



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA

Un caso clínico de ansiedad generalizada y
sintomatología depresiva

Autora: Emma Torrenova Sanz

Directora: María Alicia Serrano Villar

Madrid

Abril, 2016

Emma

Torrenova

Sanz

MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA



Índice

	<i>Páginas</i>
1. Resumen	1
2. Identificación del paciente	1
3. Motivo de consulta	1
4. Historia del problema y otros datos de interés	3
5. Instrumentos de evaluación	4
6. Diagnóstico según el DSM 5	5
7. Descripción de las conductas problema y análisis funcional	6
8. Objetivos de intervención	9
9. Establecimiento de las metas del tratamiento (plan psicoterapéutico)	9
10. Mindfulness (integrado) como tratamiento de elección	10
11. Aplicación del tratamiento: sesión a sesión	15
12. Diseño del estudio	18
13. Resultados	18
14. Limitaciones	25
15. Conclusiones	25
16. Bibliografía	25

1. Resumen

Se trata de un análisis de caso único, en el que M. es la paciente objeto de estudio, la cual tiene 35 años y presenta un cuadro de ansiedad generalizada y sintomatología depresiva. El modelo psicoterapéutico que se lleva a cabo se basa en mindfulness integrado en la terapia cognitivo conductual, desarrollado a lo largo de 16 sesiones de una hora semanal y una sesión de seguimiento a los dos meses. Los resultados muestran una mejoría significativa, reflejándose en una clara reducción de la frecuencia e intensidad de sus preocupaciones, así como en la desaparición de sus síntomas depresivos. Estos resultados se evalúan a través de un análisis cualitativo en cuanto a su discurso a lo largo de la terapia y al mismo tiempo por medio de una serie de cuestionarios para evaluar las variables dependientes de ansiedad, depresión, preocupación patológica y mindfulness.

2. Identificación del paciente

M. es una paciente mujer de 35 años soltera. Actualmente reside con sus padres desde hace tres meses por regreso a su ciudad de origen (Valencia) por motivos de traslado de trabajo, por el cual ha estado cinco años viviendo en Galicia. Ahora se encuentra a la espera de que le entreguen una vivienda que ha comprado para irse a vivir sola en Valencia. Sus estudios son universitarios en filología francesa y trabaja desde hace 8 años como profesora de secundaria.

En cuanto a su red de apoyo social, sus relaciones familiares son buenas, siendo su hermana un apoyo importante para ella. También tiene amistades que son fuente de apoyo social. Su relación con los compañeros del trabajo también es buena. Además, es importante señalar que sus apoyos sociales son percibidos por ella.

Como dato personal relevante hace cinco meses su novia rompió con ella, algo que no se esperaba en absoluto, por lo que fue un duro golpe para ella. Su relación fue de seis años, cinco de los cuales fueron a distancia, ya que M. vivía en Galicia y su novia en Valencia, aunque hablaban todos los días y se veían unas dos veces al mes mínimo. Se encuentra todavía en la fase de aceptación de la pérdida, por lo que no ha sido capaz hasta el momento de pasar de página.

En relación a sus antecedentes de salud mental, refiere hace cinco años síntomas de ansiedad y preocupación, acudiendo a terapia. No parece haber antecedentes familiares de interés.

3. Motivo de consulta

M. solicita tratamiento psicológico por idea y decisión propia, ya que quiere poner fin al sufrimiento que lleva experimentando de forma más intensa desde hace dos meses.

Desde septiembre del año 2015 M. es cuando empieza la sintomatología que le trae a consulta, la cual según sus palabras es que “me siento muy ansiosa con el trabajo y triste por mi vida en general, como con un vacío”. Esto coincide temporalmente con el hecho de que vuelve a su ciudad de origen que es Valencia a trabajar como profesora de francés en un instituto nuevo (durante los cinco años anteriores vive y trabaja como profesora de francés en Galicia, yéndose de aquí porque se le acaba el contrato). Indagando a qué se refiere exactamente por ansiedad sale a la luz que no para de darle vueltas a las cosas por lo que ha dicho o hecho en el instituto y si han salido las cosas bien o mal, así como pensar constantemente en qué dificultades se podrá encontrar en un futuro cercano o lejano en relación a las clases (p. e. “y si un día se quejan mis alumnos y solicitan un cambio de profesor”, “como no me dé tiempo a prepararme bien la clase me puede salir mal y al final a mis alumnos no les gustará cómo imparto las clases”, “¿y si ese chico que pidió al principio de curso un cambio de horario lo hizo realmente porque yo no le gustaba y prefería al otro profesor?”, “¿qué va a ser de mi vida si no valgo como profesora? etc.). Esa ansiedad se define por un nerviosismo o agitación interior que se manifiesta por un estado de inquietud que viene acompañado de movimientos rápidos con sus dedos de las manos y con sus piernas y pies (movimiento voluntario, pero que muchas veces es inconsciente por el automatismo por el hábito que ha adquirido). Además de tener problemas para conciliar el sueño en un promedio de tres o cuatro veces por semana (puede tardar de treinta minutos a hora y media, aunque considera que duerme las horas suficientes porque no tiene sueño durante el día, pero son momentos angustiosos porque no para de dar vueltas a las cosas), fatiga (“es como si a veces me pesara el cuerpo y me cuesta hacer las cosas del día a día”), problemas de concentración cuando se prepara las clases e irritabilidad (“de vez en cuando salto y me enfado sin motivo con mi gente de confianza”).

Sus preocupaciones se extienden a otras esferas como la amorosa (p. e. “y si no encuentro a nadie con quien compartir mi vida ya nunca, qué difícil lo veo...”) o económica (partiendo de la base de que tiene un puesto fijo y un salario suficiente que le permite vivir ella sola. Por ejemplo, “a ver si cuando me den mi casa puedo vivir con mi sueldo y sale todo bien sin ningún imprevisto, sería horrible tener que pedir dinero a mis padres que ya bastante se aprietan ellos el cinturón y no poder valerme por mí misma, uf, qué agobio de sólo pensarlo...”), aunque la laboral es la que cobra mayor intensidad y parece que eclipsa al resto, pero es importante no olvidar que también están presentes estas otras y que retroalimentan a las preocupaciones de su rol como profesora (cuando por ejemplo, se siente desesperanzada por pensar que no va a encontrar a un amor verdadero y le incrementa sus preocupaciones profesionales).

Por otra parte, en cuanto a su tristeza refiere llanto frecuente, pocas ganas de levantarse de la cama y empezar el día, se desanima fácilmente por cosas del día a día (por temas del trabajo como no dar una clase tal y como se lo había propuesto o por cualquier comentario de algún alumno o compañero que implique algún tipo de desacuerdo del tipo “me parece poco tiempo para hacer

esta actividad”; o por temas amorosos si por ejemplo, su exnovia le escribe y empieza a divagar si será porque también le echa de menos o si lo hará por cumplir). Respecto a su sensación de “vacío” se asocia a la pérdida de su ruptura amorosa como un sentimiento de “estar perdida” en cuanto a rehacer su vida y querer saber qué es lo que quiere en su futuro.

Su nivel de actividad y de ocio y tiempo libre no ha disminuido, ya que se fuerza a hacer planes por temor a sumergirse en el desánimo y acabar sin salir de casa (p.e. entre semana después de su jornada laboral va a yoga, al gimnasio y a la terapia, y los fines de semana queda con sus amigos a tomar algo o se va de excursión con algún amigo o con su hermana).

4. Historia del problema y otros datos de interés

M. alude que desde que era una niña se recuerda a sí misma preocupándose por las cosas del día a día (a pesar de que no refiere en su infancia o adolescencia ningún acontecimiento vital importante, ni siquiera respecto a su homosexualidad, ya que según dice siempre ha recibido el apoyo de su familia y amigos), aunque esto es algo que puede decir ahora, es decir, que hace más de cinco años si le hubiesen preguntado si veía a sí misma como alguien que se preocupa en exceso hubiera contestado que no. Ahora lo puede ver con perspectiva a partir de la terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual en la que participó hace cinco años, pero hasta entonces veía como normal su actitud de preocuparse, pues lo consideraba como esa parte de su personalidad responsable y previsoras ante los problemas.

Como ya se ha mencionado hace cinco años sufrió una crisis, la cual según sus palabras “me pasó lo mismo que me está pasando ahora” en el sentido de que empezó a encontrarse triste y angustiada porque no paraba de pensar sobre todo tipo de dificultad que se encontraba o podría encontrarse en el trabajo unido a sus sentimientos de poca valía exclusivos al ámbito laboral. Esto sucedió cuando se fue a trabajar a Galicia, experiencia que quería probar coincidiendo con que se le terminó el contrato en donde estaba. Ahí tenía dos amigas viviendo y no le costó hacer nuevas amistades, así como también se integró fácilmente con sus compañeros de trabajo, equipo de dirección y sus alumnos. Sin embargo, su cabeza desde el primer día de trabajo empezó a dar vueltas sin parar sobre cualquier posible amenaza perteneciente a su profesión, lo que le generaba una ansiedad similar a la actual y tristeza, motivo por el cual decidió por primera vez buscar ayuda psicológica. Al cabo de medio año aproximadamente recibiendo un tratamiento cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva fundamentalmente) mejoró mucho y pudo darse cuenta de lo irracional de sus preocupaciones. Su nivel de preocupaciones volvió a su línea base, es decir, lo que se eliminó fue como ese “excedente” o “pico” rumiatorio, pero no su tendencia a preocuparse. En palabras de M. “seguía preocupándome por las cosas como antes, pero ya sin estar tan obsesionada con el trabajo y pudiendo disfrutar más de las cosas”. Respecto a previo diagnóstico no refiere ningún diagnóstico que le diera el psicólogo anterior.

