



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# Tratando la distimia con atención plena

## Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento del trastorno depresivo persistente

Trabajo final de grado  
Monografía

Julio Cesar Pontet Sosa 4.749.206-8

Tutora: Gabriela Fernández

Montevideo, Uruguay, 2019

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1- Trastorno depresivo persistente (distimia)</b>	<b>5</b>
1.1 Orígenes	5
1.2 Sintomatología	5
1.3 Datos Epidemiológicos	7
1.4 Comorbilidad	8
1.5 Etiopatogenia	9
1.6 Psicoterapia y psicofármacos	12
<b>Capítulo 2- Mindfulness</b>	<b>14</b>
2.1 Orígenes	14
2.2 Conceptualización	15
2.3 Reducción del estrés basado en Mindfulness	15
2.4 Elementos análogos y antagónicos	16
2.5 Técnicas y actitud ante la práctica	17
2.6 Evaluación de resultados	18
2.7 Mindfulness y estudios neurobiológicos	19
2.7.1 Procesos top-down y bottom-up	20
2.7.2 Síntesis	20
<b>Capítulo 3- Terapia cognitiva</b>	<b>21</b>
3.1 Aspectos centrales	21
<b>Capítulo 4- Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)</b>	<b>23</b>
4.1 Terapias de tercera generación	23
4.2 Enfoques de psicoterapia integrativos	23
4.3 Terapia cognitiva Basada en Mindfulness	24
<b>Capítulo 5- MBCT en el tratamiento del PDD</b>	<b>27</b>
5.1 ¿Porque MBCT para tratar el PDD?	27
5.2 Evidencia empírica de MBCT en depresión recurrente y/o crónica	28
5.2.1 Prevención de recaídas	28
5.2.2 Reducción sintomatológica	29
5.2.3 Pacientes deprimidos y en remisión	30
5.2.4 Depresión crónica y resistente	30
5.3 Limitaciones del modelo en relación al trastorno depresivo persistente	31
<b>Reflexiones finales</b>	<b>32</b>
<b>Bibliografía:</b>	<b>34</b>

## Resumen

La depresión es una problemática que se ha incrementado en los últimos años y es padecida, según la OMS, por más de 300 millones de personas en el mundo. El trastorno depresivo persistente (PDD) es la categoría crónica de la depresión unipolar, se caracteriza por síntomas de baja autoestima, desesperanza, fatiga, etc. Se considera que un gran porcentaje de la carga asociada a la depresión unipolar en relación a los años de vida ajustados por enfermedad (DALYs) están ligados al PDD.

En el tratamiento del PDD o depresión recurrente, modelos psicoterapéuticos eficaces en depresión episódica como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) no responden con la misma eficiencia. La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) es un modelo alternativo e integrativo de psicoterapia que se centra en la depresión recurrente y/o crónica, basándose en la práctica del Mindfulness y la aplicación de técnicas derivadas de la TCC. Su formato se puede aplicar en una modalidad grupal e individual. El Mindfulness se puede entender como “prestar atención de un modo particular, con un fin en el momento presente y sin juzgar”.

Existe evidencia empírica que respalda al programa MBCT en las siguientes dimensiones: prevención de recaídas, reducción de sintomatología, depresión resistente a psicofármacos y su aplicación puede realizarse tanto en paciente deprimidos como en remisión. La principal limitación se basa en los pocos estudios que se centran específicamente en el tratamiento del PDD. Por este motivo es importante contar en un futuro con más estudios de MBCT enfocados en PDD, donde se pueda indagar en las complejidades que presenta este trastorno.

## Abstract

Depression is a problem that has increased in recent years and, according to WHO, more than 300 million people in the world suffer this disorder. Persistent depressive disorder (PDD) is the chronic category of unipolar depression characterized by low self-esteem, hopelessness, fatigue, etc. Consider a large percentage of the burden associated with unipolar depression in relation to the disability-adjusted life year (DALYs) are linked to the PDD.

In the treatment of PDD or recurrent depression, effective psychotherapeutic models in episodic depression such as Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) do not respond with the same efficiency. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is an alternative and

integrative model of psychotherapy that focuses on recurrent and/or chronic depression, based on the practice of Mindfulness and the application of techniques derived from CBT. It can be delivered in group or individually. Mindfulness can be understood as "paying attention in a particular way, with an end in the present moment and without judging."

There is empirical evidence that supports the MBCT program in the following dimensions: relapse prevention, symptom reduction, psychopharmaceutical-resistant depression and its application can be performed both in depressed patients and in remission. The main limitation is that few studies have focused specifically on the treatment of PDD. For this reason it is important to have more MBCT studies focused on PDD, where you can investigate the complexities of this disorder.

## Introducción

La depresión es una problemática que se ha incrementado en los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 300 millones de personas padecen esta enfermedad que, en sus casos más severos, puede llevar al suicidio. (Organización Mundial de la Salud, 2018). También posee, según el último estudio del Global Burden of Disease (GBD), los índices más altos de años de vida ajustados por enfermedad (DALYs) y vividos con enfermedad (YLDs) entre los trastornos mentales (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017).

La distimia, el subtipo de depresión abordado, es la forma crónica de la depresión unipolar. Fue clasificada en la 5ª edición del DSM como trastorno depresivo persistente (PDD). El PDD será la categoría utilizada en la presente monografía, en la cual podremos encontrar tanto al trastorno distímico puro como a la depresión mayor crónica. Modelos tradicionalmente eficaces en depresión episódica como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia interpersonal parecen resultar ineficientes en los casos de depresión recurrente y/o crónica (Korman & Garay, 2012). Como alternativa, surgieron modelos que se enfocaron en el tratamiento de la depresión recurrente y/o crónica, entre los que encontramos a la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). El entrenamiento en base al Mindfulness puede promover procesos de cambio sostenibles, ayudando al paciente a responder eficientemente ante el estado de ánimo y los pensamientos negativos característicos de los PDD (Barnhofer, 2019). Además, las intervenciones en MBCT evidencian altos niveles de eficacia en investigaciones para la atención de problemas recurrentes como el estrés, la ansiedad, la depresión, etc. (Moscoso, 2019).

En primer lugar, se realizará una descripción del PDD, su epidemiología, etiopatogenia y tratamiento psicoterapéutico combinado con psicofármacos. A continuación, se describirán las bases de la práctica Mindfulness, sus técnicas, elementos teóricos y el funcionamiento neurobiológico que lo sustenta. Posteriormente, describiremos los aspectos centrales que componen a la terapia cognitiva, ya que fue un eje central para la formación de la MBCT. En el cuarto capítulo se realizará una breve indagación en las terapias de tercera generación, de dónde surgen las intervenciones basadas en Mindfulness; además, se describirán los componentes básicos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness. En el quinto y último capítulo se desarrollarán los aspectos centrales y la evidencia empírica que sustentan el abordaje del programa MBCT en el trastorno depresivo persistente. Para el final se presentan las reflexiones finales, donde se discutirán aspectos esenciales del tema planteado.

# Capítulo 1- Trastorno depresivo persistente (distimia)

## 1.1 Orígenes

El término distimia surgió en el año 1980, proviene del griego y significa estado anímico defectuoso o enfermo (Zúñiga et al., 2005). Se empezó a utilizar como sustituto en el DSM-III de lo que se conocía como “depresión neurótica”, el trastorno depresivo más diagnosticado en el DSM-II. Esta sustitución surgió de considerar la tendencia de este trastorno hacia un curso crónico de disforia. Además de sustituir a la depresión neurótica, fue utilizado para clasificar a la categoría de depresión crónica con menor gravedad que la depresión mayor (Ocio León & Fernández García, 1994, p.259).

En la 5ta edición del DSM la distimia pasó a denominarse trastorno depresivo persistente (PDD), donde se incluyó al trastorno depresivo mayor crónico (MDD crónico) y al trastorno distímico del DSM-4. En esta monografía se considera al concepto distimia desde lo descrito en el DSM-5, por lo que al hablar de distimia, PDD o depresión crónica se hará referencia a lo mismo.<sup>1</sup> Esta conjunción que dio como resultado la clasificación de PDD le dió mayor peso a la duración que a la gravedad de los síntomas. La distimia, a pesar de poseer una clasificación diferencial, es un trastorno que presenta muchas similitudes con el trastorno depresivo mayor (MDD): surgen en el mismo tipo de familias, presentan respuesta favorable a los mismos tratamientos y en seguimientos de largos períodos, la mayor parte de los pacientes con distimia desarrollaron episodios depresivos mayores (Uher, 2014).

## 1.2 Sintomatología

El PDD forma parte de los trastornos depresivos clasificados en el DSM-5. Estos trastornos poseen como características principales un estado de ánimo triste, irascible e importantes cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional de las personas. La diferencia entre los trastornos depresivos deriva de los grados de duración, presentación temporal y etiopatogenia (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, p.155). Entre los síntomas principales de la distimia observamos la presencia de un estado de ánimo depresivo durante al menos dos años y dos o más de los siguientes síntomas: aumento de la apetencia o inapetencia, insomnio o hipersomnias, fatiga, baja autoestima, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones y desesperanza. En la población

---

<sup>1</sup> Cabe resaltar este punto para evitar confusiones. Al hablar de distimia se hace referencia a lo conceptualizado en el DSM-5, donde se agrupa al trastorno depresivo mayor crónico y al trastorno distímico del DSM-4.

infantil, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración de los síntomas es de mínimo un año (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, p.168).

El trastorno puede presentarse con características diferenciales a especificar que serán relevantes en el diagnóstico. Entre ellas se encuentra el nivel de gravedad, la edad de inicio, si existe remisión total o parcial y si existe comorbilidad con ansiedad, melancolía u otros trastornos. El diagnóstico también puede variar si en los dos últimos años existieron intermitencias con la depresión mayor. En el caso de que no las hubiera estaríamos hablando de un síndrome distímico puro (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

La aparición de la distimia se clasifica en dos etapas. Si es antes de los 21 años se considera de inicio temprano. Si es posterior, se habla de un inicio tardío. Cuando es de inicio temprano, la manifestación de los síntomas suele ser gradual. Mientras que en el inicio tardío, aparecen con mayor espontaneidad y como respuesta a un suceso estresante. La distimia de inicio temprano es la de mayor prevalencia. Los pacientes que la padecen suelen usar al estrés como impulso para el crecimiento y se adaptan a situaciones complejas centrándose en las emociones antes que en la resolución de problemas (Geisa et al., 2013).

