



El que espera desespera.

Estudio experimental del impacto de una intervención basada en Mindfulness, en usuarios de la RAP Metropolitana, con derivación a servicio de psicología por diagnóstico de ansiedad, estrés y/o depresión.

Ana Miramonte

CI: 2.833.196-2

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Trabajo Final de Grado Modalidad: Pre-proyecto de Intervención

Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Revisor: Asist. Mag. Vicente Chirullo

Setiembre 2023 – Montevideo, Uruguay

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
SUMMARY	2
FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	3
SALUD MENTAL	3
ANSIEDAD	4
ESTRÉS	5
DEPRESIÓN.....	6
COMORBILIDAD ENTRE ANSIEDAD, ESTRES Y DEPRESION	8
PSICOTERAPIA	9
MINDFULNESS	10
TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS.....	13
FUNDAMENTACIÓN	15
PROBLEMA DE INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	15
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
HIPÓTESIS DE TRABAJO	16
METODOLOGÍA.....	16
TIPO de ESTUDIO.....	17
PARTICIPANTES	17
PROCEDIMIENTO.....	18
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	19
INTERVENCIÓN.....	20
ANÁLISIS DE DATOS.....	20
CRONOGRAMA	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
RESULTADOS ESPERADOS.....	22
POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	23
REFERENCIAS.....	23
ANEXOS	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	12
Figura 2.....	14
Figura 3.....	147
Figura	
4.....	21

RESUMEN

Frente al colapso del sistema de atención en salud mental y el aumento de la demanda después de la pandemia de COVID-19, es fundamental buscar intervenciones efectivas y de rápida implementación. La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) ha demostrado ser eficaz en la reducción de ansiedad, estrés y depresión en diversas poblaciones, presentándose como una solución potencial para aliviar el problema sociosanitario en Uruguay relacionado con las necesidades de atención en salud mental.

Dado que no existen investigaciones previas acerca de la efectividad de la TCBM en la población uruguaya de usuarios de ASSE, y teniendo en cuenta que la efectividad de cualquier intervención puede variar según el contexto cultural y social en el que se implemente. Es que se propone realizar un estudio cuantitativo para evaluar los efectos de una intervención basada en TCBM en usuarios de policlínicas de la Red de Atención Primaria (RAP) metropolitana de ASSE con derivación al servicio de psicología por síntomas de ansiedad, estrés y/o depresión. Para esto se seleccionará aleatoriamente las policlínicas y los usuarios en lista de espera, midiendo las variables de ansiedad, estrés y depresión pre y post intervención. El estudio busca aportar evidencia científica sobre la efectividad de la TCBM como una intervención rápida, efectiva y económica para abordar la ansiedad, el estrés y la depresión en la población de ASSE, y respaldar la implementación de intervenciones futuras basadas en mindfulness, contribuyendo a llenar el vacío de investigación y proporcionando evidencia relevante para la toma de decisiones en relación a políticas públicas.

Palabras Clave: Efectividad, TCBM, Ansiedad, Estrés, Depresión

SUMMARY

Due to the collapse of the mental health care system and the increase in demand after the COVID-19 pandemic, Look for effective interventions of fast implementation is essential. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) shows to be effective in reducing anxiety, stress and depression in various populations, presenting itself as a potential solution to alleviate the socio-health problem in Uruguay related to mental health care needs.

Given that there is no existing research on the effectiveness of MBCT in the Uruguayan population of ASSE users, and considering that the effectiveness of any intervention can vary depending on the cultural and social context in which it is implemented. That's why a quantitative study is proposed to evaluate the effects of a MBCT intervention on users of polyclinics within the ASSE Metropolitan Network of Primary Care, who have been referred to the psychology service due to symptoms of anxiety, stress, and/or depression. For this purpose, clinics and users on the queue will be randomly selected, measuring the variables of anxiety, stress, and depression pre and post intervention.

The study aims to provide scientific evidence on the effectiveness of MBCT as a rapid, effective, and cost-effective intervention to address anxiety, stress, and depression in the ASSE population, supporting the implementation of future mindfulness-based interventions. It aims to fill the research gap and provide relevant evidence for decision-making regarding public policies.

Keywords: Effectiveness, MBCT, Anxiety, Stress, Depression.

FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

SALUD MENTAL

La salud mental es un componente fundamental de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo. Una mente sana permite hacer frente a los desafíos de la vida, trabajar productivamente y aportar una contribución positiva a la propia comunidad. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2000).

En el prefacio del informe anual de la OMS (2022), se deja en claro que la salud mental trasciende la mera ausencia de enfermedad; constituye un componente inherente a nuestra salud y bienestar tanto individual como colectivo. Para lograr este cometido, se requiere reconfigurar nuestras actitudes, acciones y enfoques, con el propósito de fomentar y salvaguardar la salud mental, transformando los entornos que ejercen influencia sobre nuestro bienestar psíquico. Además, es esencial potenciar el desarrollo de servicios de salud mental arraigados en la comunidad, de manera tal que puedan brindar una cobertura integral. En esta línea conceptual, resulta fundamental proseguir con la integración de la salud mental en el ámbito de la atención primaria de salud.

En esta línea, la Ley nº 19.529: Ley de salud mental (Uruguay, 2017), contempla la prestación de atención psicológica en diferentes niveles de salud. El artículo 16 establece que la atención en salud mental se organizará en función de la complejidad, priorizando la atención primaria y el primer nivel de atención. Los equipos básicos del primer nivel serán el primer punto de contacto y actuarán como referentes en el proceso asistencial.

En el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para el periodo 2020-2027 (MSP, 2020) , se identifica como un desafío crítico la accesibilidad en salud mental, haciendo referencia a los tiempos de espera prolongados, la detección y resolución limitada en el primer nivel de atención. Además, se mencionan dificultades en términos de la cobertura de dispositivos, lo que dificulta una atención oportuna y continuidad asistencial. El plan propone expresamente la necesidad de incorporar al psicólogo en el ámbito territorial, formando equipos básicos de primer nivel que integren su rol específico. Sin embargo, según el MSP (2020), se considera que existen insuficiencias en cuanto a los recursos humanos capacitados de acuerdo con el nuevo modelo de atención.

A esto se suma el hecho de que el sistema de atención en salud mental se ha visto desbordado, especialmente después de la pandemia de COVID-19. En nuestro país, si bien los niveles de confinamiento fueron leves, el brote de COVID-19 afectó la salud mental (Paz et al., 2021).

El aumento en la cantidad de usuarios en lista de espera para servicios de psicología ha generado un cuello de botella, inicialmente debido a las medidas de aislamiento y posteriormente debido a las secuelas psicológicas resultantes, además del impacto emocional de atravesar una pandemia.

Asimismo, según el informe de la OMS (2022), se estima que la pandemia de COVID-19 ha provocado un aumento del 27,6% en los casos de trastorno depresivo mayor (TDM) y un incremento del 25,6% en los casos de trastornos de ansiedad a nivel mundial.

A pesar de que se realizaron búsquedas en los portales oficiales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y MSP en busca de datos concretos sobre los tiempos de espera o la cantidad de usuarios derivados a salud mental, no se encontraron cifras oficiales. Sin embargo en el artículo "Lista llena" del Semanario Brecha (2023, 14 abril), se entrevistó a referentes de Psicología y Psiquiatría sobre este tema, y todos coinciden en que tanto los centros públicos como los privados están saturados en lo que respecta a salud mental, con tiempos de espera de más de un año.

ANSIEDAD

Según datos de la OMS, los trastornos de ansiedad son las condiciones mentales más comunes después de la depresión, más de 260 millones de personas en el mundo padecen un trastorno de ansiedad, siendo los más comunes el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (OMS, 2022).

Encontramos definida la ansiedad en el Diccionario de Psicología (American Psychological Association [APA], 2023) como una emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión, en la que un individuo anticipa un peligro inminente, una catástrofe o una desgracia. Habiendo un correlato corporal, donde los músculos se tensan, la respiración es más rápida y el corazón late más rápido, para así poder enfrentar la amenaza.

Se la considera una conducta adaptativa que promueve la supervivencia del individuo para que permanezca alejado de situaciones y lugares con riesgo potencial. La ansiedad funciona como un mecanismo de respuesta fisiológica, emocional y conductual que surge de la anticipación a una posible amenaza o peligro futuro (Macías et al., 2019). Cuando este conjunto de síntomas físicos y mentales no responden a peligros o amenazas reales se puede estar frente a una ansiedad patológica. Cuando estas reacciones son excesivas, perturbadoras y persisten en el tiempo, se deben de evaluar para identificar si existe un trastorno de ansiedad, los cuales se encuentran descritos en los manuales de Psiquiatría como el DSM-5 o el CIE-11 (Sierra et al., 2003).

En el Manual de Psiquiatría DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) encontramos estos trastornos de ansiedad descritos, que se diferencian entre sí, según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, las conductas evitativas o la cognición asociada. Los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí. Estos, se diferencian de las emociones miedo o la ansiedad propios del desarrollo, por ser excesivos o persistir más allá de los periodos del desarrollo apropiados. Los trastornos de ansiedad pueden incluir el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, y trastorno de ansiedad debido a otras afecciones médicas (APA, 2014).

Según la teoría tridimensional de la ansiedad propuesta por Lang (1968), la reacción emocional de la ansiedad puede observarse a un triple nivel: cognitivo subjetivo (se refiere a la experiencia); fisiológico (cambios corporales); y motor (conductas claramente observables). A nivel cognitivo se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre

la actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de las debilidades personales; dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros. A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor, aunque también se activan otros, tales como sistema nervioso central, sistema endocrino y sistema inmune. De estos cambios o alteraciones los sujetos sólo perciben algunos, entre los cuales figuran: aumento en las frecuencias cardíaca (palpitaciones) y respiratoria, presencia de sudoración, tensión muscular, temblores musculares, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, dificultad para tragar, sensaciones gástricas, entre otros. A su vez, estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios (dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción eréctil, contracturas musculares, así como disfunciones gástricas). A nivel motor se manifiesta como: hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitar situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias (café, tabaco), llanto, tensión en la expresión facial, quedarse en blanco, respuestas que eviten la situación producida por la ansiedad (Lang, 1968). En resumen, la ansiedad se presenta con síntomas cognitivos, físicos y comportamentales. Algunos de los síntomas comunes de la ansiedad incluyen inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva, tensión muscular, dificultad para concentrarse, irritabilidad y problemas de sueño. Al persistir estos, pueden causar malestar significativo y afectar negativamente el funcionamiento diario de una persona, teniendo un impacto negativo.

ESTRÉS

El término “estrés” fue utilizado por primera vez por Hans Selye en 1936 para definir el estrés en términos biológicos como respuestas inespecíficas del cuerpo ante situaciones de tipo cambiante, y que sin importar la naturaleza del estresor (agentes evocadores de la respuesta de estrés) ya sea física o psicológica, provocará una demanda a la que el organismo deberá adaptarse con el fin de restablecer la homeostasis (Selye, 1952). Selye entiende que el estrés no puede ser evitado ya que el simple hecho de estar vivo demanda energía, y que ciertos niveles son necesarios para afrontar las exigencias de la vida cotidiana. Distingue el estrés positivo y el negativo. Utiliza el término eustrés para referirse al estrés positivo, que conduce a una respuesta adaptativa que ayuda al individuo a enfrentar exitosamente las situaciones generadoras de tensión, aumentando el rendimiento del organismo y permitiendo el logro de objetivos. Su activación es de carácter agudo, y no tiene repercusiones negativas sobre la salud. Por el contrario, cuando no se logra superar la situación y la activación de la respuesta se prolonga en el tiempo, pasa a ser una respuesta desadaptativa que se denomina distrés. Dicho sistema de respuesta es disfuncional, y provoca un desgaste en la salud física y psicológica del individuo (Selye, 1952). Una cantidad extrema de estrés se asocia con consecuencias para la salud y afecta negativamente al sistema inmunológico, cardiovascular, neuroendocrino y del sistema nervioso central (Anderson, 1998). El estrés crónico (el cual es constante y persiste durante un período prolongado de tiempo) puede contribuir o provocar graves problemas de salud, como ansiedad, depresión, dolor muscular, presión arterial alta, un sistema inmunológico debilitado,

insomnio y obesidad (Baum, 1999).

