



Deusto

Universidad de Deusto
University of Deusto

TESIS DOCTORAL

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, DÉFICITS METACOGNITIVOS Y ESTILOS DE APEGO

Leticia Linares Arechederra

Bilbao, 2015

UNIVERSIDAD DE DEUSTO



TESIS DOCTORAL

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, DÉFICITS
METACOGNITIVOS Y ESTILOS DE APEGO**

Leticia Linares Arechederra

Bilbao, 2015

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, DÉFICITS METACOGNITIVOS Y ESTILOS DE APEGO

Doctoranda: LETICIA LINARES ARECHEDERRA

Dirigida por la Dra. ANA ESTÉVEZ GUTIÉRREZ

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Universidad de Deusto.

La directora

La doctoranda

Bilbao, Julio 2015

Cuando barría las calles, lo hacía despaciosamente, pero con constancia; a cada paso una inspiración y a cada inspiración una barrida. Paso—inspiración—barrida. Paso—inspiración— barrida. De vez en cuando, se paraba un momento y miraba pensativamente ante sí. Después proseguía paso—inspiración— barrida. Mientras se iba moviendo, con la calle sucia ante sí y la limpia detrás, se le ocurrían pensamientos. Pero eran pensamientos sin palabras, pensamientos tan difíciles de comunicar como un olor del que uno a duras penas se acuerda, o como un color que se ha soñado. Después del trabajo, cuando se sentaba con Momo, le explicaba sus pensamientos. Y como ella le escuchaba a su modo, tan peculiar, su lengua se soltaba y hallaba las palabras adecuadas. —Ves, Momo —le decía, por ejemplo—, las cosas son así: a veces tienes ante ti una calle larguísima. Te parece tan terriblemente larga, que nunca crees que podrás acabarla. Miró un rato en silencio a su alrededor; entonces siguió: —Y entonces te empiezas a dar prisa, cada vez más prisa. Cada vez que levantas la vista, ves que la calle no se hace más corta. Y te esfuerzas más todavía, empiezas a tener miedo, al final estás sin aliento. Y la calle sigue estando por delante. Así no se debe hacer. Pensó durante un rato. Entonces siguió hablando: —Nunca se ha de pensar en toda la calle de una vez, ¿entiendes? Sólo hay que pensar en el paso siguiente, en la inspiración siguiente, en la siguiente barrida. Nunca nada más que en el siguiente.

AGRADECIMIENTOS,

En primer lugar, me gustaría expresar mi agradecimiento a mi directora de tesis Ana Estévez quien ha mostrado su apoyo y presencia a lo largo de todo este proceso. Ha sido una persona que me ha permitido pensar y reflexionar con libertad convirtiéndose para mí en un modelo a seguir tanto en el terreno profesional como personal.

En segundo lugar, me gustaría dar las gracias a mis compañeras de equipo (Iratxe Urbiola, Iratxe Redondo, Usue y Paula), a los compañeros de DeustoPsych (David, Sara, Mikel, Eva...) y al resto de investigadores que me han acompañado y cuidado en este proyecto (Mireia, Laura, Clara, Susana...). También me gustaría agradecer la ayuda de Miren Atucha por su ayuda en los talleres.

También me gustaría agradecer la confianza depositada por parte de Susana Gorbeña en este proyecto y por las facilitaciones que me brindó para realizarlo. Igualmente he podido tener la suerte de contar con el apoyo de otros profesores como Leire Iriarte, Begoña Matellanes, Susana Corral... que han hecho que realizar este proyecto sea aun más placentero.

Por supuesto me gustaría agradecer el apoyo ofrecido por la Universidad de Deusto y por el personal de Deiker y de Secretaría quienes han estado dispuestos a ayudar a lo largo de estos cuatro años.

Esta tesis ha sido enriquecida también gracias a la presencia de Teresa sin cuya ayuda no hubiera podido estrechar lazos con Osakidetza. Dentro de este gran equipo me gustaría dar las gracias a Maria Echebeste, Salvador Álvarez, Jose Antonio de la Rica, Juan Sanz, Miren Aldecoa, Marian Moreno y Ander Retolaza.

Quería aprovechar para dar las gracias a Carlos Mirapeix y Rafa Redondo pues fueron ellos quienes a través de sus conocimientos inspiraron este proyecto de tesis.

También quería expresar mi agradecimiento a la Asociación Española de Mindfulness (AEMIND) y sobre todo a Ausias y a Quim por su apoyo y generosidad.

Otra fuente de apoyo e inspiración en este proyecto han sido los miembros del Grupo de Psicoanálisis de Bilbao (GPAB) por lo que me gustaría darles las gracias y en especial a Dori

Castillo y a mis compañeros de promoción (Itxaso, Iratxe, Sonias, Bosco, Goyo, Vero, Santi, Enara, Agurtzane, Dani...).

También me gustaría dar las gracias a Sara cuya escucha me ha permitido crecer y cuidar esta tesis.

No podría olvidarme del apoyo de mis amigas y amigos (Garbi, Laura, Andrea, Amaia, Ainhoa, Esti, Jess, Izaro, Garbi, Lara, Iñaki...) y de su paciencia en estos años de duro trabajo y conversaciones monotemáticas.

Y por último quería dar las gracias, a mi madre, Mabel, a mi padre, Jesús, a mis tíos, Cristina y José Luis, a mi tía Julene, a mi amama, M^a Luisa y al resto de mi familia por haber estado ahí con su cariño y apoyo. Y por supuesto quería dar las gracias a Andoni por hacerlo todo más sencillo.

