



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM IZTACALA

**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
BASADA EN EL *MINDFULNESS*:
PROPUESTA DE APLICACIÓN EN PERSONAS
CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
LAURA ELENA GONZÁLEZ FLORES

Director Lic. Omar Moreno Almazán
Dictaminadores: Lic. Alicia Ivet Flores Elvira
 Lic. Marco Antonio González Villa



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN CONCEPTOS Y PREVALENCIA.....	6
Definición	6
Criterios Para El Diagnóstico Tradicional De La Depresión	6
Criterios Para El Diagnóstico De La Depresión De Acuerdo Al Modelo Cognitivo Conductual.....	9
Características De La Depresión En México.....	13
Variables psicosociales asociadas a la depresión en población Mexicana.	15
CAPITULO 2: INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN	17
Generalidades De La Terapia Cognitivo Conductual.....	17
Terapia Cognitivo-Conductual Y Depresión.....	17
CAPITULO 3: <i>MINDFULNESS</i> COMO ALTERNATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO.....	23
Definición de atención plena <i>Mindfulness</i>	23
Atención Plena <i>Mindfulness</i> Y Sus Aplicaciones En Psicología.....	24
Terapia Cognitivo Conductual Basada En <i>Mindfulness</i> Aplicada En Sujetos Con Síntomas Depresivos.....	27
Antecedentes de estudios con aplicaciones de la atención plena en la terapia cognitivo conductual enfocada en sujetos con síntomas depresivos.	40
<i>Mindfulness</i> En La Atención de la población mexicana con síntomas depresivos actuales o pasados	44
CONCLUSIÓN	45
BIBLIOGRAFÍA	48

Resumen:

La depresión es un trastorno afectivo cada vez más frecuente en todo el mundo y que repercute en el bienestar y en la calidad de vida de quienes la padecen; en nuestro país, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad en las mujeres.

Las personas que toman terapia cognitivo conductual en algunos países, entre ellos México, tienen buena respuesta al tratamiento; sin embargo son propensas a las recaídas ante estímulos negativos, por lo cual es crucial implementar técnicas de afrontamiento ante los estímulos estresantes (externos e internos) desencadenantes del pensamiento rumiador que es la principal señal de la presencia de la depresión

Las técnicas del *Mindfulness* aplicadas en la terapia cognitivo-conductual, ayudan a los sujetos a prestar su atención en el momento presente para desarrollar la aceptación y la concentración, lo cual ayudará a que eventualmente el sujeto primero identifique los pensamientos negativos cuando se presentan y su estrecha relación con el sentimiento decaído y así reestructure su relación con los mismos para evitar reaccionar y poder tomar decisiones más adaptativas.

Las técnicas *Mindfulness* implementadas en la terapia cognitivo-conductual han mostrado su eficacia en la prevención de recaídas y también el tratamiento de síntomas depresivos durante su presencia, tanto en población Estadounidense como en Española; sin embargo en México es necesario realizar estudios con pruebas piloto para determinar su eficacia en el tratamiento y la prevención de la depresión en población mexicana.

Palabras clave:

Atención plena, Meditación, Respiración, Aceptación, Concentración, Momento presente, Depresión, Emoción, Pensamiento, Conducta.

Summary

Depression is an affective disorder that is becoming more frequent worldwide and affects the wellbeing and life quality to those who suffer it, in our country, is the main cause of disability adjusted life years among women.

People, who get cognitive behavioral therapy at some countries, including Mexico, have a good treatment response; nevertheless they tend to relapse in the presence of negative stimulus, therefore it is crucial to add techniques to confront the stressing stimulus (internal and external), which trigger the rumination pattern of thought, it being the most significant indicator of current depression.

Mindfulness techniques used at cognitive-behavioral therapies, help patient focus the attention at the present moment to develop acceptance and concentration, which will eventually help first to identify the negative thoughts as they arise as well as their close relationship to low mood, in order to restructure the relationship to such feeling and thoughts to avoid reaction and become able to make more adaptive decisions.

Mindfulness techniques used at cognitive-behavioral therapies have shown their efficacy at preventing relapse as well as current depressive symptoms treatment, among American and Spanish population; nevertheless is necessary to research with pilot testing in Mexico, in order to determine their efficacy at the treatment and prevention of depression among Mexican population.

Key words:

Mindful attention, Meditation, Breathing, Acceptance, Concentration, Present moment, Depression, Emotion, Thought, Behavior.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema cada vez más frecuente en la sociedad actual; el cual se está presentando en personas de todas las edades y de todos los niveles socioeconómicos; repercutiendo de manera significativa en el bienestar y en la calidad de vida de quienes la padecen; afectando las esferas individual, social y laboral o escolar, en los casos graves la situación se vuelve incapacitante y puede terminar en el suicidio.

En diversos países, entre ellos México, la depresión es un problema cada vez más frecuente; sobre todo en mujeres y en hombres desempleados; sin embargo al menos en nuestro país la atención a personas con síntomas depresivos presentes o previos llega demasiado tarde o se parte de un mal diagnóstico.

La Terapia Cognitivo Conductual ha sido mundialmente reconocida como la terapia más efectiva como tratamiento de la depresión; sin embargo se han reportado altos índices de recaídas, para lo cual la Terapia Cognitivo Conductual basada en el *Mindfulness* ofrece una alternativa económica en tiempo de duración y aplicación en grupo tipo entrenamiento, dicha alternativa ha sido poco estudiada; sin embargo ha mostrado ser efectiva tanto en prevención de recaídas como en sujetos con síntomas depresivos presentes.

CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN CONCEPTOS Y PREVALENCIA

Definición

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental que tiene como características la pérdida del interés, falta de placer, culpabilidad, baja autoestima, trastornos del sueño, falta de energía o cansancio, trastornos de la alimentación y concentración deficiente; ante los primeros síntomas puede atenderla el personal no especializado (de la atención primaria) y en las fases más avanzadas se puede requerir atención médica y terapia psicológica, en caso de no ser tratada se corre el riesgo de suicidio.

Criterios Para El Diagnóstico Tradicional De La Depresión

Para poder diagnosticar un episodio depresivo mayor, el *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders DSM-IV*, utiliza los siguientes criterios:

A. Presentar por un lapso mayor a dos semanas mínimo 5 de la siguiente lista de síntomas (forzosamente presentando pérdida de interés ó falta de placer y estado de ánimo depresivo)

1. Estado de ánimo depresivo casi todo el día, la mayoría de los días; de acuerdo con el sujeto o sus allegados.
2. Pérdida de interés y placer en las actividades diarias o las que antes eran placenteras.
3. Aumento o disminución en el apetito y el peso del sujeto; se considera una variación del 5% del peso corporal por mes.
4. Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnía)

5. Agitación o enlentecimiento psicomotor de acuerdo con las personas cercanas al sujeto.

6. Sensación de cansancio y falta de energía casi diariamente.

7. Auto-culpabilidad excesiva casi diariamente

8. Dificultad para pensar y tomar decisiones, pérdida de la concentración.

9. Pensamientos sobre la muerte que pueden incluir ideas o intentos de suicidio.

B. Los síntomas no implican un episodio mixto

C. Los síntomas afectan la vida de la persona en los ámbitos laboral, social, individual, escolar, etc.

D. Los síntomas no son provocados por padecer alguna otra enfermedad o consumir alguna sustancia (drogas o medicamentos)

E. No hubo una pérdida o duelo reciente, en ese caso, los síntomas se cubren por más de dos meses.

Según los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), las personas con depresión padecen de humor depresivo, pérdida de la capacidad de disfrute o interés en las cosas que regularmente disfrutaba, disminución de actividad y cansancio excesivo como *síntomas principales*; también considera algunos *síntomas generales* como:

1. Pobre atención y concentración.

2. Sentimientos de inferioridad y disminución de la autoestima.

3. Auto-culpabilidad

4. Visión pesimista del futuro.

5. Autoagresiones o intentos de suicidio.

6. Trastorno del sueño.

7. Disminución del apetito.

Se especifica que los síntomas y los episodios pueden diferir entre una persona y otra, pueden presentarse alteraciones del estado de ánimo tales como: irritabilidad, consumo de sustancias nocivas, presencia de fobias y ansiedad o preocupaciones excesivas.

Existen tres niveles o tipos de episodios depresivos: el leve, el moderado o el grave; en los tres casos el CIE-10 considera necesaria una duración de mínimo 2 semanas consecutivas de ciertos síntomas; sin embargo pueden llegar a confirmarse casos cuando los síntomas inician bruscamente o la gravedad de los síntomas es considerable.