Encontramos algunas diferencias en cuanto a los distintos enfoques acerca del estrés. Los enfoques fisiológicos y bioquímicos se centran en las respuestas orgánicas que se generan en la persona cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante. Los enfoques psicosociales hacen énfasis en factores externos; los estímulos y eventos productores de estrés. Por su lado, los enfoques con una orientación cognitiva subrayan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta tanto aspectos internos como aquellos propios del ambiente. Los enfoques más integradores consideran que el estrés debe comprenderse desde una perspectiva más amplia, dado que convergen e interactúan muchas variables (Oblitas, 2004).

El estrés es una relación dinámica entre la persona y el ambiente, donde la persona no sería una víctima pasiva del estrés, ya que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este. El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo (Naranjo, 2004).

DEPRESIÓN

Según la OMS (2023) a escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. En el sitio oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) podemos encontrar caracterizada a la depresión por una profunda tristeza, pérdida de interés, anhedonia (incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de experimentar placer en actividades cotidianas), cambios en el apetito y el sueño, falta de energía, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Uno de sus principales efectos es que reduce la habilidad del individuo para las interacciones sociales, viéndose cada vez más aislado, lo cual aumenta los riesgos de intentos de autoeliminación (IAE). Es importante destacar que la depresión puede variar en su gravedad y duración, y puede interferir significativamente con el funcionamiento diario y la calidad de vida del individuo que la padece.

En términos académicos, la definición más aceptada y utilizada proviene del DSM-5 (APA, 2014) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, manual que caracteriza la depresión mayor por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, representando un cambio respecto al funcionamiento previo, y al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución del interés o el placer en casi todas las actividades.
3. Cambios significativos en el apetito y/o el peso.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
8. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

De acuerdo con Belloch y colaboradores (2009), los síntomas que presenta un individuo con depresión pueden ser muy variados en cuanto a la intensidad y la duración. Vamos a observar síntomas anímicos, con prevalencia de un estado de ánimo triste la mayor parte del día, o todos los días, en ocasiones predomina la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo, también se observa reducción de emociones positivas o de la capacidad de disfrute. También síntomas motivacionales y conductuales, presentándose un estado general de inhibición, apatía y falta de motivación, pudiendo ser producto de pensamientos negativos de desesperanza, falta de control o imposibilidad de dar sentido a lo que uno hace. Desde el punto de vista cognitivo, se ven afectadas las principales funciones cognitivas, la memoria, atención y capacidad de concentración, intensificados por un tipo de pensamiento circular y rumiativo; en cuanto al contenido del pensamiento es común observar el autodesprecio, culpa y pérdida de autoestima. Por último, tenemos los síntomas interpersonales, relacionados con la esfera social del individuo, siendo el más significativo el deterioro en las relaciones con los demás.

Podemos encontrar distintos factores de riesgo para desarrollar depresión, factores personales, genéticos, y ambientales. Con respecto a los factores personales, Álvarez (2014) menciona que el género femenino tiene mayor probabilidad de padecer depresión, así como, aquellas personas con estado civil solteras, divorciadas o viudas. Por otra parte, Berenzon y colaboradores (2013) enuncian que determinados factores del entorno tienen un papel relevante, como las crisis económicas y la violencia. También tenemos factores genéticos, Álvarez (2014) afirma que tienen mayor probabilidad de padecer depresión, aquellas personas que tengan un familiar de primer grado depresivo (padres, hijos, hermanos). Sin embargo, los estudios familiares realizados presentan limitaciones, ya que no se puede definir cuánto riesgo implican estos factores y cuanto el ambiente familiar del sujeto depresivo. Los factores ambientales aumentan el riesgo, generando además que el trastorno se presente probablemente en una edad menor, que se den episodios recurrentes y que sea mayor la incapacidad presente durante estos (Silva, 2002).

Otros factores como el rango etario comprendido entre los 58 y 85 años se destacan algunos factores de riesgo más específicos como duelo, discapacidad, episodio depresivo previo y trastornos del sueño (Peña et. al., 2009). En la población general, se asocian a la depresión el consumo de alcohol y tabaco, el padecimiento de migraña, el desempleo, entre otros (Álvarez, 2014). Asimismo, la OMS plantea que la depresión y las enfermedades físicas están relacionadas siendo las enfermedades cardíacas y el padecimiento de enfermedades endocrinas factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. También los rasgos de personalidad neurótica, los trastornos de ansiedad y los ataques de pánico, son asociados con una incidencia mayor de depresión (Álvarez, 2014).

Los individuos que experimentan depresión tienen un mayor riesgo de ideación suicida, intentos de

suicidio y suicidio consumado en comparación con la población general. La depresión puede aumentar la sensación de desesperación y falta de salida, lo que contribuye al riesgo de suicidio. Jimenez y colaboradores (2003) plantean que entre los factores de riesgo de suicidio se encuentran, factores sociodemográficos como el sexo, la edad, o factores socioeconómicos, al igual que factores relacionados con la biología, como la predisposición genética o la presencia de enfermedades físicas o mentales. La depresión es un factor importante en los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología depresiva comórbida.

La información presentada por el MSP (2023) acerca de los datos estadísticos sobre suicidio para Uruguay, indican que el total de fallecidos por esa causa ascendió a 818 a lo largo del 2022, de los cuales 179 fueron mujeres y 679 hombres.

En resumen, existe una estrecha conexión entre la depresión y el suicidio, pero es importante tener en cuenta que la depresión no siempre conduce al suicidio y que el suicidio puede estar asociado a otras condiciones de salud mental además de la depresión, así como a otros factores ya mencionados. No debemos confundir un factor de riesgo con un factor explicativo (Franklin et al., 2017). No todos los individuos con depresión desarrollarán pensamientos o conductas suicidas, pero es fundamental evaluar adecuadamente el riesgo de suicidio en aquellos que presenten síntomas depresivos graves.

COMORBILIDAD ENTRE ANSIEDAD, ESTRES Y DEPRESION

Al revisar algunos de los síntomas generales más comunes del estrés, encontramos: el insomnio, las contracturas musculares, mareos, trastornos del apetito, disfunción sexual, síndrome de fatiga crónica, disminución de la memoria, alteraciones en la cognición y manifestaciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y las crisis de pánico (González Méndez, 2009).

Frente a situaciones que generen estrés, el individuo determinará la forma e intensidad de su reacción, pudiendo optar por hacerle frente a la situación (si considera que posee los recursos para hacerlo), o se verá desbordado por ella, generando respuestas de angustia y ansiedad (Lazarus, 1999).

Los síntomas de la ansiedad suelen acompañar a muchas patologías y situaciones de estrés social (Gonçalves et al., 2003).

En base a lo anteriormente descrito, es relevante pensar la relación entre el estrés y la ansiedad, relación que resulta estrecha y compleja. El estrés puede desencadenar o agravar los síntomas de ansiedad, y la ansiedad a su vez puede generar estrés adicional. Ambos conceptos están interconectados y pueden influirse mutuamente (Lazarus, 1999).

En cuanto a la asociación existente entre la depresión y otros trastornos, existe una alta comorbilidad asociada a trastornos de ansiedad. Asimismo, en ocasiones, los episodios depresivos mayores son precedidos por un factor de estrés psicosocial (APA 2014).

Los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos (Rohde et al., 1991) y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la

noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son precedidos por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente (Mineka et al., 1998).

También cabe resaltar que las personas que sufren de ansiedad y depresión corren un riesgo dos veces mayor de sufrir una enfermedad cardíaca que las personas sin estas condiciones (Anderson & Anderson, 2003).

PSICOTERAPIA

En el sitio oficial de la APA encontramos definida la psicoterapia como un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial. (APA, 2023).

Según Campo-Redondo (2021) la psicoterapia es un proceso basado en el establecimiento de un tipo especial de relación que conduce a un crecimiento personal, que permite acceder a la subjetividad del paciente y que genera un crecimiento personal del propio terapeuta. La relación terapéutica está basada en el establecimiento de un vínculo y una alianza que permite conocer al paciente, y que surjan aspectos íntimos y subjetivos del paciente; es un espacio donde llega la persona a consultar o buscar ayuda a los problemas o padecimientos que lo llevan al sufrimiento, y es en ese proceso donde el paciente muestra su ser y a su vez permite conocerse a sí mismo, y poder construir un cambio o transformación en su vida.

La psicoterapia, entendida como proceso interpersonal, pone en marcha cambios y alivio en el consultante, contribuyendo de forma significativa a lograr tratamientos resolutivos. Muchas patologías mentales, así como otros motivos de consulta, tienen como principal indicación, o como complemento a los fármacos, la psicoterapia (Lambert, 2013). Mostrando las diferentes orientaciones teóricas de psicoterapia, equivalencia respecto de promover el cambio.

Hunsley y colaboradores (2013) en una exhaustiva revisión bibliográfica, concluyen que existe amplia evidencia que demuestra que la psicoterapia es un tratamiento eficaz para una extensa gama de trastornos psiquiátricos. Esta conclusión se aplica a lo largo del ciclo vital. Existen diversos estudios, por ejemplo, las investigaciones que comparan los efectos de la psicoterapia con farmacoterapia para adultos con depresión, estos demuestran que la psicoterapia tiene tan buenos resultados como la farmacoterapia. Sin embargo, la psicoterapia muestra resultados superiores en el seguimiento y produce tasas de recaída más bajas que la farmacoterapia (Cuijpers et al., 2011).

Esta equivalencia ha sido explicada a través del modelo genérico (Orlinsky, 2009), se refiere al “género psicoterapia” y plantea, desde la perspectiva del conocimiento acumulado en el área, los elementos comunes a las psicoterapias y su relación con los resultados terapéuticos. Todas las psicoterapias comparten “factores de ingreso” (input), que incluye las características personales de paciente y terapeuta; “factores de proceso” y “factores de egreso” (output), que incluye los efectos del proceso en el paciente (resultados de la terapia), también en el terapeuta y en la comunidad a la cual

pertenece. Dentro de los factores de proceso destacan el encuadre: acuerdos sobre la duración, frecuencia y roles en la terapia; la relación terapéutica y las acciones terapéuticas (que son las técnicas específicas que utilizan y han aprendido los psicoterapeutas). La investigación ha mostrado que la claridad en el encuadre, incluyendo la distribución de roles, influye positivamente en los resultados terapéuticos (Orlinsky & Howard, 1986). A su vez, todos los trabajos muestran una correlación positiva entre calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta (conceptualizado como alianza terapéutica), y resultados. La relación terapéutica también actúa como moderadora para que la técnica, acción terapéutica, tenga un buen resultado.

El Plan Nacional de Salud Mental integrado en el SNIS, establece como objetivo general:

Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011 (MSP, 2011, p.8).

MINDFULNESS

El Mindfulness también conocido como atención plena, es una práctica que consiste en prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar los pensamientos, emociones o sensaciones que surgen. Plantea Kabat-Zinn (2013) que el mindfulness proviene de la tradición budista y se considera universal, ya que se relaciona con capacidades innatas como la atención y la conciencia. Cultivar el mindfulness requiere de concentración, y de la disposición de llevar la conciencia a todo lo que ocurra y aprender a relacionarse con ello. El autor menciona que en el mindfulness la persona toma su propia experiencia evitando corregirla o cambiarla, y describe este acto como un gesto generoso, amoroso, curativo e inteligente hacia uno mismo. Similar a la propuesta de Kabat-Zinn se encuentran las ideas de Miró y Simón (2012) quienes hacen referencia al mindfulness como la observación de las propias conductas internas, diferenciando estas conductas de los pensamientos rumiativos. La sobre reacción emocional que resulta de no lograr aceptar una experiencia juega un rol importante en el origen de la psicopatología (Williams, 2010).

