

TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS ESTILOS DE APEGO

ATTACHMENT-BASED COMPASSION THERAPY

Javier García Campayo

Departamento de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet y Universidad de Zaragoza.

Mayte Navarro

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Marta Modrego

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Héctor Morillo

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Marta Correa

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García Campayo, J., Navarro, M., Modrego, M., Morillo, H. y Correa M. (2016). Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 57-69.

Resumen

La terapia de compasión es una psicoterapia de tercera generación que se está utilizando en los últimos años de forma asociada a mindfulness. Existen varios protocolos de entrenamiento en compasión que al igual que los protocolos de mindfulness han surgido en países anglosajones con entornos culturales y sistemas sanitarios muy diferentes al nuestro. En este contexto consideramos que era necesario desarrollar un modelo de terapia de compasión más cercana a nuestra cultura, más adaptada a nuestro entorno sanitario y que pudiese ser aplicable no sólo a población general, sino también a pacientes con enfermedades psicológicas y somáticas. Este modelo está centrado en los estilos de apego, un concepto psicoanalítico que describe el tipo de relación que el niño desarrolla con sus padres y que influenciará de forma decisiva el tipo de relación interpersonal que mantendrá de adulto con otras personas, así como la imagen que desarrollará sobre sí mismo. En el artículo se describen las bases científicas del modelo, la estructura del programa, los datos de evidencia y el proceso de formación en este protocolo, el primero autóctono desarrollado en países de habla hispana.

Palabras clave: *compasión, estilos de apego, protocolo, mindfulness*



Abstract

Compassion Therapy is a third-generation psycho-therapy that has been used associated with mindfulness these last years. There exist several compassion protocols, that have been developed in USA and Britain, like mindfulness protocols as well. As these countries has cultural characteristics and health systems quite different from Spain, it was necessary to develop compassion protocols more adapted to Spanish culture and health system, and that could be administered to both general population and to medical and psychiatric patients. This model is based on attachment styles, a psychoanalytical concept that describes the relationship the children develops with their parents, and that will influence the interpersonal relationships that he will develop, and his/her own self-image. This paper described the scientific basis of this model, the structure of the protocol, the scientific evidence and the training programme of this model, the first autochthonous programme in any Spanish-speaking country.

Keywords: compassion, attachment style, protocol, mindfulness

En el año 2006 se publicó un compendio de algunos de los primeros trabajos sobre *mindfulness* en España en forma de monográfico de la Revista de Psicoterapia (véase Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006). En 2008 empezamos a utilizar *mindfulness* en el entorno sanitario español (García Campayo, 2008) y descubrimos que muchos de los protocolos que utilizábamos, tanto en *mindfulness* como en compasión, no se adaptaban bien a la población española (García Campayo et al., 2014). En parte por diferencias transculturales, que incluían aspectos como la expresión de las emociones, la relación con el cuerpo o la relación entre profesionales sanitarios y pacientes (García Campayo, Díez y Sanmartín, 2005) y en parte porque el sistema sanitario español es muy diferente al norteamericano, país en el que han surgido la mayoría de estos protocolos. En España la sanidad es mayoritariamente pública y gratuita con un potente sistema de atención primaria, mientras que ambos aspectos son marginales en los Estados Unidos. Por último, los protocolos de compasión existentes, a excepción del modelo de Gilbert, no se consideran terapia como tal, destinada a tratar enfermedades psiquiátricas por lo que no están inicialmente diseñados para su uso con pacientes.

Estas razones, y nuestra experiencia como psicoterapeutas, nos convenció de la necesidad de desarrollar protocolos estructurados, adaptados a nuestro entorno cultural y a nuestro sistema sanitario y que pudiesen emplearse como psicoterapia. Además, decidimos enfatizar un aspecto que nosotros, como muchos profesionales de salud mental, hemos considerado clave en la eficacia terapéutica y que se encuentra claramente relacionado con la compasión: el modelo de apego del individuo. Esta es la razón de denominar a nuestro modelo *Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego*. Aunque algunos aspectos de la teoría del apego (en especial, el apego seguro como base de la compasión) ya aparezca en las bases teóricas de otros modelos de compasión (Gilbert, 2015; Neff, 2012), es la primera vez que un programa basado en compasión lo utiliza en profundidad en el centro del proceso terapéutico y como base del programa. Las bases teóricas sobre las que se estructura este modelo son las siguientes.