Ahora M. vuelve a encontrarse en ese círculo vicioso de la preocupación, con el ingrediente añadido de su crítica por “volver al problema que ya superé hace cinco años”. A veces es consciente de lo irracional de sus preocupaciones laborales (fruto de la psicoterapia previa) y se juzga por ello, y otras veces se cree al pie de la letra la preocupación generándole mucha angustia por creerse inútil como profesora. Al igual que cuando llegó a Galicia el carácter de la novedad se convirtió en fuente de estrés, ahora aunque vuelva a su ciudad de origen también es nuevo el instituto donde trabaja y la situación temporal de no vivir de forma independizada hasta que no le den la casa (lo cual también supone un estímulo estresante, no por estar con sus padres porque se lleva bien con ellos, sino por lo inherente de adquirir una casa propia, mudanza, etc.).

Es importante destacar que M. desempeña su rol profesional de manera eficiente, es decir, que sus juicios no se basan en una prueba de realidad donde haya sido criticada significativamente o haya cometido algún error grave, es más, ha recibido halagos por alguno de sus alumnos. Por ejemplo, a comienzo de este curso sus exalumnos de Galicia le escribieron diciéndole que le echaban de menos, lo cual le hace sentir bien durante unos segundos y le “sube el autoestima” como dice ella, pero después se empieza a preocupar porque no quiere ser como una veleta donde se sienta muy bien cuando recibe un comentario positivo o se hunda cuando reciba una crítica.

Como se apuntaba en el apartado de identificación del paciente, M. tuvo una relación de seis años con una mujer (anteriormente había tenido más relaciones), la cual rompió con M. meses antes de volverse a vivir a Valencia, dándole su expareja como principal razón que había conocido a otra persona. Para M. supuso un golpe muy duro, pues le pilló totalmente desprevenida, ya que según dice estaban bien. Además, para M. era un gran apoyo emocional con la que sentía mucha complicidad por la filosofía de vida compartida.

En cuanto a otro dato relevante de personalidad, se considera una persona de carácter alegre y jovial (a excepción de la crisis hace cinco años y la actual).

En relación a sus hábitos de estilo de vida es fumadora (un paquete diario aproximadamente), practica ejercicio físico y yoga con regularidad y su alimentación es equilibrada (aunque dice que suele comer deprisa).

5. Instrumentos de evaluación

Para la recogida de la información clínica se utilizan las siguientes pruebas diagnósticas. Además se presentan a continuación las puntuaciones en los diferentes cuestionarios de la medida pre-tratamiento con el fin de dar un apoyo al siguiente apartado de diagnóstico.

- Entrevista semiestructurada:
 - Pauta de Entrevista General (Llavona, Carrasco y Carrasco, 1977)
 - Pauta de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV: ADIS IV-L (Di Nardo, Brown, y Barlow, 1994)
- Autorregistros para la preocupación (Situación-Preocupación-Emoción-Conducta)

- Cuestionario de Preocupación (Sandín, Chorot, Valiente, Lostao, 2009): Adaptación española del Penn State Worry Questionnaire-PSWQ (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990): media de 46,5, correspondiente a un percentil de entre 90-95. Se ha elegido la versión abreviada PSWQ-11 del PSWQ por presentarse como instrumento preferible para la evaluación de la preocupación patológica.
- Inventario de Depresión de Beck- BDI (Beck, A., Steer, R. y Brown, G; 1979): puntuación de 19 (nivel de depresión moderada de 16 a 23 puntos).
- Escala de Ansiedad Estado/Rasgo- STAI (Spelbierger, Gorsuch y Lushene, 1982): ansiedad estado con una puntuación media de 66 (nivel alto de ansiedad: Alto ≥ 45); una puntuación media de ansiedad rasgo de 58,5 (nivel alto de ansiedad: Alto ≥ 45).
- Escala de Conciencia y Atención Plena (Barajas y Garra, 2014): Adaptación española del Mindful Attention Awareness Scale-MAAS (Brown y Ryan, 2003): puntuación de 41 (nivel medio).
- La Philadelphia Mindfulness Scale- PHLMS: Adaptación española (Tejedor, R., Feliu-soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Portella, M.J., Trujols, J., Soriano, J., Pérez, V. y Soler, J; 2014): media de 29,5 en conciencia en el momento presente (nivel medio) y una media de 43 en aceptación (nivel muy elevado de no aceptación de sus experiencias internas).

6. Diagnóstico según el DSM 5

Trastorno de Ansiedad Generalizada caracterizado por los siguientes síntomas:

- A) Preocupación excesiva y nerviosismo en diversas esferas de su vida de años de duración (se detallarán en el apartado de conductas problema).
- B) Le resulta muy difícil controlar sus preocupaciones y dejar de dar vueltas a las cosas.
- C) Síntomas asociados de irritabilidad, fatiga, dolores de cabeza, dificultades en concentrarse y en conciliar el sueño y movimientos rápidos con sus dedos de las manos y con sus piernas y pies.

Por tanto, se considera su preocupación como patológica por su frecuencia y duración excesivas, su rasgo de incontrolabilidad que lo vive como angustiante y su hipervigilancia y radar para posibles problemas reales o imaginarios.

Además, se presenta asociado a sintomatología depresiva: tristeza y llanto frecuente, pocas ganas de levantarse de la cama y empezar el día y se desanima fácilmente por cosas cotidianas (vinculado al propio TAG y al duelo por ruptura amorosa que se convierte en otro foco de preocupación).

7. Descripción de las conductas problema y análisis funcional

Antes de pasar a detallar las conducta problema, se podrían considerar los siguientes desencadenantes/precipitantes: la ruptura de su expareja (la que era su pareja ya no cubre la función de la calma que le proporcionaba cuando se sentía preocupada por algo) y el cambio de residencia y lugar de trabajo (fuente de estrés).

Se han estructurado las conductas problema según las siguientes áreas:

1. Cognitiva

1.1. Preocupaciones excesivas e incontrolables:

- Expectación aprensiva en el ámbito profesional:

- Da muchas vueltas a lo que ha dicho o hecho (rumiaciones), por ejemplo, le preocupa que alguien haya malinterpretado un comentario suyo o si por ejemplo un alumno le cuesta entender algo enseguida se lo atribuye a un error interno de que no lo ha explicado bien (hipersensibilidad a la evaluación negativa de los demás en la esfera laboral). Además, tiende a compararse con sus compañeros de trabajo sintiéndose inferior y otras veces sintiéndose reconfortada al valorar que ella es mejor en algo como profesora.

- Se preocupa mucho por las tareas pendientes del trabajo a realizar en casa, no por sobrecarga, sino por procrastinación porque le genera malestar ponerse a preparar las clases por las anticipaciones sobre posibles amenazas que su mente empieza a generar (p.e. que no le guste lo que ha preparado a algún alumno).

- La consecuencia más catastrófica que se me imagina es que al final la echen del trabajo por “mala profesora”.

- Expectación aprensiva en el ámbito amoroso:

- Pensamientos rumiatorios acerca de su exnovia (p.e. “¿y si piensa si le escribo que soy una pesada?” o “¿y si piensa si no le escribo que ya me he olvidado de ella y pierdo una posible oportunidad si quisiera volver conmigo?”), “no sé si bloquearla en el móvil sería la mejor opción para así no tener la tentación, pero igual es una opción un poco infantil, no sé qué hacer, qué angustia...”).

- Preocupación por su futuro sentimental (p. e. “y si no encuentro a nadie con quien compartir mi vida ya nunca, qué difícil lo veo, al final me voy a quedar sola y yo no quiero eso...”).

- Expectación aprensiva en el ámbito económico:

- Preocupación por su futuro económico (p. e. “a ver si cuando me den mi casa puedo vivir con mi sueldo y sale todo bien sin ningún imprevisto, sería horrible tener que pedir dinero a

mis padres que ya bastante se aprietan ellos el cinturón y no poder valerme por mí misma, uf, qué agobio de sólo pensarlo...”).

1. 2. Metapreocupación: preocuparse por preocuparse, es decir, hace una valoración cognitiva de que la preocupación es dañina y algo a evitar desde el rechazo o la lucha cuando se da cuenta de que ha caído en la divagación y de lo irracional.

2. *Emocional-fisiológica*

- Alta presencia de un estado general de ansiedad: irritabilidad, fatiga, con síntomas asociados de dificultades en concentración y dolores de cabeza (cuando se pone en casa a preparar las clases) y dificultades para conciliar el sueño.