Muchos de los procesos patologizantes implicados en la depresión se originan cuando la persona se compara con un ideal, cuando no logra aceptar la realidad de lo que le sucede, o cuando lo que le está sucediendo es indeseado o no le agrada. Y esas experiencias se viven desde un estado de rechazo a la realidad. En cambio, desde la perspectiva del mindfulness esta observación se realiza desde la aceptación del presente, a partir de la conciencia, y de un estado no reactivo y sin prejuicios, desde una atención plena sin juzgar, sin comparar con un estado ideal, y con la premisa que estos pensamientos son producto de la mente y no son la realidad (Miró & Simón, 2012). El mindfulness implica entrenar la capacidad de prestar atención de forma consciente y sin juicio a la experiencia presente, incluyendo los pensamientos, las sensaciones corporales y las emociones. El Mindfulness propone tomar conciencia y observar los pensamientos, así la persona logra identificar que esos pensamientos no son permanentes, no la limitan y no son verdades, simplemente son un producto de la mente que está ejerciendo su función de crear pensamientos. Esto lleva a la desidentificación con

los pensamientos. Cuando surge un pensamiento sobre cualquier evento o persona, se asocia a una emoción y por lo tanto afecta el estado de ánimo y el accionar. La toma de consciencia de que los pensamientos son procesos mentales y la observación de estos en el presente, hacen que se rompa el círculo y que la persona no quede inmersa en una corriente incesante de pensamientos, muchas veces sin siquiera percatarse de ello, respondiendo de forma automática (Gunaratana, 2002, Sthal et al., 2010). La práctica regular se ha asociado con la reducción del estrés percibido y de los síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión. También se asocia con una mejora en la capacidad de concentración y la atención sostenida, lo que puede tener beneficios en diferentes aspectos de la vida cotidiana y el rendimiento cognitivo. El mindfulness puede ayudar a desarrollar habilidades de autorregulación emocional, promoviendo una mayor conciencia y aceptación de las emociones y facilitando respuestas más adaptativas a las mismas.

Hofmann y colaboradores (2010) realizaron un metanálisis basado en 39 estudios con un total de 1140 participantes que recibieron terapia basada en la atención plena para una variedad de afecciones, incluido el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión y otras afecciones psiquiátricas o médicas. Las estimaciones del tamaño del efecto sugieren que la terapia basada en la atención plena fue moderadamente efectiva para mejorar la ansiedad (g de Hedges = 0,63) y los síntomas del estado de ánimo (g de Hedges = 0,59) desde antes hasta después del tratamiento en la muestra general. En pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, esta intervención se asoció con tamaños del efecto (g de Hedges) de 0,97 y 0,95 para mejorar los síntomas de ansiedad y del estado de ánimo, respectivamente. En resumen, las estimaciones del tamaño del efecto sugieren que la terapia basada en la atención plena fue efectiva para mejorar la ansiedad y los síntomas del estado de ánimo.

Se plantea en relación al estrés, la hipótesis de que, puesto que la enfermedad se origina en la desconexión entre los pensamientos, las sensaciones y las emociones, la recuperación de la salud pasa por la reconexión con esas experiencias internas (Kabat Zinn, 1990). Uno de los beneficios de la técnica del mindfulness en relación al estrés es lograr esta conexión, permitiendo generar más consciencia de los pensamientos y las emociones.

Las intervenciones basadas en Mindfulness brindan a las personas herramientas para afrontar conscientemente situaciones difíciles y malestares asociados con el estrés, la ansiedad y la depresión, mejorando la atención y calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos (Cullen, 2011). En cuanto a las posibilidades que brinda el Mindfulness para mejorar la calidad de vida de los individuos, cabe destacar que desde el año 2013 funciona en Reino Unido, Mindful Nation UK, formado por un grupo de parlamentarios y expertos en el tema para promocionar los beneficios del mindfulness y cómo podría implementarse en las instituciones y en políticas públicas. Compuesta por cuatro centros de investigación y capacitación en atención plena de las universidades de Bangor, Exeter, Oxford y Sussex, así como la Fundación de Salud Mental de Reino Unido, la Asociación de Atención plena y Breathworks. Cuentan con la asesoría de un grupo de científicos y profesionales más experimentados en atención plena del Reino Unido, y con el patrocinio de Jon Kabat-Zinn (Mindful Nation UK, 2015). Así el proyecto Mindful Nation UK y su enfoque en la implementación del mindfulness en instituciones y políticas públicas proporciona un ejemplo de cómo el mindfulness se

ha integrado en el ámbito de la salud mental a nivel gubernamental y cómo ha sido respaldado por centros de investigación, organizaciones y profesionales en la materia.

Es relevante mencionar que tan solo en el año 2022 se publicaron 1444 estudios sobre mindfulness, con un acumulado de 10674 estudios desde 1980 (American Mindfulness Research Association, 2023) y que las intervenciones basadas en Mindfulness cuentan con un desarrollo científico de 42 años de investigación y son ampliamente utilizadas por profesionales de la salud alrededor del mundo con una contundente evidencia científica (Figura 1).

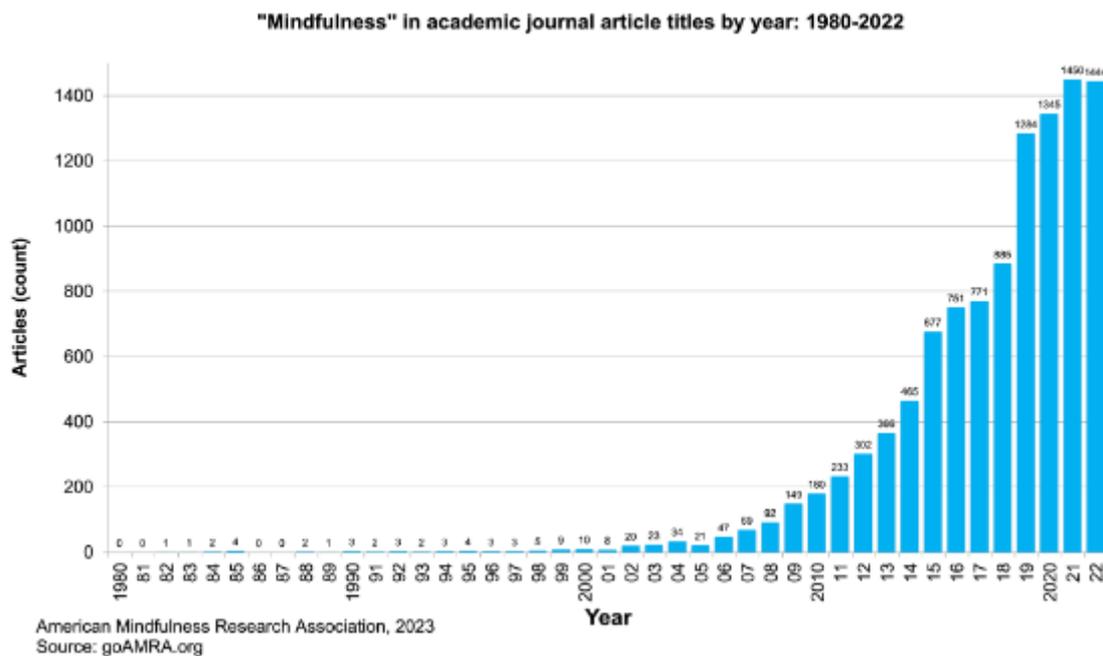


Figura 1. Publicaciones en revistas de mindfulness por año, 1980-2022
Datos obtenidos de la búsqueda de ISI Web of Science de "mindfulness" en el título de artículos de revistas académicas.

Uno de los aportes más importantes en el desarrollo clínico de mindfulness, fue la creación del protocolo de la terapia cognitiva basada en mindfulness (TCBM) diseñado en 1995 por Teasdale, Segal y Williams, dado que la intervención combina las bases de la terapia cognitiva conductual, mindfulness y el MBSR. La TCBM se utilizó al comienzo para prevenir recaídas en pacientes con depresión mayor recurrente (Teasdale et al., 2000).

TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) fue desarrollada por Teasdale y colaboradores basada en los principios de la Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR por sus siglas en inglés) de Jon Kabat-Zinn (Teasdale et al., 2002). Se encuentra dentro de la tercera generación de terapias de conducta. Estas terapias de tercera generación se basan en la idea de que el sufrimiento humano es causado por la lucha y evitación de experiencias internas difíciles, y buscan promover la flexibilidad psicológica y la conexión con los valores personales como medios para mejorar el bienestar. Han demostrado eficacia en el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales y

problemas de salud mental. La Terapia Cognitiva propone cuestionar el contenido de los pensamientos, mientras que la TCBM promueve observar los pensamientos sin cambiarlos, propone un mecanismo diferente de acción.

La TCBM ofrece un programa de ocho sesiones grupales, basadas en el programa MBSR creado por Jon Kabat-Zinn en 1979 en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts (Kabat Zinn, 1990). En estas sesiones se enseñan técnicas de Mindfulness y se indican tareas para la casa. Durante el tratamiento se enseñan y aplican distintas técnicas, incluso técnicas básicas de yoga. Sin embargo, la técnica principal de entrenamiento en la TCBM es la práctica de mindfulness formal. Por otro lado, el mindfulness informal busca integrar la atención plena a las rutinas diarias (Segal et al., 2002). Incorpora técnicas propuestas por la Terapia Cognitiva, como registrar y describir los pensamientos, emociones y sentimientos que surgen a partir de sucesos, sean agradables o desagradables. Este ejercicio resulta en que las personas logren separar el suceso de la experiencia personal, dándole un significado y logrando una riqueza en la descripción. Se ejercita la habilidad de tomar perspectiva sobre los hechos y se desarrolla la capacidad de observarse a sí mismos (Miró & Simón, 2012).

Segal y colaboradores (2002) han descrito muy bien esta técnica, pudiendo detallar el trabajo a realizar en la sesión semanal, así como las tareas a desarrollar fuera de la misma, en la vida cotidiana. 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 et al., 2002).

La Asociación Americana de Psicología en su División 12 (APA, 2023), ha identificado la "mejor evidencia de investigación" como un componente principal de la práctica basada en la evidencia. Este recurso contiene una lista de tratamientos psicológicos con evidencia publicada de eficacia según lo determinado por una revisión de los criterios establecidos por la Sociedad de Psicología Clínica (SCP). Allí encontramos los diferentes tratamientos agrupados según criterios establecidos por Chambless y Hollon (1998), quien considera que la evidencia de un tratamiento es sólida, modesta o controvertida según una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados o sus equivalentes lógicos. Allí encontramos TCBM con un criterio fuerte de evidencia empírica para el tratamiento de la depresión, para el Trastorno de Ansiedad generalizado la Terapia cognitivo conductual es la que presenta un criterio con fuerte evidencia, y el estrés como síntoma no figura, si encontramos el uso del Entrenamiento de inoculación de estrés para el tratamiento de estrés postraumático.

En Reino Unido, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE por sus siglas en inglés) institución a cargo de la salud pública, recomienda desde 2004 el uso de la TCBM en pacientes diagnosticados con depresión, y en 2009 se le asignó el estatus de intervención prioritaria (Mindful Nation UK, 2015; NICE, 2009), utilizándose protocolos de TCBM a gran escala, dado que numerosos estudios han mostrado que estos programas son útiles para el tratamiento de trastornos como depresión, ansiedad, estrés y otras condiciones crónicas (Cullen, 2011; Hofmann et al., 2010).

Si bien hay una contundente evidencia científica acerca del efecto positivo de las técnicas basadas en

Mindfulness en relación a la disminución de síntomas de ansiedad, estrés y depresión a nivel mundial, en nuestro país, los estudios son escasos e incipientes. Luego de realizar una búsqueda en portales calificados como PubMed, Timbó, y Google Académico, utilizando los términos MINDFULNESS (AND) INVESTIGATION (AND) URUGUAY, se obtuvieron 4 artículos (figura 2).

Dada la escasa evidencia científica para la población uruguaya, parece de gran valor poder generar conocimiento en este sentido, el cual sirva de base para futuras políticas públicas, y/o procesos que redunden en una mejor atención de los usuarios de salud mental en nuestro país.

ARTÍCULO	AUTORES	FECHA	OBJETIVO
Educación Física Consciente: Mindfulness en la escuela.	Bizzozero y colaboradores.	2018	Generar un primer acercamiento en Uruguay respecto a la introducción del mindfulness en la educación física escolar
Efectos de una intervención de reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR) sobre parámetros clínicos en la Artritis Reumatoidea.	Castellano y colaboradores.	2019	Revisión sistemática para evaluar la eficacia y seguridad de técnicas de meditación como tratamiento complementario de la Artritis reumatoidea
An on-line mindfulness-based stress reduction program for health workers in Uruguay amidst the COVID-19 pandemic April 2020.	Castellano, y colaboradores.	2022	Estudio de prueba previa y posterior de un grupo para evaluar la viabilidad del programa MBSR en un entorno virtual para profesionales de la salud en Uruguay durante el primer mes de la pandemia de COVID-19.
Effects Of a Virtual Mindful Self-compassion Training On Mindfulness, Self-compassion, Empathy, Well-being And Stress In Uruguayan Primary School Teachers During Covid-19 Times.	Bidegain y colaboradores.	2023	Evaluar los efectos de una intervención virtual de Autocompasión Consciente (MSC) sobre la atención plena, la autocompasión, la empatía, el estrés y el bienestar en docentes de educación primaria uruguaya

Figura 2. Artículos científicos, resumen del resultado de búsqueda utilizando palabras clave MINDFULNESS (AND) INVESTIGATION (AND) URUGUAY, en PubMed, Timbó, y Google Académico.