Las enfermedades crónicas, como es el caso de la distimia, representan para el paciente un gran conjunto de problemáticas: imagen corporal alterada, deterioro del funcionamiento físico, cambios en la perspectiva temporal, dependencia, estigmas sociales, baja autoestima, entre otras. En los casos donde la patología crónica no es depresiva, la depresión surge como respuesta a los estresores anteriormente nombrados, desencadenando una comorbilidad que empeora el pronóstico de recuperación (Almada et al., 2014, p.118). La baja respuesta a los tratamientos habituales por un gran número de pacientes pone en boga la necesidad de tratamientos novedosos para atender a esta población gravemente afectada (Cuijpers, Huibers, & Furukawa, 2017). Judd (1997), en una revisión sobre historia natural de la depresión, argumenta que es una enfermedad crónica. El riesgo de recurrencia supera el 80% y los pacientes experimentan en promedio cuatro episodios depresivos mayores de 20 semanas de duración a lo largo de la vida. Barnhofer (2019) argumenta que en base a la información obtenida de estudios con un historial de al menos tres episodios previos de depresión, son cursos de por vida, con síntomas fluctuantes y recurrentes. Desde esta óptica se vuelve necesario optar por tratamientos enfocados en la depresión crónica o donde, por su recurrencia, se sigue un curso crónico.

### 1.3 Datos Epidemiológicos

Según un estudio del Hospital de Clínicas realizado por Almada et al. (2014) los trastornos depresivos son las patologías mentales tratadas con mayor frecuencia. Además, se consideran importantes causas de mortalidad y morbilidad que tienen costos millonarios en todo el planeta. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, postula que más de 300 millones de personas padecen depresión, por lo que se ha generado un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. En los casos más severos, la depresión puede llevar al suicidio, siendo la causa de muerte de alrededor de 800 mil personas al año. Aunque existen tratamientos eficaces en depresión, más de la mitad de las personas que la padecen no los reciben. En consideración al aumento en la carga mundial de la depresión y otros trastornos mentales, la Asamblea Mundial de la Salud de 2013 abogó a favor de una respuesta integral y coordinada por parte de los países en relación a los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2018). En el estudio del Global Burden of Disease 2017 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017) se especifica que la depresión es el trastorno mental que conlleva más años de vida ajustados por enfermedad<sup>2</sup> (DALYs) y vividos con enfermedad (YLDs). Según la OMS los trastornos depresivos persistentes podrían ser de gran contribución a la carga asociada a las depresiones unipolares en relación a los DALYs (Liebherz et al., 2017).

En el caso específico del trastorno distímico, su prevalencia es de un 3% aproximadamente y es el doble de prevalente en mujeres (4,6% para mujeres y 2,6% en hombres) (de Francisco & Blasco, 2015). La prevalencia del MDD y la distimia a lo largo de todo el ciclo vital varía entre el 4,2 y el 17%. En otros estudios se considera que esta varía realmente entre el 10-25% en mujeres y 5-12% en hombres (Geisa et al., 2013, p.217). La distimia es más prevalente en países de mayores ingresos (Gureje, 2011) como también en poblaciones de menor nivel educativo (Markkula, 2016). En la población infantil, la distimia prevalece entre un 0,6% y 4,6%, con una tasa por género similar (Nobile, Cataldo, Marino, & Molteni, 2003). Aproximadamente el 11% de la población adolescente padece un MDD o distimia, siendo el 3,3% casos altamente incapacitantes (Merikangas et al., 2010).

---

<sup>2</sup> "Disability adjusted life years": años de vida perdidos debido a una muerte prematura, más los años vividos con el trastorno, pesados por la severidad de la enfermedad.

## 1.4 Comorbilidad

El MDD es el trastorno de comorbilidad más frecuente en casos de distimia. Cuando se padece distimia y MDD se habla de “doble depresión” (Keller & Shapiro, 1982). En concepciones previas al DSM-5, donde la distimia se diferenciaba del MDD crónico, el diagnóstico diferencial se basaba en el número de síntomas presentes o en el grado esporádico de los mismos (Eguskiza, 2012).

El abuso de sustancias, principalmente el relacionado con el consumo de alcohol, coexiste en un 30 o 40 % junto a la distimia y otros trastornos del humor. Esta coexistencia también se relaciona a una mayor probabilidad de suicidios y un peor funcionamiento de la fármaco y psicoterapia (Hazelden Co-occurring Disorders Program, 2008). Además del MDD, la ansiedad y el consumo de sustancias son los de mayor tasa de comorbilidad con el PDD. En relación a los trastornos de la personalidad, los de más frecuente comorbilidad con la depresión persistente son: el trastorno límite, narcisista, antisocial, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad (Government of Canada, 2006). La distimia es el trastorno del humor más prevalente en comorbilidad con trastornos de la personalidad (Eguskiza, 2012, p.32).

En niños y adolescentes, las comorbilidades más frecuentes son: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos conductuales, de ansiedad, de aprendizaje y retraso mental (Trivedi & Kar, 2011). En el ámbito clínico, las personas que padecen distimia tienen al menos un episodio mayor previo, que suele ser la razón por la cual concurren a terapia. Se calcula que las posibilidades de que el trastorno entre en remisión sin tratamiento son cercanas a un 10%, pero cuando hay tratamiento, las posibilidades mejoran de forma significativa (Ministerio de Salud, 2013).

Eguskiza (2012) considera que en aquellos casos donde existe coexistencia entre trastornos, no está implicado que sean del mismo tipo, sino que es muy frecuente su comorbilidad (p.214). Estas observaciones pueden aplicarse en la relación de la distimia con algunos trastornos de la personalidad y el MDD, lo que no implica que se deba infravalorar la influencia que ejercen los altos índices de comorbilidad de estos trastornos con el PDD.

## 1.5 Etiopatogenia

Según el DSM-5, podemos encontrar cuatro tipos de factores de riesgo y sus respectivos pronósticos: temperamentales<sup>3</sup>, ambientales, genéticos y fisiológicos. Los relacionados con el temperamento son de peor pronóstico a largo plazo, con un funcionamiento global deteriorado. Los ambientales están relacionados a la infancia, principalmente por la pérdida o separación de figuras paternas. En cuanto a lo fisiológico, se ha encontrado que existen varias regiones del cerebro implicadas con el trastorno distímico como la corteza prefrontal, corteza cingulada anterior, amígdala, hipocampo, entre otras. Respecto a lo genético, es probable que los sujetos con PDD tengan una mayor prevalencia de parientes de primer grado con trastornos depresivos que aquellos que padecen MDD (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Trivedi y Kar (2011) postulan que los factores de riesgo de la distimia en el inicio temprano derivan de traumas infantiles, antecedentes familiares, déficit de atención, trastorno de hiperactividad y de episodios de depresión mayor sin recuperar. En el caso del inicio tardío, encontramos factores estresantes significativos como pueden ser la muerte de un ser querido y el consumo problemático de sustancias, entre otros (p.292). Se procederá a clasificar estos factores en tres grupos: psicológicos, ambientales y biológicos.

a) Factores psicológicos: en el modelo de Aaron Beck se considera que existen tres elementos psicológicos en la etiopatogenia de la depresión: a) los esquemas cognitivos disfuncionales, b) la triada cognitiva y c) los errores cognitivos (Sampaio, Figueira, & Afonso, 2014). Los esquemas cognitivos disfuncionales son rígidas estructuras que procesan información y tienen resistencia al cambio. Se desarrollan en la etapa infantil y representan aquellas conductas, pensamientos disfuncionales y experiencias que fueron adquiridas por el ambiente (Young, 1999). La triada cognitiva refiere a la visión negativa del sujeto depresivo sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro (Gabalda, 2007). Los errores cognitivos son fallos en el procesamiento de la información que mantienen el pensamiento depresivo a pesar de la evidencia contraria a estos pensamientos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983). En un estudio donde se toma este modelo para explicar las diferencias etiológicas en la persistencia e intensificación de los síntomas depresivos, se considera que son las diferencias en los patrones de pensamientos los que definirán el grado de depresión. Se argumenta que lo importante no es cómo se originó el trastorno, sino la interpretación de las experiencias y el grado de rumiación cognitiva en el caso de que las

---

<sup>3</sup> Según la Real Academia Española (2006) se define como el “carácter, manera de ser o de reaccionar de las personas”.

interpretaciones sean negativas. La depresión persistente estaría ligada a las probabilidades de establecer e intensificar un círculo vicioso mediante la rumiación cognitiva (Teasdale, 1988).

De la Villa Merchan (2000) postula tres mecanismos psicológicos en las bases etiológicas de la distimia: la culpa, el resentimiento y la lástima. Estos tres elementos podrían provocar un trastorno distímico; aunque si se presentan de forma aislada no suponen condiciones suficientes para su establecimiento. El paciente, al encontrarse ante estas condiciones, vive anclado al pasado y sin interés por el futuro, con sentimientos de desesperanza. Si la culpabilidad, el resentimiento o la lástima logran disminuir, consecuentemente lo haría la depresión.

b) Factores ambientales: ser hijo intermedio, pertenecer a una familia disfuncional<sup>4</sup>, estar casado y tener un nivel de estudio medio-bajo son algunos de los factores ambientales que aumentan las probabilidades de padecer un trastorno depresivo (Hernández-Benítez, García-Rodríguez, Leal-Ugarte, Peralta-Leal, & Durán-González, 2014). Otro de los factores ambientales de mayor influencia en la persistencia de la depresión es el estrés social (Barnhofer, 2019). Por su parte, Seligman describe lo que llama “teoría de la desesperanza”, donde el sujeto se desenvuelve en un ambiente de una forma que no le da resultados. Esto conlleva que las situaciones dejen de poder ser controladas por el mismo, generando como consecuencia a la depresión (Sampaio et al., 2014; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1989).

c) Factores biológicos: múltiples son las hipótesis sobre estos factores en las bases etiológicas de la depresión. Una de ellas es la hipótesis aminérgica, la cual entiende que la deficiencia de serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central o en su neurotransmisión podrían ser causas de depresión (Jiménez-Maldonado et al., 2013, p.218). Estudios han demostrado que los pacientes depresivos presentan anomalías volumétricas en zonas como el hipocampo, la amígdala y el estriado ventral, etc. La anomalía interconectividad entre dichas zonas podría ser un aspecto de vulnerabilidad para el padecimiento del trastorno (Jiménez-Maldonado et al., 2013, p.220).

Las investigaciones realizadas en los últimos años han conllevado un aumento en el conocimiento que aclara sobre los procesos psicobiológicos implicados en la progresión y mantenimiento de los trastornos depresivos persistentes. Se destaca que las adversidades tempranas y los estresores podrían tender a modificar los sistemas neurobiológicos de regulación emocional, estableciendo vulnerabilidades duraderas para la depresión y los

---

<sup>4</sup> La familia disfuncional es aquella que no promueve el desarrollo favorable de sus miembros. Entre sus características puede observarse: incapacidad para adaptarse al cambio, comunicación deficiente, roles, jerarquías y límites mal definidos (Herrera Santí, 1997).

trastornos comórbidos (Barnhofer, 2019). Como ejemplo, en referencia a la plasticidad neuronal podemos encontrar un factor causal, provocado por la deficiencia de la proteína CREB en la corteza cerebral de pacientes con depresión. Dicha proteína tiene la función de integrar estímulos extracelulares tanto para permitir la plasticidad como la supervivencia neuronal, además de producir efectos antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), entre otros psicofármacos, son reguladores de esta proteína (Duman, 2002).