- Tristeza frecuente (la mayor parte del día) y llanto asociado (mínimo unas tres veces por semana) que se vincula principalmente a sus preocupaciones en lo laboral y sentimientos de poca valía profesionales, y por la pérdida del apoyo que suponía su exnovia y desesperanza en un amor futuro (“yo antes si tenía algún problema o me preocupaba por algo del trabajo la tenía a ella para desahogarme y me ayudaba mucho, al igual que yo a ella, éramos un apoyo mutuo...”).

- Se culpa por estar triste y/o preocupada (autoexigencia: “debería estar bien, sé que no tengo motivos suficientes, pero no puedo evitarlo y esto me hace sentir aún peor”).

3. *Conductual*

- Estrategias utilizadas para calmar o evitar su ansiedad: movimientos rápidos con sus dedos de las manos y con sus piernas y pies (aunque muchas veces sea automático es un movimiento voluntario), fumar, posponer la preparación de las clases, compararse con los compañeros (a veces sale ganando en esa comparación), preguntar a veces a los alumnos por cómo les ha parecido o si les ha gustado determinada actividad y llamar a una amiga que le consuela y anima (estas dos últimas actúan como conductas de preocupación)

A continuación se expone el análisis funcional:

❖ Por un lado, respecto a los estímulos condicionados y respuestas condicionadas (dimensión fisiológica):

E.C. (interno): Preocupación → R.C: ansiedad

E.C. (externo): momento de tener que preparar las clases, tareas pendientes laborales o crítica hacia ella en el trabajo (por mínima que sea o incluso imaginada) → R.C: ansiedad

❖ Por otro lado, respecto al condicionamiento operante:

Tabla 1. Análisis funcional de la conducta

Estímulos discriminativos	Respuesta	Consecuentes	Consecuencias (medio/largo plazo)
<p><i>Internos:</i> Preocupación (p.e. cuando repasa con todo detalle lo que ha dicho o hecho en las clases cuando sale del trabajo)</p> <p>Recuerdo (no tiene por qué ser rumiación) sobre el día en el trabajo y su actuación (u otros temas)</p>	<p>* <i>Cognitiva:</i> Rumiar: se preocupa y empieza a dar vueltas a cómo lo hecho en clase o qué cosas considera que ha hecho mal (desde lo lingüístico-verbal como conducta de evitación o escape a las imágenes mentales negativas según la teoría de la intolerancia a la incertidumbre (Ladouceur et. al, 2000)</p> <p>Metapreocupación: se preocupa por preocuparse y rechaza la preocupación (también se aplica a la tristeza por el duelo de su expareja)</p>	<p>Alivio del malestar (reforzamiento negativo al evitar la imagen) Creencia sobre la utilidad de la preocupación: considera que aprende lo que tiene y no tiene que hacer en el trabajo (reforzamiento positivo)</p> <p>Alivio del malestar (reforzamiento negativo al evitar la preocupación aunque sea momentáneamente)</p>	<p>Agotamiento mental Se encierra más en sí misma</p> <p>Se incrementa la preocupación Se culpa Tristeza</p>
<p><i>Internos:</i> Preocupación laboral o amorosa</p> <p>Preocupación laboral o amorosa</p> <p><i>Externos:</i> Ve alguna cara de aburrimiento al dar la clase o que hablan más de la cuenta</p> <p>Ve el material de algún compañero o escucha algún comentario relacionado sobre cómo ha dado la clase (el compañero)</p> <p>Momento de preparar las clases</p>	<p>* <i>Conductual:</i> Llama a su amiga para contarle sus inseguridades (conducta de preocupación)</p> <p>Se pone a hacer otra cosa para distraerse (p.e. jugar con el móvil o ver la T.V.); los movimientos rápidos que realiza con sus dedos de las manos y con sus piernas y pies; fuma</p> <p>Pregunta a sus alumnos si les ha gustado una actividad (conducta de preocupación)</p> <p>Se compara</p> <p>Lo retrasa a otro momento (procrastinación)</p>	<p>Le anima al decirle que esas preocupaciones son infundadas y que vale mucho como profesora o que encontrará a otro nuevo amor (alivio del malestar)</p> <p>Alivio del malestar</p> <p>Si le contestan que sí y entonces ya se siente mejor (reforzamiento negativo)</p> <p>Si sale beneficiada en la comparación le genera seguridad (reforzamiento positivo)</p> <p>Alivio del malestar</p>	<p>Autorreproches por “cargar” a su amiga con sus problemas</p> <p>Las preocupaciones se mantienen e incrementan</p> <p>Autocríticas porque valora que su estado de ánimo en lo laboral depende de la valoración de los demás</p> <p>Culpa, más agobio y tristeza</p>

8. Objetivos de intervención

1. Disminuir sus niveles de activación fisiológica (nerviosismo interior, fatiga, problemas de concentración e irritabilidad)

2. Reducir su alta presencia e intensidad de las preocupaciones (y tristeza asociada a éstas y al duelo de su expareja):

2.1. 1ª fase: cambiar sus pensamientos desadaptativos por pensamientos alternativos más funcionales y ajustados a la realidad (trabajar con sus distorsiones cognitivas e ideas irracionales) y trabajar la aceptación de la situación y manejo de la incertidumbre.

2.2. 2ª fase: instaurar un estilo de relacionarse con la preocupación y su tristeza (y más emociones asociadas) desde la apertura, observación y aceptación (en lugar de la evitación y rechazo) y desde la vivencia en el momento presente (en lugar de estar la mente sistemáticamente en el pasado o en el futuro).

9. Establecimiento de las metas del tratamiento (para cada objetivo)

El plan psicoterapéutico fue el siguiente:

- Para el objetivo 1: psicoeducación (al no tener tensión muscular no se entrena en relajación progresiva, y se asume que disminuirá al trabajar los siguientes objetivos)
- Para el objetivo 2.1:
 - Psicoeducación de cada elemento y proceso (p.e. TAG, sintomatología depresiva, distorsiones cognitivas, creencias irracionales, relación entre pensamiento-emoción-conducta, etc.)
 - Reestructuración cognitiva
 - Reconocer el tipo de preocupación (con base y real y modificable; real pero no modificable; y con poca base real y no modificable)
 - Exposición en imaginación a las preocupaciones sin base real
 - Solución de problemas para su procrastinación en la preparación en casa de las clases (gestión del tiempo)
- Para el objetivo 2.2:
 - Psicoeducación sobre mindfulness y cada uno de sus elementos y procesos
 - Diferentes prácticas mindfulness dirigidas a desarrollar y potenciar su autoobservación, curiosidad, aceptación, no enjuiciamiento o autocritica por tener esas experiencias internas (y en caso de aparecer esta autocritica observarla desde la actitud minful como una reacción más) y desidentificación.

10. Mindfulness (integrado) como tratamiento de elección

Es importante decir que la atención plena es elegida como tratamiento de elección para este caso, pero como un tratamiento integrado en el enfoque cognitivo-conductual (Borkoveck et al., 1990, 2004; Etchebarne et. al, 2012; Ladouceur y Dugas, 2000), es decir, no es un tratamiento “puro”, se combina con otras técnicas (Cayoun, 2014), aunque sí se considera el ingrediente primordial y diferenciador.

La terapia cognitivo-conductual es considerada como como bien establecido para el TAG (Pérez, M., y cols; 2003). Y según la guía clínica NICE de Reino Unido considera el trabajo desde el mindfulness como recomendable para casos recurrentes de preocupación patológica (National Institute for Clinical Excellence: National Clinical Guideline Number 113, 2011).

A modo de introducción, se hace necesario resaltar su estilo de afrontamiento frente a las dificultades consistente en que, en lugar de ver los problemas como retos o al menos como parte inherente de la vida, se los toma como grandes cargas, como una especie de “vía crucis” que tiene que sufrir y con un deseo imperioso de no tener problemas en su vida (o más bien, la consecuencia psicológica asociada), de manera que cada vez que aparece algo que ella considera un problema le surge una reacción interna de rechazo y lucha (Kashban et. al, 2006). Ya que los problemas (reales o imaginarios) son fuente de sus preocupaciones excesivas. Y en ese deseo de no tener problemas lo que hace es funcionar como un radar para detectarlos como un intento de control y estar alerta, consiguiendo el efecto contrario a su deseo origen que es crearse problemas donde no los hay y donde los hay dotarles de una importancia desmesurada (Borkovec, 2004; Ladoceur y Dugas, 2000). En este sentido, la atención plena permite abandonar la actitud de lucha a la preocupación o tristeza para promover un estado psicológico más saludable (mental, emocional y conductual).

10.1. Concepto de mindfulness y sus componentes

Mindfulness podría definirse como *“la conciencia que surge de prestar atención intencionadamente en el momento presente y sin juzgar, a las experiencias que se despliegan en cada momento”* (Kabat Zinn; 2003); *“es una autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, que permite así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente y adopta una orientación particular hacia la propia experiencia, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación”* (Bishop et al., 2004) ;*“conciencia, de la experiencia presente, con aceptación”* (Germer, Siegel y Fulton, 2005).

Es de origen budista, siendo su término una traducción de la palabra *sati* de la lengua pali que significa “conciencia, atención y recuerdo”.