FUNDAMENTACIÓN

Las razones que llevaron a la elaboración de este pre-proyecto de intervención, incluyen la necesidad de encontrar alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con síntomas de ansiedad, estrés y/o depresión.

Además es relevante mencionar que la investigación en salud mental es escasa, y en general corresponde a esfuerzos aislados, inconexos con las políticas públicas. Aún nos encontramos con dificultades para realizar investigación en primer nivel de atención que permita conocer los factores que inciden en la efectividad, así lo deja de manifiesto el PNSM 2020-2027 (MSP; 2020).

Contar con información oportuna y de calidad influye de manera sustancial en la definición de las

políticas públicas. Los sistemas de información pueden ser entendidos como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, permitiendo que el flujo de datos se transforme en un insumo útil para el desarrollo de servicios y la toma de decisiones (Ley nº 19.529: Ley de salud mental, Uruguay, 2017).

Como futuros profesionales debemos velar por una:

asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. (OMS, 1978, p.3).

PROBLEMA DE INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El colapso del sistema de atención en salud mental y el aumento de la demanda después de la pandemia de COVID-19 en Uruguay plantean un problema sociosanitario urgente en relación con las necesidades de atención en salud mental. Se necesita una intervención rápida, efectiva y asequible. La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) presenta suficiente evidencia en la reducción de ansiedad, estrés y depresión en diversas poblaciones (Teasdale et al., 2015; Chiesa et al., 2015; Rodrigues et al., 2017) como para ser una posible solución. En Uruguay no se cuenta con investigaciones sobre su efectividad en la población de usuarios de ASSE. Por lo antes descrito se propone implementar esta intervención en policlínicas con servicios de salud mental de primer nivel de atención (ver Anexo 1 Lista de policlínicas RAP).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto de una intervención basada en TCBM en la reducción de ansiedad, estrés y depresión en usuarios de policlínicas de la Red de Atención Primaria (RAP) metropolitana de ASSE con derivación al servicio de psicología por síntomas de ansiedad, estrés y/o depresión?

¿Cuál es la diferencia en los efectos de la TCBM, la TCBM combinada con psicoterapia y la psicoterapia sola en la reducción de ansiedad, estrés y depresión en esta población?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de una intervención basada en Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) en la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión en usuarios de policlínicas de la Red de Atención Primaria (RAP) metropolitana de ASSE con derivación al servicio de psicología por síntomas de ansiedad, estrés y/o depresión, al mismo tiempo comparar los efectos de la TCBM en relación con la psicoterapia, y con la combinación de ambos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la efectividad de la intervención basada en TCBM en la reducción de estrés en los

- participantes de las policlínicas de la RAP metropolitana de ASSE, en el corto, mediano y largo plazo.
- Evaluar la efectividad de la intervención basada en TCBM en la reducción de la depresión en los participantes de las policlínicas de la RAP metropolitana de ASSE, en el corto, mediano y largo plazo.
 - Evaluar la efectividad de la intervención basada en TCBM en la reducción de ansiedad en los participantes de las policlínicas de la RAP metropolitana de ASSE, en el corto, mediano y largo plazo.
 - Comparar los efectos de la TCBM, la psicoterapia (Tratamiento usual brindado por ASSE, sin influencia por parte de los investigadores) , y la TCBM combinada con psicoterapia, en la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión en esta población.
 - Relevante la experiencia para sistematizar y generar un programa de intervención.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Efectividad de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM): Se espera que la intervención basada en TCBM tenga un efecto significativo en la reducción de los niveles de ansiedad, estrés y depresión en los usuarios de las policlínicas de la Red de Atención Primaria (RAP) metropolitana de ASSE. Se anticipa que los participantes que reciben TCBM mostrarán una disminución estadísticamente significativa en comparación con el grupo de control que no recibe ninguna intervención
- Comparación entre intervenciones: Se espera que los participantes que reciben la combinación de TCBM y psicoterapia muestren una mayor reducción en los niveles de ansiedad, estrés y depresión en comparación con aquellos que reciben solo TCBM o solo psicoterapia. Se espera que los 3 grupos de intervención muestren una mejora significativa en comparación con el grupo de control.

METODOLOGÍA

Dado que se quiere analizar experimentalmente el efecto de la TCBM al igual que el efecto de la psicoterapia, o sea manipular más de una variable independiente, que incluye dos o más niveles o modalidades de presencia, sobre las variables dependientes ansiedad, estrés y depresión, se utilizará un diseño factorial completo. La preparación de un diseño factorial consiste en que todos los niveles o modalidades de cada variable independiente son tomados en combinación con todos los niveles o modalidades de las otras variables independientes. La asignación al azar produce control y funciona mejor cuanto mayor sea el número de casos, pues las variables que deben ser controladas (variables extrañas y fuentes de invalidación interna) se distribuyen aproximadamente de la misma manera en los grupos, así la influencia de otras variables que no sean las independientes se mantiene constante. (Hernández Sampieri et al., 2014).

TIPO de ESTUDIO

En el presente trabajo se propone una metodología cuantitativa de tipo experimental factorial completo, con un diseño de pre prueba y post prueba, con grupo de control, que involucra tres variables dependientes (ansiedad, estrés y depresión) y dos variables independientes (mindfulness y

psicoterapia), y un seguimiento a los 6 y 12 meses (figura 3).

Grupos	Test preprueba	Intervención	Test postprueba	Seguimiento grupo 6 meses	Seguimiento grupo 12 meses
G1	O1	X1 Psicoterapia	O2	O3	O4
G2	O5	X2 TCBM	O6	O7	O8
G3	O9	X1X2 Psico+TCBM	O10	O11	O12
G4 control	O13	-	O14	O15	O16
G grupo de sujetos	O medición de sujetos	X variable independiente	O medición de sujetos	O medición de los sujetos	

Figura 3. Metodología del estudio (Experimental factorial completo)

PARTICIPANTES

- Selección y asignación de participantes:

Se seleccionará de forma aleatoria las policlínicas con servicio de salud mental pertenecientes a la RAP Metropolitana de ASSE. Una vez seleccionadas, se obtendrá la lista de usuarios en espera para el servicio de psicología.

- Criterios de inclusión: Se reclutan individuos adultos de ambos sexos, mayores de 18 años. Derivación por motivos específicos: Los participantes deberán contar con una derivación formal al servicio de psicología, indicando claramente la presencia de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y/o estrés como motivo principal de consulta. Fecha de derivación: Se dará prioridad a aquellos usuarios cuya derivación sea de una fecha más alejada en el tiempo. Se seguirá un orden cronológico inverso al seleccionar a los participantes, comenzando por aquellos que hayan sido derivados hace más tiempo, hasta alcanzar el tamaño de muestra requerido.

- Criterios de exclusión: Se relevará historia clínica y quedarán excluidos los participantes que cumplan alguno de los siguientes criterios:

a) Diagnóstico de trastornos mentales graves, según clasificación del DSM-5 (APA; 2014) Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

b) Presencia de Discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual), clasificación DSM-5.

c) Presencia de Trastorno neurocognitivo mayor o Trastorno neurocognitivo menor con deterioro cognitivo que interfiera con la realización de las prácticas de Mindfulness.

A todos los participantes se les aplicará la Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS). La cual está formada por un cuestionario de 15 preguntas cerradas (sí o no como respuesta), diseñada por Plutchik

(Plutchik et al., 1989), que busca diferenciar las personas que presentan algún riesgo de realizar un intento de suicidio de los que no. Cada respuesta afirmativa suma un punto, para un total de 15; a mayor puntaje mayor es el riesgo suicida. Se toma el 6 como punto de corte. (Rubio et al., 1998). Aquellos participantes que presenten puntuación mayor a 9, se los derivará a evaluación Psiquiátrica.

- Para esta investigación, se buscará seleccionar una muestra representativa de participantes que abarque síntomas de ansiedad, estrés y depresión. Cada grupo deberá contar con un total de N=100 participantes, con al menos uno de los siguientes diagnósticos: ansiedad, estrés y/o depresión.

Es importante asegurarse de que la muestra sea representativa de la población objetivo y que incluya una diversidad de niveles de ansiedad, estrés y depresión. Para esto se hará una selección aleatoria, que permitirá obtener resultados más generalizables y tener en cuenta la heterogeneidad de la población en estudio.

PROCEDIMIENTO

Una vez se seleccionen de las listas de espera los participantes, se llevará a cabo un proceso de selección aleatorio para garantizar la imparcialidad en la elección de los participantes. Asignar aleatoriamente a los participantes en cuatro grupos:

Grupo 1 (mindfulness + psicoterapia tratamiento usual de ASSE).

Grupo 2 (mindfulness).

Grupo 3 (psicoterapia tratamiento usual de ASSE).

Grupo de control (sin intervención).

Grupo de Control: Por definición los participantes de este grupo no recibirán intervención psicológica alguna durante 16 meses.

Se suma al criterio de exclusión: No integran este grupo usuarios con intentos de autoeliminación (IAE), Ideación suicida, lesiones autoinflingidas (LAIS), en los últimos 3 meses previos al estudio, ya que es desaconsejable mantener a estos usuarios sin atención durante un periodo largo de tiempo.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Preprueba:

Antes de la intervención, se administrarán cuestionarios validados para medir los niveles de ansiedad, estrés y depresión en todos los grupos participantes.

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Se encuentra constituido por 21 ítems que tienen la finalidad de evaluar los síntomas emocionales, somáticos y cognitivos de la depresión. Cada ítem consta de cuatro opciones, escala tipo Likert de 4 opciones (de 0 a 3) que se disponen en orden creciente, según la menor o mayor presencia del síntoma depresivo y se debe marcar con un círculo la opción que el encuestado considere más adecuada. Las puntuaciones más altas indican síntomas depresivos más graves. Los datos normativos sugieren cuatro grados

del estado emocional: estado de ánimo normal (0-13), estado depresivo leve (14-19), moderado (20-28) y grave (29-63). (Schanche et al., 2020).

Los participantes que presenten puntuación mayor a 29, se los derivará a evaluación Psiquiátrica.

2. Inventario de Ansiedad de Beck - Beck Anxiety Inventory (BAI): Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems con diversos síntomas centrados en aspectos físicos relacionados a la ansiedad. Cada ítem se puntúa con valores de 0 a 3 donde 0 corresponde "en absoluto", 1 "levemente", 2 "moderadamente", y 3 "severamente". La puntuación total se obtiene con la suma de las puntuaciones de todos los ítems, con puntuación máxima 63 puntos. Para la interpretación de datos, se considera una puntuación entre 0 y 7 como nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 puntos como leve, de 16 a 25 como moderado, y de 26 a 63 como grave (Pagano et al., 2021). Los participantes que presenten puntuación mayor a 26, se los derivará a evaluación Psiquiátrica.
3. Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS): Es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta es tipo Likert de 5 opciones (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Este instrumento fue creado por Cohen y colaboradores (1988). La versión española fue traducida y adaptada por Remor E. (2001) denominada versión española 2.0. Los valores de 0-14 indican que casi nunca o nunca está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado, y de 43-56, muy a menudo está estresado. Los participantes que presenten puntuación mayor a 29, se los derivará a evaluación Psiquiátrica.

INTERVENCIÓN

Luego de la fase de prepruebas, los grupos 1 al 3 comenzarán con la intervención en la misma semana, subdividiéndose los grupos 1 y 2 (Grupos que recibirán TCBM) en subgrupos de 20 participantes (total 10 subgrupos).

Grupo 1 (TCBM): Los participantes recibirán durante 9 semanas, sesiones de 2 hs. de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (el programa MBSR consta de 8 sesiones, pero se sumará una sesión inicial para presentación e introducción). Cada encuentro tendrá una parte teórica y otra práctica donde se aplicará la técnica enseñada (práctica formal), se plantean ejercicios para aplicar en la vida cotidiana (práctica informal), y se entrega tareas correspondientes a técnicas derivadas de la Terapia Cognitiva, para registrar y describir los pensamientos, emociones y sentimientos que surgen a partir de sucesos, para trabajar en su domicilio y en el siguiente encuentro se plantean dudas y

posibles dificultades que tuvieron para aplicar en la semana (Anexo 2).