Tres mecanismos relacionados con el sesgo cognitivo y el proceso de desregulación emocional están involucrados en la depresión: a) inhibiciones y déficits en la memoria de trabajo, b) respuestas rumiativas al estado de ánimo negativo y c) una capacidad disfuncional para regular dichos estados de ánimo con estímulos positivos (Gotlib & Joormann, 2010). Estas disfuncionalidades están asociadas a una alteración del circuito de recompensa, lo que se observó en un experimento donde los pacientes con MDD mostraron menores niveles de actividad en el estriado ventral, estructura cerebral asociada a la recompensa social (Hsu et al., 2015). En un estudio de recompensa probabilística se encontró que los sujetos con MDD tuvieron una respuesta de recompensa más reducida que el grupo control (Pizzagalli, Iosifescu, Hallett, Ratner, & Fava, 2008). Los pacientes deprimidos podrían estar percibiendo menos satisfacción al recibir recompensas, lo que tendría como consecuencia una pérdida de interés generalizada. Esto afectaría aspectos vitales como la socialización, la alimentación y las relaciones sexuales (Sharp, Monterosso, & Montague, 2012).

d) Multifactorialidad causal: debido a la variedad de mecanismos involucrados la etiología del trastorno es compleja y multifactorial (Jiménez-Maldonado et al., 2013). Dichos mecanismos no se aíslan entre sí, sino que se encuentran en relación holística. Uno de los ejemplos es el vínculo entre gen-ambiente, la exposición a un factor ambiental como el maltrato infantil tendría efectos para reproducir variantes cortas en la longitud del gen transportador de serotonina (factor genético), lo que facilita la generación de enfermedades crónicas o persistentes como es el caso de la distimia (Uher, 2014).

Estudios recientes evidencian que diferentes variantes de genes serotoninérgicos y dopaminérgicos pueden moderar la influencia del medio ambiente. Estas condiciones se generaron en investigaciones psicológicas donde se puso foco en el estudio del temperamento, la depresión y la hostilidad. Es verosímil suponer que los efectos de los genes se hacen evidentes sólo cuando se estudian en el contexto de factores ambientales. Desde este punto, la genética del comportamiento sugiere un enfoque sobre el efecto

conjunto de genes y medio ambiente, poniendo énfasis en la interacción del desarrollo entre naturaleza y crianza en el curso vital (Keltikangas-Järvinen & Jokela, 2010, pg.180).

La idea de "Medio ambiente" puede referir a factores parentales que al menos en parte indican un fondo genético compartido. Ignorar la variabilidad ambiental puede llevar a inconsistencias al replicar hallazgos, como a menudo se observa ante los casos donde se presentan rasgos multifactoriales (Keltikangas-Järvinen & Jokela, 2010, pg.185).

## **1.6 Psicoterapia y psicofármacos**

Nobile, Cataldo, Marino y Molteni (2003) argumentan que anular la sintomatología depresiva y prevenir el desarrollo de otros trastornos del humor deberían ser los objetivos principales en el tratamiento de la distimia. De esta manera se podría fortalecer el funcionamiento psicosocial y evitar las severas secuelas del trastorno. Para quienes padecen distimia, la problemática suele ser multifactorial, por lo que los niveles de tratamientos deberían implicar diferentes dimensiones. Entre ellas una terapia individual, familiar, educación y tratamiento psicofarmacológico.

En una revisión de 29 ensayos clínicos controlados, donde se compararon los efectos de fármacos y placebo, se comprobó que los antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la distimia. Estos psicofármacos se clasifican entre: antidepresivos tricíclicos (ATC), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la MonoAminoOxidasa (IMAOs), sulpirida, amineptina y ritanserina. Aunque los resultados producidos son similares, los antidepresivos ATC suelen generar más efectos secundarios y tendencia al abandono (Tamayo Velázquez, 2018).

Niculescu III y Akiskal (2001) subdividieron a la distimia en dos categorías. La primera es la distimia anérgica, caracterizada por falta de energía, anhedonia, pérdida de peso e hipersomnia. Este tipo es más común en los hombres y responden mejor a agentes noradrenérgicos y dopaminérgicos. El segundo caso, la distimia ansiosa, se caracteriza por la sensación subjetiva de inquietud, inseguridad, autoestima baja e impulsividad. Esta última es más común en mujeres y responde mejor con agentes serotoninérgicos (como los ISRS).

Diversos estudios de metaanálisis llegan a la conclusión que tanto la psicoterapia como los fármacos son eficaces para el tratamiento de la distimia. Aunque la medicación resulta en muchos casos más eficiente, en determinadas circunstancias dicha eficacia se vuelve similar. Esto puede observarse en el estudio comparativo de metanálisis realizado por Imei, Malterer, McKay y Wampold (2008) con 28 ensayos aleatorizados, donde la efectividad de los fármacos resultó ser mayor, pero en los casos donde aumentaba la

gravedad del trastorno distímico, los efectos de la psicoterapia se volvieron equivalentes.

Existen casos donde, en el abordaje con pacientes distímicos, la respuesta a la medicación es parcial o directamente nula. Por lo tanto, un tratamiento combinado con psicoterapia muestra ventajas significativas, principalmente cuando las medidas de resultado son amplias (Arnow & Constantino, 2003). En el metaanálisis de 16 ensayos aleatorizados, Cuijpers et al. (2010) afirman esta mayor eficacia de los tratamientos combinados respecto a la farmacoterapia o psicoterapia individual. A las mismas conclusiones llega Tamayo Velázquez (2018) en su revisión sistemática, donde diferentes resultados producían una fuerte tendencia a favor de los tratamientos combinados.

## Capítulo 2- Mindfulness

### 2.1 Orígenes

El término Mindfulness es traducido al castellano principalmente como atención plena, aunque también se usan denominaciones como conciencia plena, atención consciente, etc. (Bartolomé, Montañés, Montañés, & Parra, 2012). Es conveniente utilizar la palabra Mindfulness o el término en pali “*Sati*”, ya que estas denominaciones incluyen significados a los que las traducciones castellanas no corresponden completamente (Vallejo Pareja, 2006). En esta monografía las expresiones más utilizadas serán las de Mindfulness o atención plena, ya que son las más citadas en los estudios. La atención plena es una adaptación a nuestra lengua de la técnica de meditación oriental Vipassana, la cual tiene más de 2500 años de antigüedad. Su mayor precursor en el occidente es Jon Kabat-Zinn, fundador del programa “reducción del estrés basado en la atención plena” (MBSR por sus siglas en inglés), surgido inicialmente para paliar problemáticas de dolor crónico que no respondían eficientemente a la medicación (Acosta, 2014).

La meditación Vipassana fue mayormente popularizada por Buda, quien la sostuvo como práctica central en el eje de sus enseñanzas con el objetivo de eliminar el sufrimiento. Desde la perspectiva budista, la felicidad y el sufrimiento dependen de la mente del propio sujeto, más allá de los aconteceres externos. El Mindfulness emergió como la sumatoria de las diferentes prácticas de meditación budista y se insertó en los modelos psicoterapéuticos occidentales (Vásquez-Dextre, 2016, p.43). Aunque su origen esté en la filosofía del budismo, es una práctica adaptada a la realidad occidental, por lo cual no posee ningún tipo de insinuación mística, siendo accesible para sujetos de todo tipo de culturas y religiones (Cebolla, 2014, p.31).

Enríquez-Anchondo (2011) argumenta que la convergencia histórica de la psicología, la neurociencia y las disciplinas emergentes de tradiciones contemplativas permitió adaptar el Mindfulness a la teoría, práctica e investigación presentes en las disciplinas occidentales. En su adaptación a esta realidad, la idea que se tenía sobre el Mindfulness ha sido ampliamente modificada, principalmente, al intentar medirlo cuantitativamente. Desde este punto, la psicología ha llegado a conceptualizar la atención plena como una construcción de la personalidad y existe intencionalidad de medir “cuánto Mindfulness” poseen determinados individuos. Esto se haría con el objetivo de investigar

cómo afecta la práctica a los diferentes planos del sujeto, tanto psicológico, social, entre otros.

## **2.2 Conceptualización**

Definir al Mindfulness, según Acosta (2014), puede resultar simple, pero no así su entendimiento. La atención plena no es expresable con palabras, sino que debe experimentarse a través de la práctica. Pero en necesidad de una definición, podemos citar a su mayor precursor, Kabat-Zinn, quien entiende al Mindfulness como el hecho de “prestar atención de un modo particular, con un fin en el momento presente y sin juzgar” (p.20). Thich Nhat Hanh, maestro zen, activista por la paz y ganador del premio nobel, es otra de las grandes personalidades que llevó esta práctica a occidente, fomentando el arte del Mindfulness en una comunidad budista llamada Plum Village (Crear Salud, 2018). Nhat Hanh comprende al Mindfulness como atención, “lo que está pasando a cada momento: abres el grifo y el agua fluye para ti”, entiende que cuando no disponemos de agua nos sentimos privados y tenerla es felicidad, pero solo reconocemos la felicidad en momentos de sufrimiento (Thich Nhat Hanh, 2012, p.14). Pulido (2015), fundador de un centro de Mindfulness, lo define como “la plena consciencia que presta atención a todo lo que surge en el momento presente, tanto del cuerpo/mente como del entorno” (p.6).

Una confusión que suele generarse, con los conceptos de apertura y aceptación, es pensar que las experiencias se reciben pasivamente. Lo que se quiere transmitir es que las experiencias escogidas deben contemplarse con plenitud y sin ser juzgadas, manteniendo una actitud activa y de aceptación consciente ante lo acontecido en el momento presente (Alberto Barceló, 2013). Como veremos a continuación, el Mindfulness en occidente se estructuró mediante el programa *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*.

## **2.3 Reducción del estrés basado en Mindfulness**

El modelo de MBSR fue creado por Jon Kabat-Zinn en el año 1982 y fue el primero en integrar las técnicas meditativas en la psicología y medicina occidental. La duración del programa es de 8 semanas, donde los participantes realizan autorregistros y complementan lo trabajado en el curso con prácticas domiciliarias (Vásquez-Dextre, 2016). Pueden existir algunas diferencias entre la estructuración del programa dependiendo la institución que la organice, pero la base es siempre la misma.

La MBSR fue originalmente diseñada como complemento a los tratamientos médicos, donde la ineficacia y el descontento hacia los modelos tradicionales en la atención de algunas problemáticas dio lugar a que esta práctica emergiera. Se planteó inicialmente en forma de desafío, en el cual los pacientes debían entrenarse en prácticas de meditación que tenían potencial de transformación (Kabat-Zinn, 2003). Los beneficios derivados del programa se centran en tres aspectos fundamentales: resiliencia y bienestar físico-psicológico, reforzamiento de competencias, cultivo de actitudes, mayor presencia y mejor conexión con el entorno (Instituto esMindfulness, s/f).