Esta tesis está firmada por unas pocas personas pero pertenece a todos vosotros puesto que vuestra inspiración y apoyo ha permitido el "nacimiento" de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULOS 1-4.....	11
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN.....	13
1.1. Definición.....	17
1. 1. 1. Criterios diagnósticos de los trastornos depresivos.....	18
1. 2. Comorbilidad en depresión.....	23
1. 3. Modelos explicativos de la depresión.....	24
1. 3. 1. Modelos psicológicos.....	25
1. 3. 1. 1. El modelo psicoanalítico.....	26
1. 3. 1. 2. El modelo conductual.....	32
1. 3. 1. 3. El modelo cognitivo.....	34
1. 3. 1. 3. 1. Teoría cognitiva de Beck de la depresión.....	35
1. 3. 1. 3. 2. Teoría de la Desesperanza.....	40
1. 3. 1. 3. 3. Teoría de Esquemas Maladaptativos Tempranos.....	42
1. 3. 1. 3. 4. Modelo metacognitivo.....	46
1. 3. 1. 3. 4. a. Teoría de los estilos de respuesta.....	52
1. 3. 1. 3. 4. b. Modelo de la Función Ejecutiva AutoReguladora de los Trastornos Emocionales.....	56
1. 3. 1. 3. 4. c. Modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos.....	58
CAPÍTULO 2. MINDFULNESS.....	67
2. 1. Definición.....	71
2. 1. 1. Componentes.....	74
2. 1. 1. 1. Aquí y ahora, atención al momento presente.....	74
2. 1. 1. 2. Aceptación.....	75
2. 1. 1. 3. Actitud curiosa.....	76
2. 1. 1. 4. Desidentificación.....	77
2. 1. 1. 5. Intencionalidad.....	78
2. 1. 2. Solapamiento con la mentalización.....	79

2. 2. Procesos metacognitivos vinculados a la atención plena.....	81
2. 2. 1. La regulación de la atención.....	81
2. 2. 2. El descentramiento.....	82
2. 3. Terapias psicológicas basadas en el entrenamiento de la Atención Plena.....	84
2. 3. 1. Reducción de Estrés basado en la Conciencia Plena.....	85
2. 3. 2. Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena.....	86
2. 3. 3. Terapia Dialéctico-Conductual.....	88
2. 3. 4. Terapia de Aceptación y Compromiso.....	90
2. 3. 5. Terapia Breve Relacional.....	90
2.4. Efectos de la práctica de la atención plena.....	93
2. 4. 1. Cambios metacognitivos.....	93
2. 4. 2. Cambios cognitivos.....	95
2. 4. 2. 1. Regulación emocional.....	96
2. 4. 2. 2. Clarificación de las señales corporales.....	97
2. 4. 3. Cambios comportamentales.....	98
2. 4. 3. 1. Exposición.....	98
2. 4. 3. 2. Relajación.....	98
2. 5. Efectividad de la intervención en Atención Plena en depresión.....	99
2.6. Evaluación del mindfulness.....	100
CAPÍTULO 3. APEGO.....	107
3. 1. Conceptualización.....	111
3. 2. Formación del estilo de apego.....	112
3. 3. Modelos Internos de Trabajo (MIT).....	117
3. 4. Apego, metacognición y atención plena.....	121
3. 5. Apego inseguro y depresión.....	122
3. 6. Evaluación del apego.....	124
3. 6. 1. En función de métodos proyectivos o de autoinforme.....	125
3. 6. 2. En función de su clasificación en categorías o dimensiones.....	125
3. 6. 3. En función de su comprensión como rasgo o estado.....	127

3. 6. 4. En función de la edad.....	128
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN TEÓRICA.....	131
EL PRESENTE ESTUDIO: CAPÍTULO 5.....	135
5. 1. Estudio 1: Adaptación a la muestra española de los instrumentos	138
Cuestionario de Experiencias Depresivas y Cuestionario de Escalas de Relación...	
5. 1. 1. Adaptación y validación del instrumento: Cuestionario de Experiencias Depresivas (DEQ).....	139
5. 1. 1. 1. Introducción.....	139
5. 1. 1. 2. Método.....	141
5. 1. 1. 2. 1. Participantes.....	141
5. 1. 1. 2. 2. Instrumentos.....	142
5. 1. 1. 2. 3. Procedimiento.....	143
5. 1. 1. 2. 4. Análisis estadísticos.....	144
5. 1. 1. 3. Resultados.....	145
5. 1. 1. 3. 1. Propiedades psicométricas.....	145
5. 1. 1. 3. 2. Análisis Descriptivo del Instrumento.....	147
5. 1. 1. 3. 3. Análisis de Validez Convergente y Discriminante.....	147
5. 1. 1. 4. Discusión.....	149
5. 1. 2. Adaptación y validación del instrumento: Cuestionario de del instrumento: Cuestionario de Escalas de Relación (Relationship Scales Questionnaire (RSQ)).....	153
5. 1. 2. 1. Introducción.....	153
5. 1. 2. 2. Método.....	157
5. 1. 2. 2. 1. Participantes.....	157
5. 1. 2. 2. 2. Instrumentos.....	158
5. 1. 2. 2. 3. Procedimiento.....	159
5. 1. 2. 2. 4. Análisis estadísticos.....	159
5. 1. 2. 3. Resultados.....	159
5. 1. 2. 4. Discusión.....	168