Grupo 2 (TCBM + psicoterapia): Los participantes recibirán durante 9 semanas, sesiones de 2 hs. de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Ídem Grupo 1). En paralelo recibirán 9 sesiones de psicoterapia (Tratamiento usual brindado por ASSE, sin influencia por parte de los investigadores) de manera combinada, de 40 minutos semanales, tal como determina ASSE las consultas en psicoterapia. Esta combinación de sesiones será en diferentes días de la semana, no debiendo coincidir en ningún caso.

Grupo 3 (psicoterapia): Los participantes recibirán sesiones semanales de psicoterapia individual de 40 minutos (Tratamiento usual brindado por ASSE, sin influencia por parte de los investigadores).

Grupo de control: Los participantes no recibirán ninguna intervención.

Post prueba:

Al finalizar la intervención, se aplicarán nuevamente los cuestionarios de ansiedad, estrés y depresión a todos los grupos.

Seguimiento mediano y largo plazo: Luego de transcurridos 6 meses, se volverán a aplicar los cuestionarios y finalmente a los 12 meses será el último seguimiento con aplicación de pruebas.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para comparar los cambios en los niveles de ansiedad, estrés y depresión entre los grupos a lo largo del tiempo. Posteriormente, se llevarán a cabo pruebas de comparaciones post hoc para identificar diferencias significativas entre los grupos. A su vez se calculará el margen de error de los datos obtenidos.

Interpretación de resultados:

Se evaluarán los efectos del mindfulness, la psicoterapia y su combinación en los niveles de ansiedad, estrés y depresión. Además, se determinarán posibles interacciones significativas entre las variables independientes y dependientes.

CRONOGRAMA

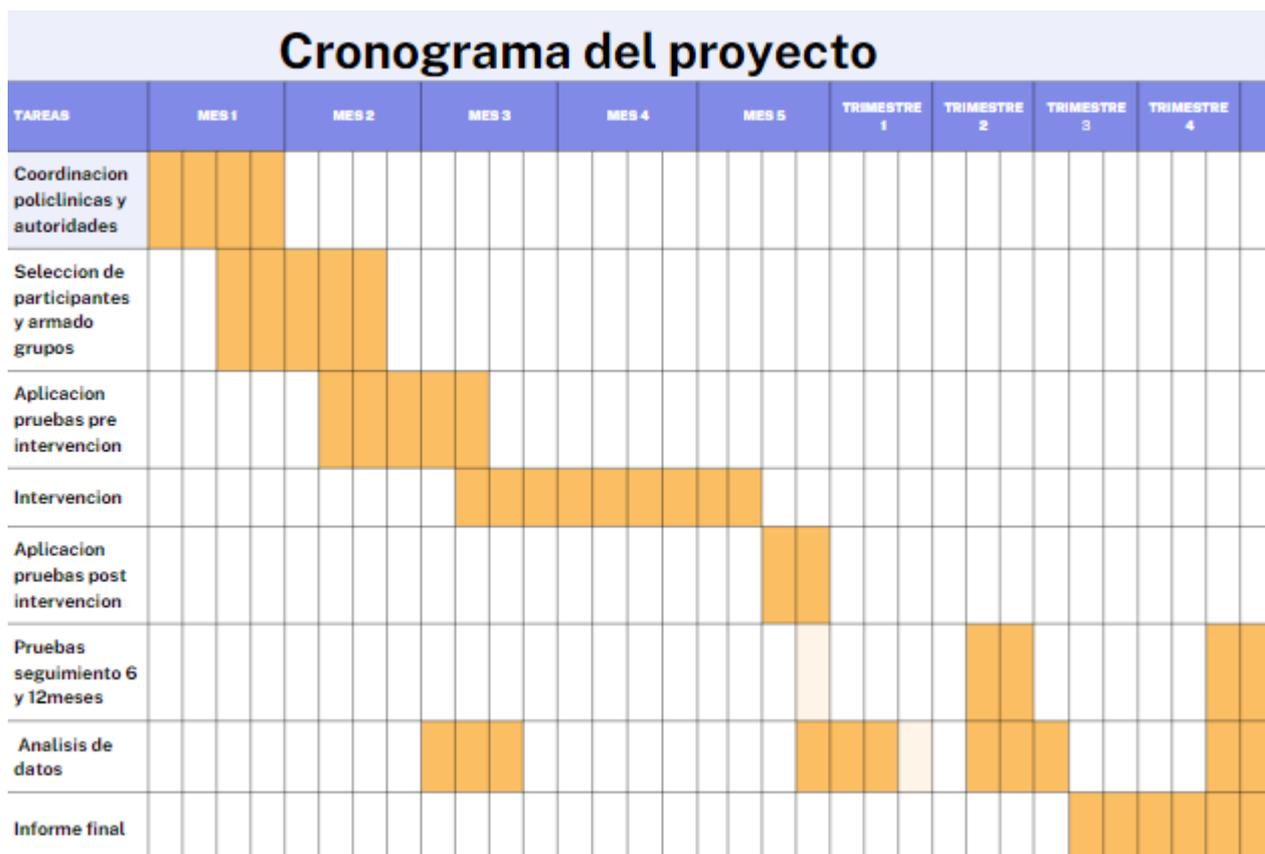


Figura 4. Cronograma tentativo de trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este pre-proyecto de intervención prevé su ejecución en policlínicas con servicios de salud mental pertenecientes a la RAP Metropolitana de Salud Pública, por lo que su ejecución queda supeditada a la autorización y observaciones de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Se deberá trabajar acorde a las normas establecidas por las Policlínicas seleccionadas, incorporando las observaciones que realice el equipo de dirección del recinto de salud.

Es fundamental tener en cuenta que la atención integral de los participantes involucra una respuesta inmediata ante la presencia de síntomas severos o situaciones de riesgo. Por lo tanto, se garantizará que se sigan los protocolos y procedimientos clínicos adecuados, así como la derivación oportuna a los servicios de emergencia y la provisión de atención especializada para abordar las necesidades específicas de salud mental identificadas. Este enfoque de atención centrado en la seguridad y el bienestar de los participantes permitirá minimizar cualquier posible riesgo y garantizar una respuesta efectiva ante situaciones críticas que puedan surgir durante el estudio. Si los participantes manifiestan según criterio clínico, síntomas severos de ansiedad, estrés o depresión, así como episodios de intento de autoeliminación (IAE), lesiones autoinfligidas (LAIS) o ideación suicida, se implementará de manera inmediata un protocolo de derivación a un servicio de emergencia psiquiátrica (Hospital Vilardebó, Hospital Maciel y Hospital Pasteur) para una evaluación clínica exhaustiva y la provisión de un tratamiento especializado acorde a las necesidades identificadas.

Con el fin de garantizar el bienestar de los participantes durante el estudio, se establecerá un sistema

de apoyo continuo que incluirá la disponibilidad de un profesional de salud mental debidamente capacitado, para brindar orientación y apoyo psicológico en caso de que los participantes experimenten angustia significativa o requieran discutir cualquier inquietud relacionada con la intervención.

Se solicitará el aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología. La investigación se llevará a cabo de acuerdo con las normas establecidas por el Decreto 379/008 del Consejo de Ministros sobre la Investigación en seres humanos. Se trabajará sobre el principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y el principio de justicia. Se les solicitará a las personas participantes, su consentimiento libre e informado, luego de haberles explicado la finalidad de la misma, su utilización y posterior manejo de la información, además de aclararles que su participación será voluntaria, y que no generará ningún tipo de retribución o beneficio. Se les informará que en caso de generar algún tipo de perjuicio contra la persona, a raíz de dicha investigación, será responsabilidad del investigador, patrocinador, y/o la institución competente, brindarle la asistencia integral para subsanar los daños sin costo alguno. Se les comunicará la posibilidad de su negativa a participar, o de terminarla en cualquier momento que considere necesario luego de comenzada la misma, sin obtener por esto, penalización alguna. Por último, se garantizará la protección de datos personales y la identidad de la persona, de acuerdo con la Ley N° 18.331 (2008), manteniendo un uso correcto de la información, la confidencialidad, y el secreto profesional. Con el propósito de garantizar estos principios, se implementará un sistema de identificación en el cual a cada participante se le asignará un número único. Los cuestionarios y pruebas únicamente llevarán este número identificador, y los datos personales vinculados serán almacenados de manera segura en un archivo protegido con contraseña, accesible únicamente para los investigadores responsables. Se realizará una devolución de dicha investigación a las personas partícipes; y se generará un informe de la misma que podrá ser compartido con las instituciones correspondientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr los objetivos generales y específicos propuestos, intentar dar respuesta a las hipótesis de trabajo, para a futuro poder evaluar cuál podría ser la mejor intervención para aliviar los síntomas de ansiedad, estrés y/o depresión.
- Se espera que los resultados de este estudio proporcionen evidencia científica sólida sobre la efectividad de la TCBM como una intervención rápida, efectiva y económica para abordar la ansiedad, el estrés y la depresión en la población de ASSE. Estos hallazgos pueden respaldar la implementación de intervenciones futuras basadas en mindfulness en la atención primaria de salud en Uruguay.
- Se espera que la relación costo - beneficio de la aplicación de la TCBM sea relevante y que genere un impacto en las listas de espera de usuarios. Si los resultados muestran una disminución significativa en los síntomas de ansiedad, estrés y depresión, esto podría indicar una reducción en la demanda de servicios de salud mental y, por lo tanto, una disminución en

la lista de espera promedio.

- Aportar información relevante para la toma de decisiones en términos de políticas públicas y la implementación de intervenciones efectivas en el ámbito de la salud mental.
- Generar interés en proyectos diferentes, con el objetivo de establecer un precedente y promover la realización de estudios que contribuyan al conocimiento de los niveles de eficacia de diferentes estrategias de tratamiento.
- Proporcionar atención psicológica a los participantes.
- Formación de recursos humanos, terapeutas especializados en TCBM.
- A partir de este proyecto, generar líneas nuevas de investigación

POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Evaluar la eficacia de la TCBM para desarrollar las habilidades de atención plena y sus posibles aplicaciones en el enfrentamiento de las dificultades del diario vivir, y en el autoconocimiento.
- Evaluar la efectividad de una intervención basada en TCBM para otro tipo de patologías mentales que prevalezcan en la población.
- Adaptar esta intervención para personas con comportamiento suicida (intentos de autoeliminación, Ideación suicida, lesiones autoinflingidas) y determinar su viabilidad, aceptabilidad, seguridad y efectividad preliminar, como una alternativa de tratamiento rápido, efectivo y asequible
- Evaluar la eficacia de la TCBM en usuarios de establecimientos de salud privados.
- Aplicar esta intervención cambiando la modalidad a formato virtual, y evaluando si la eficacia varía sustancialmente o se mantiene estable, atendiendo que el formato virtual tiene algunas ventajas como ser menor costo, no requiere de instalaciones, etc.

REFERENCIAS

Álvarez, M. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t)

American Mindfulness Research Association (2023). Recuperado: <https://goamra.org/Library>

Anderson, N.B. (1998). "Levels of Analysis in Health Science: A Framework for Integrating Sociobehavioral and Biomedical Research," *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 840, pp. 563-576.

Anderson, N.B. y Anderson, P.E. (2003). *Emotional Longevity: what really determines how long you live*. New York: Viking.

Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ta Ed, Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Asociación de Psicología Americana. (2023). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. Retrieved from <https://div12.org/treatment/mindfulness-based-cognitive-therapy/>

Baum, A. (1990). "Stress, Intrusive Imagery, and Chronic Distress," *Health Psychology*, Vol. 6, pp. 653-675.

Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. 2.ª Edición. McGraw-Hill. Madrid, España.

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf>

Bidegain, M., Berriel, A., López, F., Ibarra, A., Polero, S., Pereira, A. C., ... & Castelló, M. E. (2023). Effects Of a Virtual Mindful Self-compassion Training On Mindfulness, Self-compassion, Empathy, Well-being And Stress In Uruguayan Primary School Teachers During Covid-19 Times... <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2909265/v1>

Bizzozero, B., & Amoroso, J. (2018). Educación Física Consciente: Mindfulness en la escuela. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 11(11), 36-44. ISSN 1688-4949.