## **2.4 Elementos análogos y antagónicos**

Coffey y Hartman (2008) describen tres elementos que están ligados en la práctica del Mindfulness al bienestar psicológico: la autorregulación de las emociones, el desapego y la disminución en la rumia cognitiva.

Autorregulación emocional: es necesaria en la práctica Mindfulness, ya que genera un relacionamiento de apertura y conciencia emocional. El objetivo es observar la experiencia que nos brinda la emoción, de modo que aquellas de índole negativo (como la ira) no limiten la conciencia plena de lo que esté aconteciendo.

Desapego: esta práctica se basa en el desprendimiento, no aferrarse, dejar ir. Tiene lugar en una mentalidad ecuánime, donde no exista división, sino que se genere respeto y amor hacia todos los seres, evitando entrar en polaridades como la de apego-aversión. La actitud de ecuanimidad es necesaria para que la práctica Mindfulness pueda regular emociones y sucesos en una relación de aceptación hacia los devenires (Simón, 2007).

Rumiación cognitiva: hacemos referencia a un aspecto base a tratar en los trastornos depresivos. Puede entenderse como una manera de relacionarse con los contenidos mentales en forma de afrontamientos pasivos y repetitivos mediante emociones negativas. Es un elemento que predomina no solo en la depresión sino también en la ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo (entre otros). Existe evidencia de que la práctica de la atención plena disminuye la rumiación en los pacientes, lo que conlleva una mejora significativa y facilita la recuperación (Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009).

Intencionalidad: aunque poner atención en el presente es una facultad natural del ser humano, es necesario que exista intencionalidad para que la práctica pueda desarrollarse. Aun estando siempre disponible, solo con intencionalidad y entrenamiento continuado puede desarrollarse y potenciarse esta habilidad tan accesible que es el Mindfulness (Santachita & Vargas, 2015). Además de haber componentes ligados

positivamente con el entrenamiento en Mindfulness, existen dos elementos (junto a la rumiación cognitiva) antagónicos y que refieren a estados de baja o nula atención: la inconsciencia y el piloto automático.

Inconsciencia: cuando nos encontramos en total ausencia de Mindfulness entramos en lo que se denomina como inconsciencia. Esta puede verse reforzada por mecanismos de defensa del propio sujeto, como cuando nos negamos a atender una emoción o pensamiento que nos resulta perturbadores, dejando rienda suelta a la rumiación de pensamientos y al desenfreno de emociones como la ira (Brown & Ryan, 2003).

Piloto automático: refiere a los momentos de la vida donde no somos conscientes de lo que está sucediendo a cada instante, aunque el cuerpo está físicamente en el momento presente, la mente divaga en los pensamientos sobre el pasado o el futuro. Desde la conciencia plena se hará foco en lo importante que resulta dejar el piloto automático, para que podamos controlar nuestra vida desde el presente, atentos a lo que ocurre a cada instante (Acosta, 2014). El piloto automático es parte de un condicionamiento mental generado por la alta frecuencia con la que recurrimos a él. Si miramos un paisaje, preferimos verbalizar y fotografiarlo en lugar de apreciar la belleza que nos brinda el momento. Es ahí cuando actúa este condicionamiento, llenándonos de interpretaciones y negando la posibilidad de vivir una experiencia más directa con el aquí y ahora (Pulido, 2015).

## **2.5 Técnicas y actitud ante la práctica**

Para poder abrirnos a las experiencias que surgen es necesario que cultivemos una “mente de principiante”, manteniendo una actitud de apertura ante las posibilidades emergentes (Enríquez-Anchondo, 2011). Bishop et al. (2004) propone lo que define como actitud apropiada para meditar: “una orientación particular hacia la propia experiencia en el momento presente que se caracteriza por curiosidad, apertura y aceptación”. Amaro y Chah (2002) refieren a la actitud apropiada mediante la aceptación en el siguiente enunciado: “medita con suavidad y gradualmente, paso a paso. Si te tranquilizas, acéptalo; si no te tranquilizas, también lo aceptas”. Esa es la naturaleza de la mente. Debemos encontrar nuestra propia forma de practicar y mantenernos en ella con persistencia.

Existen cuatro ejercicios en la práctica del Mindfulness: el escaneo corporal, la meditación de atención abierta o formal, la meditación informal o dinámica y los estiramientos o Hatha Yoga. En el caso de las prácticas formales hacemos referencia a sesiones de meditación en las que hay modalidades específicas de entrenar la atención

plena (Oberts et al., 2006). La más común es sentarse en un lugar tranquilo mientras mantenemos un objeto base en el cual centramos, que suele ser la respiración (Pulido, 2015, p.25). Esta práctica se enseña de forma gradual a partir de la segunda semana de entrenamiento. Se articula con orientaciones sobre cómo trabajar con la mente pensante y se invita al cultivo de las cualidades actitudinales de la atención plena. Mientras nos centramos en la respiración al mismo tiempo somos conscientes de los devenires experienciales (Crane, 2017).

La prácticas informales se realizan llevando dicha atención a labores cotidianos como: caminar comer, vestirse, etc. (Oberts et al., 2006). Estas se sostienen mediante la práctica habitual de la meditación formal (Pulido, 2015, p.28). Se empiezan a entrenar a partir de la tercera semana de los programas en Mindfulness y se enseña a estar consciente de las dinámicas de cada experiencia, del “momento a momento sensorial” (Crane, 2017).

El escaneo corporal se entiende como el enfoque de la atención plena en cada parte del cuerpo, siendo conscientes de las sensaciones que surgen. Generalmente se suele iniciar tomando conciencia de las partes inferiores del cuerpo (dedos de los pies, etc.) y avanzando hacia las superiores (pecho, cabeza). Durante este entrenamiento los sujetos aprenden a conectarse con la experiencia directa de las sensaciones corporales, focalizar los puntos de atención, relacionarse positivamente con la mente pensante, aceptar la realidad tal cual es (Crane, 2017).

Por último, en el Hatha Yoga se practican estiramientos donde se enfoca la atención de forma plena en los sutiles movimientos corporales (Jain et al., 2007), mejorando la flexibilidad y sincronizando la respiración con las diversas posturas (Orgiles & Gascó, 2014). Autores como Rebecca Crane clasifican al Hatha Yoga dentro de los denominados movimientos conscientes o prácticas informales, pero otros lo clasifican a parte.

## **2.6 Evaluación de resultados**

La evaluación de los resultados en Mindfulness han tenido un crecimiento vertiginoso desde inicios del siglo XXI hasta la fecha, lo que la convierte en una corriente aún en desarrollo. La Asociación Americana de Investigación en Mindfulness (AMRA) ha reportado un número aproximado entre 614-667 estudios divulgados entre 2015 y 2016, en comparación a 8-10 estudios publicados entre 2001 y 2002 (Moscoso, 2019). Desde ventajas comparativas ante la atención médica y la terapia cognitivo conductual breve (Fjorback et al., 2013), reducción de síntomas de ansiedad y depresión (Miró et al., 2011), eficacia en prevención de recaídas del MDD (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000

citados en Enríquez-Anchondo, 2011) y ante depresión resistente al tratamiento (Eisendrath, Chartier, & McLane, 2011), son algunos estudios relevantes para esta monografía donde se ha denotado eficacia empírica en base al Mindfulness.

## **2.7 Mindfulness y estudios neurobiológicos**

Existe una amplia variedad de estudios empíricos que evidencian sobre cambios a nivel neurobiológico provocados por la práctica del Mindfulness. Sarmiento-Bolaños y Gómez-Acosta (2013) aportan algunos de ellos. A partir de la práctica de la atención plena se observan cambios en la estructura cerebral debido a una alta concentración de sustancia gris en zonas como el hipocampo y la corteza orbito-frontal<sup>5</sup>. Tang, Hölzel y Posner (2015) encontraron mediante un metaanálisis que ocho regiones del cerebro se alteran estructuralmente de forma constante en los meditadores. Entre ellas están la corteza frontopolar, las cortezas sensoriales y la ínsula, asociadas a la conciencia corporal y la regulación emocional (p.3).

Davidson et al. (citado por Simón, 2007) en un estudio de MBSR encontraron que los meditadores, en comparación a quienes no meditaban, tuvieron un mayor incremento de la activación en la zona prefrontal izquierda. Esto se asocia a la alta disposición hacia afectos positivos y a la supresión de afectos negativos. Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman (2007) encontraron que se generan cambios funcionales en algunas zonas cerebrales cuando existe una alta disposición al Mindfulness. Entre estas zonas está la corteza prefrontal (PFC) y la amígdala, asociadas a la regulación emocional y a la atención. Leung et al. (2018) en una investigación con participantes capacitados en un programa de meditación encontraron que dicha capacitación se asocia a una reducción de la reactividad y la angustia, a partir de una menor actividad de la amígdala. Estos cambios podrían transferirse a estados no meditativos, donde se obtendría un mayor manejo del estrés.

Estas evidencias se sumaron a los estudios dirigidos a probar su efectividad en el tratamiento de problemáticas cognitivas, emocionales, etc., lo que favoreció la inclusión del Mindfulness al terreno de las terapias psicológicas. A partir de estos datos se desarrollaron diversas aplicaciones y estudios en los que se probó su eficacia para el tratamiento de diferentes afecciones psicológicas como el estrés crónico, ansiedad y depresión (entre otras).

---

<sup>5</sup> La sustancia gris tiene la función de procesar y manejar la información que llega al cerebro y viaja por las redes neurales (Robertson, 2018)

### *2.7.1 Procesos top-down y bottom-up*

El piloto automático desde las neurociencias se explica a partir de la circulación constante de información top-down. Como describen Ruiz et al. (2016) los procesos top-down son aquellos donde se parte de las ideas o experiencias a-priori para construir las percepciones. En otras palabras, las ideas estarían alterando la información sensorial que llega a través de los sentidos. En el procesamiento bottom-up son los estímulos sensoriales los que construyen las percepciones (p.59). En Mindfulness se genera una apertura a los estímulos y experiencias, permitiendo su llegada a los lóbulos prefrontales a través de los sentidos. Cuando la corteza prefrontal dorso-lateral se encuentra activa, la información bottom-up puede ser recibida y la automaticidad desaparece (Iglesias & Castro, 2016). Es con una práctica prolongada que se logra esta apertura a los procesos perceptivos, afectivos y cognitivos (Simón, 2007).