Se considera que detrás de la psicopatología se produce una automatización de los procesos cognitivos y emocionales que a veces está fuera de nuestra conciencia y con un deseo de controlar esas vivencias (Miró y Simón, 2012; Segal, Williams y Teasdale, 2006). De manera

que para tratar el sufrimiento humano no consistiría en eliminar, por ejemplo, los pensamientos que surgen en nuestra conciencia, sino más bien desidentificarse de ellos (Didonna, 2014). En palabras de Fabrizio Didonna (2014): *“el acto de rumiar es uno de los principales procesos cognitivos en muchas enfermedades psicológicas [...] rumiar siempre implica emitir un juicio sobre la experiencia. Las técnicas de meditación basadas en mindfulness funcionan exactamente en el sentido opuesto, favoreciendo una actitud “dejar ir” en relación a los propios pensamientos [...] ayuda a evitar quedarse atascado una y otra vez en círculos viciosos muy dañinos”*.

Con la intención de operativizar la definición de lo que significa mindfulness Bishop (Bishop et al., 2004) lo descompone en:

1. Autorregulación de la atención al momento presente
2. Actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la experiencia en el momento presente

Por decirlo con otras palabras y en el contexto de la terapia de aceptación y compromiso, en el núcleo de las problemáticas psicológicas se encuentra el patrón rígido de “evitación experiencial” (Hayes, 2014) caracterizado por una reacción sistemática de intentar suprimir los eventos internos valorados como negativos o dañinos, como pueden ser los pensamientos negativos (p.e. las preocupaciones en el caso de M.) o emociones experimentadas como desagradables (p.e. la tristeza en el caso de M.). En palabras de Hayes: *“Lamentablemente, esas vivencias evitadas suelen reaparecer rápidamente y se experimentan como más angustiosas y dominantes que antes”*. Es decir que, paradójicamente cuanto más uno intenta rechazar, luchar o suprimir determinado evento interno (pensamientos, emociones, sensaciones físicas, etc.) más intenso y frecuente se vuelve éste. De modo que, la cara inversa de esta evitación experiencial y que estaría en la base de la salud mental y bienestar psicológico es el componente de la aceptación antes comentado. En este sentido, por aceptación no se entiende como algo que a uno le guste, disfrute con ello, o a lo que se resigne, sino más bien como una forma de relacionarnos con nuestras experiencias internas basada en dejarles un “hueco o espacio” temporal en nuestro campo de la conciencia. Y es aquí donde la “defusión cognitiva” entra en juego para desarrollar la habilidad de observar esa experiencia interna desde la toma de perspectiva, de forma que uno mismo es observado como un todo mucho más grande que esa experiencia donde ésta es un producto de su persona, pero que no es la realidad en sí misma. Pues una parte del origen y mantenimiento de un determinado problema psicológico es precisamente creernos al 100% lo que nuestros pensamientos o emociones nos dicen. Por ejemplo, en el caso de M. cuando se fusionaba con su preocupación de “y si doy mal la clase, ya verás me va a salir fatal”, entonces su nivel de ansiedad y malestar se disparaba enormemente, sin embargo cuando lograba observar ese pensamiento desde la aceptación y defusión entonces su malestar disminuía considerablemente, pues ya no consideraba esto como algo real y potencialmente dañino, sino que podía llegar a observar los juegos que realizaba su mente y su lingüística cuando entraba en un estado de

preocupación. Dicho de otro modo, se frenaría el proceso rumiativo causante de patologías como la depresión (Herbert et. al., 2009; Singer y Dobson, 2009).

Además, la evitación vivencial implica no sólo una limitación y empobrecimiento de la esfera de las emociones negativas, sino también de las positivas (Kashdan y Steger, 2006). O dicho en otras palabras, se produce una rigidez en la forma de relacionarse con los eventos privados negativos (intentos fallidos de que desaparezcan), lo cual va en detrimento del bienestar emocional y las emociones positivas ligadas, pues se instaura un radar hacia lo negativo por ese afán de comprobar si sigue o se ha ido eso que se evita (de manera que esto genera que automáticamente vuelve a conciencia), pasándose por alto las emociones positivas. Es decir, que cuando éstas aparecen uno no es tan consciente y al mismo tiempo tienden a disminuir su intensidad y frecuencia por esa antena hacia lo negativo que se quiere evitar. Por ejemplo, en el caso de M. estaba tan preocupada por no tener preocupaciones que no dejaba de tenerlas y además se perdía lo positivo que acontecía en su vida y en ella misma (p.e. si sentía alegría era menos intensa, apenas le daba importancia y tendía a no prestar atención a los positivo).

Sería como un piloto automático persistente que nos aleja de la vida que está aconteciendo en el aquí y el ahora y percibir la realidad tal y como es sin la mediación de los sesgos o filtros mentales. Aunque esto, en un sentido estricto, me atrevería a decir que es imposible, pero sí se puede trabajar hacia esa tendencia y vivir de un modo más presente en el ahora de nuestra vida, sin que nuestra mente esté continuamente en el pasado o en el futuro. En el caso de M. era muy predominante cuando llegó a consulta su piloto automático que le hacía perder contacto del espectro del presente, pues estaba constantemente divagando, rumiando y preocupándose por posibles desgracias o problemas futuros.

10.2. Preocupación y metacognición

Es un aspecto clave en la elección de la atención plena para M. el componente que juega la metapreocupación (Wells, 2002) en su problemática, ya que debido a la terapia cognitivo-conductual que recibió hace cinco años es consciente en muchas ocasiones de la irracionalidad de sus preocupaciones, siendo capaz de identificar sus distorsiones cognitivas e ideas irracionales con un trabajo breve a modo de repaso, así como reestructurar de forma exitosa sus cogniciones. El mindfulness resulta aquí como el camino por el que moverse para incrementar las habilidades metacognitivas de descentramiento (Kabat Zinn, 2004, 2007).

La relación de M. con la preocupación tiene una doble cara: por un lado, considera que tiene razones para preocuparse, y por otro, se critica por preocuparse porque sabe que es perjudicial para su salud (“Me estoy preocupando y esto es malo, pero es que no puedo evitarlo porque puede haber razones por las que preocuparme” y entonces “Me siento mal por preocuparme y preocupo más”). Es decir, realiza una doble valoración de la preocupación, por un lado desde la creencia positiva de su utilidad de búsqueda de soluciones (p.e. “así me esfuerzo

por hacer bien mi trabajo como profesora y que no suceda eso que tanto temo que es que me despidan o me critiquen por mala profesora”), y por otro lado, desde la creencia de tipo reforzamiento negativo con el propósito de evitar el malestar psicológico que genera la propia preocupación, siendo ésta última la que hace que tienda a rechazar o luchar con la preocupación produciéndose al mismo tiempo esa sensación de incontrolabilidad (Wells, 2002).

Concretamente, el preocuparse por preocuparse es en ella un factor esencial en el mantenimiento, no porque considere que no tiene razones para preocuparse sino porque interpreta que si se preocupa es porque tiene problemas y eso es horroroso porque entonces no puede estar tranquila y feliz. Aunque también es cierto que a raíz de su tratamiento hace 5 años se dio cuenta de la disfuncionalidad de sus preocupaciones y su tendencia excesiva, por lo que ahora que empezó a preocuparse a su regreso lo consideró como señal de alarma de “preocuparme así es malo para mi salud psicológica, por tanto algo contra lo que luchar y ser evitado”, lo cual incrementa su incontrolabilidad, produciéndole más angustia aún y perpetuándose así el círculo vicioso.

10.3. Aplicación clínica de la atención plena en la preocupación patológica y sintomatología depresiva de M.

En primer lugar, si descomponemos los elementos del mindfulness en relación a sus preocupaciones patológicas nos encontramos con lo siguiente:

- Observación: autoconciencia limitada, en el sentido de que se da cuenta de sus preocupaciones cuando ya se encuentra en el punto de no retorno e incontrolable, de ahí la importancia de reconocer sus patrones de pensamiento, siendo el mindfulness una herramienta que encaja a la perfección para tal objetivo.
- Descentramiento: podría considerarse como una cualidad de la observación en la que M. se identifica y fusiona con sus rumiaciones. Por tanto y de nuevo, la atención plena puede permitir y ayudar a lograr el desapego necesario para la salud mental.
- Aceptación y apertura: es característico de la paciente su rechazo ante la presencia de las preocupaciones, manifestándose de manera reiterativa en su intento de dejar de preocuparse por considerarlo dañino, por lo que emplear mindfulness facilitará que aprenda a relacionarse con sus preocupaciones desde la aceptación, entendiéndose ésta no como agrado o apetencia a que aparezcan, sino como un dejar “hueco o espacio” a la aparición de las mismas.
- Sin enjuiciamiento: se puede ver cómo M. interactúa con sus preocupaciones desde la autocrítica, por tanto, trabajar desde el mindfulness contribuirá a conseguir el objetivo de no poner un juicio de valor a sus eventos internos.

Por otro lado, se podrían diferenciar en el caso de M. dos grandes bloques de trabajo relativos a sus preocupaciones (y tristeza):

- Para las veces que se culpa a sí misma por preocuparse (o sentirse triste) e intenta luchar y rechazar las preocupaciones: se trabajará fundamentalmente desde el componente del mindfulness de la aceptación y no enjuiciamiento.
- Para las ocasiones en que considera reales sus preocupaciones: se trabajará desde el componente de la observación y etiquetado de experiencias internas para promover el proceso de desidentificación o defusión cognitiva.