1. *Teoría del Apego*: Las emociones son los principales fenómenos mentales que se asocian a estrés crónico. Emociones como la culpa, la vergüenza, el odio, etc. se consideran especialmente destructivas y está demostrado que facilitan la aparición de diferentes enfermedades médicas y psiquiátricas, como asegura la Teoría de la Neuroinflamación (Akiyama et al., 2000). Las emociones, por definición, suelen surgir en contextos interpersonales. La Teoría del Apego es uno de los constructos teóricos que mejor explica nuestra forma de relacionarnos con otras personas y, por tanto, cómo surgen las emociones (positivas o negativas) en nuestra vida de relación. Conocer nuestro modelo de apego y modificar los aspectos que nos producen malestar se asociará a la disminución del malestar psicológico. Nuestro protocolo pretende modificar esos estilos

estructurando un modelo seguro de apego, lo que se asocia a disminuir la crítica y la rabia hacia nosotros mismos y hacia los otros, aumentando la compasión.

2. *Aportaciones de otros modelos de compasión y de otras terapias*: Ningún conocimiento surge de la nada. Nuestro modelo incluye ideas de otros protocolos de compasión (la estructura de los tres circuitos cerebrales de Paul Gilbert o algunas prácticas que previamente la mayoría de los protocolos han tomado a su vez de la tradición). También incluye técnicas de otras terapias tanto cognitivas como de tercera generación (aspectos de atención plena tomados de las terapias basadas en *mindfulness* (García Campayo y Demarzo, 2015a), valores que constituyen una técnica esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso o aceptación radical procedente de la Terapia Dialéctica Conductual).
3. *Aportaciones de la tradición*: Como otros protocolos de compasión, hemos rescatado algunas prácticas y bases teóricas de tradiciones como el budismo tibetano, pero también de otras religiones, como las nativas americanas, en las que se ha trabajado la compasión, ya que es un denominador común a todas ellas. Lógicamente, como es habitual en *mindfulness* y en terapia de compasión, en estas técnicas se ha eliminado cualquier connotación religiosa o cultural, y se ha evaluado su eficacia desde una perspectiva científica.

La Teoría del Apego

Desde el punto de vista evolutivo se acepta que la compasión (Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010) es clave para el cuidado de la descendencia en especies como la nuestra (y en los mamíferos en general) en la que las crías son muy vulnerables al nacer y requieren para sobrevivir el cuidado intenso de los adultos durante mucho tiempo. Es en estos primeros años de vida en los que surge el concepto de apego, es decir, la capacidad de afecto y confianza que sentimos hacia nosotros mismos y hacia otras personas.

El término apego constituye un concepto psicoanalítico clásico desarrollado por John Bowlby (1969). Este autor defendía que cuando el niño se siente amenazado se activa su sistema de apego y busca instintivamente la protección de los padres. Cuando el niño encuentra dicha protección de forma habitual se dice que desarrolla un “apego seguro”. Pero si esta protección falla el niño desarrolla una profunda inseguridad en la relación con sus padres (“apego inseguro”) determinando que todas sus relaciones interpersonales adultas estén basadas en la desconfianza. Este hecho también tendrá un impacto en la imagen que va a tener el niño de sí mismo. A esa edad el niño no puede asimilar que sus padres no le quieran. Lo que piensa es que algo malo está haciendo y que cuando sepa qué es y deje de hacerlo le volverán a querer. Por desgracia suele pasarse toda la infancia intentando entender por qué sus padres no le quieren sin conseguirlo.