### *2.7.2 Síntesis*

Tang y Posner (2012) llegan a la conclusión de que aunque los estudios neurocientíficos de la atención plena aún están en desarrollo, ya existen datos para hallar en el Mindfulness un potencial modulador en la plasticidad cerebral tanto estructural como funcional. Estudios a realizarse podrían demostrar la posibilidad, mediante la atención plena, de tratar varias enfermedades, como de maximizar el potencial humano, entre otras utilidades (p.120). Existe evidencia empírica de la eficacia del Mindfulness para el tratamiento de un alto número de patologías y en el incremento del potencial humano en diversas facetas, principalmente desde el control emocional.

En este segmento se presentaron algunos estudios que dieron cuenta de los efectos del Mindfulness en diversas estructuras y funciones cerebrales. Estos efectos ayudan a potenciar aspectos positivos como la regulación emocional y a disminuir la sintomatología patógena como el estrés, la angustia, o rumiación, presentes en un alto número de psicopatologías entre las que se encuentran la ansiedad, depresión, etc.

## Capítulo 3- Terapia cognitiva

### 3.1 Aspectos centrales

La terapia cognitiva de Beck es uno de los modelos terapéuticos con mayor cantidad de estudios con evidencia empírica, principalmente en base a ensayos clínicos controlados. Este modelo terapéutico fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de pacientes con depresión. Posteriormente se extendió su aplicación a pacientes con trastornos fóbicos y de ansiedad, hasta llegar hoy día a aplicarse en el terreno de los trastornos de la personalidad. En la actualidad los tratamientos de terapia cognitiva no solo emplean los desarrollos de Beck, sino también los de aquellos autores que tomaron su teoría como base (Gabalda, 2007, p.137).

Podemos considerar como terapia cognitiva según Beck et al. (1983) a cualquier conjunto de técnicas que busquen modificar patrones de pensamiento disfuncionales. Por otro lado, se considera que la terapia cognitiva no es solo una suma de técnicas, ya que se diferencia notoriamente de otros modelos al poseer su propio enfoque centrado en la consideración de los trastornos psicológicos como consecuencia de fallas en el pensamiento (Beck, 1997; Young y Beck, 1982). Más específicamente, Beck (1970) define a las terapias cognitivas como el “tipo de terapia que trabaja con el grupo de operaciones centradas en las cogniciones verbales o imágenes de un paciente y en las premisas, supuestos y actitudes que subyacen a estas cogniciones”. Freeman (1983) por su parte es más esclarecedor y las define como un modelo de tratamiento a corto plazo que se desarrolla de forma activa y directa tanto desde el rol del paciente como del terapeuta (Gabalda, 2007 p.138).

Desde la perspectiva de un terapeuta cognitivo, el individuo se caracteriza principalmente por ser un agente activo en su relación con el mundo, la relación se desarrolla desde interpretaciones, inferencias y evaluaciones sobre el ambiente. La información desarrollada como resultado es accesible a la conciencia desde pensamientos e imágenes y el sujeto puede modificar esta información (Moorey, 1996).

Según Judith Beck (2008) las distorsiones cognitivas están sujetas a una red de pensamientos y creencias clasificados como: creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. No son los acontecimientos los que objetivamente determinan lo que siente un sujeto, sino que los sentimientos se asocian a una forma de interpretar los acontecimientos. Los pensamientos y creencias generan aquello que interpretamos.

a) **Creencias**: desde la infancia los individuos desarrollan determinadas creencias sobre sí mismos, las personas y el mundo. Las **creencias centrales** son aquellas ideas

profundamente arraigadas que no son siquiera expresables para uno mismo. Estas son consideradas como verdades objetivas para el individuo y constituyen el nivel más sustancial de creencia, caracterizándose por ser rígidas y generalizables. Por su parte, las **creencias intermedias** se componen de reglas, actitudes y presunciones. Son menos rígidas que las creencias centrales pero menos dúctiles que los pensamientos automáticos (Beck, 2008).

b) **Pensamientos automáticos**: suelen manifestarse de forma espontánea, siendo breves, precipitados y sin dejar lugar a un razonamiento a-priori. Los sujetos no suelen ser conscientes de ellos cuando se manifiestan, pero sí de las emociones que por tales emergen. El pensamiento automático por estas condiciones se tiende a manifestar como algo cierto y no se lo juzga. A través de observar los cambios emocionales es que se puede aprender a identificarlos y modificarlos, ya que son menos rígidos que las creencias intermedias y centrales que los subyacen. A partir del trabajo en la modificación de los pensamientos automáticos es que se lograrán cambios en las creencias intermedias y subsiguientemente en las creencias centrales, interviniendo en los aspectos más maleables del sujeto (Beck, 2008, p.33).

Según Bedrosian y Beck (1980) las distorsiones derivadas de los pensamientos y creencias pueden ser clasificadas principalmente desde los siguientes puntos:

1. Inferencia arbitraria: la cual hace referencia a las conclusiones realizadas sin evidencia previa que las justifiquen.
2. Abstracción selectiva: lo que se considera como abstraer un determinado aspecto de un contexto ignorando otros elementos que lo componen.
3. Sobregeneralización: refiere a crear reglas generales en base a acontecimientos aislados y aplicarlas en un amplio rango de situaciones.
4. Magnificación y minimización: considerados como errores para significar la magnitud de determinados acontecimientos.
5. Personalización: los cuales se generan cuando un sujeto se atribuye sucesos externos sin determinada evidencia que lo relacione a los mismos.
6. Pensamiento absolutista dicotómico: es la tendencia a clasificar las experiencias en polaridades estilo "todo o nada".
7. Evaluaciones incorrectas: como anticiparse erróneamente a que nos van a abandonar.
8. Actitudes disfuncionales sobre el placer y el dolor: creencias erróneas de algunos sujetos sobre lo necesario, entre otras cosas, para ser feliz o exitoso.

## **Capítulo 4- Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)**

### **4.1 Terapias de tercera generación**

Es importante considerar que la aplicación del Mindfulness en psicoterapia tiene su auge en las terapias cognitivas de la tercera ola, pero otras corrientes como la humanista lo utilizan como técnica (Perls, 1969). La tercera generación de terapias cognitivo-conductuales surge en la década de los '90, como fenómeno emergente derivado del análisis exhaustivo del conductismo radical (1era generación) y las limitantes encontradas en las terapias cognitivo-conductuales (2da generación). El Mindfulness se incorporó a modelos que se orientaron en el enfoque de la aceptación y los valores (Álvarez, 2006).

Existen dos aspectos centrales en las terapias de tercera ola. Uno de ellos es que se adopta un enfoque más experiencial. El otro es que las estrategias de modificación conductual son del tipo indirecto, a diferencia de lo observable en la primera y segunda ola. Perspectivas como la derivada de la experiencia Mindfulness suponen un descentramiento en el control de aspectos concretos, junto a una aceptación en las sensaciones y sucesos que devienen. Esta nueva modalidad de tratar la sintomatología y procesar la información demostró ser eficaz en un alto número de problemáticas, las cuales ampliaron la visión obtenida desde entonces en las terapias de primera y segunda ola (Vallejo Pareja, 2006).

En el grupo de los modelos terapéuticos que forman parte de la tercera generación, aquellos donde se aplica Mindfulness son los siguientes: Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), Terapia dialéctico-comportamental (TDC), Terapia de aceptación y compromiso (ACT), Terapia de reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR) y Terapia basada en Mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada (Coutiño, 2012, p.3). Con el tiempo surgieron nuevos modelos que ampliaron la gama de terapias basadas en Mindfulness, como son: Equilibrio emocional basado en Mindfulness (MBEB), Terapia basada en Mindfulness para el insomnio (MBT-I), etc. La MBSR fue el sustento base de estos nuevos modelos.

### **4.2 Enfoques de psicoterapia integrativos**

La tendencia a la integración de las psicoterapias parece resultar de la búsqueda de superar limitaciones en las intervenciones psicoterapéuticas, además de los sólidos puentes asociativos que conforman la discursiva de diferentes modelos teóricos. Los logros de la Terapia cognitiva impulsaron la aparición de enfoques alternativos e integrativos. Entre ellos

encontramos a los que tienen base en Mindfulness. Poder extraer puntos en común entre los enfoques de segunda y tercera generación permitiría desarrollar estrategias integrativas con principios derivados de ambos enfoques (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2017).

Bernardi et al. (2004) argumenta que es tangible una aproximación en la investigación de diferentes campos psicoterapéuticos, donde se tiende al acercamiento y la confrontación de conceptos de tradiciones diferentes. La investigación en psicoterapia apunta a que es difícil que cada enfoque psicoterapéutico no haga uso de elementos de otros campos. Es posible que la distancia entre diferentes concepciones disminuya cuando un terapeuta con flexibilidad en su accionar apunta a tratar las necesidades del paciente. “Tanto la diferenciación y especialización creciente de las psicoterapias, como la búsqueda de sus ingredientes comunes y la fertilización mutua parecen ser tendencias del momento presente que tienen un efecto positivo”.

La psicoterapia integrativa busca sustentarse con investigaciones y experiencias clínicas que deriven en una teoría más completa, donde el accionar clínico sea más eficaz. Actualmente los enfoques integrativos cuentan con evidencias que los respaldan, grandes expectativas de futuro y muchas incertidumbres. La orientación es a configurar enfoques con profundidad teórica, apertura de saberes, rigurosidad epistemológica, autocrítica y eficacia en su accionar. Esta meta involucra la capacidad de aprender de la historia de la psicoterapia y de adaptarse a las exigencias de los tiempos actuales (Opazo, 2006).

### **4.3 Terapia cognitiva Basada en Mindfulness**

El programa MBCT fue desarrollado por Teasdale, Segal y Williams, quienes observaron el potencial del Mindfulness para reducir la tasa de vulnerabilidad de pacientes propensos a recaídas por depresión, evitando que reaccionen negativamente mediante procesos como la rumiación de pensamientos (Garay, Korman, & Keegan, 2015). Ante la mayor exposición a la depresión, los patrones de pensamiento rumiativos se hacen más habituales y de fácil reactivación, por lo que la MBCT se centra en los cursos recurrentes y/o cronificados, donde la exposición a la depresión es más prolongada (Barnhofer, 2019).

La MBCT consta de una entrevista individual y ocho sesiones grupales (Garay, Korman, & Keegan, 2015). El formato se estructura combinando el modelo MBSR con técnicas derivadas de la terapia cognitiva, entre las que se encuentran: psicoeducación, planes de acción, etc. Las actividades orientadas a la práctica del Mindfulness se realizan entre seis de los siete días semanales (Garay et al., 2015). A medida que transcurre el

programa, los pacientes no solo aprenden sobre la práctica y habitual entrenamiento del Mindfulness, sino también sobre los pensamientos automáticos, su funcionamiento, detección, registro, su relación con las emociones, que es el pensamiento rumiante, entre otros aspectos de la psicoeducación (Segal, Teasdale, Williams, & Gemar, 2002).