En el caso de la depresión leve se requiere la presencia de al menos dos de los síntomas principales y dos de los síntomas generales; ambos mencionados anteriormente. La persona presenta dificultades para desempeñar su rutina laboral y social.

En el caso de un episodio de depresión moderado se deben presentar dos de los síntomas principales y tres o de preferencia cuatro de los síntomas generales. La persona presenta muchas dificultades para desempeñarse en sus actividades sociales, laboral o del hogar.

En la depresión grave la persona presenta angustia, exaltación o una inhibición significativa adicional a un riesgo importante de suicidio debido a los sentimientos excesivos de culpabilidad o inutilidad; para diagnosticar este grado de depresión se deben de presentar los tres síntomas principales y por lo menos cuatro de los síntomas generales; probablemente sea un diagnóstico difícil ya que puede existir agitación o inhibición psicomotriz. La enfermedad es incapacitante para que el paciente pueda seguir desempeñando sus labores normales en casa, en el trabajo o en sociedad.

También es posible que se presenten casos de depresión grave que además de los criterios arriba mencionados, manifiestan alucinaciones auditivas u olfatorias e ideas delirantes.

Puede que existan casos considerados por el CIE-10 como otros episodios depresivos en los cuales se presentan algunos de los síntomas pero no encajan por completo en las clases anteriormente mencionadas ya que además presentan otro tipo de síntomas como tensión, preocupaciones, dolores o cansancio que no se pueden atribuir a cuestiones orgánicas.

Criterios Para El Diagnóstico De La Depresión De Acuerdo Al Modelo Cognitivo Conductual

La depresión es un trastorno afectivo (estado de ánimo decaído) que se relaciona con cogniciones negativas y desempeño deteriorado de las actividades cotidianas y / o las relaciones interpersonales; por ende es un problema con cognición, sentimiento y conducta.

De acuerdo con el modelo conductual, la relación E-O-R-C son las variables a evaluar para determinar la intervención terapéutica y se considera que la depresión se mantiene, gracias a la manera en que se ha dado dicha relación en el que la conducta pasiva del sujeto supone que ha estado expuesto a estímulos aversivos por largo tiempo y no ha podido afrontarlos; por lo que se volvió evitativo o pasivo (no reactivo) (Friedman et al. 2008)

Las variables del modelo conductual mencionadas anteriormente son: **E** el estímulo o las condiciones que originan la conducta problema (el contexto en el que se desarrolla la conducta desadaptativa), **O** hace referencia a las variables organismicas que se relacionan con dicha conducta (características individuales de tendencias conductuales a determinadas situaciones), **R** es la conducta problema y **C** es la consecuencia que tiene dicha conducta (aislamientos social, etc.)

A la identificación del proceso EORC descrito anteriormente se conoce como análisis funcional y se utiliza como parte de la evaluación en sujetos

depresivos con el objetivo de modificar la conducta a través de la manipulación de los estímulos y los reforzamientos involucrados. (Phares, 1999)

De acuerdo con Serrano (2002) el modelo cognitivo de la de depresión de Beck es de los más utilizados para explicarla; de acuerdo a este modelo, dicho trastorno se entiende como la tendencia a la negatividad en los pensamientos en tres aspectos: el futuro (se visualiza de una manera poco esperanzadora), el entorno (se interpreta como una amenaza latente) y hacia uno mismo (auto reproche constante a los fracasos), a modo de procesar la información se le conoce como *triada cognitiva*

El mismo modelo también explica la ocurrencia de *errores típicos del pensamiento* que pueden incluir (Serrano, 2002):

Inferencia arbitraria: llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye

Abstracción selectiva: enfocar la atención en sólo un detalle en lugar de ver todo lo que implica un hecho.

Sobre generalización: se utilizan las conclusiones arbitrarias sobre un hecho para otros, los cuales pueden o no tener relación alguna.

Magnificación y minimización: se da mucha importancia a un hecho negativo y poca importancia a un hecho positivo, normalmente cuando se trata de algo que le ha salido bien (no reconocen su esfuerzo y dan mayor peso a sus fracasos)

Personalización: se auto inculpa sobre los hechos negativos, teniendo o no participación en ello.

Pensamiento dicotómico: ir de un extremo al otro en donde no pueden encontrarle algo bueno a lo malo y lo bueno difícilmente le ocurre.

Las personas tenemos ciertos esquemas que funcionan como un molde para interpretar los estímulos externos y se van creando conforme el transcurso de nuestra experiencia; dicho molde nos ayuda a procesar de manera más rápida la

información y no es necesario prestar atención a todos los estímulos porque podemos predecir de cierta manera que sucederá en el corto plazo en relación al conjunto de estímulos ante una situación dada. A través de los pensamientos automáticos negativos (triada cognitiva), las personas con depresión adquieren formas de cognición más complejas como las creencias, las reglas y los esquemas desadaptativos. De acuerdo con Beck, Emery, Rush y Shaw (2005), los sujetos depresivos desarrollan estos esquemas desadaptativos porque se relacionó un estímulo estresante con un tipo específico de respuesta: pensamiento, sentimiento y conducta para hacer frente a dicha situación; sin embargo la generalización se llevo a cabo para utilizar la misma respuesta ante estímulos al principio ligeramente similares que reafirmaban los esquemas, los sujetos más graves no distinguen con lógica o relatividad lo que suceda en el ambiente; por lo que todo se interpreta con el mismo esquema, sin importar las circunstancias, las diferencias entre una persona y otra, etc. A continuación se enuncian algunos ejemplos de esto:

Ante la pregunta a dos personas; la primera con depresión y la segunda sin depresión ¿por qué considera que es usted solitario y tímido?, responden:

Persona 1: “soy una persona miedosa; no me gusta relacionarme con la gente porque la gente es mala; prefiero quedarme solo en casa, así nadie podrá lastimarme”

Persona 2: “me cuesta trabajo relacionarme con la gente, en algunas situaciones más que en otras y aunque disfruto mi soledad, considero que es importante no predisponerse al fracaso social”

A continuación se mencionan algunos de los principales esquemas desadaptativos, presentes en sujetos depresivos de acuerdo con Friedman, Tase & Wright (2008)

Sobre la autonomía

a) Dependencia: uno necesita el apoyo de otros (significativos o no) para funcionar.

b) Falta de individualización: llevar a cabo actos de sacrificio (voluntario o no) para enfocarse en satisfacer las necesidades ajenas antes de las propias.

c) Vulnerable al daño o enfermedad: miedo a que cualquier tipo de desastre esté a punto de ocurrir (de salud, financiero, etc.)

d) Miedo a perder el autocontrol: miedo a perder involuntariamente el autocontrol de las emociones, pensamientos, conducta, etc.

Sobre la conectividad

a) Privación emocional: la creencia de que nadie va a poder satisfacer las necesidades emocionales de uno.

b) Abandono-perdida: la creencia de que uno siempre será abandonado por los otros significativos o que se estará solo siempre

c) Desconfianza: la creencia de que otros siempre tienen la intención de engañarnos, manipularnos, etc.

d) Aislamiento social: la creencia de que uno es diferente a otros por lo que no puede encajar.

Sobre la Valía

a) Desamparo afectivo: pre-concepción de que uno no es suficientemente bueno para ser amado.

b) Indeseable socialmente: la creencia de que las características de uno; ya sean: físicas, de personalidad, etc. Lo hacen a uno indeseable a otros.

c) Incompetencia: la idea de que uno no puede triunfar o salir adelante en áreas de desempeño como las responsabilidades o la toma de decisiones.

d) Castigo: la autoinculpación; se cree que uno es mala persona y merece ser castigado.

e) Sentimiento de vergüenza: la creencia de que las propias concepciones o conceptos no son bien aceptados por los pares o personas significativas.

Límites y estándares

a) Estándares inalcanzables: auto-imponerse estándares extremadamente altos, sin importar el sacrificar la felicidad, las relaciones, la salud, etc.

b) Derecho: la creencia de que uno tiene derecho a obtener lo que quiere cuando lo quiere.