Dentro de la psicoterapia se encuentra la “terapia conductual basada en la aceptación” enfocada específicamente al tratamiento de la ansiedad generalizada (Roemer y Orsillo, 2002, 2007). Aunque en el presente caso clínico no se ha seguido estrictamente este protocolo, sí que hay muchos aspectos comunes, pues esta terapia de Roemer y Orsillo integra el mindfulness como componente esencial. Estos autores proponen un modelo donde el foco terapéutico es cambiar la manera que tiene la persona con TAG de relacionarse y responder a sus preocupaciones. Consideran que las personas con ansiedad generalizada reaccionan negativamente a sus experiencias internas y se fusionan con ellas, produciéndose una evitación vivencial y una restricción conductual de actividades significativas y valiosas para la persona. En el caso de M. las repercusiones de su sintomatología no se adscriben tanto al dejar de hacer cosas valiosas (pues apenas ha dejado de hacer actividades importantes para ella), sino a su vinculación y respuesta a sus propias preocupaciones.

En relación a su sintomatología depresiva, asociada fundamentalmente al duelo de su expareja y al malestar generado por su TAG, también cobra fuerza el mindfulness como tratamiento de elección, ya que se relaciona con su tristeza desde el rechazo y la evitación, lo cual provoca, tal y como se ha explicado con anterioridad, que ésta se incremente y se enquistee. En este terreno nos encontramos la “terapia cognitiva basada en mindfulness” (Segal, Williams y Teasdale, 2002, 2006, 2015), cuyo origen de aplicación fue el de la prevención de las recaídas en la depresión, con el principal objetivo de conseguir el descentramiento de los pensamientos negativos vinculados al estado depresivo. En este sentido tanto para esperar una mejoría en su sintomatología, como en unos efectos a largo plazo que protejan de la recaída, la atención plena permitiría y potenciaría obtener estos resultados deseados.

10.4. Autocompasión

Debido a su autocrítica tan fuerte y culpa cuando se le aparecen sus preocupaciones o tristeza (“no debería pensar o sentir esto porque me estoy hundiendo”) se considera muy importante la cualidad de la autocompasión. Ésta es entendida como una conexión con el propio sufrimiento humano, considerándolo como una parte inherente de la humanidad y sintiendo que

no es la única persona experimentado sufrimiento, para crear así un sentimiento de unión con el resto de las personas y no sentirse sola. Al mismo tiempo, una vez que se permite sentir ese sufrimiento la autocompasión permite acogerlo con la intención de ser aliviado y ayudarse desde la amabilidad con uno mismo y el amor propio incondicional (Neff, 2012; Simón, 2015), siendo éste último una cualidad relevante en su caso, dada su tendencia a criticarse y minusvalorarse por preocuparse o sentir tristeza.

11. Aplicación del tratamiento: sesión a sesión

En la siguiente tabla se explican los componentes psicoterapéuticos correspondientes a cada sesión del tratamiento. Se puede observar cómo hay dos partes claramente diferenciadas: en primer lugar, intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual (de la 1ª a la 8ª sesión), y en segundo lugar, desde el enfoque de la atención plena (de la 9ª a la 16ª sesión).

Tabla 2. Aplicación del tratamiento (sesión a sesión)

Nº Sesión	Elementos del proceso psicoterapéutico
1ª	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista inicial para el establecimiento y primera delimitación del problema - Encuadre de la terapia y ajuste de expectativas (como ya estuvo hace años en un tratamiento cognitivo conductual es conocedora del papel activo como paciente y trabajo conjunto) - Entrega de cuestionarios (en el apartado de efectividad se detallan cuáles y en qué momentos son aplicados) - Tarea para casa: “diario de preocupaciones” (sin estructurar)
2ª	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa (<i>Nota importante</i>: está revisión se hace en todas y cada una de las sesiones, pero no se incluye en el resto de la tabla por no repetir): se confirman las preocupaciones expuestas en la primera sesión y salen a la luz otras, así como pinceladas de su actitud ante las propias preocupaciones (rechazo/lucha) y su experiencia de no controlabilidad que le produce angustia. - Continuación de la entrevista (análisis topográfico y funcional) - Tarea para casa: autorregistro para la preocupación
3ª	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de resultados: psicoeducación del TAG y sintomatología depresiva - Clarificación de las creencias positivas y negativas sobre las preocupaciones - Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas (breve, pues se acordaba de muchas) - Entrega por escrito de las distorsiones cognitivas y tarea para casa de identificación unido al autorregistro - Pauta de la hora para preocuparse
4ª	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación del tipo de preocupación (basado en la realidad y modificable, real pero no modificable, y poco real y no modificable) - Técnica de la flecha descendente: creencia nuclear: “no valgo como profesora” - Técnica doble nivel de exigencia (Burns, 2006): p.e. “soy la peor profesora”, “no hago nada bien en mi trabajo” - Intercambio de roles para la reevaluación de cada preocupación: primero adopto el rol de abogado defensor (defiendo la utilidad de la preocupación, es decir, las creencias positivas que la mantienen) para luego pasar al rol de fiscal (resaltando las desventajas) - Entrega por escrito de las creencias irracionales y tarea para casa de identificación unido al autorregistro, y continuación de las distorsiones (es importante señalar que este trabajo cognitivo se hace mucho más rápido con M. por su tratamiento previo, siendo capaz de recordar sus distorsiones y creencias arraigadas que se repiten de su última crisis, así como identificarlas en el momento actual)

	<ul style="list-style-type: none"> - Para casa: identificar al menos tres aspectos positivos en su desempeño diario como profesora (con el objetivo de cambiar el foco de atención y apoyo al análisis empírico de la reestructuración cognitiva)
5 ^a -8 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva: análisis lógico y empírico - Experimentos conductuales para desafiar a la creencia de “si fallo en algo en las clases será terrible, no podré soportarlo y se darán cuenta del fracaso de profesora que soy” (p.e. pone en un examen una errata aposta, ante lo cual los alumnos se lo dicen y ella es capaz de manejarlo de tal forma que hasta lo vive con alegría al comprobar que no pasa absolutamente nada por equivocarse y que ese verse juzgada por los demás de esa forma terrible no es real) - Intervención según el tipo de preocupación: <ul style="list-style-type: none"> - para la preocupación basada en la realidad y modificable de “se me acumulan las tareas y se me echa el tiempo encima para preparar las clases” (debido a la procrastinación): gestión del tiempo (una vez trabajada la parte cognitiva donde anticipaba el momento de dar las clases imaginándose posibles catástrofes) - para la preocupación con poca base real de “se van a dar cuenta de que soy un fracaso y un ridículo como profesora: exposición a la preocupación - para la preocupación con poca base real de “no voy a encontrar a nadie más (amor)”: exposición a la preocupación - para la preocupación con poca base real de “y si me quedo sin dinero para pagar la casa y tengo que volver con mis padres”: exposición a la preocupación - Foco de la atención a lo positivo y agradecimiento - Práctica para casa de las exposiciones
9 ^a -10 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre mindfulness - Metáfora del “hombre en el hoyo” (de la terapia de aceptación y compromiso) como reflejo de lo que se consigue con el intento de controlar al 100% (sistema ineficaz) nuestras experiencias internas - Metáfora del “polígrafo” (de la terapia de aceptación y compromiso) para demostrar cómo es imposible no pensar en algo cuando utilizamos la lucha o el rechazo - Prevención de las conductas de preocupación a través de una observación mindfulness: por medio de una reducción progresiva de esas conductas (p.e. llamar a amiga o preguntar a alumnos) integrando con atención plena esa vivencia del impulso a realizar esa conducta a través de meditaciones guiadas (p.e. es capaz de observar cómo al principio parece tener esa necesidad imperiosa de ejecutarla y a medida que transcurre el tiempo y sigue observando esa sensación termina por diluirse)
11 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Con el objetivo de observar la naturaleza de la mente, sin juzgarla, permitiendo un espacio a esos pensamientos o emociones desde la aceptación y observación de cómo no es dañino en sí mismo. Es decir, que su totalidad como persona es mucho más que eso y permitir experimentar cómo al final esa experiencia interna se modifica, o en otras palabras, que no es permanente: <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio mindfulness de “hojas en el río” (observación de sus pensamientos como meros productos de su mente, poniéndolos a modo de metáfora en una hoja para que se los lleve el río para promover ese “dejar ir” con amabilidad en lugar de desde la fuerza y el rechazo) - Ejercicio de mindfulness a través de la metáfora de la “pantalla de cine” (imaginarse una pantalla delante de ella e ir poniendo sobre ella los pensamientos que le vayan pasando por la cabeza y por ejemplo, a modo de los créditos de una película observar como unos vienen y otros se van) - Para casa: audios grabados de las prácticas y registros para en sesión identificar sus aprendizajes u obstáculos (práctica diaria) * <i>Nota importante:</i> en el resto de sesiones que siguen se graba cada ejercicio para que la practique en casa (cada semana se practica diariamente la o las meditaciones de esa sesión y la siguiente semana las que se enseñen en esa sesión, pero para no perder el aprendizaje de las anteriores se incluye en cada semana alguna de las anteriores de forma breve)
12 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica mindfulness en respiración: <ul style="list-style-type: none"> - focalización de la atención en las sensaciones internas ligadas a la respiración - dejando que venga tal y como viene, sin intentar modificarla - con el objetivo de trabajar la atención como si de un músculo se tratara en el sentido de permanecer su foco en el aquí y el ahora de la respiración (lo cual quiere decir que no está preocupándose)