Aunque algunas de las aportaciones de Bowlby han sido superadas desde diferentes perspectivas, la Teoría del Apego que él describió sigue considerándose el modelo que mejor describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Lo que defiende, de forma resumida, es que un niño en los primeros años de su vida necesita desarrollar una relación satisfactoria, estable y duradera con al menos un cuidador para que su desarrollo psicológico y emocional sea adecuado. Cuando el niño empieza a gatear y andar, alejándose de los padres, necesita la base segura que suponen los cuidadores conocidos para explorar el entorno y regresar.

Las Múltiples Facetas del Apego y el Cuidado

El cuidado y el apego, tanto en los primates como en los seres humanos, se ha ido volviendo más complejo a lo largo de la evolución. En nuestra experiencia el cuidado y el modelo de apego incluirían los siguientes cuatro aspectos que pueden aparecer o no de forma independiente.

- **PROTECCIÓN Y SEGURIDAD:** Implica mantener a los hijos protegidos del peligro de forma que se sientan seguros, sin peligro (lo que constituye la base de la supervivencia de la especie). Incluiría un aspecto tan importante como el consuelo, es decir, calmar la angustia del niño que llora mediante el abrazo. Si durante la infancia no se ha tenido esta sensación de protección y seguridad predominará una sensación de alerta continua ante un posible peligro indefinido (síntoma que es frecuente en la ansiedad de cualquier tipo). No es posible la compasión si no existe una base de seguridad. El individuo inseguro tiene que volcar toda su energía en la búsqueda de la supervivencia (ya que se siente en peligro), no quedando remanente energético para compadecerse por otros.
- **APROVISIONAMIENTO:** Implica ofertar los nutrientes, vestido, refugio y otras necesidades materiales para la supervivencia. Si no se ha tenido en la infancia, el individuo tendrá dificultades para gestionarse en sus necesidades primarias. Por tanto, pueden ser especialmente ahorradores y tendentes a la acumulación (como era frecuente en personas cuya infancia transcurrió en la postguerra inmediata) o ser incapaces de ahorrar y planificar el futuro, gastándose de forma inmediata e inadecuada cualquier ingreso del que dispongan (como se ha descrito en los hijos de minorías afroamericanas pobres de las grandes ciudades norteamericanas).
- **EXPRESIÓN DEL AFECTO Y VALIDACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS:** Implica haber recibido afecto de una forma explícita, identificable, claramente expresada. Si ha sido así uno puede recibir y dar afecto de forma espontánea y confiada. De lo contrario, la expresión y recepción del afecto estará claramente limitada por miedo a ser dañado (como ocurre en algunas neurosis) o por desconexión total con nuestros sentimientos (como ocurre en algunas personas con rasgos obsesivos o alexitímicos). Un aspecto clave de la expresión del afecto, al que suele ir asociado, es la

validación de nuestros sentimientos. Consiste en hacer sentir al niño que sus sentimientos son válidos, aunque sean diferentes (y no aceptados o criticados) por los demás. Esto le permitirá sentirse adecuado y tranquilo pese a sentirse diferente al entorno social. Si los padres no han facilitado la validación de los sentimientos, el individuo evitará sistemáticamente el conflicto, necesitará la aprobación social continua y se autocriticará de forma sistemática y destructiva. Debemos aceptar y validar siempre nuestros sentimientos.

- **SOCIALIZACIÓN Y MENTALIZACIÓN:** La socialización implicaría enseñar al niño las reglas del mundo y de la sociedad en la que va a vivir, así como los límites existentes para minimizar el conflicto con los otros y con la ley. Los padres demasiado permisivos, incapaces de poner límites, facilitan el desarrollo de hijos con trastornos de personalidad. Por otra parte, la mentalización se refiere a ayudarle al niño a entender los sentimientos de los otros, lo que se asocia a mejores relaciones interpersonales.