De acuerdo a lo ya mencionado sobre las características cognitivas de la depresión; adicional al análisis situacional, se deben evaluar qué cogniciones caracterizan a cada sujeto depresivo, con el fin de comprender los esquemas y creencias que anteceden su conducta desadaptativa, para ello se utilizan pruebas como la adaptación del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la ciudad de México que evalúa tanto las actitudes negativas hacia sí mismo como deterioro en el rendimiento y alteraciones somáticas. (Jurado, Loperena, Méndez, Rodríguez, Varela y Villegas, 1998)

Características De La Depresión En México

En México la depresión produce más discapacidad que enfermedades como la diabetes o las enfermedades cardiacas y es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad en las mujeres, mientras que en los hombres es la novena (Berenzon, Lara, Medina-Mora y Robles, 2013)

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, realizada en adolescentes de 12 a 17 años, aplicada en residentes de hogares de la ciudad de

México y área metropolitana, mostró como resultado que los trastornos individuales prevalentes tanto en hombres como en mujeres fue: fobias específicas, fobia social y hablando específicamente de mujeres el segundo trastorno con mayor frecuencia fue la depresión, mientras que en los hombres lo fueron los trastornos por uso de sustancias (Benjet et al, 2009), los trastornos afectivos (entre ellos la depresión) inician aproximadamente a los 11 años de edad y este periodo del desarrollo es más crítico para mujeres que para hombres porque la gravedad para cualquier trastorno está más marcada en ellas que en ellos; de acuerdo con el autor, las encuestas internacionales muestran resultados similares en cuanto a las mujeres adolescentes para los trastornos ansiosos y afectivos con excepción de Finlandia en donde las mujeres tienen mayor prevalencia que los hombres tanto en trastornos internalizantes como externalizantes.

Las estadísticas según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Belló, Lozano, Medina-Mora y Puentes-Rosas, 2005) aplicada del 2002 al 2003 a 38,700 encuestados seleccionados de manera aleatoria en poblaciones rural, urbana y metropolitana en personas de 18-65 años, informó que los trastornos afectivos (la depresión entre ellos) son el tercero más frecuente y que se presenta al menos una vez en la vida, seguido de los trastornos de ansiedad y los causados por uso de sustancias (porcentaje de prevalencia: trastorno de ansiedad:14.3%, trastornos causados por uso de sustancias: 9.2% y trastornos afectivos: 9.1%)

Las mujeres siempre resultaron más propensas a la prevalencia de la depresión que los hombres, los resultados también mostraron que las personas se volvían más vulnerables a este trastorno conforme avanzaban en su etapa del desarrollo, mostrando índices mayores los adultos de más de 60 años que los de 40 a 59, quienes a su vez tenían índices mayores que los de 19 a 39 años.

También hubo diferencia según la escolaridad, entre mayor nivel de escolaridad se tiene, menor nivel de prevalencia, la cual fue de 8% para individuos sin educación formal, mientras que los de educación superior o mayor tuvieron un porcentaje de 2.1

En cuanto al lugar de residencia, las mujeres no mostraron diferencias significativas, mientras que los hombres presentaron mayor prevalencia en comunidades rurales que en el área metropolitana.

Al comparar los resultados según las entidades federativas se tienen los siguientes resultados: para las mujeres los índices más elevados son en Hidalgo, Jalisco y Edo. De México (9.9%, 8.2% y 8.1% respectivamente), mientras que en los hombres los índices más elevados son en Jalisco 5%, Veracruz 4.6% y Tabasco 4.5%

Variables psicosociales asociadas a la depresión en población Mexicana.

De acuerdo con Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2013), los factores psicosociales que afectan a la población mexicana son:

- 1) Ser mujer; en especial en las jefas de familia
- 2) Dedicarse únicamente a los quehaceres domésticos y más si adicional a ello, se cuida a algún enfermo.
- 3) Tener un nivel socioeconómico bajo.
- 4) Estar desempleado (afecta más a los hombres)
- 5) Aislamiento social.
- 6) Tener dificultades legales.
- 7) Haber vivido o vivir alguna situación violenta.
- 8) Consumo de sustancias que causan adicción.
- 9) Migración

En México, menos de un 20% de personas que padecen algún trastorno afectivo buscan tratamiento y las personas que lo hacen pueden tardar hasta 14 años en recibir apoyo de un especialista; adicionalmente solo el 50% de los pacientes que buscan ayuda son atendidos adecuadamente; el tratamiento con fármacos y las terapias interpersonal o cognitivo conductual, son las intervenciones con mayor beneficio utilizadas hasta ahora en la población mexicana (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2013)

CAPITULO 2: INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Generalidades De La Terapia Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo explica que en trastornos como la depresión, se tienen ciertas características cognitivas como las cogniciones automáticas (pensamientos que no son controlados por las personas y se dan automáticamente después de un suceso), la rumiación (mantener de manera constante un mismo pensamiento o asunto no resuelto sobre uno mismo u otros), así como en los esquemas y las creencias negativas (triada cognitiva de Beck) explicados anteriormente.

La terapia cognitivo conductual se basa en el supuesto de que los trastornos afectivos incluyen desadaptación tanto en las *conductas* como en los *pensamientos* que las preceden (las primeras están fuertemente influenciadas por los segundos), es por ello que esta terapia ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento de la depresión.

Terapia Cognitivo-Conductual Y Depresión

Para lograr el tratamiento dentro de la terapia cognitivo- conductual aplicada a la depresión, McCullough (2003) sugiere el uso del análisis situacional como línea base de evaluación-tratamiento que de hecho son fases que parecen fundirse dentro de la terapia; inicialmente se elige una situación actual para poder crear explicaciones causales de la conducta desadaptativa del sujeto, la cual está basada en esquemas de acuerdo con sus experiencias tempranas con los otros significativos y que se siguen repitiendo en la actualidad; de acuerdo a este autor,

estas personas no tuvieron oportunidad de desarrollar en la infancia las bases suficientes para afrontar el estrés, han desarrollado maneras poco asertivas de desenvolverse ante otros, lo que les crea incomodidad e insatisfacción, el autor utiliza estos sentimientos negativos como reforzador negativo al momento del análisis situacional para que el paciente efectúe conductas más adaptativas y mediante la practica reestructure sus esquemas.

Algunos de los problemas estructurales mencionados anteriormente en sujetos con depresión provocan la generalización o conclusión sin evidencia lógica alguna: “mi pareja me dejó porque no valgo lo suficiente, entonces nadie me va a querer nunca más”. Adicional a este pensamiento, los pensamientos dicotómicos (todo o nada, bueno o malo) dificultan la toma de decisiones y cuando por fin se ha tomado alguna tienden a ser extremistas, lo cual complica bastante su aplicabilidad en la vida diaria y dificulta ver todo lo que implica. Es importante para que esto se pueda llevar a cabo tener la mayor cantidad de información posible; por ejemplo al enfrentar la depresión: se le debe dar al sujeto toda la información posible sobre su condición actual, explicarle todo desde causas, teorías explicativas, tratamientos y lo que ellos implican o esperan del sujeto; así él mismo podrá identificar qué le funciona y porqué. Alentarlo a que no se incline demasiado por uno solo y que no lo elimine al primer fracaso.

El análisis situacional de McCullough incluye las siguientes interrogantes que se tocan en cada sesión:

- 1) Describa qué sucedió en la situación.
- 2) ¿qué interpreto de lo ocurrido?
- 3) ¿qué hizo usted?
- 4) ¿cuál fue el resultado real de la situación?
- 5) ¿cuál era el resultado deseado en dicha situación?
- 6) Explicar si se obtuvo o no el resultado deseado y porqué

En el proceso anterior se trabaja junto con el sujeto sobre su situación y el mismo paciente debe encontrar las respuestas, el terapeuta le guía en la creación

de hipótesis conductuales, “si esto, entonces aquello”, es importante nunca darle las respuestas sobre las conductas del paciente que lo llevan a obtener el resultado no deseado de lo contrario nunca logrará aprender las razones de cómo funciona su conducta y qué modificar de ella. Es importante recalcarle al paciente que lo aprendido debe de generalizarlo a otras situaciones porque siempre se utilizan situaciones ya pasadas que ya no se pueden modificar. Obtener las respuestas deseadas termina con la angustia del paciente de no poder expresarse asertivamente y empiezan a disminuir sus auto-concepciones negativas. La terapia finaliza cuando la persona muestra conductas más asertivas y como respuesta a ellas ocurren situaciones deseadas o agradables para el paciente lo que funciona como reforzador positivo para mantener dichas conductas.

La terapia descrita anteriormente está más relacionada con el modelo conductual donde se utiliza el reforzamiento de conductas (negativo, pues el resultado es una situación no deseada) para sustituir las conductas desadaptativas por conductas adaptativas, que llevarán a resultados deseados por el sujeto, lo anterior de manera general significa un funcionamiento interpersonal más funcional del sujeto; de acuerdo con este modelo si esto se lleva a cabo de manera exitosa, el sujeto superará los síntomas depresivos

En la terapia cognitivo-conductual descrita por Beck, Emery, Rush y Shaw (2005), el trabajo es un poco más flexible, la terapia está enfocada en tratar la modificación tanto de conductas como de cogniciones (creencias, pensamientos automáticos) dependiendo de la gravedad de los síntomas sobre el funcionamiento del sujeto y se enlistan en común acuerdo sujeto-terapeuta; dichos síntomas pueden ser:

Afectivos; por ejemplo la tristeza, la pérdida de la gratificación, apatía, falta de ánimo, etc.