	<ul style="list-style-type: none"> - como un aprendizaje más allá de “no hacer”, sino más bien “estar y ser” consigo misma, para fomentar la conexión y anclaje al momento presente - integrando cada distracción de la respiración (p.e. una preocupación o la tristeza) como un reflejo de la naturaleza de cómo funciona la mente, es decir, que siempre va a haber distracciones (aunque con la práctica disminuyen), pero que lo más importante es darse cuenta y volver la atención hacia la respiración. Y es en este preciso movimiento es justamente donde se ejercita el músculo de la atención. - Psicoeducación de la autocompasión y breve práctica de la meditación de compasión “Metta” (Simón, 2015)
13 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Body Scan: <ul style="list-style-type: none"> - aprender a escuchar su cuerpo y a no rechazar esas vivencias (p.e. su sensación de nerviosismo interior como en la zona del estómago, nudo en la garganta, etc.) - lo cual le va a permitir también integrar este aprendizaje con la práctica posterior de las emociones: identificar en el cuerpo dónde y cómo se manifiesta determinada emoción y permitir ese espacio temporal desde la aceptación, defusión y compasión a esa emoción. Por ejemplo, en el caso de la tristeza era frecuente su vivencia corporal en la zona del corazón, de manera que permitiendo ese espacio con los componentes citados podía experimentar cómo relacionándose de esa forma con su tristeza terminaba por irse y cuando regresaba la emoción en otro momento volvía M. a responder de esta forma, y así estaba rompiendo con ese círculo vicioso de perpetuación e intensificación de la tristeza con su anterior manera de reaccionar desde el rechazo, la culpa y la autocrítica - Meditación de la autocompasión “Tonglen” (Simón, 2015) - Práctica relacionada con la estimulación externa (anclaje al momento presente e integrando las vivencias internas que surjan como oportunidades para practicar las habilidades mindful de observación, curiosidad, aceptación y no juicio, así como volver el foco de atención hacia donde se estaba): <ul style="list-style-type: none"> - Paseo contemplativo (ya que además alude ir deprisa a todos los lados): explicación en sesión y programación de la práctica para fuera de consulta
14 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Meditación de la impermanencia del pensamiento (Pastor, 2012) para las preocupaciones, complementado con el etiquetado de cada preocupación o pensamiento automático negativo para trabajar la desidentificación o defusión cognitiva - Meditación de las emociones para la culpa y frustración (ante por ejemplo, sentir tristeza o preocuparse) - Práctica relacionada con la estimulación externa: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación mindful (ya que además refiere comer deprisa y sin “enterarse” muchas veces del sabor de lo que está comiendo): explicación en sesión (y práctica de la meditación de la pasa) y programación de la práctica en sus comidas diarias para fuera de consulta
15 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Meditación de la mente que piensa para las preocupaciones (Simón, 2012) - Meditación de compasión de las emociones (Alonso, 2012) para la tristeza - Práctica relacionada con la estimulación externa: <ul style="list-style-type: none"> - meditación de los sonidos: práctica en sesión y programación de la práctica para fuera de consulta (p.e. desde sitios como en la naturaleza, como en su misma casa)
16 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Otras prácticas para la vida cotidiana: ducharse, limpiar, etc. - Repaso de logros y aprendizajes
Sesión de seguimiento (a los dos meses)	M. acude a consulta como seguimiento de los objetivos alcanzados, observándose un mantenimiento de los cambios.

12. Diseño del estudio

- Se parte de un diseño AB, pues por cuestiones éticas se desestima quitar la variable tratamiento una vez comenzado. Al ser M. el único sujeto de análisis es un diseño de N=1.
- V.I (variable independiente): tratamiento psicológico (mindfulness integrado en terapia cognitivo conductual)
- V.D (variables dependientes): ansiedad, preocupación, depresión y mindfulness
- Frecuencia del tratamiento: una sesión semanal de psicoterapia de una hora
- Los momentos de aplicación de los cuestionarios (entre paréntesis se pone el nombre que se le asigna para las gráficas) fueron los siguientes:
 - Pre-tratamiento: para establecer una línea base de M. se aplican en la primera semana (Pre-1) los cuestionarios STAI, BDI, PSWQ, MAAS y PHLMS. Y a las dos semanas (Pre-2) los cuestionarios STAI, PSWQ y PHLMS. En los resultados se muestra la media de estas dos medidas.
 - Durante el tratamiento (Durante): a las 8 semanas se pasan los cuestionarios STAI, PSWQ y PHLMS.
 - Post-tratamiento (Post): a las 16 semanas se aplican los cuestionarios STAI, BDI, PSWQ, MAAS y PHLMS.
 - Seguimiento: a los dos meses una vez finalizada la terapia se pasan los cuestionarios STAI, PSWQ y PHLMS.
 - *Nota aclaratoria:* los cuestionarios de MAAS y BDI se aplican sólo en el pre-tratamiento (Pre-1) y en el post-tratamiento por no cargar a la paciente con tantos cuestionarios a rellenar, considerándose como momentos suficientes para valorar la efectividad.

13. Resultados

13.1 Análisis descriptivo

A continuación se presentan los beneficios psicoterapéuticos que M. obtiene tras la aplicación del tratamiento. Debido a que la terapia se divide en dos grandes bloques diferenciados, cognitivo-conductual y mindfulness, las mejoras se muestran también diferenciadas:

- ❖ De la 1ª a la 8ª sesión (cognitivo-conductual):
 - Se reducen de manera significativa sus niveles de ansiedad (confirmado en los cuestionarios). Por ejemplo, comentario del tipo “me encuentro mejor, ya no estoy con esos nervios internos constantes, ni estoy a la que salto como antes y siento como más energía al hacer las cosas”.
 - Disminuye la frecuencia y perturbación de las preocupaciones gracias fundamentalmente a:
 - La identificación de sus distorsiones (p.e. “todo o nada” y “descalificación de lo positivo” en relación a su competencia como profesora, ya que no existían para ella los términos

medios, “o soy buena o soy mala profesora” y cuando dice “lo hago todo mal como profesora” y no ve todo y lo mucho que hace bien”; “generalización excesiva” con su frase recurrente de “nunca encontraré a una pareja con la que compartir mi vida”; “magnificación” cuando dice “es terrible que me esté pasando esto, como al final en el colegio se den cuenta de que no valgo como profesora será horroroso para mí y me hundiré en lo más hondo del bochorno que sentiría”; o los “deberías” como el “tengo que estar bien, no tengo que preocuparme tanto porque me hace daño, ni estar ya triste por lo de mi ex porque ya han pasado varios meses y ya tengo que pasar página”;etc.) y reestructuración cognitiva de las mismas (por ejemplo, y respectivamente con lo anterior: “a veces no hago todo lo que me gustaría dando las clases, pero la mayor parte sí, y cuando no a veces es por limitaciones que no dependen de mí como por ejemplo que este año tenga muchos más alumnos en la clase y no pueda hacerlas tan interactivas como a mí me gustan. Además si me baso en datos de mi experiencia nunca he recibido fuertes críticas acerca de mi desempeño, sino más bien halagos”; “que me hayan roto el corazón y no me esperara la ruptura no significa que no vaya a encontrar a una nueva persona en el futuro y vaya a enamorarme y ser correspondida, es más, aunque ahora vea a mi ex como la única persona afín a mí puede que con el tiempo cambie esta visión y me ría de mí misma en el buen sentido”; “ahora estoy pasando una mala racha, he sufrido varios cambios en mi vida y en cierto modo es normal este bache, pero lo que verdaderamente importa es qué puedo hacer yo para encontrarme mejor”; etc.).

- Así como de sus creencias irracionales más persistentes (p.e. “para considerarme valiosa tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles”; “necesito ser aceptada por todas las personas significativas de mi entorno”; “si algo puede ser muy amenazante debo sentirme muy inquieta y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor”) y reestructuración cognitiva de éstas (p.e. “mi valía como persona no depende únicamente de mis logros o de los objetivos que consiga, además aunque me gusta hacer bien mi trabajo eso no significa pretender hacerlo perfecto y sobre que esto me perjudique a mi salud mental”; “me gusta gustar a la gente, pero es imposible agradar a todo el mundo, además que no quiero que mi valía dependa en exclusiva de lo que los demás valoren”; “no es real eso que temo que ocurra, no me baso en la realidad, es desde mi temor, además en el caso de que pasara tampoco sería el fin del mundo porque yo soy mucho más que eso”).

- Exposición a las imágenes temidas de cada preocupación: reduce significativamente su ansiedad (menos de 2 en una escala de 0 a 8) y la interferencia en su día a día de dicha preocupación (“ufff, qué alivio siento ahora sin que me estén taladrando esos temores cada día, aunque siguen estando ya lo están menos y son menos fuertes”).

- La tristeza también se ha reducido considerablemente (“ahora me siento mejor, alegre como siempre he sido”).