Estos cuatro aspectos son independientes entre sí, es decir, pueden haberse desarrollado de forma adecuada o inadecuada, produciendo múltiples combinaciones. Es frecuente que fallen todos los dominios a la vez (por ejemplo, unos padres inadecuados no ofrecen seguridad al niño, no le expresan afecto y le invalidan continuamente, no le aprovisionan adecuadamente de comida y vestido y son incapaces de socializarlos y ayudarlos a que desarrollen mentalización). Sin embargo, también es frecuente que los padres puedan ofertar algunos de estos aspectos: una madre de familia monoparental podría ofrecer afecto y validación, pero puede no ofrecer aprovisionamiento y seguridad debido a su entorno económico desfavorable y ser incapaz de poner límites. Un padre de familia monoparental puede dar seguridad y aprovisionamiento pero no ofrecer afecto ni validación y no ser un modelo adecuado de socialización. Por eso, cada uno de estos dominios deberían trabajarse independientemente.

Tipos de Apego

Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron un sistema clasificatorio en los adultos estructurado en cuatro estilos de apego principales. Se piensa que estos estilos, basados en nuestras experiencias biográficas, definirían la forma que tenemos de relacionarnos con las otras personas. Existe un modelo de apego seguro y tres modelos inseguros que poseen características diferentes.

- **MODELO DE APEGO SEGURO (*secure*):** Son individuos que experimentaron un cuidado infantil adecuado de forma consistente y continua. Por eso desarrollaron gran confianza en sí mismos y en los otros. La consecuencia es que se sienten a gusto consigo mismos y se sienten dignos de recibir afecto. También se sienten cómodos dependiendo de otras personas, por lo que pueden solicitar ayuda de otros y recibirla de forma

confiada cuando lo necesitan. Hay un equilibrio entre las necesidades afectivas y la autonomía personal.

- **MODELO DE APEGO PREOCUPADO** (*preoccupied*): Incluye sujetos cuya experiencia infantil es la de un cuidado sistemáticamente variable, entre la respuesta adecuada y la respuesta nula (aunque nunca ha habido maltrato), con sus diferentes grados intermedios. Es decir, el cuidado ha sido errático e inestable, pudiéndolo recibir o no de forma aleatoria, generalmente en dependencia de los niveles de patología o de circunstancias adversas del cuidador en cada instante. Por ejemplo, este modelo está descrito en hijos de padres con trastorno bipolar, con depresión frecuente o con enfermedades invalidantes que aparecen de forma intensa en períodos cíclicos (por ejemplo migraña, enfermedades reumatológicas, etc). La consecuencia es que las personas con este modelo son hipervigilantes respecto a la opinión de los otros de los que dependen (ya que presentan una visión positiva de los otros), hasta el punto de verse atrapados por la respuesta de los demás. Como tienen de sí mismos una visión negativa, renuncian a cualquiera de sus deseos o iniciativas si entran en colisión con la aprobación de los otros. Presentan escasa autoestima, enorme dependencia de los otros, gran estrés subjetivo y se focalizan en sus pensamientos y sentimientos negativos. La continua preocupación por ser abandonados puede disparar la celotipia en las relaciones de pareja.
- **MODELO DE APEGO DE RECHAZO O ALEJADO** (*dismissing*): Lo presentan personas que han experimentado un cuidado infantil en que de forma sistemática la respuesta del cuidador ha sido inadecuada o nula. No ha habido períodos de cuidado adecuado como en el modelo preocupado. Es frecuente que ocurra cuando los padres presentan adicciones, trastornos de personalidad o enfermedades de tipo psicosomático, como hipocondriasis o somatizaciones graves, que les obligan a centrar toda la atención en sí mismos, no dejando espacio para el cuidado de los hijos. Por esta razón, este grupo de personas desarrollaron una desconfianza absoluta en los otros y se compensaron mediante estrategias compulsivas en las que tuvieron que dejar recaer toda la confianza exclusivamente en sí mismos. De esta forma, aunque su visión de los otros es negativa por sus experiencias infantiles, la imagen de sí mismos es exageradamente positiva por sus estrategias de autoconfianza compulsiva. En sus relaciones con los otros son poco comprensivos con la necesidad de afecto de los otros (que tachan de enfermiza o de debilidad) porque aprendieron a sobrevivir afectivamente de forma autónoma sin la ayuda de nadie. De hecho son uno de los grupos de personas con mayor rechazo hacia la compasión. Están claramente orientados al logro, con escasas necesidades afectivas y apenas relaciones interpersonales significativas, pero con una gran autosuficiencia emocional por lo que apenas sufren por esta razón.