5. 2. Estudio 2: Relación entre sintomatología depresiva, estructura depresiva, estilos de apego y estilos de procesamiento emocional.....	172
5. 2. 1. Justificación del Estudio 2.....	172
5. 2. 2. Objetivos e hipótesis.....	173
5. 2. 2. 1. Objetivo general.....	173
5. 2. 2. 1. 1. Objetivos específicos.....	173
5. 2. 2. 1. 2. Hipótesis.....	173
5. 2. 3. Método.....	174
5. 2. 3. 1. Participantes.....	174
5. 2. 3. 3. Instrumentos.....	175
5. 2. 3. 4. Procedimiento.....	181
5. 2. 4. Análisis estadísticos.....	182
5. 2. 5. Resultados.....	183
5. 2. 5. 1. Estadísticos descriptivos de los grupos con ausencia/presencia de síntomas depresivos.....	183
5. 2. 5. 2. Diferencia de medias entre los dos grupos presencia/ausencia de síntomas depresivos en las diferentes medidas evaluadas.....	184
5. 2. 5. 3. Correlaciones entre síntomas depresivos y ansiosos con estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego en los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	190
5. 2. 5. 4. Regresiones lineales múltiples para síntomas depresivos en los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	197
5. 2. 5. 5. Modelos de mediación en el grupo presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	210
5. 2. 6. Discusión.....	235
5. 2. 6. 1. Estudiar las diferencias en síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, resiliencia, capacidades metacognitivas, estructuras depresivas y estilos de apego entre los grupos con presencia/ausencia de	

síntomas depresivos.....	235
5. 2. 6. 2. Relación entre síntomas depresivos y estilos de afrontamiento y resiliencia.....	236
5. 2. 6. 3. Relación entre los síntomas depresivos y las capacidades de metacognición (atención plena y descentramiento).....	238
5. 2. 6. 3. Relación entre los síntomas depresivos y las dimensiones de personalidad.....	240
5. 2. 6. 4. Relación entre los síntomas depresivos y los estilos de apego...	241
5. 3. Estudio 3: Intervención a través de un programa basado en el entrenamiento de la atención plena.....	246
5. 3. 1. Justificación del Estudio 3.....	246
5. 3. 2. Objetivos e hipótesis.....	247
5. 3. 2. 1. Objetivo general.....	247
5. 3. 2. 1. 1. Objetivos específicos.....	247
5. 3. 2. 2. Hipótesis.....	247
5. 3. 3 Método.....	247
5. 3. 3. 1. Participantes.....	247
5. 3. 3. 2. Diseño.....	249
5. 3. 3. 3. Instrumentos.....	249
5. 3. 3. 4. Procedimiento.....	250
5. 3. 3. 4. 1. Programa de intervención: Adaptación Programa basado en la reducción de recaídas en depresión.....	254
5. 3. 3. 4. 1. a. Duración y distribución horaria.....	254
5. 3. 3. 4. 1. b. Ubicación intervención.....	254
5. 3. 3. 4. 1. c. Normativa.....	255
5. 3. 3. 4. 1. d. Estructura de las sesiones.....	256
Sesión 1: El Piloto Automático.....	256
Sesión 2: Trabajar Las Barreras.....	257

Sesión 3: Meditación de la Respiración.....	257
Sesión 4: El Presente.....	257
Sesión 5: El Dejarlo Pasar.....	258
Sesión 6: Los Pensamientos No Son Hechos.....	258
Sesión 7: Aprender A Cuidarse.....	258
Sesión 8: Repaso.....	259
5. 3. 4. Análisis estadísticos.....	259
5. 3. 4. 1. Análisis estadísticos del grupo total.....	260
5. 3. 4. 2. Análisis estadísticos del grupo dividido en presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	260
5. 3. 5. Resultados.....	260
5. 3. 5. 1. Resultados de la Intervención en Atención Plena en el grupo total.....	260
5. 3. 5. 1. 1. Estadísticos descriptivos en grupo total.....	261
5. 3. 5. 1. 2. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos en grupo total.....	264
5. 3. 5. 2. Resultados de la Intervención en Atención Plena en grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	268
5. 3. 5. 2. 1. Estadísticos descriptivos en grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	268
5. 3. 5. 2. 2. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos en grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	272
5. 3. 5. 3. Comparación del efecto del taller en grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	278
5. 3. 6. Discusión.....	280
5. 3. 6. 1. Efecto del entrenamiento en atención plena en los síntomas depresivos.....	280
5. 3. 6. 2. Efecto del entrenamiento en atención plena en los estilos de	

afrontamiento, resiliencia y capacidades metacognitivas (capacidad para el atención plena y descentramiento).....	282
LIMITACIONES, LÍNEAS FUTURAS Y CONCLUSIONES FINALES: CAPÍTULO 6.....	285
6. 1. Limitaciones.....	287
6. 2. Líneas futuras.....	288
6. 3. Conclusiones finales.....	289
BIBLIOGRAFIA	293
ANEXOS.....	343
ANEXO I: Paquete de evaluación de Estudio 1.....	345
ANEXO II: Informe del comite ético de investigación.....	359
ANEXO III: Consentimiento informado.....	361
ANEXO IV: Hoja informativa taller.....	365
ANEXO V: Paquete de evaluación de Estudio 2.....	367
ANEXO VI: Cuestionario de satisfacción de personas usuarias del taller.....	375
ANEXO VII: Manual de intervención en atención plena.....	377

ÍNDICE TABLAS

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN

Tabla 1. Resumen de los criterios diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor.....	19
Tabla 2. Resumen criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente.....	19
Tabla 3. Resumen de criterios diagnósticos del Trastorno depresivo recurrente según el CIE-10.....	21
Tabla 4. Resumen de criterios diagnósticos de la Distimia según el CIE-10.....	22
Tabla 5. Esquemas Maladaptativos de Young.....	42

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULO 2: MINDFULNESS

Tabla 6. Valores del mindfulness señalados por Cebolla.....	78
Tabla 7. Principales características de las terapias que trabajan la Atención Plena inspirada en el artículo de Pérez y Botella.....	92
Tabla 8. Principales instrumentos relacionados directamente con la capacidad para el mindfulness inspirada en el artículo de Pérez y Botella.....	104

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULO 3: APEGO

Tabla 9. Características de los estilos de apego extraída de Feeney y Noller.....	119
---	-----

EL PRESENTE ESTUDIO: CAPÍTULO 5: Adaptación a la muestra española de los instrumentos: Cuestionario de Experiencias

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de los elementos y factores del DEQ (media, desviación típica, Asimetría, correlación ítem-total consistencia del factor si se eliminara el ítem, factor de carga y error de estimación).....	146
Tabla 11. Pares de ítems correlacionados con errores de estimación.....	147
Tabla 12. Coeficientes de correlación (Pearson's <i>r</i>) entre los valores de los factores del DEQ y las medidas de validación.....	148