- Baja su exigencia también al ámbito del ocio y tiempo libre (p.e. sigue yendo al gimnasio y a sus clases de yoga, pero cuando se salta algún día lo normaliza sin vivirlo desde la culpa del “debería”).

❖ De la 9ª a la 16ª sesión (mindfulness):

- Mantenimiento de las mejorías ya citadas

- Relacionarse con sus preocupaciones desde los componentes del mindfulness: es fundamental señalar que, a pesar de los grandes avances ya mencionados, sigue teniendo preocupaciones (aunque menos frecuentes y menos intensas), y es esperable que por su tendencia a preocuparse las siga teniendo. Por ejemplo, M. refiere esa tendencia de siempre hasta que hace cinco años se dan una serie de circunstancias y factores de estrés que disparan ese patrón de preocupación previo. Al igual que ocurre en esta ocasión, por lo que se considera esencial desarrollar esa capacidad de autoobservación para que en posibles momentos futuros donde puedan dispararse de nuevo pueda percatarse antes de verse metida en el círculo vicioso y sobre todo hacerlo desde la aceptación a la vivencia interna, sin juicio y con defusión. Y es en este aspecto esencial en el que M. logra grandes cambios a través de las prácticas de mindfulness citadas: adquiere mayor habilidad en identificar cuándo está metida en la preocupación y no criticarse por ello ni identificarse por completo (p.e. “es increíble cómo ahora me doy cuenta muchas veces de que me estoy preocupando por algo y al observarlo y no identificarme con eso es como si por arte de magia perdiera esa fuerza con la que vino”; “me fascina ver cómo funciona la mente, los juegos que realiza a veces y las trampas en las que antes estaba tan metida intentando rechazarlas de algún modo”; “es como si ahora no sufriera más de la cuenta y cuando lo hago me trato con compasión y amor hacia mí misma y siento un alivio y paz que pocas veces había experimentado en mi vida”). Por ejemplo, durante el proceso en la época de exámenes (factor estresante) se le activan con más intensidad esas preocupaciones, momento en el cual aprovechamos para poner en marcha todos los recursos aprendidos y reforzar la práctica (entrenando al mismo tiempo la prevención de recaídas).

- En su día a día es más consciente del entorno que le rodea o las actividades que realiza (antes estaba físicamente presente en un sitio pero su mente estaba en otro), lo cual le permite disfrutar y saborear mucho más de las cosas (“te das cuenta de todo lo precioso que tienes en tu vida”, “el otro día por ejemplo, iba paseando por la playa y sentí una vitalidad al sentir la arena en mis pies o el sonido del mar que no había experimentado nunca”)

- Respecto a su tristeza consigue integrar el proceso de duelo por su expareja, en vez, de ver a esa tristeza como algo inadecuado que hay que eliminar, y desde esta nueva forma de relacionarse con su tristeza y pena experimenta cómo aunque siga estando es mucho menos angustiante, pues

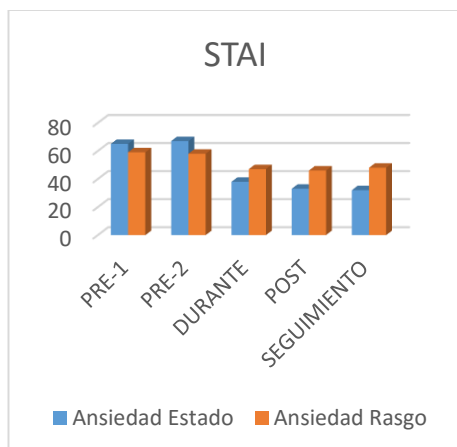
ya la culpa la deja a un lado y se permite llorar por su amor perdido, lo cual al final hace que su tristeza disminuya (“aunque tenga momentos de echarle de menos, ya no es esa pena, ahora es como que realmente asumo más que no va a volver”). Por otro lado, su tristeza relacionada con la esfera de las preocupaciones disminuye consecuentemente.

- Aumenta su capacidad de refocalizar su atención al momento presente (p.e. se da cuenta de que se preocupa por algo y es capaz de llevar su atención hacia algún elemento interno o externo del momento presente, pero no desde la evitación experiencial porque ya ha habido un contacto previo que ha recibido con aceptación, sino desde la libertad de elegir hacia donde quiere redirigir la atención).

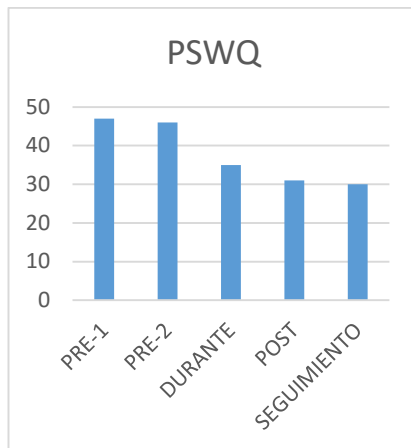
13.2 Análisis estadístico

En cuanto al aspecto cuantitativo del éxito psicoterapéutico, se presentan en este apartado los resultados obtenidos de los diferentes cuestionarios en los diversos momentos del proceso con sus correspondientes gráficas:

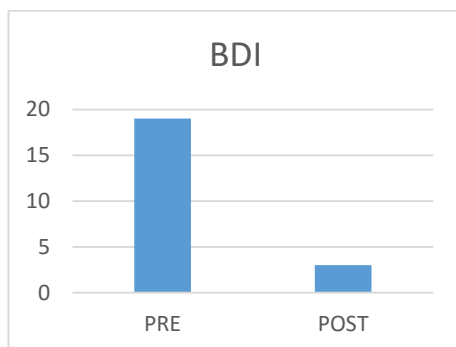
- ❖ Cuestionario STAI: se observa una mejoría tanto en su ansiedad estado (A.E.) como rasgo (A.R.), aunque la diferencia es más acusada a favor de la primera, lo cual es de esperar por su trastorno de ansiedad generalizada (*pre-tratamiento*: A.E= 66 correspondiente con un nivel alto de ansiedad ≥ 45 ; A.R=58,5, indicando un nivel alto también. *Durante*: A.E=38 correspondiente con un nivel medio=30-44; A.R con un nivel alto de una puntuación 47. *Post-tratamiento*: A.E= 33; A.R=46. *Seguimiento*: A.E= 32; A.R= 48).



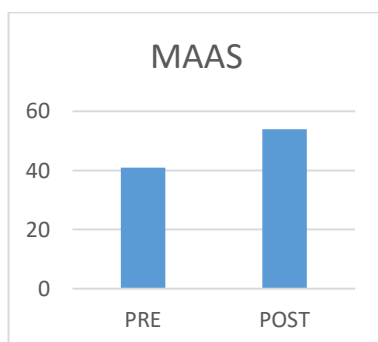
- ❖ Cuestionario PSWQ: en cuanto a sus niveles de preocupación patológica también se pueden apreciar mejorías significativas comparando los niveles tan elevados con los que acudió a terapia y los resultados hasta la finalización del tratamiento, los cuales muestran una clara reducción (*pre-tratamiento*=46,5 correspondiente a un percentil de entre 90-95 según los puntos de corte de población no clínica de la adaptación española. *Durante*=35, situándose en un percentil 60; *Post-tratamiento*=31, correspondiente a un percentil 45. *Seguimiento*=30, con un percentil 40).



- ❖ Cuestionario BDI: su sintomatología depresiva presenta una gran disminución. Se puede observar cómo cuando acudió a terapia presentaba unos niveles de “depresión moderada” (*Pre-tratamiento*=19, dentro del rango de 16 a 23 puntos) y al finalizar unos niveles de “depresión ausente” (*Post-tratamiento*=3, dentro del rango de 0 a 9 puntos).

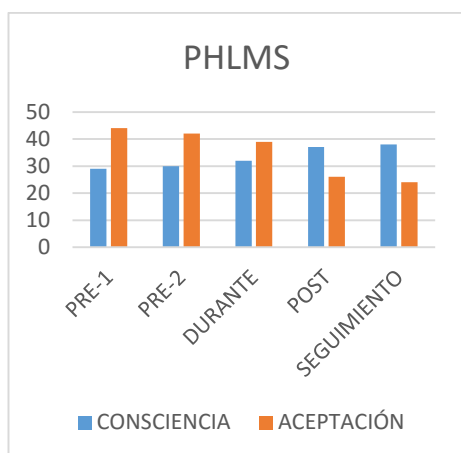


- ❖ Cuestionario MAAS: en relación a la medición de la atención plena en la vida cotidiana, se puede ver el cambio a favor al comparar las puntuaciones en el momento de antes de comenzar la terapia con unos niveles medios (*Pre-tratamiento*= 41) y al finalizar ésta se produce un aumento (*Post-tratamiento*= 54). Como aclaración a la interpretación de este cuestionario, mencionar que es una escala tipo Likert con un rango que va de 1 (casi siempre) a 6 (casi nunca), en la que puntuaciones elevadas muestran un mayor estado de atención plena. Siendo una puntuación de 15 el mínimo valor posible y 90 el máximo valor posible.