Motivacionales: deseo de escapar (incluido el suicidio), evitación de situaciones estresantes o problema.

Cognitivos: dificultad para concentrarse, mantener la atención y la pérdida de memoria.

Conductuales: pasividad, aislamiento social, entre otros.

Fisiológicos: alteraciones en el sueño o la ingesta de alimentos.

Al tratar cualquiera de los síntomas, el objetivo de la terapia de Beck (Beck, Emery, Rush y Shaw, 2005) es identificar y corregir las distorsiones, deficiencias o alteraciones cognitivas específicas que se relacionan con los síntomas del sujeto y que están provocando las conductas desadaptativas.

Dependiendo la gravedad de los síntomas o los síntomas prioritarios se puede iniciar con técnicas bien cognitivas o bien conductuales.

Algunas de las técnicas conductuales son:

Incrementar las actividades placenteras y de dominio y evaluar si la rutina actual es demasiado exigente para entonces reestructurarla; para ello se lleva un registro diario de la rutina del sujeto y se van incorporando en cada día actividades agradables y de dominio. A veces llevar la programación por día y por hora es lo más recomendable, de esta manera se disminuye la ansiedad de parte del sujeto de tener que cumplir con todas esas actividades; es una a la vez, un día a la vez.

Algunas de las técnicas cognitivas son:

El primer paso es explicar al sujeto sobre el fundamento teórico de la depresión según el modelo cognitivo conductual, al igual que la relación de la triada cognitiva con el mantenimiento de la depresión, sobre los esquemas en el proceso de interpretación de la información del medio, la cual desencadena conductas desadaptativas; una vez que la fase de psico-educación se ha llevado a cabo, se utilizan técnicas como el registro de pensamientos; es importante que dichos registros sean escritos de manera inmediata; sin embargo si no es posible, se dedican unos minutos por la tarde para repasar los pensamientos del día, estando atento a los pensamientos automáticos y cómo se relacionan con los

sentimientos; si el sujeto presenta inconvenientes en identificar los pensamientos negativos automáticos, el ubicar el sentimiento a veces es más fácil...se presenta un sentimiento negativo y se identifica qué pensamiento le precedió. Al identificar los pensamientos negativos presentes en cada sujeto (pueden ser: indecisión, autocrítica, culpabilidad, vergüenza, etc.) se puede utilizar la técnica de búsqueda de soluciones alternativas para implementar los cambios cognitivos, la cual consiste en identificar entre sujeto y terapeuta otras maneras de interpretar o actuar y ponerlas a prueba para comprobar su validez, hasta adquirir nuevas conductas en base a razonamientos lógicos (con evidencia comprobable durante las interacciones sociales / acontecimientos cotidianos)

Finalmente, se puede trabajar de una manera más profunda al tratar de identificar las creencias que causan los pensamientos negativos; el cuestionamiento socrático (Friedman, Tase & Wright, 2008) es una técnica cognitiva que puede utilizarse para este propósito; por ejemplo una persona que generaliza el rechazo de su madre a todas sus relaciones interpersonales por lo que evita relaciones significativas con personas del sexo opuesto por miedo a salir lastimado nuevamente, se trabaja con este método para identificar la creencia (más que sólo el pensamiento) en el cual se basa el sujeto:

Sujeto: creo que mi madre no me quiso porque no me dedicó el tiempo suficiente.

Terapeuta: ¿y esto qué relación tiene con las potenciales parejas sentimentales?

Sujeto: que me pasará como con mi ex esposa y como con mi madre, siempre tenían algo más importante que hacer que atenderme.

Terapeuta: ¿qué es para usted atenderle?

Sujeto: pues que siempre estén conmigo, que pasen su tiempo conmigo, cuando quería jugar mi madre estaba trabajando o haciendo los quehaceres en casa; llegaba a casa y sólo hacíamos tarea, jugábamos un poco, cenábamos y

luego ya era hora de dormir, era muy poco tiempo el que pasaba conmigo. En el caso de mi ex esposa, su carrera era más importante que yo, ella trabajaba y llegaba a casa y ya estaba muy cansada para poder charlar conmigo, solo charlábamos cuando cenábamos, después dormíamos y el fin de semana solo quería limpiar o hacer cosas del hogar o de nuestro hijo, nunca tenía tiempo para mí.

En el caso mencionado se identifican creencias desadaptativas sobre la autonomía y la conectividad de acuerdo a lo mencionado por Friedman, Tase & Wright (2008)

Ahora, si además de identificar la creencia desadaptativa o esquema, se desea erradicar dichos esquemas o creencias, la técnica cognitiva racional-emotiva de Ellis (Ellis y Grieger, 2003), es una manera paulatina de eliminar dichas creencias, siguiendo el caso anterior, se podría continuar:

Terapeuta: ¿quiere decir que su madre tenía que dejar de cumplir sus obligaciones para poder jugar con usted todo el tiempo hasta que usted deseara, incluso si ya era muy tarde para que usted estuviera despierto? O ¿acaso también dice que su esposa no tenía que hacer nada, incluso no trabajar a pesar de ser necesario para que cuando usted estuviera en casa ella estuviera siempre pendiente de usted, tenía siempre que estar haciendo algo con usted o lo que sea que a usted le gustara?

Sujeto: bueno pues sí, tenían que haber hecho eso por mí.

Terapeuta: ¿y quién iba a hacer lo que ellas querían o tenían que hacer?

CAPITULO 3: *MINDFULNESS* COMO ALTERNATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO.

Definición de atención plena *Mindfulness*

El término *mindfulness* no tiene una definición o traducción al español aún aceptada; sin embargo, incluye las habilidades siguientes:

Atención-de la experiencia presente-con aceptación (Germer, Olendski & Siegel, 2008)

Acciones como pensar qué haremos mañana mientras manejamos el auto, o cuando lavamos los trastes apresuradamente para poder salir más rápido a la calle, etc. Son ejemplos de cómo normalmente operamos, nuestro cuerpo está haciendo algo mientras nuestra mente está en un lugar totalmente diferente (Germer, Olendski & Siegel, 2008)

La técnica de la atención plena o “*mindfulness*” no es para relajar el cuerpo o la mente, tampoco es para escapar de los pensamientos o experiencias no deseados, no es para encontrar éxtasis, ni para evitar el dolor.

Mindfulness es una técnica de autoconocimiento para hábilmente responder a acontecimientos negativos a través de:

1. Conocer que tan aceleradamente reaccionamos para tratar de solucionar o escapar del problema.
2. Dar un paso atrás a la reacción (no al problema) y estar atento a identificar los elementos necesarios para poder resolver el inconveniente de manera asertiva.

Lo anterior parte de la idea de que tanto si nos dejamos llevar por lo que sentimos o pensamos en el primer instante como si luchamos contra los pensamientos, sentimientos indeseados y las reacciones corporales que los acompañan, se crea más tensión y dolor, o se llevan a cabo acciones apresuradas que normalmente culminan en sufrimiento para el paciente y / o las personas relacionadas con él.

Mindfulness implica entrenar la mente para estar atento en todo momento, estar conscientes de lo que estamos pensando cuando lo estamos haciendo.

Hay diversos ejercicios para poder adquirir la habilidad de la “atención plena”; la meditación es un ejemplo, pero la meditación no se entiende como poner la mente en blanco, sino para poder de manera inicial practicar qué es estar atento a los sonidos (estímulos externos) y los pensamientos, sensaciones, etc. (estímulos internos)

Posteriormente se puede ir incrementando la complejidad de los ejercicios, al comer o caminar con atención en lo que sentimos, pensamos...hacemos en ese momento.

Atención Plena *Mindfulness* Y Sus Aplicaciones En Psicología

El objetivo de la práctica de *mindfulness* en psicología es disolver los aprendizajes previos sobre las circunstancias para así poder percibir la realidad tal cual es.

Simón (2006) explica sobre dos tipos de asimilación de la información por parte de las personas.