- **MODELO DE APEGO TEMEROSO (*fearful*):** Son personas que han sufrido un cuidado frío o violento, basado en el rechazo o en el castigo. Es frecuente cuando los padres son maltratadores, alcohólicos o dependientes de sustancias o presentan trastornos de personalidad graves. Estos individuos desarrollan una visión muy negativa tanto de los otros como de sí mismos. Los niños maltratados no pueden asumir que sus padres tienen un trastorno, sino que piensan que algo están haciendo mal y por eso se les castiga. La consecuencia es que toda la infancia intentan entender qué es lo que hacen mal e intentan cambiar para que no les peguen, pero nunca lo consiguen. Igual que los preocupados, presentan baja autoestima y afecto negativo. Aunque desean contactos sociales, inhiben este deseo por el miedo terrible al rechazo. Sus relaciones interpersonales de adultos se caracterizan por la huida tras alcanzar cierto grado de intimidad. Las relaciones personales las consideran siempre secundarias a sus objetivos laborales o profesionales.

Desde las primeras descripciones de estas clasificaciones (Bartholomew y Horowitz 1991; Bowlby 1969) se hipotetizó que se relacionarían de forma intensa con el tipo de relación interpersonal y de comunicación con otros. Por ejemplo, individuos con una visión negativa de los otros (modelos de apego de rechazo y temeroso) han aprendido que la gente va a tender a ignorar o rechazar sus intentos de apoyarse en otros. Por tanto en comparación con las personas con una visión positiva de los otros (modelos de apego seguro y preocupado) buscan menos apoyo en otros, por lo que tienden a no revelar sus sentimientos y sus relaciones son menos íntimas. Si la visión de uno mismo es negativa y para él son muy importantes las relaciones sociales (preocupado) el individuo tenderá a hacer cualquier cosa por ser querido, renunciando a todo lo suyo, incluyendo la salud o el dinero.

Importancia de los Estilos de Apego

Se calcula que el 65% de los niños presentan un estilo seguro de apego, pero el otro 35% presenta alguno de los estilos inseguros que hemos descrito (Prior y Glaser 2006). El estilo de apego de los padres predice en un 75% el estilo de apego de los hijos (Steele, Steele y Fonagy, 1996). Aunque haya otras influencias además del apego, los niños con apego seguro son más propensos a ser socialmente competentes que sus pares inseguros. También suelen tener mayor facilidad para la adquisición de habilidades sociales, desarrollo intelectual y formación de la identidad social. En suma, suelen ser más exitosos a todos los niveles que los niños con apego inseguro.

De forma resumida, los modelos de apego modulan la imagen que tenemos de nosotros y de los otros y por lo tanto son la clave para la relación que tenemos con nosotros y con los demás. El modelo de apego predice sentimientos de culpa y vergüenza hacia nosotros, así como sentimientos de ira y desconfianza hacia los otros. La terapia de *mindfulness* y compasión es clave para clarificar y modificar la

relación con nosotros mismos y con los otros por lo que está muy relacionada con los modelos de apego.

Protocolo de la Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego

Como otros protocolos de compasión nuestro modelo se estructura en 8 sesiones semanales de aproximadamente dos horas de duración. Hemos descrito a fondo nuestro programa en el libro *Mindfulness y Compasión: La Nueva Revolución* (García Campayo y Demarzo, 2015b). En él se describen los fundamentos teóricos del modelo, la estructura por sesiones y las prácticas que se utilizan en cada sesión. En el Anexo I se resume la estructura del programa por sesiones.