Tabla 13. Regresión múltiple para la predicción del factor de Dependencia.....	148
Tabla 14. Regresión múltiple para la predicción del factor de Auto-Crítica.....	148
Tabla 15. Regresión múltiple para la predicción del factor de Relación.....	149
Tabla 16. Regresión múltiple para la predicción de la puntuación total del DEQ.....	149

EL PRESENTE ESTUDIO: CAPÍTULO 5: Adaptación a la muestra española de los instrumentos: Cuestionario de Escalas de Relación

Tabla 17. Estructuras factoriales del Cuestionario-Escala de Relación.....	155
Tabla 18. Ajuste de índices de los 8 modelos.....	160
Tabla 19. Estadísticos descriptivos de los ítems y factores del RSQ.....	162
Tabla 20. Correlaciones (Pearson's r) entre los factores del RSQ y los instrumentos para su validez.....	164
Tabla 21. Regresión múltiple para estilo de apego seguro.....	165
Tabla 22. Regresión múltiple para estilo de apego desvalorizador.....	165
Tabla 23. Regresión múltiple para estilo de apego temeroso.....	166
Tabla 24. Regresión múltiple para estilo de apego preocupado.....	167

EL PRESENTE ESTUDIO: CAPÍTULO 5: Relación entre sintomatología depresiva, estructura depresiva, estilos de apego y estilos de procesamiento emocional

Tabla 25. Estadísticos descriptivos (n, mínimo, máximo, media, desv. Típica, asimetría y curtosis de los grupos con y sin sintomatología depresiva) en síntomas depresivos, estructura depresiva, síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, en las variables metacognitivas de atención plena y descentramiento, en estructura depresiva y en apego.....	183
Tabla 26. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en la variable de síntomas depresivos.....	185

Tabla 27. Diferencia de medias en síntomas ansiosos en función de la sintomatología depresiva.....	185
Tabla 28. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en la variable de estilos de afrontamiento.....	186
Tabla 29. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en las variables de atención plena.....	187
Tabla 30. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en la variable de estructura depresiva.....	188
Tabla 31. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en las variables de apego.....	189
Tabla 32. Índices de correlación entre síntomas depresivos y síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego en el grupo con síntomas depresivos.....	190
Tabla 33. Correlaciones entre síntomas depresivos y síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego en el grupo sin síntomas depresivos.....	194
Tabla 34. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para depresión en grupo con presencia de síntomas depresivos.....	198
Tabla 35. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para depresión en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones...	198
Tabla 36. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “afecto depresivo” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida categorial de apego ponderada.....	199
Tabla 37. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “afecto depresivo” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	199
Tabla 38. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “falta de afecto positivo” en grupo con presencia de síntomas	

depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	200
Tabla 39. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “falta de afecto positivo” con la medida de apego en dimensiones.....	200
Tabla 40. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “disminución psicomotora” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	201
Tabla 41. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “disminución psicomotora” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	201
Tabla 42. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “dificultades interpersonales” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego ponderada.....	202
Tabla 43. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “dificultades interpersonales” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	202
Tabla 44. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas ansiosos en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida categorial de apego ponderada.....	203
Tabla 45. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas ansiosos en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida I de apego en dimensiones.....	203
Tabla 46. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas depresivos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	204
Tabla 47. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas depresivos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	204
Tabla 48. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión afecto deprimido en grupo con ausencia de síntomas depresivos con	

la medida de apego de categorías ponderada.....	205
Tabla 49. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión afecto deprimido en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	205
Tabla 50. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “falta de afecto positivo” en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	206
Tabla 51. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión falta de afecto positivo en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	206
Tabla 52. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión disminución psicomotora en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	207
Tabla 53. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión disminución psicomotora en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	207
Tabla 54. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión dificultades interpersonales en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	208
Tabla 55. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión disminución psicomotora en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	208
Tabla 56. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para los síntomas ansiosos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.....	209
Tabla 57. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas ansiosos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.....	209
EL PRESENTE ESTUDIO: CAPÍTULO 5: Intervención a través de un programa	

basado en el entrenamiento de la atención plena

Tabla 58. Instrumentos utilizados en los 4 tiempos de evaluación.....	252
Tabla 59. Fechas y ubicación de talleres de intervención en atención plena.....	253
Tabla 60. Estadísticos descriptivos (media, desviación típica, mínimo, máximo, asimetría y curtosis) de la sintomatología depresiva, síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento y capacidades en 4 tiempos de medición.....	262
Tabla 61. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.....	265
Tabla 62. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos de evaluación de los estilos de afrontamiento.....	266
Tabla 63. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos de evaluación de las capacidades metacognitivas.....	267
Tabla 64. Estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos, ansiosos, estilos de afrontamiento y capacidades metacognitivas en grupo con presencia/ausencia en los cuatro momentos de medición.....	269
Tabla 65. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.....	272
Tabla 66. ANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.....	273
Tabla 67. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los estilos de afrontamiento.....	274
Tabla 68. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de las capacidades metacognitivas.....	275
Tabla 69. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.....	276
Tabla 70. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los estilos de afrontamiento.....	277
Tabla 71. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de las	

capacidades metacognitivas.....	278
Tabla 72. Tamaño del efecto del taller en el grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.....	279

ÍNDICE FIGURAS

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN

Figura 1. Síntomas depresivos y niveles de pensamiento a través de la figura del iceberg.....	6
Figura 2. Síntomas depresivos en la figura del iceberg.....	15
Figura 3. Estructura psíquica según el modelo psicodinámico.....	26
Figura 4. Cogniciones en la figura del iceberg.....	33
Figura 5. Estructura psíquica según el modelo cognitivo.....	36
Figura 6. Metacogniciones en la figura del iceberg.....	45
Figura 7. Vulnerabilidad depresiva según el modelo metacognitivo.....	51
Figura 8. Modelo de depresión según el Modelo de la Función Ejecutiva AutoReguladora de los Trastornos Emocionales.....	57
Figura 9. Funcionamiento del engranaje depresivo tomada de Teasdale, Segal y Williams.....	60