- 1) De arriba abajo: modo de procesamiento anticipado en el que la “información nueva” se clasifica rápidamente en “moldes viejos” por las redes tálamo-corticales, este proceso es vital para la supervivencia porque

acelera la toma de decisiones por ejemplo en circunstancias de peligro; sin embargo este procesamiento por su misma naturaleza de enfocarse solo en lo necesario para sobrevivir elimina mucha información no incluida en los “moldes” creados por experiencias previas...”todo es según el color del cristal con que se mira” y este “hace que todo lo veamos de una tonalidad preestablecida” (Simón, 2006) pp. 11

2) De abajo arriba: toda la información entra fresca y completa desde los órganos sensoriales; con los cinco sentidos percibimos el mundo externo, la interocepción nos permite conocer del mundo interno que implican la porción somatosensorial de la corteza, la zona media prefrontal y la ínsula para los estados viscerales y por último la auto-consciencia que influye en las relaciones interpersonales a través de las neuronas espejo.

Normalmente en las personas toda la información proveniente de los sentidos, de adentro y del medio está restringida por el procesamiento de arriba abajo, la idea de utilizar *mindfulness* es observar voluntariamente todas las entradas de información mencionadas, esto activa la corteza prefrontal dorso-lateral, lo cual desarrolla la flexibilidad en la respuesta pues se elimina la automaticidad, se eliminan los prejuicios y se mantiene a la mente “sin expectativas pero a la expectativa” (Simón, 2006) pp. 14

De acuerdo con Simón (2006), el uso de *mindfulness* en la psicología clínica ha mostrado resultados positivos porque ha contribuido al equilibrio emocional, por lo que sujetos con problemas de ansiedad, depresión, trastorno límite de personalidad, etc., se han beneficiado particularmente; estas prácticas activan el hemisferio izquierdo, el cual se asocia a un estado de ánimo positivo y a la reactividad emocional a estos así como al desarrollo de habilidades de afrontamiento a estímulos negativos, también la corteza prefrontal izquierda es la encargada de identificar las intenciones de las demás personas cuando las observamos en sus actividades; si vemos a alguien levantar rápidamente un pedazo de pan y dirigirlo a su boca podemos deducir que la persona tiene hambre y el deseo o intención de satisfacerla; la práctica del *mindfulness* desarrolla la

mejor identificación de las acciones y sentimientos de las personas así como sus intenciones.

Germer, Olendski & Siegel (2008) consideran que es importante saber con qué tipo de sujeto y patología se está trabajando para poder ayudarle a desarrollar más de una de las tres habilidades del *mindfulness*; las personas con problemas de autoestima pueden verse más beneficiadas con el desarrollo de la *aceptación*, las personas obsesivas pueden ser encaminadas más a las sensaciones del *presente* y las personas depresivas con la *atención* de sus pensamientos negativos automáticos.

De acuerdo con Germer, Olendski & Siegel (2008) existen dos tipos de meditación que funcionan a lo anterior; la meditación con objeto para desarrollar la atención y aceptación, por ejemplo concentrado en la respiración o las sensaciones corporales, cuando la mente empieza a vagar, con aceptación (sin autocrítica) se trae la mente de vuelta al objeto de la concentración. La meditación *mindfulness* se desarrolla la aceptación del momento presente; no hay un objeto de concentración, sino que la mente se enfoca en todo y nada a la vez; es decir si de repente se escucha un ruido externo se debe poner especial atención en ello, en su intensidad y duración, etc. O si de repente surge la incomodidad de la postura sostenida durante esta práctica, aceptarla y percibirla, su intensidad, localización, duración, etc.

Posteriormente a las técnicas arriba mencionadas, en terapia se aborda un segundo nivel donde las personas deben estar concentradas en la acción o circunstancia presente donde deben ser capaces de concentrar su atención y aceptación en: lavar los trastes, lavarse los dientes, comer, etc. Sin pensar en nada más; aunque si la mente se dispersa en los planes futuros o las experiencias pasadas (y vaya que lo hace) se acepta ese hecho y se retoma la atención a la actividad actual.

Terapia Cognitivo Conductual Basada En *Mindfulness* Aplicada En Sujetos Con Síntomas Depresivos

Segal, Teasdale & Williams (2002), realizaron una investigación en personas sanas a las cuales se les inducía tristeza al presentarles estímulos relacionados con dicho sentimiento (música o enunciados), estas personas mostraron después tener pensamientos negativos y tardaban en recordar eventos positivos de su vida. Los autores creen entonces que probablemente la recaída se deba a que las personas experimentan pensamientos negativos causados por sentimientos de disforia y no que el pensamiento negativo inicia la tristeza, también concluyeron que las personas durante sus episodios depresivos aprenden a relacionar una cosa con la otra así que posteriormente al presentarse el sentimiento de tristeza se reactivaban los pensamientos negativos relacionados. Las personas siempre van a estar sujetas a eventos que causen pensamientos o sentimientos negativos y deben aprender a identificar sus patrones de respuesta actuales a dichos estímulos para poder descentralizarse, evitar la rumiación y demás conductas desadaptativas relacionadas con la depresión.

A pesar de que el objetivo de la terapia cognitiva conductual es cambiar el contenido de los pensamientos; Seagal et al. Afirman que es posible que parte del éxito de su terapia cognitiva basada en *mindfulness*, se deba a que se enfocan en establecer cambios en la relación que hacen las personas con sus pensamientos y sentimientos negativos y no que traten de evitarlos; si desarrollan la **atención** en general y la atención metacognitiva en particular pueden adquirir habilidades para desengancharse del pensamiento rumiativo desencadenado por los pensamientos negativos automáticos ,esto permite que el sujeto considere los pensamientos solo como eso “pensamientos” y no como la realidad. Lo anterior parte de la idea de que si luchamos contra los pensamientos, los sentimientos indeseados y las reacciones corporales que los acompañan se crea más tensión y sufrimiento; se afirma al igual que en el modelo conductual que las conductas de evitación o

retirada están relacionadas con el mantenimiento de la depresión (Friedman et al. 2008)

Normalmente las personas hacemos las cosas en piloto automático “sin estar atentos” a lo que hacemos, esto se logra a través de la experiencia, para ganar rapidez y gastar menos energías; es un modo no intencional de procesamiento. De manera automática evaluamos las situaciones y logramos identificar si lo que está sucediendo (la realidad) no es lo que queremos que sea (de acuerdo a lo vivido anteriormente que ha causado alguna consecuencia negativa); este modo automático genera incomodidad ante los eventos negativos para uno, reaccionando para poder eliminar esa discrepancia entre lo existente y lo deseado, si esto se logra de manera inmediata, el automático se “apaga”, logrando retomar la atención en el siguiente estímulo; sin embargo no siempre es claro qué hay que hacer o no puede hacerse inmediatamente dejando el automático encendido; podemos funcionar en la vida rutinaria pero cuando lo “urgente” se ha resuelto, el pensamiento vuelve a esa situación inconclusa enganchándose en el pensamiento rumiativo.

La terapia cognitivo conductual basada en el *mindfulness* busca evitar:

- a) El piloto automático
- b) Deseo persistente de zafarse del estado de ánimo negativo y de sentirse feliz.
- c) Comparar el estado de ánimo actual con el deseado.
- d) Centrarse en técnicas de acción para la solución de problemas inmediatamente después de sentir la incomodidad provocada por la situación negativa.

Por el contrario se desarrolla:

- a) Concentración para mantener la atención.

b) Estar alerta de los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones corporales que se presentan.

c) Desarrollar la aceptación del presente; de “lo bueno” y “lo malo” para ver de manera amplia la situación.

d) Identificar las situaciones que pueden resolverse inmediatamente de las que no.

Las técnicas de *mindfulness* se acoplan a la terapia cognitivo conductual tradicional ya que el marco teórico para explicar la depresión se mantiene y como explican Fiedman et al (2008), los terapeutas cognitivo conductuales realmente tienen un amplio margen de flexibilidad para la creatividad en sus técnicas; en esencia la terapia desarrollada por Segal et al. Tiene los elementos bases del modelo cognitivo conductual:

- a) trabajar con las respuestas de evitación (aceptación).
- b) establecer rutinas basadas en la reducción de reforzamientos negativos (reducir actividades poco placenteras) y el incremento de los reforzadores positivos.
- c) reducir o eliminar la rumiación (respiración como técnica de descentralización).

A continuación se muestra una tabla con las características de la terapia de Segal y colaboradores (2002), aplicada a sujetos con depresión crónica que habían recibido terapia cognitivo conductual durante los episodios depresivos así como medicación; al momento de tomar la terapia basada en *mindfulness* no recibían alguna otra.

