trabajo clínico?
- ¿Qué tipo de pacientes atiendes habitualmente?

- ¿Habías tenido experiencia en prácticas de meditación o ejercicios similares antes de hacer el diplomado? ¿Cuáles?
- ¿Qué te motivó a hacer el diplomado?
- ¿Qué te ha aportado el diplomado hasta ahora, en términos generales?
- ¿Cuánta consciencia de tu cuerpo tienes habitualmente cuando te desempeñas como terapeuta?
- ¿Cómo te sientes con tu cuerpo en general durante las sesiones?
- ¿Qué sueles hacer respecto a las sensaciones corporales que tienes en sesión?
- ¿Crees que el diplomado ha cambiado la forma en que percibes y te vinculas con tu cuerpo? ¿De qué manera?
- ¿Qué rol dirías que juega tu cuerpo en terapia? ¿Y qué rol juega tu consciencia sobre el cuerpo en terapia?
- ¿Cuánta conciencia dirías que tienes respecto a tus emociones cuando estás atendiendo?
- ¿Cuáles son las emociones o sentimientos que experimentas con más habitualidad durante tu ejercicio clínico?
- ¿Cómo sueles manejar dichas emociones?
- ¿Qué papel crees que juegan tus emociones en la terapia?
- Si pudieras hacer una breve descripción, ¿Cómo te definirías como terapeuta? (lo que se te viene a la mente)
- La experiencia que tienes hasta el momento del diplomado, ¿ha implicado algún cambio en dicha definición? ¿En qué sentido?
- [Si es que cree que el diplomado ha generado cambios en su definición]. ¿Qué cosas del diplomado crees que han propiciado estos cambios?
- ¿Hay algo más que quisieras agregar que no haya sido preguntado durante la entrevista?