La eficacia de este programa ha sido ya evaluada tanto en población general como en profesionales sanitarios con los que se han realizado ya dos estudios con resultados favorables que se publicarán en 2016. También se está evaluando en pacientes con diferentes patologías médicas y psiquiátricas. Actualmente ha finalizado un ensayo controlado randomizado (ECR) en pacientes con fibromialgia en atención primaria (NCT02454244; Comité Ética: 15/0049) cuyos resultados son también satisfactorios y se publicarán en 2016. Próximamente se va a realizar otro estudio controlado randomizado en pacientes con depresión en atención primaria que se encuentra actualmente en fase de diseño. Los datos preliminares de todos estos estudios son muy prometedores y confirman la eficacia del protocolo tanto en resultados clínicos finales (dolor, calidad de vida o funcionalidad) o en medidas de bienestar psicológico, como en variables intermedias (compasión, afecto positivo, etc).

La formación en la terapia de Compasión Basada en los Modelos de Apego se está estructurando de la misma forma que otros protocolos similares. Tras un programa de formación básico, se recomienda la práctica personal durante un tiempo. Posteriormente se realiza un programa de formación para aplicar la terapia (equivalente al *Teacher Training* de otros protocolos) y, finalmente, se recomienda la supervisión de los dos primeros grupos que se realizan en esta terapia con alguno de los formadores experimentados en el uso del programa.

La formación se incluye sistemáticamente en el máster de *Mindfulness* de la Universidad de Zaragoza cuya tercera edición termina este curso (www.masterenmindfulness.com). Pero también puede recibirse dicha formación de forma independiente del máster mediante cursos específicos que organizamos todos los trimestres, tanto en formato semanal como intensivo de fin de semana tanto en la Universidad de Zaragoza como en las ciudades que lo demandan (mindfulnessycompasiongarciacampayo.com).

Conclusiones

La Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego es un protocolo de compasión que también puede emplearse tanto en población general como en enfermedades médicas y psiquiátricas, adaptada al entorno cultural y sanitario de

los países latinos, que se basa en uno de los constructos psicológicos fundamentales que explican las relaciones interpersonales del individuo: los estilos de apego. Los resultados preliminares de esta intervención son muy prometedores y la aceptación y adherencia de los usuarios es elevada, siendo escasos y poco relevantes sus efectos no esperados. La versatilidad del modelo, que puede usarse tanto en poblaciones con depresión muy grave como en individuos sanos, así como el componente transdiagnóstico, ya que parece eficaz tanto en depresión como en dolor crónico o ansiedad, pueden facilitar su uso extensivo en los sistemas sanitarios de España y de países latinoamericanos.

ANEXO 1

ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO DE COMPASION DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS ESTILOS DE APEGO)

Semana 1

PREPARÁNDONOS PARA LA COMPASIÓN. LA ATENCIÓN AMABLE.

TEORIA:

- El funcionamiento de nuestro cerebro
- La realidad del sufrimiento: sufrimiento primario y secundario
- Qué es y qué no es compasión

PRACTICAS FORMALES:

- Respiración compasiva y *body scan* compasivo
- Afrontamiento compasivo ante las dificultades

PRÁCTICAS INFORMALES:

- Práctica de los 3 minutos compasiva
- Diario de la autocompasión
- Saborear y agradecer

Semana 2

DESCUBRIENDO NUESTRO MUNDO COMPASIVO

TEORIA:

- Compasión y *mindfulness*
- Autoestima y compasión
- Miedo a la compasión

PRACTICAS FORMALES:

- La figura de afecto: conectar con el afecto básico
- Desarrollar un lugar seguro
- El gesto compasivo
- Identificar la figura de apego seguro

PRACTICAS INFORMALES:

- El objeto que nos une al mundo
- Diario de la práctica de compasión
- ¿En qué somos buenos?