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULO 2: MINDFULNESS

Figura 10. Mindfulness en la figura del iceberg.....	69
Figura 11. Solapamiento entre mentalización y atención plena.....	80
Figura 12. Confluencia de los tres tipos de mente según la DBT extraída de Diamantes en bruto.....	89

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: CAPÍTULO 3: APEGO

Figura 13. Apego en la figura del iceberg.....	110
Figura 14. Modelo de dinámicas de activación del apego de Safran y Mikulincer (2002). Extraída de Mikulincer, Shaver y Pereg.....	116
Figura 15. Modelo del Self- Otro de dos dimensiones y cuatro categorías.....	127

EL PRESENTE ESTUDIO: CAPÍTULO 5: Relación entre sintomatología depresiva,

estructura depresiva, estilos de apego y estilos de procesamiento emocional

Figura 16. Variables (apego, estructura depresiva, metacognición, estilos de afrontamiento y síntomas depresivos) ordenados a través de los niveles del iceberg.....	180
Figura 17. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego seguro y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	211
Figura 18. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro evitativo y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	212
Figura 19. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro preocupado y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	214
Figura 20. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro temeroso y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	215
Figura 21. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión evitativa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	217
Figura 22. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión ansiosa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	218
Figura 23. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de autocrítica y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	219
Figura 24. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de dependencia y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	220

Figura 25. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de relación y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.....	221
Figura 26. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego seguro y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	223
Figura 27. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro evitativo y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	225
Figura 28. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro preocupado y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	226
Figura 29. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro temeroso y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	227
Figura 30. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión evitativa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	229
Figura 31. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión ansiosa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	230
Figura 32. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de autocrítica y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	232
Figura 33. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de dependencia y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	233
Figura 34. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de relación y los síntomas depresivos con la ansiedad como	

covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.....	234
Figura 35. Variables (metacognición, estilos de afrontamiento y síntomas depresivos) ordenados a través de los niveles del iceberg.....	250

RESUMEN

RESUMEN

Esta tesis se centra en el estudio de las características de los síntomas depresivos y los factores que predisponen su desarrollo, haciendo especial mención al papel de las metacogniciones y del apego en el desarrollo de vulnerabilidades y fortalezas a esta dolencia.

La introducción teórica está recogida en tres capítulos independientes que se interrelacionan entre sí, un primer capítulo centrado en los síntomas depresivos, un segundo capítulo cuyo eje es la profundización en la atención plena y un último capítulo que trata sobre el apego.

El primer capítulo profundiza sobre las características de los síntomas depresivos. En este capítulo se abordan las diferencias que presenta esta dolencia frente al trastorno depresivo así como los diferentes modelos teóricos que explican las características psicológicas que favorecen una predisposición a su desarrollo.

La depresión es una reacción emocional a situaciones de estrés cuya excesiva duración o intensidad puede llegar a interferir en la vida de las personas (Vázquez, Hervás & Hernangomes, 2010). Una encuesta realizada por el ESEMed en población española, señaló al episodio de depresión mayor como el trastorno mental con mayor prevalencia de vida (10,5%) seguido por la fobia específica (4,5%) y la distimia (3,7%) (Haro et al., 2006). Estas tasas representan una pequeña parte de todo el espectro depresivo. Esta enfermedad, tiene varias formas, y una de las conocidas y que “escapa” de estas cifras es la depresión subclínica o sintomatología depresiva (Rivas, Nuevo & Ayuso-Mateos, 2011). A pesar de que sus índices no alcanzan el criterio de depresión como tal, estos síntomas tienen un efecto importante en el bienestar de las personas.

Los factores que pueden afectar al desarrollo del espectro depresivo son diversos. Sin embargo, algunos de los más influyentes podrían ser los factores psicológicos. Estos factores estarían compuestos, entre otros, por determinadas características de la personalidad, creencias y expectativas, apoyo social percibido o

estrategias de afrontamiento (Michalska-Leśniewicz & Gruszczyński, 2010). El estudio de sus características ha sido abordado desde múltiples perspectivas teóricas. Algunas de las más destacables serían las desarrolladas por los modelos psicodinámicos y cognitivos.

El modelo psicoanalítico por su parte, apunta al papel del inconsciente y de determinadas estructuras de personalidad en el desarrollo de síntomas depresivos. Dentro de este modelo, es especialmente conocida la teoría de Blatt (1974) que describe dos estructuras de personalidad denominadas anaclítica e introyectiva respectivamente. Estas estructuras describen el tipo de vínculos que establecen las personas y tendrían un importante papel en el desarrollo de la vulnerabilidad depresiva. Por ejemplo, una persona de personalidad anaclítica presenta una alta necesidad de apoyo del otro y un miedo intenso al abandono. Por lo que sus vínculos se construirán a través de estas necesidades de relación. Mientras, las personas con un funcionamiento introyectivo presentan una alta necesidad de triunfo en cuestiones académicas o laborales y su miedo más intenso suele estar relacionado con cuestiones de fracaso o decepción. Así sus vinculaciones emocionales estarán centradas en aspectos de ejecución y logro y no tanto en la relación con el otro. En definitiva, lo que apunta este modelo, es que estos dos funcionamientos son comunes en las personas y que en una personalidad sana, se fluctúa en ambos polos. Sin embargo, la tendencia a funcionar en uno de los polos de personalidad de forma rígida y limitada parece estar relacionada con la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos.