Campo-Redondo, M. (2021). Concepción de la Psicoterapia. Aproximación Cualitativa desde la Teoría Fundamentada. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 47-61. Epub 27 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.78535>

Castellano, G., Alemán, A., Irisarri, M., Callero, W., & Siri, J. (2019). Efectos de una intervención de reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR) sobre parámetros clínicos en la Artritis Reumatoidea. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 4(2), 15-23. <https://doi.org/10.26445/04.02.2>

Castellano GS, Tarasenko YN. (2020) An on-line mindfulness-based stress reduction program for health workers in Uruguay amidst the COVID-19 pandemic April 2020. *Psychiatry Res*. 2022 Jul;313:114599. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114599. Epub 2022 May 2. PMID: 35526423;

PMCID: PMC9071193.

- Chambless, D. Hollon, S. (1996) Summary of Criteria for Empirically Supported Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998, Vol. 66, No.1. 7-18.
- Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry research*, 226(2-3), 474–483. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.003>
- Cohen, S. Williamson, G.M. (1988) Perceived stress in a probability sample of the United States. In: S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage.
- Costabel, A., Ghemi, C.(2023, 14 abril). "Lista llena". *Semanario Brecha*. Edición (1951). <https://brecha.com.uy/lista-llena/>
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., Van Straten, A., 2011. Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, pp. 354-364. .
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-based interventions: An emerging phenomenon. *Mindfulness*, 2(3), 186-193.
- Denney, D., Ringe, W., y Lacritz, H. (2015). Dyadic short forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale-IV. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 30, 404-412.
- Diccionario de Psicología, APA, 2023. <https://dictionary.apa.org/anxiety/>
<https://dictionary.apa.org/stress>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gonçalves, F., González, V. M., Vázquez, J., Toquero, F., y Zarco, J. (2003). Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad 2ª ed. Organización Médica Colegial de España. https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf
- González-Méndez, T. (2009). Psiconeuroinmunología, emociones y enfermedad. *MedULA* 18: 155-164
- Gunaratana, B (2002) *El Libro del Mindfulness*. Kairos. Barcelona. España.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Hunsley, J., Elliott, K. y Therrien, Z., 2013. *The efficacy and effectiveness of psychological treatments*. Ottawa, Canada: Canadian Psychological Association.

- Jiménez, L., Bobes, J., & Saiz, P. (2006). Suicidio y depresión. *Humanidades Médicas*, (9), 1-21.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1175144>
- Lambert, M. (2013). *The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*. Lambert, M. (Ed.) Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol. 3, pp. 90- 102). Washington: American Psychological Association.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Viviendo la catástrofe al máximo: Usando la sabiduría de tu cuerpo y mente para enfrentar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Nueva York, NY: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2013) *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós. Barcelona, España.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Co.
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L. & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de Ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista de Neurobiología*, 10(24), 1- 11.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu. Rev. Psychol*, vol, p 377-412.
- Ministerio de Salud Pública. (2011) Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
<https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027). MSP. Uruguay.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). Noticias: 17 de julio Día Nacional para prevención del suicidio.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio-salud-mental-prioridad>
- Miró, M. T. y Simón, V. (Eds.). (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. Universidad de Costa Rica. ISBN- 9789977678849
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: recognition and management*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#care-of-all-people-with-depression>
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Australia: International Thompson Editores.

- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS. 2011
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html.
- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. OMS. 2022
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. OMS.2022.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Depresión. (2023).
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2022) Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre 2000). CONSEJO EJECUTIVO EB107/27 107a reunión.
- Organización Panamericana de la salud OPS. (2023). Recuperado:
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 311-381). New York, NY: Wiley.
- Oxford Mindfulness Centre. (2016). Mindfulness and Resilience in Adolescence (MYRIAD) Project. Recuperado de <http://oxfordmindfulness.org/news/mindfulness-resilience-adolescence-myriad-project/>
- Pagano, A. E., & Vizioli, N. A. (2021). Estabilidad temporal y validez discriminante del Inventario de Ansiedad de Beck. *Liberabit*, 27(1).
- Paz, V., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H., & Fernández-Theoduloz, G. (2021). Mental health during the COVID-19 outbreak in Uruguay: The impact of healthy lifestyle behaviors and sociodemographic factors. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/r8v4f>.
- Peña, D., Herazo, M. y Calvo, J. (2009). Depresión en Ancianos. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14375/15165>
- Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 23-24

- Reino Unido. Parlamento Británico. Grupo Multipartido sobre Mindfulness. (2015). Informe del Grupo Multipartido sobre Mindfulness del Parlamento Británico.
- Remor E. & Carrobles JA. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Rodrigues, M. F., Nardi, A. E., & Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39(3), 207–215. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>.
- Rohde, P, Lewinsohn, P y Seeley J., (1991). Comorbidity of Unipolar Depresión with other mental disorders in Adolescentes and Adults. *journal of Abnormal Psychology*, Vol 100, No 2, 214-222.
- Rubio, G., Montero, I., Jauregui, J., Villanueva, R., Marin, J. J. & Santodomingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch. Neurobiol*, 143- 152.
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., & Sørensen, L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychology*, 8(1). doi:10.1186/s40359-020-00417-1
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press
- Selye, H. (1952). *The Story of the Adaptation Syndrome*. Montreal Acta, Inc. Medical Publishers.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (1), pp. 9-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9227200200050000>
- Sthal, B. & Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés, una guía práctica*. Barcelona. Kairós.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, M., Ridgeway, V., Soulsby, J. M., y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Teasdale, J., Segal, Z., & Williams, M. (2015). *El camino del mindfulness: Un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional*. (Spanish Edition). Ediciones Paidós.
- Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley nº 19.529: Ley de salud mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20por,en%20el%20marco%20del%20Sistema>

Williams, JM. (2010) Mindfulness and psychological process. *Emotion*. Feb;10(1):1-7. doi: 10.1037/a0018360. PMID: 20141295.

ANEXOS

Anexo 1 <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?5231,106696>

EQUIPOS DE SALUD MENTAL MONTEVIDEO Y METROPOLITANA

Equipo	Coordinación	Administración	Mail	Dirección	Teléfono	Fax
Centro Diurno Sayago	Dra. Ana Araujo	César Ureta	*****	Sayago 1125 entre Elias Regules y Propios	2355 52 42	2355 52 42
Cerro – Inve 18	*****	Lauren Andrea Mello	saludmental.inve18.rap@asse.com.uy	Carlos Tellier 4442 esq. Inclusa	2359 13 02	2359 13 02
C.R.A.P.S (ex Filtro)	Lic. Virginia Eugui	*****	saludmental.claveaux.rap@asse.com.uy	Blvar. Artigas s/n	2 200 27 70	2 200 27 70
Farmacodependencia	Lic. Psic. Virginia Esmoris	Susana Gilardo	farmacodependencia.maciell@asse.com.uy	25 de Mayo esq. Guaraní	2915 30 00 int 1004	2915 30 00 int 1204
Hospital Maciel	Dr. Juan Triaca	Gabriela Wetherall	saludmental.maciell@asse.com.uy	25 de Mayo esq. Guaraní	2915 30 00 int 1005	2915 30 00 int 1251
H. Pasteur	*****	*****	saludmental.pasteur@asse.com.uy	Larravide s/n esq. Asilo	2508 81 31/ 2506 81 33 int 270	2507 98 13
H. Pereira Rossell Niños	Dra. Cristina Pivel	María Fernanda Alfonzo	s.psiquiatriapediatrica.chpr@hotmail.com	Blvar. Artigas 1550	2708 50 35	2709 52 12
H. Pereira Rossell de la Mujer	Lic. Psic. Rúben García	Alejandro Moglia	saludmentalmujer.pereirarossell@asse.com.uy	Blvar. Artigas 1550	2708 77 41 int 257	2708 59 34
Jardines del Hipódromo	*****	Soledad De Souza	saludmental.jardines.rap@asse.com.uy	Malinas 3843 entre Libia y Rafael	2502 02 80	2511 01 93
La Cruz de Carrasco	Lic. Psic. Adriana Gallo	María Fernanda Fabreau	saludmental.lacruz.rap@asse.com.uy	Juan Agazzi 2737 esq. Cno. Carrasco	2525 70 24	25 22 51 69
Maracaná Sur (Cerro)	T.S. Sindia Blanco	Lucía Medeiros	saludmental.maracanasur.rap@asse.com.uy	Camino Cibils s/n esquina Nuble Yic	2314 95 52	2314 95 52 Direcc. Cerro 2311 79 96
Maroñas	Lic. Psic. Sylvia Toledo	Andrea Cabrera	saludmental.maronas.rap@asse.com.uy	J. María Guerra 3510 c/Shaw	2513 79 42	2514 69 67
Misurraco	Lic. Psic. Ana Monza	Marcelo Bocliolo	saludmental.misurraco.rap@asse.com.uy	Enrique Castro 4149 esq. A. Saravia	2216 18 86 (Dirección) 2211 82 07 – 2215 45 95	2215 41 81
Piedras Blancas	T. S. Marina Grela	Florencia Anglet	saludmental.pblancas.rap@asse.com.uy	José Belloni 4602	2227 52 95	2227 22 89
Saint Bois	T.S. Jackeline De Martino	Shirley Tosi	saludmental.saintbois@asse.com.uy	Camino Colman Fouquete s/n	2322 80 80 int 126	2322 83 31
Sayago – Udai II	T. S. María Pallares	Graciela Urrutia	saludmental.sayago.rap@asse.com.uy	Barrio 14 Laura Cortina 5307 esq. Renaldi Guerra	2355 25 11	2355 27 96
Unión	Dra. Nelia Rava	Silvia Vico	saludmental.union.rap@asse.com.uy	Vicenza 2815	2513 40 48	2511 24 08
Hospital Vilardebó	Dra. Ana Moreno	Leticia Pérez	policlinica.vilardebo@asse.com.uy	Millán 2515	2204 26 13	2204 26 13

Canelones	Dra. Marita Ballocco	María Alejandra Cirio	saludmental.canelones@asse.com.uy	Continuación Soca 1070	433 23288/23299/22459 int 199	433 23288/23299/22459 int 199
Ciudad de la Costa	Lic. Gabriela Suárez	María Fernanda Figueredo	saludmental.cdela costa@asse.com.uy	Avda. Gianattasio, Km 23000 - Solar 7 - Manzana 966 (al lado de Médica Uruguaya)	2 698 30 41	2698 70 08
Las Piedras	Lic. Psicología Rocío Alentor	Rosario Estomba	saludmental.laspiedras@asse.com.uy	Av. Artigas 768, entre Treinta y Tres y 25 de Mayo	2365 00 52	2365 00 52
Pando	Lic. Sebastián Olivera	Raquel Fabra	saludmental.pando@asse.com.uy	Wilson Ferreira Aldunate 1082	2292 81 25	2292 81 25
Pando - Centro de Rehabilitación	Lic. Alejandra Sappa	Michelle Nell	rehabilitacion.pando@gmail.com	Independencia 1128	2292 47 52	2 292 4752
Santa Lucía	T.S. Yenny Casas	Mercedes Lavarello	*****	CAPILLA Mitre 191 (frente a la plaza de deporte)	4334 3078	4334 3078
Santoral	Lic. Psic. Marcelo Repetto	*****	*****	Avda José Batlle y Ordóñez s/n	4312 2156 (San Ramón)	4312 2156 (San Ramón)

ANEXO 2

PROTOCOLO TCBM (Teasdale et al., 2015). El camino del mindfulness: Un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional.

SEMANA 1

Presentación e historia de la práctica Mindfulness.

- Explicación del mecanismo de acción del mindfulness y cómo impacta en la reducción del estrés, ansiedad y depresión.
- Presentación e historia de la Terapia cognitivo conductual.
- Bases de la misma.
- Explicación de los mecanismos de la mente. Intercambio con los participantes

SEMANA 2

EL PILOTO AUTOMÁTICO

El Piloto Automático Eventos cognitivos, procesos mentales, afectos y sensaciones inconscientes pueden desencadenar patrones de comportamiento arraigados y pensamientos disfuncionales que pueden causar malestar. La toma de conciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales se realiza en tiempo real, momento a momento.

El objetivo de este curso es aumentar la atención consciente para permitir la capacidad de elegir cómo responder en lugar de actuar de manera automática. Se busca desarrollar la habilidad de cambiar el enfoque de manera intencionada y repetida.

TAREAS PARA CASA

1. Práctica la EXPLORACIÓN CORPORAL 6 días de la semana y registro
2. Elegir una ACTIVIDAD RUTINARIA a DIARIO realizando un esfuerzo deliberado por llevar consciencia momento-a-momento a esa actividad
3. Comer con atención plena.