- ❖ Cuestionario PHLMS: las puntuaciones obtenidas en este cuestionario se dividen en dos variables, por un lado, la “conciencia” en el momento presente (respecto a sus experiencias internas de emociones, cogniciones y sensaciones corporales, así como a la estimulación externa), y por el otro, la “aceptación” de las experiencias internas. Los resultados antes de aplicarse el tratamiento a M. muestran cómo es capaz de prestar atención al momento presente en unos niveles medios, (*Pre-tratamiento*= 29,5), lo cual es congruente con los resultados obtenidos en el MAAS. Sin embargo, presenta una muy baja aceptación de sus experiencias internas negativas (*Pre-tratamiento*= 43), o dicho de otro modo se relaciona con éstas a través de la autocrítica y el enjuiciamiento. A las ocho semanas de psicoterapia, se vuelve a aplicar el cuestionario y los resultados reflejan un muy ligero incremento en la variable conciencia (*Durante*= 32) y un leve aumento en su aceptación (*Durante*= 39). Una vez finalizada la terapia M. muestra en sus respuestas al cuestionario un modesto incremento en conciencia si se compara con la medida anterior, y un incremento, aunque no muy elevado sí más notable, al compararlo con la medida pre-tratamiento (*Post-tratamiento*= 37; *Seguimiento*= 38). En lo que respecta al factor aceptación es donde se puede observar el gran aumento, es decir, M. logra relacionarse con sus eventos internos más desde la aceptación (*Post-tratamiento*= 26; *Seguimiento*= 24), y no tanto desde la crítica tal y como se observa en las medidas pre-tratamiento y durante las ocho primeras semanas de terapia. Estos resultados parecen apoyar la hipótesis bajo la que se sustenta la elección del mindfulness como componente esencial en su tratamiento, ya que este componente de la aceptación se considera crucial tanto para el momento presente (mayor bienestar), como para prevenir posibles recaídas futuras, y por tanto para el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

Como aspecto psicométrico aclarar que es una escala tipo Likert con un rango que va de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Evalúa los dos constructos principales de la atención plena: *subescala de conciencia* en el momento presente (a mayor puntuación indica mayor nivel de conciencia, donde una puntuación de 10 sería el mínimo valor posible, y una puntuación 50 sería el máximo valor posible) y la *subescala de aceptación* (a mayor puntuación indica menor aceptación, con los mismos valores mínimo y máximo anteriores, pero teniendo en cuenta que la interpretación es la inversa, es decir, a medida que se acerca la puntuación obtenida al valor mínimo posible indica mayor aceptación).



Por otro lado, y como complemento al análisis visual de los datos, se mide la magnitud del efecto (Sanz y García-Vera, 2015), procediendo al cálculo del porcentaje de datos no solapados (PND= nº datos del tratamiento que excede al dato más extremo de la línea a base entre el nº total de datos, multiplicando el resultado por 100) y al porcentaje de datos que excede la mediana (PEM):

- Dado que en todos los cuestionarios no existe ninguna puntuación que exceda a la línea base (es decir, las puntuaciones son inferiores, indicando mejoría respecto a la LB), se obtiene PND y PEM del 100% para cada uno de los cuestionarios, mostrándose como un tratamiento muy efectivo (PND y PEM>90%)

Dentro de las limitaciones que presenta un diseño A-B (Bono y Arnau, 2014; Kazdin, 2001), en cuanto a la validez interna de poder inferir que los cambios son atribuibles a la aplicación del tratamiento y no a variables extrañas, existe una serie de características que aumentan la validez interna (Sanz y García-Vera, 2015):

- Disponer de “múltiples medidas” en la línea base, tratamiento y/seguimiento: en el caso de M. se cuentan con varias medidas de los cuestionarios (dos medidas en línea base, dos medidas en tratamiento y una medida en seguimiento, a excepción del MAAS y BDI que cuentan con una medida en línea base y otra en tratamiento)
- Comparar con “múltiples indicadores”: en el caso de M. se aplican 5 cuestionarios que miden ansiedad, preocupación patológica, depresión y mindfulness.
- Los cambios psicoterapéuticos se dan contingentemente tras la aplicación del tratamiento y son de gran magnitud: lo cual se observa en el caso de M.

14. Limitaciones

Una de las limitaciones principales adheridas al presente trabajo es la referente a las propias de un diseño A-B de caso único, tal y como se acaba de señalar, por tanto, no se puede atribuir con total seguridad una relación causal de la eficacia del tratamiento.

Por otro lado, cabe destacar como otra de las grandes limitaciones, la carencia de un seguimiento del caso más a largo plazo. Por tanto, sería interesante poder hacer un estudio longitudinal donde se pudiera comprobar la verdadera eficacia de la terapia con la ausencia de recaídas.

15. Conclusiones

A partir del análisis de caso único de M. realizado en el presente trabajo, se puede concluir que el tratamiento psicológico aplicado (mindfulness integrado en la terapia cognitivo-conductual) resulta efectivo para reducir las preocupaciones patológicas propias de la ansiedad generalizada, así como para la clara disminución de su sintomatología depresiva asociada. Se puede observar cómo a través de la primera parte del tratamiento (reestructuración cognitiva, exposición para las preocupaciones con base real, experimentos conductuales, gestión del tiempo para la procrastinación, y otras técnicas propias de la terapia cognitivo conductual), se reduce en M. el nivel de ansiedad, tristeza y preocupaciones observables en la línea base.

Por otra parte, la segunda parte de la terapia, basada en intervenciones mindfulness, se realiza con el objetivo de modificar los procesos psicológicos asociados a los eventos internos (preocupaciones, tristeza, etc.). En concreto, cambiar la manera en que M. se relaciona con estos eventos internos, puesto que se considera que a largo plazo esto preverá posibles recaídas futuras. Además, trabajando sobre la atención plena al momento presente también se pretende que su foco de atención se sitúe en mayor proporción en el aquí y el ahora de su vida cotidiana, y por tanto, se sitúe menos en estados, por ejemplo, de rumiación. Los resultados psicoterapéuticos muestran cómo M. se beneficia de este tipo de intervenciones basadas en mindfulness, siendo capaz de establecer una forma de relación con sus preocupaciones o tristeza desde una actitud minful, al mismo tiempo que aprende a estar más presente en los acontecimientos de su vida diaria. De esta manera, M. experimenta mayor paz y salud psíquica.

16. Bibliografía

- Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En V. Simón y M.T. Miró (Eds.). *Mindfulness en la Práctica Clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- American Psychiatric Association: *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (2013). Ed. Médica Panamericana.

- American Psychiatric Association: *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. (2014). Ed. Médica Panamericana.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, V.Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bono, R. y Arnau, J. (2014). *Diseños de Caso Único en Ciencias Sociales y de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Borkoveck, T.D., Alcaine, O.M. y Behar, E. (2004). An avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R.G. Heimberg, C.L. Turk, y D.S. Menning (Comps.). *Generalized Anxiety Disorder. Advances in Research and Practice*. New York: Guilford Press.
- Borkoveck, T.D., e Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavioral and Research Therapy*, 28, 2, 153-158.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de la Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2), 525-532.
- Burns, D. (2006). *Adiós Ansiedad*. Barcelona: Paidós.
- Cayoun, B. A. (2014). *TCC con Mindfulness Integrado: Principios y Práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Didonna, F. (2014). *Manual Clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Etchebarne, I., Juan, S., Balbi, P. y Roussos, A. (2012). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de la ansiedad generalizada: Resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones*, 19, 215-223
- Germer, C., Siegel, R. y Fulton, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y Práctica del Cambio Consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Herbert, J.D., Forman, E.M. y England, E.L. (2009). Psychological Acceptance. En W. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavioral therapy*. New Jersey: Wiley.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con Plenitud las Crisis: Cómo utilizar la Sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La Práctica de la Atención Plena*. Barcelona: Kairós.
- Kashban, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P. y Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparison with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. México, D.F.: Prentice Hall.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Leger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a new cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation on a control clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Miró, M. T. y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la Práctica Clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Neff, K. (2012). *Sé Amable Contigo Mismo: El Arte de la Compasión hacia uno mismo*. Barcelona: Oniro.
- Pastor, J. (2012). Mindfulness en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En V. Simón y M.T. Miró (Eds.). *Mindfulness en la Práctica Clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández; C. y Amigo, I. (2003). *Guía de Tratamiento Psicológicos Eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. y Barlow, D.H. (2002). Expanding our conceptualization and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (14), 107-122.
- Sanz, J. y Paz, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseño de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.

- Segal, Z. V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la atención plena: Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Siegel, D.J. (2015). *Mindfulness y Psicoterapia: Técnicas Prácticas de Atención Plena para Psicoterapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Simón, V. (2015). *La Compasión: El Corazón del Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Singer, A. y Dobson, K. (2009). The effect of cognitive style of acceptance on negative in a recovered depressed simple. *Depression and Anxiety*, 26 (5), 471-479.
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala mindful attention awareness scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (1), 19-26.
- Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, J., Portella, M.J., Trujols, J., Pérez, V. y Soler, J. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindful Scale. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7 (4), 157-165.
- Virués-Ortega, J. y Moreno-Rodriguez (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psycholy*, 3 (8), 765-777.
- Wells, A. (2002). Generalized anxiety disorder: Metacognition and mindfulness: An information process analysis. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 9, 95-100.