El modelo cognitivo también da una gran importancia a la realidad interna. Este modelo, sin embargo, se centra en el estudio de determinadas cogniciones o pensamientos que favorecen el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. Las teorías de este modelo que se revisan en la presente investigación son la teoría Cognitiva de Beck (1983), la teoría de la Desesperanza de Abramson (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) y la teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (Thimm, 2010; Young, 1999). El modelo de Beck señala la importancia de determinadas cogniciones negativas en el desarrollo de la vulnerabilidad depresiva. Por ejemplo, este modelo describe cómo las personas con estilos de pensamiento

catastrofistas o autoculpabilizadores tienen una mayor predisposición a desarrollar síntomas depresivos.

En esta línea, se desarrolló un modelo de trabajo que bajo el paradigma cognitivo estudia los procesos que monitorean estas cogniciones. Estos procesos son denominados metacogniciones y el modelo recibe el nombre de modelo metacognitivo. Las teorías de este modelo especialmente centradas en la depresión son la Teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1987), el Modelo de la Función Ejecutiva Auto-Reguladora de los Trastornos Emocionales (Wells & Matthews, 2000) y el modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS) desarrollado por Teasdale (1999). Estas teorías estudian básicamente cuáles son los procesos que sostienen y favorecen el desarrollo de cogniciones negativas como el absolutismo o el perfeccionismo. Así, más allá del tipo de pensamientos que ocupan la mente de las personas deprimidas, este modelo estudia cómo las personas deprimidas se relacionan con sus pensamientos. A partir de estas cuestiones, estos modelos han encontrado que las personas deprimidas presentan déficits en sus capacidades metacognitivas como la capacidad de observar sus pensamientos o el reconocimiento de la subjetividad mental de las personas.

El modelo ICS, ha desarrollado una terapia para la intervención en depresión que ha mostrado una elevada efectividad en la mejora de capacidades metacognitivas y en la consecuente reducción de síntomas depresivos (Teasdale, 1995). Esta intervención conocida como Intervención basada en el desarrollo de la Atención Plena, se basa en el entrenamiento de capacidades metacognitivas a través de técnicas de meditación. Esta intervención se ha planteado en esta investigación como opción al tratamiento de síntomas depresivos dando forma así al segundo objetivo de este estudio que es comprobar su eficacia en síntomas depresivos.

Un aspecto común a los enfoques teóricos descritos en esta investigación es la importancia dada a las primeras vivencias tempranas como factores explicativos del desarrollo de estas características: estructuras de personalidad (Blatt, 1976),

cogniciones (Beck, 1995) o estilos de pensamiento (Teasdale, 1999a). Este origen reside en el tipo de experiencias tempranas vividas en la infancia.

La estructura de esta revisión teórica se apoya en la imagen de un iceberg. Freud (1948) ya utilizó la imagen del iceberg para explicar el efecto del inconsciente sobre el resto de aspectos conscientes de las personas y la dificultad para hacerlo consciente u observarlo. En esta investigación se utilizará para orientar la profundización teórica que va desde los síntomas hasta la base de su desarrollo.

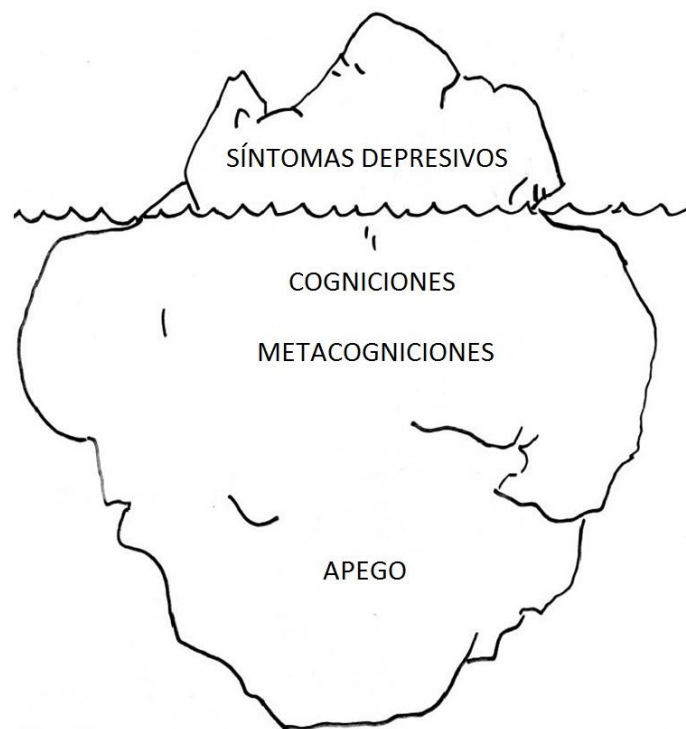


Figura 1. Síntomas depresivos y niveles de pensamiento a través de la figura del iceberg.

Las personas generalmente, acuden a la consulta o toman consciencia de su estado a través de síntomas visibles: SÍNTOMAS DEPRESIVOS. En relación al iceberg, los síntomas es lo que estaría a la vista, en la superficie y serían los aspectos que se podrían observar con relativa claridad.

Estos síntomas subyacen a la ocurrencia o al funcionamiento de otros aspectos del psiquismo humano como estilos de personalidad, cogniciones o metacogniciones que son visibles parcialmente.

En un funcionamiento depresivo, las personas difícilmente pueden observar los contenidos mentales que favorecen ese estado depresivo. La visión de la realidad de estas personas está distorsionada a través de determinadas COGNICIONES que construyen representaciones de un mundo que a su vez retroalimenta el estado depresivo.

Estas cogniciones se apoyan en procesos que monitorean su funcionamiento. Los PROCESOS METACOGNITIVOS son difícilmente observables y requieren de una atención especial para poder verlos desde la superficie.

Estos procesos y la capacidad para observarlos se conforma a través de experiencias tempranas. Estas experiencias se clasifican a través de los estilos de apego. El APEGO se encuentra en el nivel más profundo y está en la base de muchos de nuestros funcionamientos.