Semana 3

DESARROLLANDO NUESTRO MUNDO COMPASIVO

TEORIA:

- Como actúa la compasión
- Eficacia de la compasión
- La autocrítica

PRÁCTICAS FORMALES:

- Desarrollar la figura de apego seguro
- Desarrollar la voz compasiva

PRÁCTICAS INFORMALES

- Escribir una carta al amigo compasivo

Semana 4

ENTENDIENDO NUESTRA RELACION CON LA COMPASION

TEORIA:

- Modelos de apego
- Importancia de estos modelos en la vida diaria

PRACTICAS FORMALES:

- Tomar conciencia de nuestro modelo de apego
- Capacidad de recibir afecto: amigo, indiferente, enemigo

PRÁCTICAS INFORMALES:

- Carta a los padres

Semana 5

TRABAJANDO SOBRE NOSOTROS MISMOS

TEORIA:

- Importancia del afecto hacia nosotros mismos y hacia los demás

PRACTICAS FORMALES:

- Dar afecto a amigos e indiferentes
- Darnos afecto a nosotros mismos
- La reconciliación con nuestros padres
- Tres aspectos positivos y tres negativos de nuestros padres

PRÁCTICAS INFORMALES:

- La mayor muestra de afecto (en general y de nuestros padres)
- La falacia de las etiquetas

Semana 6**COMPASIÓN AVANZADA (I): EL PERDON***TEORIA:*

- La culpa y la importancia del perdón

PRACTICAS FORMALES:

- Perdonarse a uno mismo
- Pedir perdón a otros
- Perdonar a otros y dar compasión a los enemigos
- Perdonar por el daño producido por personas queridas (sólo para personas con esta experiencia)
- La recapitulación

PRÁCTICAS INFORMALES:

- La compasión en la vida diaria
- La interdependencia

Semana 7**COMPASION AVANZADA (II): CONVERTIRSE EN LA PROPIA FIGURA DE APEGO y MANEJO DE LAS RELACIONES DIFÍCILES***TEORIA:*

- Trabajar en los tres períodos
- La envidia
- Utilidad de ser nuestra figura de apego
- Las personas difíciles

PRÁCTICAS FORMALES:

- Trabajar con la envidia
- Convertirnos en nuestra propia figura de apego
- Manejo de las relaciones difíciles

PRÁCTICAS INFORMALES:

- No tomarse nada personalmente
- Mirarse a los ojos y conectar con el sufrimiento de los otros

Semana 8**MAS ALLA DE LA COMPASIÓN: LA ECUANIMIDAD***TEORIA:*

- La ecuanimidad
- Cómo mantener la práctica de compasión a lo largo de la vida

PRÁCTICAS FORMALES:

- La ecuanimidad (I): Todos somos iguales.

- La ecuanimidad (II): La falacia de las categorías.
- La ecuanimidad (III): Dar al mundo la gratitud que no hemos podido devolver.

PRÁCTICAS INFORMALES:

- Nuestros valores y su relación con la compasión
- La figura de apego cósmica
- El abrazo tántrico

Referencias bibliográficas

- Akiyama, H., Barger, S., Barnum, S., Bradt, B., Bauer, J., & Cole, G. M., (2000). Inflammation and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 21(3), 383-421.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- García Campayo, J. (2008). La práctica del “estar atento” (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 40(7), 363-366.
- García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015a). *Manual de mindfulness. Curiosidad y aceptación*. Barcelona: Siglantana.
- García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015b). *Mindfulness y compasión. La nueva revolución*. Barcelona: Siglantana.
- García Campayo, J., Díez, M. A., y Sanmartín, A. O. (2005). *Salud mental e inmigración en atención primaria*. Madrid: Edikamed.
- García Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4), 1-9.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-355.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo: El arte de la compasión hacia uno mismo*. Barcelona: ONIRO.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Prior, V., & Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Simón, V. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67(2), 541-555.