Tabla 1

Estructura de la Terapia de Segal et al. basada en Mindfulness

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
Identificación del piloto automático y atención corporal.	Se guía a los sujetos a degustar una pasa enfocados en los estímulos sensoriales	Practicar la atención en una actividad simple como alimentarse	Desarrollar la identificación de cómo es comer con y sin el piloto automático	Elegir una actividad rutinaria (lavarse los dientes o comer) para desactivar el piloto automático.
Escáner corporal: atención guiada de diversas partes del cuerpo.	Escáner corporal: atención guiada de diversas partes del cuerpo.	Identificar las sensaciones corporales voluntariamente, prestando atención a partes específicas por tiempo determinado.	Si practicar escaneo mente distrae a pensamientos; guiarla por regreso escaneo crítica ni culpa.	al por 6 días el cuerpo y sus sensaciones guiados por un CD grabado y registrar sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales.

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
Práctica de la atención corporal y la perspectiva metacognitiva	Escáner corporal: atención guiada de diversas partes del cuerpo.	Identificar las sensaciones corporales y la reacción de la mente: aburrimiento, divagar, incertidumbre, malestar, etc.	La mente normalmente está enfocada en pensamientos diversos; encasillarla en algo específico como la atención corporal se trata de evitar la experiencia desagradable y busca las agradables (¿por qué estamos haciendo esta actividad?)	Escanear por 6 días el cuerpo y sus sensaciones guiados por un CD grabado y registrar sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales.
	Explicación mediante un ejemplo de cómo reacciones ante un evento neutro varía en función del estado	Poner atención a la relación entre pensamiento, sentimiento, sensación física y comportamiento desde una	Identificar la relación propia entre pensamiento, sentimiento, sensación física y comportamiento	Registro de acontecimientos agradables identificando la manera cómo se siente, piensa, reacciona y

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
	ánimo.	perspectiva metacognitiva.		actúa.
Atención al momento presente a través de la respiración, el cuerpo y el caminar.	Meditación / concentración en el cuerpo, sentados, caminando y en movimiento (ejercicios de estiramiento)	Identificar las sensaciones corporales voluntariamente, prestando atención a partes específicas por tiempo determinado.	Aceptar que la mente divaga y se enfoca en desarrollar pensamientos. Enfocarse en los pensamientos de autocrítica y las sensaciones físicas relacionadas: dolor, entumecimiento, etc.	Prácticas de estiramiento, meditación guiada sentada (CD) y meditación al caminar. Práctica de respiración de tres minutos programada por los sujetos, 3 veces al día. Registro de acontecimientos desagradables identificando la manera cómo se siente, piensa, reacciona y actúa.
Aceptar y	Meditación / atención	Aceptación de las	Aceptar	

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
permanecer en presente identificación de los síntomas de la depresión de acuerdo con el DSM-IV	total a un estímulo auditivo o visual para iniciar la concentración. Meditación guiada sentados	incomodidad de los ejercicios de concentración o meditación para familiarizarse con las reacciones negativas.	sensaciones, pensamientos y demás que sean negativos como la incomodidad sin tratar de luchar o erradicarlos; al ponerles atención sin modificar nada, estos pasan de largo tal como llegaron.	
	Se llena el cuestionario de pensamientos automáticos y se identifican los síntomas de la depresión de acuerdo con el DSM-IV	Aceptación de los síntomas depresivos, estos estarán presentes y a veces no.	Identificar las circunstancias en las que se presentan los síntomas de la depresión y las reacciones personales; aceptar que a veces estará presente algún síntoma y que	Meditación guiada, respiración de los 3 minutos, 3 veces al día, esta vez al identificar una situación estresante o difícil en general.

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
Permitir las reacciones negativas.	Meditación / concentración en el cuerpo, sentados durante un periodo atento a los pensamientos negativos	Identificar las sensaciones corporales voluntariamente, normalmente después de un tiempo considerable de esta actividad se presentan reacciones negativas al llegar a la mente pensamientos negativos, identificar el pensamiento y su reacción corporal	eso no los hace culpables ni débiles y que cuando se presentan, es parte de su “presente”, no hay que engancharse en el. Los momentos difíciles tienen reacciones corporales individuales que son observables las cuales no se deben evitar ni cambiar; sino permitir las; sin embargo es normal que la primera reacción sea combatirlas, conocer e identificar la manera de cada	Meditación flexible, voluntariamente se elige a qué presten atención: al cuerpo, a los movimientos o a la respiración.

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
		relacionada; además identificar la reacción propia al respecto (evitación, culpabilidad, etc.)	quien de luchar contra la incomodidad.	
Los pensamientos no son hechos.	Meditación enfocada en los pensamientos; se espera hasta que un pensamiento llegue o se traiga a la mente uno negativo voluntariamente y se pone atención del impacto de estos en el cuerpo.	Capacidad de permanecer con los pensamientos negativos.	Desarrollar la alternativa de permanecer con los pensamientos en lugar de reaccionar a ellos como si fueran hechos.	Se les pide crear una meditación (de cualquiera de las aprendidas) que puedan incorporar rutinariamente en sus vidas.
Se presenta el siguiente		Mediante el análisis meta	Diferenciar los hechos de las	Continuar con la respiración formal y en momentos de estrés para ayudarles a evitar las respuestas automáticas.

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
ejemplo para identificar las reacciones a ambas circunstancias:	cognitivo, se aprende que las reacciones a los hechos dependen de situaciones internas y externas.	circunstancias internas y externas para adquirir respuestas flexibles.		
	Situación 1: vienen de ser regañados por su jefe y se encuentran a alguien conocido a quien saludan pero este no les regresa el saludo	internas y externas.		
	Situación 2: vienen de serles concedido un aumento y se encuentran a alguien conocido a quien saludan pero este no les regresa el saludo...			

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
Cuidado de uno mismo	<p>Meditación sentada</p> <p>Establecer un plan rutinario que incluya siempre actividades de placer o dominio (las cuales cada quien identifica) y reducir las actividades poco placenteras.</p> <p>Identificar los síntomas que cada uno presenta cuando se reinicia la depresión.</p>	<p>Usar la respiración para adquirir conciencia sobre reaccionar y responder de manera adaptativa.</p> <p>Equilibrar las actividades placenteras como manera de auto-cuidado.</p> <p>Crear un plan de acción ante las señales de recaída.</p>	<p>A través de la respiración en momentos de decaído se rompe la respuesta automática de reacción-ataque y se identifica si es posible llevar a cabo alguna acción simplemente experimentar la situación negativa.</p> <p>Prevenir recaídas al aumentar las actividades placenteras en momentos de estado de ánimo bajo y al</p>	<p>Se les pide practicar la meditación individualizada (de cualquiera de las aprendidas) que puedan incorporar rutinariamente en sus vidas.</p> <p>Continuar con la respiración formal y en momentos de estrés para ayudarles a evitar las respuestas automáticas.</p> <p>Incluir a familiares o amigos para identificar las señales de</p>

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
Cómo mantener lo aprendido.	Escáner corporal como se menciona en las primeras sesiones para permanecer abierto a las sensaciones diversas.	Abierto al presente. <i>Mindfulness</i> es una puerta siempre abierta.	A través del escaneo corporal se retoma la elección de permanecer abierto al presente.	estar atento de recaídas y crear las propias señales de depresión. un plan de acción ante cada síntoma.
	Reflexión sobre qué han aprendido, las dificultades experimentadas y qué les dificultará la práctica a futuro de las técnicas <i>mindfulness</i> .		Las técnicas <i>mindfulness</i> pueden pausarse, disminuirse y retomarse (especialmente en momentos difíciles); sin embargo siempre será más fácil estar atentos a no reaccionar ante	

Sesión	Actividades	Habilidades <i>mindfulness</i>	Objetivo	Tarea en casa
			las dificultades cuando se practica de manera continua.	

Como se describe en la tabla anterior, la terapia cognitivo conductual basada en el *mindfulness* de Segal et al. (2002) incluye elementos de psicoeducación sobre la depresión, implementación de la metacognición, uso de técnicas para el cambio de la reacción destructiva y la libre elección de la acción en base a la aceptación de las dificultades o las circunstancias para evitar el malestar provocado por la lucha de la respuesta deseada a la real. De acuerdo con McCullough (2003) muchas veces las repuestas deseadas ideadas por las personas depresivas no son viables ya que estructuran las posibilidades de los hechos en bases no lógicas (errores cognitivos) y es por ello que la respuesta real está lejos de ser aceptada. La terapia cognitivo conductual basada en el *mindfulness* más que juzgar la veracidad de las respuestas deseadas de los sujetos con síntomas depresivos, ayuda a las personas a romper el patrón automático de respuesta mediante actividades corporales (respiración) para identificar los elementos internos y externos involucrados en una situación difícil. La siguiente tabla muestra un ejemplo de lo que esta terapia busca desarrollar.