Así, los objetivos generales de esta investigación son; estudiar los aspectos de cognitivos, metacognitivos y de estructura depresiva que parecen afectar al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. El segundo objetivo es encontrar una intervención que permita transformar estos factores hacia un funcionamiento más adaptativo.

Por ello en un primer momento se analizaron las relaciones entre determinadas características psicológicas y su papel en la presencia de los síntomas depresivos. Y en un segundo momento, se llevó a cabo una intervención con un taller basado en el entrenamiento de atención plena para evaluar el posible efecto terapéutico de esta técnica al promover el desarrollo de capacidades metacognitivas.

El primer estudio de esta investigación se centró en la validación de los instrumentos de del Cuestionario-Escala de Relaciones Interpersonales (Bartholomew

& Horowitz, 1991) para medir los estilos de apego y del Cuestionario de Experiencias Depresivas (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976) que mide las estructuras depresivas. Se realizaron análisis factoriales cuyos resultados mostraron la adecuación de estos instrumentos para la evaluación en muestra española confirmando a su vez una estructura similar a los instrumentos originales y a las validaciones en otros idiomas.

En el estudio 2 titulado "Relación entre sintomatología depresiva, estructura depresiva, estilos de apego y estilos de procesamiento emocional" se exploraron las relaciones entre estas variables. Por un lado, se exploraron las diferencias y similitudes en los síntomas depresivos, estructura depresiva, estilos de afrontamiento, capacidades de metacognición y estilos de apego comparando una muestra de personas sin síntomas depresivos (N = 453) con una muestra con síntomas depresivos (N = 138). La muestra fue recogida de la Red de Salud Mental de Bizkaia y de la población de Bizkaia. Los criterios diagnósticos de presencia de síntomas depresivos fueron establecidos a través del punto de corte establecido a partir de los resultados de la evaluación en depresión. Esta evaluación y la de las variables restantes, se llevó a cabo a través de la pasación de un paquete de cuestionarios que recogía Datos Sociodemográficos, estructura de personalidad depresiva, sintomatología depresiva, apego, sintomatología ansiosa, mindfulness, descentramiento, estilos de afrontamiento y resiliencia para medir los estilos de afrontamiento.

El apartado de resultados muestra a partir de las pruebas *t* que las personas con síntomas depresivos muestran estilos de procesamiento emocional desadaptativos, déficits en sus capacidades metacognitivas, mayores índices en estructuras depresivas y estilos de apego inseguros. Por su parte, las personas con ausencia de síntomas depresivos, muestran mejores capacidades metacognitivas, estilos de procesamiento emocional más adaptativos y estilos de apego seguro.

Por otro lado, en este mismo estudio, se trató de investigar la relación entre los estilos de afrontamiento, las capacidades metacognitivas, las estructuras depresivas y los estilos de apego en el desarrollo de síntomas depresivos. Para ello, se realizaron las correlaciones de estas variables con los síntomas depresivos. Los resultados mostraron que los estilos de procesamiento emocional desadaptativos, las estructuras depresivas

y los estilos de apego inseguros correlacionaban de manera positiva con los síntomas depresivos. Por contra, los estilos de procesamiento adaptativos, las capacidades metacognitivas y los estilos de apego seguro, correlacionaban de manera negativa con los síntomas depresivos.

A continuación se realizaron una serie de modelos de regresión lineal con estas variables como factores explicativos de los síntomas depresivos. Estos resultados mostraron que las estructuras depresivas y los estilos de apego explicaban principalmente la presencia de síntomas depresivos. Dentro de estos modelos era especialmente representativo el papel de la estructura introyectiva y del estilo de apego ansioso.

Por último, a partir de estos resultados, se investigó el papel mediador de las variables de metacognición (atención plena y descentramiento) entre las variables de apego y estructura depresiva con los síntomas depresivos. Los resultados mostraron que eran especialmente las variables de No Juicio de la Atención Plena y la variable Descentramiento las que mediaban el efecto de los estilos de apego y de las estructuras depresivas en la presencia de sintomatología depresiva.

En el apartado siguiente de la investigación, se exponen las conclusiones recogidas de estos resultados de las que se puede sustraer que los estilos de apego y las estructuras de personalidad depresivas parecen ser un importante factor explicativo de la presencia de sintomatología depresiva. Y en segundo lugar, el hecho de que las capacidades metacognitivas pueden ser un elemento protector en el desarrollo y mantenimiento de síntomas depresivos.

El estudio 3 titulado "Intervención a través de un programa basado en el entrenamiento de la atención plena" analizó el nivel de eficacia de una intervención basada en el entrenamiento de atención plena respecto al desarrollo de capacidades metacognitivas y la reducción de síntomas depresivos. La intervención se realizó en una muestra de 67 personas a las que se evaluó con un paquete de cuestionarios compuesto por la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos para evaluar la sintomatología depresiva, la subescala de ansiedad del Inventario de los 90 síntomas

para evaluar la sintomatología ansiosa, el Cuestionario de Cinco Factores de Atención plena para medir la Atención Plena, el Cuestionario de Experiencias para medir la capacidad metacognitiva de descentramiento, el Cuestionario de Regulación Emocional y Cognitiva y la Escala de Resiliencia para medir la capacidad de procesamiento emocional. La muestra fue evaluada en cuatro tiempos, un mes antes de la intervención, el día de la intervención, al terminar el taller y tres meses después de la intervención.

Los resultados se analizaron a partir de la muestra total y a partir de la muestra dividida en dos grupos, presencia ($n = 15$) /ausencia de síntomas depresivos ($n = 46$). De nuevo, la muestra fue dividida a través del punto de corte establecido por el instrumento que evaluaba depresión. El análisis de la muestra unificada se debió al interés de elevar la representatividad de la n y poder proceder al análisis de los cuatro tiempos de evaluación. Los análisis realizados con la muestra dividida en presencia/ausencia de síntomas depresivos se limitaron al primer y último día de la intervención ya que la muestra no alcanzaba un número suficientemente representativo.