La MBCT tiene como una de sus bases al modelo de subsistemas cognitivos de Barnard y Teasdale (1991) donde la cognición humana se divide en dos subcategorías que se retroalimentan mutuamente: la proposicional (verbal) y la implicacional (no verbal y corporal). Este modelo asume que la vulnerabilidad cognitiva del PDD y las recaídas están relacionadas a la facilidad con la que pueda establecerse el mecanismo depresivo ante la exposición a estados del humor disfóricos.

La terapia cognitiva centrada en Mindfulness es de aplicación interdisciplinar y ha ganado un alto nivel de aceptación en campos como la psicología, la medicina y la psiconeuroinmunología. La práctica de tomar conciencia del distrés emocional bajo problemáticas como el estrés crónico, simplifica el tratamiento terapéutico, posibilitando que se den los cambios necesarios para transformar el estilo de vida (Moscoso, 2010).

La TCC realizó importantes contribuciones en la integración de la MBCT. Le ofreció un marco cognitivo de soporte y entendimiento basado en la terapia cognitiva de la depresión y se integraron elementos curriculares que fueron tomados de la terapia cognitiva y adaptados a la MBCT (Crane, 2017, p.7).

Más allá de las antedichas contribuciones, a diferencia del proceso realizado por las terapias cognitivas clásicas, en la MBCT no se busca cambiar el contenido de los pensamientos. Por lo contrario, se hace foco en el rol trascendental que tiene el vínculo sujeto-pensamiento, donde se busca aceptar a los pensamientos emergentes. Desde este posicionamiento se deja de considerarlos como verdaderos y se busca adoptar una actitud de “descentramiento” (Oberts et al., 2006). El objetivo es que los participantes puedan observar estos pensamientos y sentimientos como eventos en la conciencia y mantener distancia de ellos, evitando la reacción derivada del funcionamiento mental automático. Se busca que las personas vulnerables a los síntomas depresivos sean conscientes de sus aconteceres y reaccionen de forma distinta ante los pensamientos y emociones (Garay et al., 2015).

Como argumenta Crane (2017) tanto la atención plena como los componentes de la terapia cognitiva en el programa MBCT tienen fundamentalmente cuatro objetivos interventivos para el tratamiento de los procesos depresivos recurrentes:

1. Abandonar los patrones de pensamiento rumiativo

2. Ser más consciente de las posibles recaídas relacionadas al proceso mente-cuerpo
3. Aprender nuevas formas de vincularse tanto con el trastorno como con otros aspectos experienciales.
4. Aceptar y aliarse a las dificultades y a otros aspectos de la experiencia (p.16).

Moscoso (2019) argumenta que los modelos de MBCT y MBSR fueron desarrollados para promover la autorregulación de las emociones, reducir los niveles de estrés y aumentar el bienestar psicofisiológico de los individuos. Existen más de 3500 estudios donde se verifica la eficacia de estas intervenciones en la reducción del estrés, dolor, ansiedad y prevención de recaídas en depresión (p.106). Goldberg et al. (2019) constataron que en los últimos años ha habido un sustancial aumento de estudios publicados en base a la exploración de eficacia de MBCT en personas actualmente deprimidas o con síntomas severos de depresión. Será de gran importancia que en un futuro se focalice en la exploración de los cambios en los síntomas depresivos a nivel de bases neuronales durante los cursos de MBCT (Davidson, 2016). La evidencia permitirá determinar si los sujetos con estilos cognitivos específicos se benefician más de MBCT en comparación a otros modelos interventivos, dando paso a la posibilidad de asignaciones prescriptivas (Goldberg et al., 2019).

## Capítulo 5- MBCT en el tratamiento del PDD

### 5.1 ¿Porque MBCT para tratar el PDD?

Como argumenta Barnhofer (2019), existe una notoria necesidad de mejorar los tratamientos enfocados en depresión, especialmente en los casos de depresión persistente. No solo es necesario ayudar al paciente a que responda de forma más eficaz ante el trastorno, sino también a que pueda afrontar aquellos factores que impulsan trayectorias recurrentes, los cuales promueven la cronicidad de la depresión. En los pacientes que desarrollan un curso crónico los mecanismos que influyen en el estado de ánimo se hacen más complejos, generando importantes cambios a nivel psicobiológico. El entrenamiento en base al Mindfulness puede promover procesos de cambio sostenibles, ayudando al paciente a responder eficientemente ante el estado de ánimo y los pensamientos negativos característicos de los PDD.

Una de las dificultades en el curso crónico de depresión es la resistencia a los tratamientos antidepresivos, reflejada en un alto porcentaje de pacientes que no responden a los psicofármacos. La depresión resistente al tratamiento (TRD) está fuertemente vinculada con el PDD, ya que vuelve vulnerables a los pacientes a una posible cronicidad del trastorno. La TRD es definida como una falta de remisión completa de la sintomatología depresiva después de 2 o más ensayos con antidepresivos (Khan et al., 1991; Trivedi et al., 2004). Una de las problemáticas subyacentes a la depresión recurrente es la ideación suicida, ya que al ocurrir en un episodio suele repetirse en los posteriores (Williams, Crane, Barnhofer, Van der Does, & Segal, 2006). En estos casos, la posibilidad de aplicar el método más eficaz en pacientes con depresión recurrente y persistente se vuelve tema urgente.

En aquellas situaciones donde se han padecido tres o más episodios depresivos, el riesgo de recurrencia es mayor al 90%. En estas ocasiones, los pacientes tratados con enfoques tradicionales como la TCC o la terapia interpersonal son más propensos a las recaídas. De aquí surgió la necesidad de una terapia donde pueda tratarse la recurrencia y consecuente cronicidad del trastorno. El modelo de MBCT surgió para tratar pacientes con episodios recurrentes en remisión y posteriormente se extrapoló, debido a un estilo rumiativo similar, a los casos de curso crónico (Korman & Garay, 2012). Sumado a esto, mediante diversos estudios se podría considerar eficaz en pacientes actualmente deprimidos (Finucane & Mercer, 2006; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007). Puede considerarse que la depresión se ha cronificado cuando existen más de tres episodios recurrentes, ya que desde este punto, las recaídas se vuelven impredecibles

(Silvia, Vicente, & José Ángel, 2016). Por lo tanto, la MBCT estaría especialmente desarrollada para prevenir recaídas recurrentes en el PDD (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), ya sea en pacientes con remisión o actualmente deprimidos.

La MBCT cuenta con beneficios a la hora de tratar el PDD, uno de ellos es la posibilidad de aplicarlo grupalmente y de forma práctica. Hervás et al. (2016) llegan a la conclusión de que estas intervenciones son técnicas de aplicación práctica, logrando sus niveles más altos de eficacia a la hora de tratar pacientes con sintomatología depresiva, de estrés o ansiedad. Una problemática de la MBCT de modelo grupal con pacientes distímicos deviene en el rechazo a dicha modalidad. Hablamos de pacientes mayormente acostumbrados a largos tratamientos individuales, donde un modelo grupal podría ser dificultoso para sujetos que tienden a evitar vínculos sociales (Otero Rodríguez, Alés Portillo, & Vucinovich, 2015). Cebolla i Martí y Miró Barrachina (2008) encontraron que la MBCT tiene un alto grado de aceptación, llevando a que los participantes pidan una continuación debido al soporte y el bienestar que les aportó el tratamiento (p.266). Esto puede darnos una perspectiva más positiva en relación a la modalidad de aplicación grupal en pacientes con depresión.

## **5.2 Evidencia empírica de MBCT en depresión recurrente y/o crónica**

### *5.2.1 Prevención de recaídas*

En un metaanálisis se seleccionaron ensayos aleatorizados donde se investigó la prevención de recaídas en pacientes con depresión recurrente en remisión. En estos ensayos se formaron dos grupos, donde uno recibió MBCT y el otro un tratamiento habitual (TAU)<sup>6</sup>. Los resultados llevaron a la conclusión de que MBCT puede ser eficaz para prevenir recaídas en depresión recurrente, especialmente en pacientes con síntomas residuales (Kuyken et al., 2016). Lilja et al. (2016) aplicaron MBCT y TAU en pacientes con depresión recurrente en atención primaria (AP). Los resultados favorables de MBCT sugieren que se puede implementar exitosamente para prevenir las recaídas de pacientes con depresión recurrente en AP. El estudio realizado por Ma y Teasdale (2004) en pacientes con depresión recurrente en remisión evidenció una reducción en las recaídas de aquellos con tres o más episodios depresivos previos de un 78% a 36%. El porcentaje de reducción de recaídas fue inferior en pacientes con menos episodios previos, concluyendo que el MBCT es más eficaz previniendo recaídas de pacientes recuperados de tres o más episodios.

---

<sup>6</sup> "TAU" hace referencia a tratamientos individuales realizados por un psicoterapeuta o psiquiatra que no integra el equipo de estudio.

En un ensayo clínico aleatorizado realizado por Segal, Williams y Teasdale (2006) se aplicó el programa MBCT y se evidenciaron resultados significativos. Se redujo notoriamente la posibilidad de padecer recaídas y los más favorecidos fueron los participantes con cursos más cronificados. Korman y Garay (2012) realizaron una revisión exhaustiva donde se describe que en un seguimiento de 60 semanas el 100% de los pacientes con cuatro episodios o más recayeron mientras recibían evaluación de recaídas y recurrencias. De los pacientes tratados con MBCT solo el 38% recayó. En un estudio controlado y aleatorizado de individuos con historial de depresión suicida con al menos 3 episodios previos, los sujetos fueron asignados al azar a un grupo de MBCT o de psicoeducación cognitiva sin meditación. Se mostraron resultados significativamente favorables para el grupo de MBCT en relación a disociar la sintomatología depresiva con los pensamientos suicidas, lo que reduciría las recaídas en depresión suicida y recurrente (Barnhofer et al., 2015).

En un estudio de 424 pacientes con alto riesgo de recaídas en depresión recurrente se comparó la eficacia de los psicofármacos antidepresivos de mantenimiento con el programa MBCT discontinuando la medicación. No se encontraron diferencias entre los dos tratamientos en un seguimiento de 24 meses, por lo que la MBCT parece ser una opción eficaz como alternativa para discontinuar la medicación antidepresiva (Shapero, Mischoulon, & Cusin, 2019). El estudio realizado por Kuyken et al. (2015) llegó a resultados donde los efectos del programa MBCT son comparables a los de m-ADM (medicación antidepresiva) en pacientes con depresión recurrente.

### *5.2.2 Reducción sintomatológica*

Hamidian et al. (2013) en un estudio donde integran MBCT a los psicofármacos para tratar pacientes distímicos llegan a la conclusión de que esta combinación podría mejorar los síntomas de depresión y la atención plena. Michalak et al. (2016) realizaron un estudio aleatorizado y controlado donde se compara al sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual (CBASP) y al MBCT con TAU, con una significativa eficacia tanto de CBASP como de MBCT para tratar pacientes con PDD. McCarney et al. (2012) aplicando el inventario de depresión de Beck (BDI) encontraron una significativa reducción de los síntomas depresivos usando terapias basadas en Mindfulness. Barnhofer et al. (2009) aplicó la MBCT a pacientes con PDD, quienes previamente tuvieron más de tres episodios depresivos e ideaciones suicidas, constatando una reducción significativa de la sintomatología.