Cuadro 1

SITUACIÓN: *Jane*, se sintió mal porque su colega se había distanciado de ella, ya no le hacía bromas y no salía a comer con ella en el almuerzo como antes; ella decidió aplicar la respiración aprendida en terapia...

JANE: "ok, antes de que mi colega me viera feo supe que lo habían presionado con un reporte, además de que yo estaba algo triste desde ayer

porque mi hija reprobó una materia...es incomodo que en este momento la relación con mi colega es tensa pero así ha actuado con todos, creo que no tiene nada que ver conmigo, esperaré a que entregue su reporte, seguramente pasará; si para entonces sigue igual le preguntare directamente qué tiene”

Antecedentes de estudios con aplicaciones de la atención plena en la terapia cognitivo conductual enfocada en sujetos con síntomas depresivos.

Se han realizado pocos estudios en donde se adaptan las técnicas *mindfulness* (atención, concentración, metacognición, aceptación) a la terapia cognitivo conductual tradicional, entre ellos el aplicado por Segal et al. (2002), en sujetos estadounidenses con depresión previa (al menos dos episodios previos) y que habían recibido previamente tratamiento farmacológico y terapia cognitivo conductual como tratamientos para la depresión; los sujetos fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, uno recibió terapia cognitivo-conductual regular y el otro terapia cognitiva basada en *mindfulness* para prevenir recaídas (**Mindfulness Based Cognitive Therapy. MBCT**), creada por los autores del estudio y la cual fue descrita anteriormente, ambos grupos fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Beck y con la Escala de Depresión de Hamilton (BDI y HAM-D, por sus siglas en inglés, respectivamente)

Sus resultados fueron controversiales, ya que la aplicación de la MBCT no mostró diferencia alguna al grupo control (que recibió terapia cognitivo-conductual tradicional), cuando los sujetos tuvieron solo 2 episodios depresivos previos al tratamiento; mientras que en sujetos con 3 o más episodios previos la MBCT mostró mejores resultados, ya que 66% de los que recibieron tratamiento regular tuvieron alguna recaída, mientras que solo el 37% de quienes recibieron la MBCT lo hicieron. Los autores consideran que esto se debe a que los primeros episodios

son causados por estímulos externos estresantes que desencadenan el sentimiento negativo, el cual influye en la presencia de cogniciones negativas, desarrollándose así la depresión; sin embargo los autores creen que los sujetos con más de dos episodios han dejado de necesitar el estímulo externo desencadenante y que únicamente requieren el estímulo interno (sentimiento negativo) para recaer en depresión; sin embargo los autores recomiendan realizar más estudios para confirmar esta hipótesis sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual basada en *mindfulness*.

Cebolla y Miró (2007) realizaron un estudio en el cual aplican la MBCT de Segal et al. (2002) para reducir síntomas depresivos en sujetos con sintomatología no aguda en el Centro de Salud Mental del Servicio Canario de Salud en Tenerife, España. El grupo control recibe el tratamiento psicológico usual (sin especificaciones del modelo) del Centro de Salud Mental; ambos grupos consumen medicamento y ambos grupos tienen en su mayoría a mujeres (por ser quienes más sufren depresión en ese país); al igual que la investigación de Segal, en este estudio se aplicó la adaptación a la población española del Inventario de Depresión de Beck; sin embargo agregaron dos pruebas más: el cuestionario del estilo de respuesta RSQ (Response Style Questionnaire), el cual mide los tipos de respuesta al estado de ánimo decaído y una escala para medir la habilidad de la Atención Plena KIMS (Kentucky Inventory of *Mindfulness* Skills, por sus siglas en inglés) que mide la capacidad de observar, de aceptar, de describir y de actuar dándose cuenta. Las mediciones se realizaron una previa al tratamiento, la segunda, posterior al tratamiento y la última a los tres meses de terminado el tratamiento.

El estudio arrojó los siguientes resultados: el 55.3% de los sujetos que recibieron la MBCT no redujeron su puntuación a menos de 18 puntos en el Inventario de Depresión de Beck y el 44.7% si lo hizo (+ de 18 puntos se considera depresión presente), mientras que en el grupo control 77.4% no redujeron su puntuación a menos de 18 puntos y el 22.5% si lo hizo. También se demuestra que los sujetos que reciben la MBCT al igual que los del grupo control

reducen más los niveles de pensamiento rumiativo y aumentan sus estilos de afrontamiento sin que esta diferencia sea significativa. Se concluye que la MBCT es una aplicación igual de efectiva que la terapia usual y que puede ser aplicada en sujetos con síntomas depresivos actuales.

A la par, Cebolla y Miró (2008) realizaron un estudio cualitativo con 32 sujetos (de la misma población que recibió la MBCT en su estudio cuantitativo del año anterior), para identificar los puntos de mejora de esta intervención, mostrando los siguientes resultados: 53.1% describieron la terapia como una experiencia positiva; sin embargo también tuvieron algunas dificultades, sobre todo las relacionadas a la ansiedad (las sensaciones de dolor, pánico, angustia, pérdida de control) durante la práctica de las técnicas *mindfulness*; en estos casos siempre la instrucción fue solo observar estas sensaciones sin reaccionar a ellas, no hay que controlarlas ni intentar desaparecerlas; sin embargo parece que las instrucciones no fueron muy claras para todos ya que el 43.7% de los participantes entendieron la mecánica de estas actividades durante las primeras dos semanas, el 21.8% después de la segunda semana, el 9.3% en las últimas semanas y el 6.2% llegó al término del tratamiento sin una completa comprensión del objetivo. Por otro lado, también los participantes mencionaron diversas mejoras, el 87.5% mejoró su estado de ánimo, el 93.8% afirmó haber tenido cambios positivos en su forma de pensar, el 81.3% mejoró sus relaciones interpersonales, el 71.5% dijo haber mejorado positivamente su relación con el dolor; tanto en su manera de afrontarlo como en su capacidad para reducir su intensidad, sobre la meditación, la mayoría coincidió en que sirve para conocerse a sí mismo o para tener sentimientos de calma, el 21.8% dijo que sirve para estar en el presente y el 25% para el afrontamiento efectivo y el 21% que sirve para el autocontrol y evitar la rumiación. Sobre el programa en general la mayoría sintió que las sesiones son pocas y que deberían alargarse los tiempos de meditación durante la clase; el 53.1% dijo que las tareas en casa son positivas y el 34.3% experimentó sentimientos negativos hacia las actividades en casa catalogándolas de repetitivas, tediosas y obligatorias. Sobre los cambios a través del tiempo: el

87.5% reconoció que el tratamiento tuvo cambios positivos los cuales se mantuvieron a largo plazo.

De acuerdo con De la Fuente et al (2011), en su revisión sistemática concluyen que las ventajas de las técnicas del *mindfulness* aplicadas a la terapia cognitivo-conductual son: costo-efectiva por su aplicación grupal (en tratamiento preventivo), ya que como no existen narraciones personales presentes en la terapia individual; no hay necesidad de intervención personalizada y también muestra efectividad en la disminución de la sobre-generalización (error cognitivo significativo en la depresión y que está estrechamente relacionado con el pensamiento rumiativo). Según la revisión sistemática de estos autores, los trabajos de investigación sobre las técnicas del *mindfulness* aplicados en sujetos con depresión previa o actual y con mayor calidad metodológica (con grupo control, seguimiento a largo plazo de la aplicación de la terapia, etc.) fueron los de Segal et al (2002) y el de Cebolla y Miró (2007), descritos anteriormente.

***Mindfulness* En La Atención de la población mexicana con síntomas depresivos actuales o pasados**

En México no se encontraron registros de aplicaciones de las técnicas de *mindfulness* en la terapia psicológica sobre mexicanos para tratar síntomas depresivos ni para prevenir recaídas, *mindfulness* es un término realmente nuevo a nivel mundial ya que incluso en USA y España donde se realizaron las únicas investigaciones metodológicamente aceptadas de Segal, et al (2002) y de Cebolla y Miró (2007) respectivamente, no se han registrado resultados de nuevas investigaciones confiables ni para comprobar o refutar dichas hipótesis ni para aportar datos nuevos.

En México así como en los países ya mencionados regularmente se utiliza la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión, por lo que se sugiere que si las técnicas *mindfulness* fueron efectivas al adaptarlas a la terapia cognitivo conductual tradicional, se pueden esperar resultados similares en nuestro país.