SEMANA 3

Enfrentando los Obstáculos

Una tendencia automática nos lleva a juzgar nuestra experiencia, considerándola de alguna manera incorrecta o diferente a lo que debería ser. Estas evaluaciones negativas pueden desencadenar pensamientos de culpa, la necesidad de cambiar algo o el deseo de que las cosas sean diferentes de lo que son. Podemos recuperar nuestra libertad al reconocer la realidad sin emitir juicios.

El ejercicio del escáner corporal nos brinda la oportunidad de entrenarnos para prestar atención a cada momento con interés y simpatía hacia nuestra experiencia presente, sin necesidad de cambiar nada. No hay un objetivo específico más allá de seguir las instrucciones y dirigir nuestra atención hacia las sensaciones corporales (no se busca alcanzar un estado especial de relajación).

Consejos para realizar la exploración corporal:

1. Acepta lo que suceda durante la práctica, incluso si te distraes, te quedas dormido o te equivocas al enfocar una parte del cuerpo. Simplemente obsérvalo y sé consciente de tus experiencias en ese momento.
2. Si te encuentras muy disperso en tus pensamientos, observa esos pensamientos como eventos pasajeros y luego guía suavemente tu mente de regreso al recorrido corporal.
3. Deja de lado cualquier idea de "éxito" o "fracaso" en la práctica. No se trata de una competencia o una habilidad que debas perfeccionar. La única disciplina necesaria es la práctica regular y frecuente, con una actitud de apertura y curiosidad.
4. No te enfoques en expectativas sobre lo que el recorrido del cuerpo hará por ti.
5. Práctica enfocando tu experiencia de cada momento con una actitud abierta y aceptadora. Intentar rechazar pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales solo te distraerá y perturbará la práctica. Sé consciente, vive el momento presente y acepta las cosas tal como son.

TAREAS PARA CASA

1. Practicar la EXPLORACIÓN CORPORAL 6 días/semana 15 min. (mañana).
2. Practicar la ATENCIÓN PLENA AL RESPIRAR 6 días/semana 15 min. (tarde).
3. Actividad RUTINARIA con ATENCIÓN PLENA elegida por la persona a diario.
4. Rellenar CALENDARIO de ACONTECIMIENTOS AGRADABLES a diario

CALENDARIO DE ACONTECIMIENTOS AGRADABLES Debes estar atento al evento placentero en el momento en el que está ocurriendo. Utiliza las siguientes preguntas para enfocar tu atención en el detalle de la experiencia en el momento en el que ocurre y luego apuntarlo.

Día	¿Qué es la experiencia?	¿Estabas consciente del evento mientras ocurría?	¿Cómo experimentaste las sensaciones corporales en el cuerpo con detalle?	¿Qué humor, sensaciones y pensamientos estaban presentes?	¿Qué pensamientos tienes ahora escribiendo esto?
Ejemplo	<i>Yendo a casa después del trabajo escuchando un pájaro</i>	<i>Sí</i>	<i>Como ligereza en la cara. Los hombros relajados y una leve sonrisa</i>	<i>Alivio, placer (está bien, qué bonito, que bien estar fuera)</i>	<i>Era poca cosa, pero estoy contento de que me di cuenta de ello</i>

SEMANA 4

Conciencia Plena de la Respiración

El propósito de este programa es desarrollar la conciencia plena como una cualidad que se cultiva y

aprende, permitiendo observar los pensamientos y emociones sin identificarse con ellos. La conciencia plena implica la observación curiosa, abierta, aceptante y amable del momento presente, evitando el piloto automático mental y sin juzgar lo que surge.

Factores que influyen en los beneficios de la meditación incluyen la actitud, curiosidad, determinación y confianza en la capacidad para gestionar emociones. La meditación no resuelve todos los problemas y requiere disciplina y esfuerzo, siendo crucial mantener la perseverancia.

Las actitudes esenciales para la práctica de la meditación, según Kabat-Zinn, son: no juicio, aceptación y desprendimiento.

La Respiración

La respiración es un hilo que conecta los acontecimientos de nuestra vida, siempre presente, como un río que fluye por sí mismo. Nuestro estado anímico influye en la respiración, variando entre corta y superficial cuando estamos tensos, más rápida cuando excitados, lenta y completa en momentos de felicidad, y casi desapareciendo en situaciones de miedo.

La respiración también puede ser una herramienta para estabilizar cuerpo y mente. Nos conectamos con la respiración para observarla, sin controlarla, solo notándola e interesándonos por ella. Con la práctica, aumenta nuestra conciencia de la respiración, pudiendo utilizarla para relajar músculos tensos, enfocarnos en situaciones que requieran atención y afrontar el dolor, la ira o el estrés de la vida diaria.

TRES MINUTOS RESPIRACIÓN

El espacio de la respiración nos proporciona una manera eficaz de salir del piloto automático y reconectar con el momento presente. La clave de este curso es mantener la atención consciente en el momento presente, nada más.

1. **ATENCIÓN CONSCIENTE.** Para llevarnos al momento presente adoptamos una postura recta y digna. Si es posible, cerramos los ojos y nos preguntamos: ¿Cuál es mi experiencia ahora mismo (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales, etc.)? Reconocemos y notamos la experiencia, tal y como es, incluso si es desagradable.
2. **ENFOCANDO.** Ahora llevamos toda nuestra atención a la respiración, a cada inhalación y a cada exhalación, una detrás de la otra: la respiración funciona como un ancla para llevarnos al momento presente y ayudarnos a llegar a un estado de atención y sosiego.
3. **EXPANDIENDO.** Expandimos nuestro campo de atención alrededor de la respiración para incluir la sensación del cuerpo en su totalidad (por ejemplo, la postura y la expresión facial). En cada inspiración y cada espiración, repite mentalmente –sintiéndolo, no de forma mecánica– las siguientes palabras:

Inspiro – espiro
Lento – profundo
Calma – sosiego
Sonrí – suelto
Momento presente – momento precioso

TAREAS PARA CASA

1. Combinar ESTIRAMIENTOS de pie y sentado con la MEDITACIÓN CENTRADA EN LA RESPIRACIÓN (días 1, 3, y 5).
2. MEDITAR CENTRANDO NUESTRA ATENCIÓN EN EL MOVIMIENTO CONSCIENTE (días 2, 4, y 6).
3. Practicar la MEDITACIÓN DE LA RESPIRACIÓN 3 días/semana 15 min.
4. Practicar la MEDITACIÓN DE 3 MINUTOS 3 veces/día.
5. Rellenar CALENDARIO de ACONTECIMIENTOS DESAGRADABLES a diario.

CALENDARIO DE EVENTOS DESAGRADABLES

Día	¿Qué es la experiencia?	¿Estabas consciente del evento mientras ocurría?	¿Cómo experimentaste las sensaciones corporales en el cuerpo con detalle?	¿Qué humor, sensaciones y pensamientos estaban presentes?	¿Qué pensamientos tienes ahora escribiendo esto?
Ejemplo	<i>Esperando que llegue el operador telefónico a casa para solucionar una avería y, a la vez, dándome cuenta de que estoy faltando a una reunión importante de trabajo</i>	<i>Si</i>	<i>Sentía los latidos en mis sienes, rigidez en mis hombros y cuello y no paraba de dar vueltas de aquí para allá</i>	<i>Enfado, impotencia, "¿Eso es lo que quieren decir con buena atención al cliente?, son irresponsables y se aprovechan de su monopolio. No quiero faltar a esta reunión de trabajo, etc.</i>	<i>Espero que no tenga que aguantar esto otra vez</i>

SEMANA 5

Permaneciendo Presentes

Las dificultades son parte inherente de la vida y cómo las enfrentamos marca la diferencia entre ser controlados por ellas o lidiar con ellas de manera más ligera. La atención y conciencia plena de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales nos liberan de reacciones automáticas, permitiéndonos responder de manera más libre y hábil. Por lo general, reaccionamos de tres formas: evadiendo el momento presente, aferrándonos a las experiencias o rechazándolas con aversión. Cada una de estas respuestas puede causar problemas, especialmente cuando reaccionamos con aversión. Nuestro enfoque es estar atentos a nuestras experiencias y responder con atención en lugar de reaccionar automáticamente.

El cuerpo es una vía para la atención consciente. Practicar la atención en la postura, los movimientos y sensaciones del cuerpo nos permite estar presentes en cada actividad diaria.

Practicar con paciencia y sentir lo que sucede, notando los pequeños movimientos, permite que vivir con conciencia se vuelva natural. No es necesario hacer nada extra, simplemente estar conscientes

de lo que estamos haciendo, pensando y sintiendo.

La meditación sentada nos ayuda a reconocer cuando nos distraemos del momento presente y nos da la oportunidad de reconectar suavemente con la experiencia presente. En otros momentos, emplearemos conscientemente el Espacio de Respiración para responder en lugar de reaccionar cuando surjan sensaciones desagradables.

En resumen, la conciencia plena nos permite afrontar las dificultades de manera más consciente y libre, evitando reacciones automáticas y promoviendo una respuesta más hábil y atenta.

TAREAS PARA CASA

1. Practicar la MEDITACIÓN DE 3 MINUTOS 6 días/semana.
2. Practicar la MEDITACIÓN DE 3 MINUTOS cada vez que lo necesite.
3. Meditar sentado: Preste atención plena a la respiración, al cuerpo, a los sonidos y a la consciencia. Deje que el centro de su atención pase de las sensaciones corporales al oído.
4. Camine con atención plena.

EJERCICIO PENSAMIENTOS:

Lea atentamente las frases de la lista y marque con una cruz en la columna A al lado de cada pensamiento que haya experimentado en algún momento.

En la columna B puntúe hasta qué punto los creía cuando estaba deprimido, 0 no los creía en absoluto. 10 los creía totalmente. Ahora piense en una época en la que no estaba nada deprimido y en la columna C puntúe del 1 al 10 hasta qué punto los creía.

Observe las calificaciones en las columnas B y C y anote lo que haya reflexionado al respecto.

	A	B	C
1. Me siento como si estuviera enfrentado al mundo.	_____	_____	_____
2. No estoy bien.	_____	_____	_____
3. ¿Por qué nunca puedo triunfar?	_____	_____	_____
4. Nadie me comprende.	_____	_____	_____
5. He decepcionado a algunas personas.	_____	_____	_____
6. Creo que no puedo seguir adelante.	_____	_____	_____
7. Me gustaría ser mejor persona.	_____	_____	_____
8. Soy muy débil.	_____	_____	_____
9. Mi vida no va como yo quisiera.	_____	_____	_____
10. Me he decepcionado a mí mismo.	_____	_____	_____
11. Nada me parece bien.	_____	_____	_____
12. No puedo seguir así.	_____	_____	_____
13. No puedo ponerme en marcha.	_____	_____	_____
14. Algo no funciona bien en mí.	_____	_____	_____
15. Me gustaría ser otra persona.	_____	_____	_____
16. No puedo recuperarme.	_____	_____	_____
17. Me odio.	_____	_____	_____
18. No valgo nada.	_____	_____	_____
19. Ojalá pudiera desaparecer.	_____	_____	_____
20. ¿Qué me pasa?	_____	_____	_____
21. Soy un perdedor.	_____	_____	_____
22. Mi vida es un desastre.	_____	_____	_____
23. Mi vida es un fracaso.	_____	_____	_____
24. Nunca lograré triunfar.	_____	_____	_____
25. ¡Me siento tan desamparado!	_____	_____	_____
26. Algo tiene que cambiar.	_____	_____	_____
27. Tiene que haber algo que no funciona bien en mí.	_____	_____	_____
28. Mi futuro es desalentador.	_____	_____	_____
29. No vale la pena.	_____	_____	_____
30. No puedo terminar nada.	_____	_____	_____

SEMANA 6

Aceptación, Permitir y Dejar Ser

Esta práctica se centra en tomar conciencia de lo más relevante en nuestra experiencia presente. Si la mente se dispersa con pensamientos, sentimientos o sensaciones, nos enfocamos de forma suave y firme en el presente. El primer paso es reconocer y traer nuestra atención al aquí y al ahora.

El segundo paso consiste en notar cómo nos relacionamos con lo que está sucediendo. A veces reaccionamos negando o rechazando una experiencia que no aceptamos. Otras veces, nos aferramos a pensamientos o sentimientos agradables, temiendo su pérdida y anticipando su desaparición. Si nos disgustan, tendemos a rechazarlos y contraernos. Estas respuestas son contrarias a la aceptación.