Madahi et al. (2013) evaluaron la aplicación de la MBCT en 110 pacientes distímicos escogidos en base a cuestionarios de depresión, rumiación obsesiva, etc. Los resultados revelaron una significativa capacidad de reducir la depresión, la rumiación obsesiva y la ira en esta población. Garay, Fabrissin, Korman y Etchevers (2010) reclutaron 28 pacientes con síntomas residuales y depresión activa de 2 años o más. Evaluando la combinación de antidepresivos con MBCT se observó una respuesta del 37%, en comparación con el 6% en tratamiento con fármacos solamente. Kenny y Williams (2007) reclutaron pacientes con depresión recurrente y les aplicaron MBCT. Se observó una reducción significativa de los síntomas depresivos, principalmente en pacientes con alto puntaje en el BDI.

### *5.2.3 Pacientes deprimidos y en remisión*

En un estudio aleatorizado y controlado realizado por Van Aalderen (2015) se comparó el efecto de la MBCT en pacientes actualmente deprimidos y en remisión. Se realizó con 182 pacientes (124 remitidos y 58 deprimidos) y es uno de los más grandes estudios donde se plantea dicho objetivo. Los resultados a largo plazo indicaron que el efecto en pacientes deprimidos es comparable al de los que entraron en remisión. Otros estudios donde se evidencia la eficacia de la MBCT en pacientes con depresión recurrente actualmente deprimidos son los realizados por Strauss et al. (2014) y Goldberg et al. (2019). Existen estudios con formas más resistentes y crónicas donde también se presenta significativa eficacia. A diferencia de lo planteado por Teasdale, la depresión activa no parece afectar la capacidad meditativa de los pacientes (Korman & Garay, 2012).

### *5.2.4 Depresión crónica y resistente*

En un estudio controlado y aleatorizado se comparó la eficacia de la MBCT para tratar la depresión resistente al tratamiento ante el programa de mejora de la salud (HEP), compuesto por musicoterapia, educación nutricional, entre otros. En los resultados se evidenció una reducción significativa en la gravedad de la depresión del grupo que realizó MBCT además de una mejor respuesta al tratamiento (Eisendrath et al., 2016). Estudios realizados en pacientes con depresión crónica y TRD evidenciaron que la MBCT combinada con TAU es más eficaz que solamente TAU a la hora de reducir la rumiación cognitiva, la sintomatología depresiva y mejorar la calidad de vida en dicha población (Cladder-Micus et al., 2019; Cladder-Micus et al., 2018).

### **5.3 Limitaciones del modelo en relación al trastorno depresivo persistente**

La principal limitación se basa en los pocos estudios que se centran específicamente en PDD, ya que la mayoría son en depresión recurrente o TRD. Aunque el modelo MBCT se aplica desde principios del siglo XXI en depresión recurrente, la extrapolación hacia la distimia se empezó a estudiar en años más recientes. A pesar de esto, según diversos estudios el factor principal para tratar a la depresión persistente son los episodios padecidos (3 o más) y no concretamente los años vividos con el trastorno, ya que es cuando realmente inicia a cronificarse y la modalidad de tratamiento debería ser diferente al de la depresión episódica. Desde este punto, si se ha padecido al trastorno durante 2 años o más para clasificarlo como crónico, no es trascendente. Como argumenta Barnhofer (2019), existe aún hoy día poca evidencia sobre el curso temporal de los cambios en los pacientes que padecen PDD. Cuando inicia el trastorno, su duración temporal, los factores regulatorios reflejados en cambios en su trayectoria son algunos de los campos donde aún es necesario seguir indagando.

## Reflexiones finales

Los datos que nos brinda el GBD sobre las DALYs, los YLDs y estudios como el del Hospital de Clínicas nos alertan sobre el nivel de afección de la depresión a escala global y la importancia de poner foco en esta problemática. Que sea el trastorno mental de más años de vida ajustados por enfermedad y vividos con enfermedad nos habla de un enorme deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen, lo cual tiene consecuencias también en el círculo social que rodea al individuo. Considerando que más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión y que ha incrementado a lo largo de los años, se vuelve necesaria una mayor conciencia social sobre lo significativo de esta problemática. A los trastornos mentales se les ha dado históricamente una importancia menor que a aquellas enfermedades que se han considerado de índole orgánico. Las consecuencias de la depresión crónica, que en la mayoría de los casos llevan a una pobre calidad de vida y en los peores al suicidio, nos alertan de que restarle importancia es como mínimo erróneo.

A la hora de tratar el PDD, nos encontramos con bajos niveles de respuestas tanto a tratamientos farmacológico como psicoterapéuticos. En este sentido, diversos estudios apoyan un modelo integral, donde se combine a la medicación psicofarmacológica con el tratamiento psicoterapéutico. Esto tiene mayor trascendencia teniendo en cuenta que hablamos de un trastorno con etiología multifactorial, de factores de riesgo psicobioambientales. En relación al tratamiento psicoterapéutico, la psicoeducación es importante para reducir la culpa inherente a los síntomas persistentes de la depresión. Pero las bajas tasas de respuesta del PDD ante tratamientos como el TCC, modelo con una importante cantidad de estudios en depresión episódica, puso en boga la necesidad de enfoques alternativos e integrales. Entre ellos es que surgió la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT). Este programa se centra en aquellos casos más cronificados y en base a los estudios que lo avalan parece ser un enfoque viable.

Desde la atención plena se busca el descentramiento y la aceptación de los pensamientos, en lugar de su modificación. Como ejemplifica Pulido (2015): “probablemente, tendrás pensamientos entrando en tu mente y dispersando tu atención. Si eso sucede, lo aceptas, lo observas un instante y luego vuelves a la respiración” (p.42). En este proceso se busca dejar de lado el ciclo de rumiación cognitiva y la reactividad emocional, los cuales parecen ser causales en las recaídas y mantenimiento de la depresión.

Los estudios enfocados en MBCT parecen distinguir en sus criterios de inclusión dos categorías, donde se clasifica a los casos más cronificados y a aquellos episódicos. Los más cronificados serían aquellos donde encontramos tanto a la depresión mayor recurrente

y al PDD (en sus diferentes variantes), población en la que se enfoca la MBCT. Sin embargo, el síndrome distímico puro es considerado en los criterios de inclusión de algunos estudios y no en otros, al no cumplir con la categoría de 3 o más episodios de depresión mayor previos. Considerando el criterio de Barnhofer de que la MBCT se centra en los casos donde el patrón rumiativo está fortalecido en base a la exposición prolongada ante síntomas depresivos, el síndrome distímico puro podría estar adecuadamente incluido en los programas de MBCT.

Aunque la MBCT haya sido inicialmente desarrollada para la depresión recurrente en remisión, existen estudios en la actualidad que avalan su eficacia en: depresión crónica, TRD, depresión suicida, como alternativa a la medicación y en pacientes actualmente deprimidos, etc. En diferentes estudios de la monografía se han incluido participantes con PDD, pero al ser el criterio de inclusión la depresión recurrente de 3 episodios o más, encontramos en mayoría a casos de MDD con esta característica. A pesar de que en los últimos años se han empezado a realizar investigaciones específicamente en los casos de depresión crónica o PDD, es necesario que se sigan generando más estudios en esta población. Esto permitiría explorar, entre otras cosas, las variables que pueden presentarse ante los casos de depresión recurrente con duración mayor a 2 años.

Resulta positivo que exista esta apertura de la investigación científica hacia modelos tradicionales que en otros tiempos se ignoraban. El Mindfulness, debido a sus raíces ancestrales como tradición oriental es un ejemplo de ello, lo que nos alerta del amplio rango de posibilidades que existen si tomamos en cuenta a los distintos conocimientos desde un enfoque holístico.

Poder contar con estudios sobre Mindfulness y depresión crónica realizados en Uruguay nos permitirían profundizar y planificar intervenciones centradas en atender esta problemática en nuestra población, ya sea desde políticas públicas o iniciativas privadas. Esto no solo ayudaría a combatir la depresión, sino todas aquellas problemáticas asociadas a ella que son tan frecuentes: trastornos de ansiedad, consumo abusivo de sustancias, trastornos de la personalidad, etc.

## Bibliografía:

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1989). Hoplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*:49-74.
- Acosta, P. (2014). *Mindfulness para el mundo. Vivir en el presente sin juzgar*. Santo Domingo: Búho.
- Alma Baena Zúñiga, Maurilia Araceli Sandoval Villegas, Celia C. Urbina Torres, Norma Helen Juárez, & Sergio J. Villaseñor Bayardo. (2005). LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. *Coordinación de Publicaciones Digitales, 6*, 2-14.
- Almada, R., Miraballes, R., & Agrafojo, S. (2014). Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. *Rev. psiquiatr. Urug, 78*(2), 116–130.
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía, 5*(2), 159–172.
- Amaro, A., & Chah, A. (2002). *Food for the Heart: The Collected Teachings of Ajahn Chah*. Wisdom Publications.
- Arnou, B. A., & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*(8), 893–905.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana*.
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition & Emotion, 5*(1), 1–39.
- Barnhofer, T. (2019). Mindfulness training in the treatment of persistent depression: Can it help to reverse maladaptive plasticity? *Current opinion in psychology*.
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., ... Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(6), 1013.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy, 47*(5), 366–373.
- Bartolomé, R., Montañés, J., Montañés, M., & Parra, M. (2012). Conociendo mindfulness.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bedrosian, R. C., & Beck, A. T. (1980). Principles of cognitive therapy. En *Psychotherapy process* (pp. 127–152). Springer.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. C., & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug*, 68(2), 99-146.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Cebolla, A. (2014). *Mindfulness y ciencia: De la tradición a la modernidad*. Alianza.
- Cebolla i Martí, A., & 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.
- Cladder-Micus, M. B., Becker, E. S., Spijker, J., Speckens, A. E., & Vrijisen, J. N. (2019). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research*, 43(4), 666–678.
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijisen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914–924.
- Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary health practice review*, 13(2), 79–91.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01).
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Crear Salud. (2018, octubre 19). El milagro del mindfulness para Thich Nhat Hanh. Recuperado de Crear Salud website: <http://crearsalud.org/milagro-del-mindfulness-thich-nhat-hanh/>
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates

- of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic medicine*, 69(6), 560–565.
- Cuijpers, P., Huibers, M. J., & Furukawa, T. A. (2017). The need for research on treatments of chronic depression. *JAMA psychiatry*, 74(3), 242–243.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 51–62.
- Davidson, R. J. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy and the prevention of depressive relapse: Measures, mechanisms, and mediators. *JAMA psychiatry*, 73(6), 547–548.
- de Francisco, C. C., & Blasco, R. S. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: Análisis de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1).
- de la Villa Merchan, J. M. (2000). Una fórmula psicoterapéutica para la distimia. *Volumen* 12, 55.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore*, 5(5), 265–271.
- Duman, R. S. (2002). Pathophysiology of depression: The concept of synaptic plasticity. *European psychiatry*, 17, 306–310.
- Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Cognitive and behavioral practice*, 18(3), 362–370.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., ... Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(2), 99–110.
- Enríquez-Anchondo, H. A. (2011). *La inteligencia emocional plena: Hacia un programa de regulacion emocional basado en la conciencia plena*.
- Española, R. A. (2006). *Diccionario esencial de la lengua española*. Espasa Calpe.
- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa Héctor Fernández—Google Académico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 157-169.
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients

- with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*, 6(1), 14.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes—Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of psychosomatic research*, 74(1), 31–40.
- Gabalda, I. C. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Garay, C. J., Fabrisin, J. H., Korman, G. P., & Etchevers, M. J. (2010). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anuario de investigaciones*, 17, 41–48.
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. G. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Vertex*, 26(119), 49–56.
- Geisa, G.-M., Miriam, J.-M., Andrés, G.-G., & Teresita, V.-C. (2013). La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Rev Mex Neuroci Julio-Agosto*, 14(4), 215–222.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 1–18.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285–312.
- Government of Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada*. Minister of Public Works and Government Services Canada Ottawa, Ontario, Canada.
- Gureje, O. (2011). Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Current opinion in psychiatry*, 24(1), 67–71.
- Hamidian, S., Omidi, A., Mousavinasab, S. M., & Naziri, G. (2013). Comparison of the effect of mindfulness-based cognitive therapy accompanied by pharmacotherapy with pharmacotherapy alone in treating dysthymic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(3), 239.
- Hernández-Benítez, C. T., García-Rodríguez, A., Leal-Ugarte, E., Peralta-Leal, V., & Durán-González, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(5).
- Herrera Santí, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 13(6), 591–595.

- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115–124.
- Hsu, D. T., Sanford, B. J., Meyers, K. K., Love, T. M., Hazlett, K. E., Walker, S. J., ... Zubieta, J.-K. (2015). It still hurts: Altered endogenous opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. *Molecular psychiatry*, 20(2), 193.
- Iglesias, A. I. S., & Castro, F. V. (2016). "Mindfulness": Revisión sobre su estado de arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 41–50.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of affective disorders*, 110(3), 197–206.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). Global Burden of Disease Study 2017. Recuperado de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>
- Instituto esMindfulness. (s/f). Entrenando Mindfulness con MBSR. Recuperado de Instituto esMindfulness website: <https://www.esmindfulness.com/sobre-mindfulness-y-mbsr/historia-del-mbsr/>
- Irastorza Eguskiza, L. J. (2012). *Personalidad depresiva: Concepto y diferenciación: diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad depresiva y distimia* (PhD Thesis). Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine*, 33(1), 11–21.
- Jiménez-Maldonado, M. E., Gallardo-Moreno, G. B., Villaseñor-Cabrera, T., & González-Garrido, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212–218.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 989–991.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144–156.
- Keller, M. B., & Shapiro, R. W. (1982). « Double depression»: Superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *The American journal of psychiatry*.

- Keltikangas-Järvinen, L., & Jokela, M. (2010). Nature and nurture in personality. *Focus*, 8(2), 180-186.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617–625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 80(2), 193–203.
- Korman, G. P., & Garay, C. J. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista argentina de clínica psicológica*, 21(1).
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Cardy, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63–73.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Schweizer, S. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574.
- Leung, M.-K., Lau, W. K., Chan, C. C., Wong, S. S., Fung, A. L., & Lee, T. M. (2018). Meditation-induced neuroplastic changes in amygdala activity during negative affective processing. *Social neuroscience*, 13(3), 277–288.
- Liebherz, S., Machmutow, K., Jansen, A., Meister, R., Watzke, B., Härter, M. C., & Kriston, L. (2017). Continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Lilja, J. L., Zellerroth, C., Axberg, U., & Norlander, T. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy is effective as relapse prevention for patients with recurrent depression in Scandinavian primary health care. *Scandinavian journal of psychology*, 57(5), 464–472.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31.
- Madahi, M. E., Khalatbari, J., Dibajnia, P., & Sharifara, B. (2013). The efficiency based on mindfulness cognitive therapy upon depression, anger, obsessive rumination in dysthymic patients. *Journal of Society for Development in New Net Environment in*

*B&H. HealthMED*, 7(3).

- Markkula, N. (2016). Prevalence, predictors and prognosis of depressive disorders in the general population.: A longitudinal population study. *Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis*.
- McGovern, M. P., Drake, R. E., Merrens, M. R., Mueser, K. T., Brunette, M. B., & Hendrick, R. (2008). Hazelden Co-occurring Disorders Program: Integrated service for substance use and mental health problems. *Center City, MN: Hazelden*.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.
- Michalak, J., Probst, T., Heidenreich, T., Bissantz, N., & Schramm, E. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy and a group version of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: Follow-up data of a randomized controlled trial and the moderating role of childhood adversities. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(6), 378–380.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. Minsal Santiago.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). *Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática= Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: a systematic review*.
- Moorey, S. (1996). Cognitive therapy, Handbook of individual therapy. *Londres*., 254-281.
- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (13), 11–29.
- Moscoso, M. S. (2019). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(2), 101–121.
- Niculescu III, A. B., & Akiskal, H. S. (2001). Proposed endophenotypes of dysthymia: Evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Molecular Psychiatry*, 6(4), 363.
- Nobile, M., Cataldo, G. M., Marino, C., & Molteni, M. (2003). Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS drugs*, 17(13), 927–946.

- Oberts, U., Esquiús, A. G.-B. C., Giné, L. P., Cortes, R. R., Cuesta, S. C., Muse, D., ... Iglesias, M. J. P. G. (2006). Revista de psiquiatría y psicología humanista, SL apartado de correos 90.097-08080 BARCELONA Epoca II, Volumen XVI-Nº 66/67-2º/3er. Trimestre 2006 Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría. *Revista de psicoterapia*, 66, 67.
- Ocio León, S., & Fernández García, G. (1994). Distimia: Estudio descriptivo y rasgos de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 14(49), 259–268.
- Opazo, R. (2006). Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos? - Google Académico. Recuperado 16 de septiembre de 2019, de [https://scholar.google.com.uy/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Psicoterapia+Integrativa%3A+%C2%BFExigencia+de+los+tiempos%3F+&btnG=](https://scholar.google.com.uy/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Psicoterapia+Integrativa%3A+%C2%BFExigencia+de+los+tiempos%3F+&btnG=)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. Recuperado 9 de septiembre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Orgiles-DOI, M. L. M., & Gascó, J. S. (2014). ¿Por qué no soy un Terapeuta Mindfulness? *Informació Psicològica*, (106), 54–69.
- Otero Rodríguez, J., Alés Portillo, A., & Vucínovich, N. (2015). Grupos de alta para pacientes con distimia crónica: Una propuesta psicoterapéutica orientada al fin de tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 527–540.
- Perls, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette Ca: Real People Press.
- Pizzagalli, D. A., Iosifescu, D., Hallett, L. A., Ratner, K. G., & Fava, M. (2008). Reduced hedonic capacity in major depressive disorder: Evidence from a probabilistic reward task. *Journal of psychiatric research*, 43(1), 76–87.
- Pulido, M. C. (2015). *Mindfulness, sencillamente*. Mario Carrillo Pulido.
- Robertson, S. (2018). ¿Cuál es materia gris? Recuperado de News Medical Life Sciences website: [https://www.news-medical.net/health/What-is-Grey-Matter-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Grey-Matter-(Spanish).aspx)
- Ruiz, P., Apud, I., Maiche, A., González, H., Pires, A. C., Carboni, A., ... Moreira, K. (2016). *Manual de introducción a la psicología cognitiva*.
- Sampaio, D., Figueira, M. L., & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatría Clínica. Lisboa: *Lidel*, 59–77.
- Santachita, A., & Vargas, M. L. (2015). Mindfulness en perspectiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 541–553.
- Sarmiento-Bolaños, M. J., & Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en psicología*

- latinoamericana*, 31(1), 140–155.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131–138.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York. *Guilford Press*. Steer, RA, Rissmiller, DJ, & Beck, AT (2000). Use of the Beck depression inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 311-318.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée de Brouwer.
- Shapero, B. G., Mischoulon, D., & Cusin, C. (2019). *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*.
- Sharp, C., Monterosso, J., & Montague, P. R. (2012). Neuroeconomics: A bridge for translational research. *Biological psychiatry*, 72(2), 87–92.
- Silvia, L. C., Vicente, G., & José Ángel, A. (2016). Depresión Mayor. Actualización 2016. Recomendaciones SEMERGEN. *MEDICAL & MARKETING COMMUNICATIONS*.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66(67), 5–30.
- Soler, A. B. (2013). *Relación entre el nivel de Mindfulness y el afecto positivo-negativo, ansiedad estado-rasgo, estrés y satisfacción académica en una muestra de estudiantes en psicología* (Tesis final de grado). Universidad de Zaragoza, Teruel.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS one*, 9(4), e96110.
- Tamayo Velázquez, M. I. (2018, julio). Tratamientos basados en la evidencia para la DISTIMIA [Psicoevidencias]. Recuperado 5 de marzo de 2019, de Tratamientos basados en la evidencia website:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-5Yz3tuvvAhWAELkGHcGsC-MQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.psicoevidencias.es%2Fcontenidos-psicoevidencias%2Fresumenes-de-evidencia%2F13-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-la-distimia%2Ffile&usq=A0vVaw358Lyxo20g1TkelrcNcx97>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213.

- Tang, Y.-Y., & Posner, M. I. (2012). Tools of the trade: Theory and method in mindfulness neuroscience. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 118–120.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, 2(3), 247–274.
- Thich Nhat Hanh. (2012). *La paz está en tu interior: Prácticas diarias de mindfulness* (Primera edición). Barcelona (España): HarperOne.
- Trivedi, J. K., & Kar, S. (2011). Focus issues in dysthymia. *Neuropsychiatry*, 1(3), 291.
- Uher, R. (2014). Persistent depressive disorder, dysthymia, and chronic depression: Update on diagnosis, treatment. *Psychiatric Times*, 31(8), 46–46.
- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27(2).
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Peffer, K., & Speckens, A. E. (2015). LONG-TERM OUTCOME OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN RECURRENTLY DEPRESSED PATIENTS WITH AND WITHOUT A DEPRESSIVE EPISODE AT BASELINE. *Depression and anxiety*, 32(8), 563-569.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A. J. W., & Segal, Z. V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 189–194.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.