CONCLUSIÓN

La terapia cognitivo conductual basada en Mindfulness (MBCT) creada por Segal et al. (2002) Y adaptada por Cebolla y Miró (2007) utilizan la terapia como una forma de entrenamiento en grupo donde se carecen de narrativas de hechos personales; el hecho de no saberse solos, interactuar con otras personas en las mismas circunstancias y el hecho de que el terapeuta cultive un afrontamiento de aceptación en lugar de uno de crítica, puede mantener motivados a los participantes del programa de entrenamiento (Segal, et al; 2002).

Las técnicas conductuales trabajan a nivel de la conducta, las técnicas cognitivo conductuales de Beck lo hacen a nivel del pensamiento; cómo este influencia la conducta, las técnicas cognitivo conductuales de Ellis lo hacen a nivel estructural de las creencias y cómo dichas creencias imperceptibles predisponen a determinados pensamientos y por ende conductas y finalmente las técnicas *mindfulness* de Segal et al. (2002) lo hacen a nivel sensorial y cómo el sujeto relaciona o interpreta dicha información. De acuerdo a lo anterior, puedo suponer que la eficacia en el uso de las técnicas *mindfulness* es aún más profunda, afectando de manera positiva la relación completa E-O-R-C, que va desde la interpretación de E hasta cómo se relaciona con O-R-C

En México es posible que éste entrenamiento en grupo sea especialmente benéfico para la población femenina; especialmente en mujeres que se dedican exclusivamente al trabajo en casa (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2013); por lo que al acudir a este entrenamiento estarían interactuando con otras personas, rompiendo la rutina y centrando su atención en ellas al establecer un plan de auto cuidado basado en su vida cotidiana como se sugiere en las últimas sesiones de la MBCT, por lo que estas técnicas pueden ampliar sus opciones de cambio y adaptarlas a largo plazo.

Es posible que la MBCT sea efectiva también en sujetos desempleados (especialmente en hombres), ya que de acuerdo con el estudio de Cebolla y Miró (2007), la población con la que trabajaron fueron mujeres así como hombres desempleados en su mayoría y se obtuvieron resultados positivos; por ello, se esperaría que la población mexicana con estas mismas características pudieran obtener resultados similares al someterse a este tipo de tratamiento. En nuestro país las mujeres y los hombres desempleados son población en riesgo de presentar depresión de acuerdo con Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2013)

La MBCT es una terapia previamente estructurada de aplicación grupal, lo cual la vuelven una opción económica y dado que en México las personas con depresión no siempre obtienen la atención especializada a tiempo (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2013), es posible que si se identifican grupos de riesgo y se les aplican estos entrenamientos reduzca la necesidad posterior a intervenciones individuales y de mayor duración (costo) a sujetos con depresión severa o en riesgo de recaer; sin embargo el trabajo de la prevención en salud mental aún está bastante rezagado en nuestro país, por lo que mientras la prevención no sea prioridad, se pueden aplicar dichas técnicas incorporándolas a la terapia cognitivo-conductual para tratar a la población con síntomas depresivos actuales.

De acuerdo con Segal et al (2002) su entrenamiento fue exitoso en población que había recibido terapia cognitivo conductual como tratamiento para la depresión y adicional a ello tomaban medicamentos, al igual que la población del estudio de Cebolla y Miró (2007), por lo que puede que el entrenamiento no sea efectivo en población que no ha recibido ya sea tratamiento psicológico o tratamiento farmacológico previos o si el tratamiento psicológico fue alguno diferente a la terapia cognitivo-conductual; sugiero que en México, las investigaciones empíricas inicialmente sean en población con episodios depresivos previos, (al menos 2) que hayan recibido fármacos y terapia cognitivo conductual, para corroborar que se obtengan los resultados esperados (positivos

como en USA y España), una vez hecho esto, se pueden hacer las modificaciones pertinentes o corroborar otras hipótesis más amplias.

Dado que la MBCT fue especialmente útil en la prevención de recaídas y como se trabaja en entrenar la identificación de las relaciones que se tienen con los pensamientos y sentimientos, llego a la interrogante ¿puede entonces la MBCT ser útil para prevenir episodios depresivos en población con factores de riesgo? El trabajar en confirmar esta hipótesis podría dar la posibilidad de prevenir incluso la primer presencia de un trastorno emocional en general o de depresión en particular, lo cual reduciría de manera significativa las estadísticas actuales de la población que padece depresión en nuestro país; sin embargo esto sería bastante costoso, ya que se tendría que identificar a toda la población en riesgo, incluso jerarquizarla en niveles de acuerdo al riesgo y atender a los más propensos; esto implicaría aplicar las pruebas pertinentes para identificar los signos, síntomas, los pensamientos automáticos, las técnicas de afrontamiento actuales, etc. De cada sujeto. Esta opción puede ser bastante poco efectiva económicamente; sin embargo trabajar en prevención de la depresión utilizando las técnicas de *mindfulness* en población infantil, puede incluso ser menos costoso y con una aplicación más sencilla, pues se pueden utilizar las escuelas para dicho propósito.

Un inconveniente de la aplicación de la MBCT para el objetivo que sea (prevención o atención) es que debe ser aplicada por expertos en técnicas cognitivo conductuales en pacientes depresivos y que además practiquen las técnicas *mindfulness* ellos mismos por lo que conseguir y entrenar al personal adecuado puede tomar tiempo; una vez entrenado el personal en la aplicación del entrenamiento MCBT y en uso propio de las técnicas se deben realizar pruebas piloto y estudios cualitativos y cuantitativos para adecuar la terapia para su correcta aplicación en sujetos mexicanos con síntomas depresivos.

A pesar de su efectividad y eficacia comprobada en otros países, se deben de generar nuevas y más profundas investigaciones con seguimientos a corto y largo plazo para determinar si las técnicas son viables en población mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

Beck, A. T., Emery, G., Rush, A. J. y Shaw, B. F. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. En Susana del viso Pabón. (Trad.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Benjet, C., Borges, G., Cruz, C., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Méndez, E. y Rojas, J. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 155-163. Recuperado de http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/estres/001_DiferenciasSexo_trastornosPsiquiatricos.PDF

Belló, M., Lozano, R., Medina-Mora, M. E. y Puentes-Rosas, E. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 47(1), 4-11. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000496>

Berenzon, S., Lara, M. A., Medina-Mora, M. E. y Robles, R. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública*, 55(1), 74-80. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796#autores

CIE-2010. (s.f.). Recuperado de:

http://www.psicomed.net/principal/cie10_indice.html

Cebolla I. Martí, A., y Miró Barrachina, M. T. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena: Una aproximación cualitativa.

Apuntes de Psicología, 26(2), 257-268. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol_26_2_8.pdf

Cebolla I. Martí, A., y Miró Barrachina, M. T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17(2), 133-156. Recuperado de http://www.revistadepsicoterapia.com/fondo_editorial/?id=27&id_art=53

De la Fuente, J., González, M., Miró Barrachina, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (1), 1-14. Recuperado de <http://www.amys.es/ficheros/recursos/miro-et-al.-mindfulness-rppc-16-.pdf>

DSM-IV. (s.f.). Recuperado de Psicomed:
<http://www.psicomed.net/principal/dsmiv.html>

Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Germer, C., Olendzki, A. & Siegel, R. (2008). *Mindfulness: what is it? Where does it come from?* New York: Springer.

Jurado, S., Loperena, V., Méndez, L., Rodríguez, F., Varela, R. y Villegas, M. E. (1998). *Salud Mental*, 21(3): 26-31. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2103/sm210326.pdf?PHPSESSID=44788b0d59dd15cce386cd29251af5f5>

McCullough, J., P. (2003). *Tratamiento para la depresión crónica: sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual*. (Padilla, Sierra, G., trad.). México: El Manual Moderno. (Obra original publicada en 2000).

Phares, J. (1999). Evaluación Conductual (cap. 9.). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. Recuperado de http://books.google.com.mx/books?id=yKjUakhIKqEC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Friedman, E. S., Thase, M. E., & Wright, J. H. (2008) Cognitive and behavioral therapies. In: A. Tasman, J. Kay, & J. A. Lieberman (Ed.), *Psychiatry*. (Edition 3rd); New York: Wiley and Sons. (pp. 1920-1947)

Simón, V. M. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, 17(2), 5-30. Recuperado de http://www.revistadepsicoterapia.com/fondo_editorial/?id=27&id_art=57

Organización Mundial de la Salud. *Depresión, 2013*. Ginebra: Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>