Aceptar una experiencia implica rendirse ante la evidencia de cómo son las cosas en el presente, sin luchar por cambiarlas. Es permitir que la realidad sea como es. No es resignarse, sino un primer paso para tomar plena conciencia de las dificultades y luego responder hábilmente si es necesario. Por ejemplo, si nuestra atención se aleja de la respiración hacia sensaciones incómodas en el cuerpo, podemos llevar conscientemente la atención a esas sensaciones y permitirnos sentir las sin

resistencia. La aceptación nos permite enfrentar las dificultades y responder de manera más hábil en lugar de reaccionar visceralmente con estrategias que a menudo son poco útiles.

TAREAS PARA CASA

1. Meditación sentado: trabajar con las dificultades: 6 días/semana 15 min.
2. Meditación 3 min.: 3 veces/día
3. Meditación 3 min. cada vez que perciba cualquier sentimiento, tensión o resistencia desagradables, o la sensación de no querer que las cosas sean como son.

SEMANA 7

Los Pensamientos y la Atención Consciente

Nuestros pensamientos pueden influir fuertemente en nuestras emociones y acciones. La atención consciente hacia estos pensamientos nos permite obtener perspectiva y distancia. A través de la práctica de la meditación, podemos reconocer que los pensamientos surgen automáticamente y que podemos liberarnos de los patrones inútiles que nos afectan negativamente.

Es esencial comprender que los pensamientos son eventos mentales y no hechos concretos. Podemos cuestionarlos, examinarlos y verlos desde diferentes perspectivas. Al reconocer los pensamientos como simples pensamientos, podemos evitar reaccionar visceralmente a ellos y responder de manera más hábil.

Es común que los pensamientos automáticos influyan en nuestras acciones y decisiones. Al observarlos con curiosidad y aceptación, podemos liberarnos de realidades distorsionadas. Practicar la meditación nos ayuda a cultivar calma y atención, permitiéndonos conocernos y aceptarnos mejor.

La meditación nos brinda la oportunidad de experimentar estados mentales sin pensamientos discursivos y llegar a un nuevo entendimiento. No es necesario luchar contra los pensamientos, sino simplemente no dejarse llevar por ellos al ser conscientes de su naturaleza efímera.

Cuando estamos perdidos en pensamientos, nos identificamos con ellos y nos arrastran sin control. La meditación nos ayuda a ser conscientes de nuestros pensamientos y verlos como fenómenos vacíos que vienen y van.

Observar nuestros pensamientos nos permite comprender su impacto en nuestras vidas y elegir conscientemente cómo responder a ellos. Al mantener la claridad mental, podemos decidir en qué pensamientos invertimos nuestra energía y en cuáles los dejamos pasar. La práctica de la meditación nos permite experimentar una mayor libertad y control sobre nuestros pensamientos y emociones.

TAREAS PARA CASA

1. Meditación sentado, centrándose en relacionarse con los pensamientos como acontecimientos

mentales.

2. Meditación 3 min. (habitual).

3. Meditación 3 min. (adicional, centrándose en los pensamientos).

4. Crear un sistema de alarma temprana. El primer paso para poner en marcha un sistema de alarma temprana es identificar las primeras señales de alarma, el patrón de señales que le indican que su estado de ánimo está empezando a decaer hasta el punto en que, si no hace nada al respecto, le sumirá otra vez en la depresión o en alguna otra emoción dolorosa. Ejemplos:

Dormir más o dormir menos, despertarse a cualquier hora, dificultades a la hora de conciliar el sueño.



Experimentar una gran resistencia a la hora de realizar algunas tareas (abrir el e-mail, pagar facturas, etc.).



Dejar de hacer ejercicio.



Sentirse irritado con usted mismo o con otras personas.



Comer más o comer menos.



Ver cómo los pensamientos y los sentimientos negativos se apoderan de nosotros, y que nos resulta difícil «despegarnos» de ellos y olvidarlos.



Sentirse agotado con facilidad.



No sentir ningún interés por la comida.



Postergar las cosas y retrasar los plazos de entrega.



Ejercicio: Los diez pensamientos más inútiles de su mente. Tras dedicar todas estas prácticas a conocer su mente y comprobar que los mismos viejos pensamientos aparecen una y otra vez, probablemente considere que ha llegado el momento de no alimentarlos más. Describir sus patrones de pensamiento recurrentes le ayudará a identificarlos cuando aparezcan. Ello le permitirá decir: «¡Ah!, yo conozco este programa. Éste es mi programa “no puedo soportar a mi jefe”, o mi programa “nadie reconoce cuánto trabajo”». Identificar los patrones de pensamiento como lo que son crea un espacio entre usted y ellos. Al final, podrá ver estos viejos patrones tan claramente que ya no le amargarán la vida. Procure identificar sus diez patrones o programas de pensamientos más inútiles.

SEMANA 8

LA BENEVOLENCIA EN ACCION

La práctica del Mindfulness nos ayuda a enfrentar la deuda emocional y vivir el presente de manera plena y consciente. Nos libera de la necesidad de alcanzar metas futuras y nos permite aceptarnos a

nosotros mismos tal como somos, sin la constante lucha por mantener un ego brillante.

El enfoque en el futuro genera tensión y descontento, ya que nunca es alcanzado de manera satisfactoria. Practicar Mindfulness nos permite vivir el presente sin obsesionarnos con el pasado o el futuro. A través de la autocompasión, aprendemos a tratarnos con amabilidad y comprensión, liberándonos de la autoexigencia y la crítica.

La autocompasión no implica egoísmo ni victimismo; al contrario, se asocia con una mayor conciencia de los demás y una mayor motivación intrínseca. A través de la Meditación Metta, desarrollamos la bondad y la compasión hacia nosotros mismos y hacia los demás, cultivando sentimientos de amor y conexión.

La práctica del Mindfulness y la autocompasión nos liberan de las ataduras emocionales y nos permiten vivir en paz y equilibrio, aceptando la realidad tal como es y disfrutando plenamente de cada momento presente.

TAREAS PARA CASA

EJERCICIO: En la siguiente lista, anote 10 de las actividades que realiza a diario. Ahora, piense en cada una de estas actividades y plantéese dos preguntas: 1. ¿Esta actividad mejora mi estado de ánimo, me da energía, me alimenta o aumenta mi sensación de estar vivo? Si la respuesta es «sí», escriba al lado la letra A (de «alimenta»). 2. ¿Esta actividad me resulta frustrante, me absorbe energías o disminuye mi sensación de estar vivo? Si la respuesta es «sí», escriba al lado la letra D (de «desanima»). Lo más probable es que acabe marcando algunas actividades con una A, otras con una D, y que algunas no las marque. A pesar de su sencillez, este ejercicio nos recuerda algo muy importante: Lo que hacemos afecta a cómo nos sentimos. Y lo más importante de todo es que podemos cambiar lo que sentimos cambiando lo que hacemos.

Actividad 1 *Ducharme*

Actividad 2 _____

Actividad 3 _____

Actividad 4 _____

Actividad 5 _____

Actividad 6 _____

Actividad 7 _____

Actividad 8 _____

Actividad 9 _____

Actividad 10 _____

1. Práctica de la atención plena sostenible.

2. Meditación 3 min.: 3 veces/día

3. Meditación 3 min (cada vez que los necesite).

4. Prepare un plan de acción. La semana pasada identificó sus señales de alarma temprana; el patrón de señales que le alertarán (a usted y a las personas que le rodean) de que las cosas empiezan a deteriorarse y es hora de emprender una acción constructiva. Esta semana el objetivo consiste en desarrollar un plan específico y concreto de las actividades que realmente debe hacer. Si es posible, implique a los amigos y a la familia, para trabajar juntos y desarrollar su plan de acción y ponerlo en práctica cuando sea necesario. ¿Cuál sería su respuesta más sensata cuando empiece a percibir señales de alarma?

SEMANA 9

AUTOCAUIDADO CONSCIENTE

Lo que hacemos con nuestro tiempo, puede tener una gran influencia en nuestra salud y habilidades para manejar nuestros estados mentales negativos.

Al respecto, puedes preguntarte las siguientes cuestiones:

1. De todas las cosas que hago, ¿cuáles me nutren e incrementan mi sentido de estar vivo y presente, en vez de simplemente existir? (actividades que me nutren)

2. De todas las cosas que hago, ¿cuáles me aniquilan, me quitan la sensación de estar vivo y presente y me hacen sentir que “vegeto”? (actividades que me anulan)

3. Aceptando que hay aspectos de mi vida que no puedo cambiar, ¿estoy conscientemente eligiendo actividades que me nutren y decidiendo dejar de hacer actividades que me anulan?

Si estamos más presentes a menudo y tomando decisiones con atención a nuestras necesidades podemos elegir actividades que nos ayuden a estar más vivos y mejoren nuestro estado de ánimo. Eso es cierto tanto en nuestras vidas cotidianas como en nuestros momentos difíciles.

Podemos usar nuestras experiencias cotidianas para cultivar actividades que después utilicemos como herramientas en momentos de crisis. Si tenemos estas herramientas a mano, podremos utilizarlas para afrontar pensamientos negativos, que forman parte del estado mental depresivo.

La meditación de los 3 minutos nos recuerda emplear la actividad para tratar con pensamientos desagradables en el momento en que estos surgen.

Guía para practicar el autocuidado y la atención consciente en nuestra vida diaria. Aquí se resumen los pasos y las actividades sugeridas:

1. Conecta con la respiración: Antes de iniciar cualquier actividad, tómate un momento para conectarte con tu respiración. Respira profundamente y siente cómo el aire entra y sale de tu cuerpo. Esta conexión te ayudará a estar más presente en el momento.

2. Pregunta a ti mismo: Reflexiona sobre tus necesidades en ese momento. ¿Qué necesitas en este momento para cuidarte y sentirte bien?

3. Actividades que te nutren: Realiza actividades que te den placer y te hagan sentir vivo. Pueden ser cosas sencillas como disfrutar de tu comida favorita, tomar una siesta reparadora, darte un masaje o hacer algo que te gusta y te relaja, como pasear en la naturaleza.

4. Actividades que te dan satisfacción: Dedica tiempo a realizar tareas que sabes que puedes hacer bien y que te darán una sensación de logro y satisfacción. Puede ser organizar un espacio en tu casa, escribir una carta importante o realizar una actividad laboral que te gusta.

5. Actúa con atención consciente: Cuando estés realizando cualquier actividad, enfoca toda tu atención en lo que estás haciendo en ese momento. Mantén tu mente en el presente y evita divagar con pensamientos sobre el pasado o el futuro. Presta atención a los detalles, como el contacto de tus pies con el suelo mientras caminas.

6. Practica con ligereza: No te tomes las actividades demasiado en serio, intenta abordarlas como un experimento y sin expectativas excesivas sobre cómo te sentirás al finalizarlas.

7. Sé abierto a la exploración: No te restrinjas solo a tus actividades favoritas. A veces, probar algo nuevo puede ser emocionante y enriquecedor.

8. No esperes milagros: Acepta que no todas las actividades te proporcionarán una satisfacción inmediata. Termina lo que hayas decidido hacer y no te frustres si no obtienes resultados espectaculares.

Con este plan de acción, estarás cultivando el autocuidado y la atención plena en tu día a día. Esto te permitirá afrontar mejor los desafíos y momentos difíciles que puedan surgir, fortaleciendo tu autodominio y bienestar emocional.

EJERCICIO: reflexione sobre su experiencia y puntúa la importancia que concede a cada una de estas características, empleando la misma escala del 1 al 10:

Vivir con atención plena y elegir conscientemente (frente a vivir conectado al «piloto automático») _____

Conocer la experiencia directamente mediante los sentidos (frente a conocerla mediante los pensamientos) _____

Estar aquí, ahora, en este momento (frente a evitar hurgar en el pasado o en el futuro) _____

Acercarnos a todas las experiencias con interés (frente a evitar lo que nos resulta desagradable) _____

Dejar que las cosas sean como son (frente a necesitar que sean diferentes) _____

Considerar los pensamientos como fenómenos mentales (frente a considerarlos necesariamente verdaderos y reales) _____

Cuidarse a sí mismo con benevolencia y compasión (frente a centrarse en conseguir objetivos nos cuesten lo que nos cuesten a nosotros o a los demás). _____

TAREAS PARA CASA

Elegir una práctica formal

Elegir una práctica informal