Los resultados de las Manovas y Anovas realizadas muestran que tras la intervención con el taller, se producía un desarrollo de las capacidades metacognitivas, así como una reducción significativa de los síntomas depresivos llegando a prolongarse estos cambios a lo largo del tiempo.

Estos resultados permiten concluir que la intervención a través de técnicas que desarrolla la capacidad de metacognición y reduce los síntomas depresivos pudiendo plantearse como un tratamiento complementario a la psicoterapia efectivo para el tratamiento de la sintomatología depresiva.

En los siguientes capítulos se exponen con mayor profundidad las características de las teorías psicológicas implicadas en el desarrollo de los síntomas depresivos. Los objetivos de estudios y los análisis estadísticos consecuentes. Y finalmente la interpretación de los resultados así como la propuesta de líneas futuras de investigación e intervención a partir de los resultados de esta investigación.

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

CAPÍTULOS 1-4

CAPÍTULO 1.

DEPRESIÓN

CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN

En este apartado se describen los síntomas depresivos. Es el nivel más superficial del iceberg. El que puede ser observado con relativa claridad. Por ello, son las palabras síntomas depresivos, las que están especialmente destacadas en esta figura.

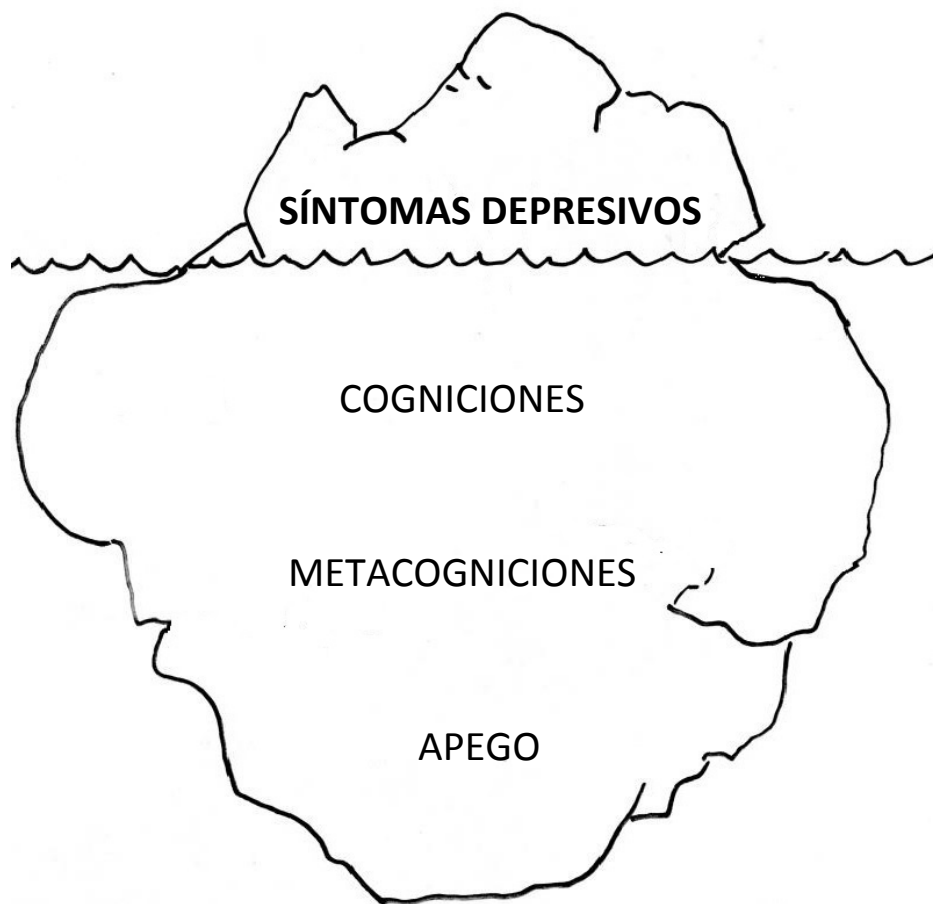


Figura 2. Síntomas depresivos en la figura del iceberg.

A lo largo de este capítulo, se describen las características que presentan los síntomas depresivos. Estos síntomas pueden aparecer de múltiples maneras, como duración o intensidad por lo que se explicarán los diferentes trastornos a los que puede derivar y los criterios que requieren para su diagnóstico.

Los trastornos del estado de ánimo (depresión y trastorno bipolar), constituyen los problemas de salud mental con mayor impacto económico en el contexto europeo. Estos trastornos llegan a suponer un gasto de 113.405 millones de euros al año, en servicios sanitarios, cuidados informales y costes indirectos como la pérdida de productividad laboral o la discapacidad crónica entre otros (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen & Jönsson, 2012).

Dentro de los trastornos del estado del ánimo, los trastornos relacionados con síntomas depresivos son los trastornos mentales más prevalentes (Alonso et al., 2004; Haro et al., 2006; Lambert, 2006).

Según el INE (2013), la depresión, en España, afectaría a la salud de un 14,6% de las personas. La OMS (2012) también ha señalado que alrededor del 5% de las personas en el mundo han padecido depresión durante el último año y que, en la actualidad, hay más de 350 millones de personas con depresión en el mundo.

A pesar de las elevadas tasas de prevalencia referidas al diagnóstico formal de los estados de ánimo en muestras comunitarias, estos datos podrían reflejar únicamente una parte de las mismas, existiendo tasas de prevalencia infra-diagnosticadas. En el caso de los síntomas depresivos, a pesar de no alcanzar un nivel clínico, tienen un claro impacto en el funcionamiento de las personas, y se conocen con el nombre de depresión subclínica o sintomatología depresiva. La sintomatología depresiva tiene importantes implicaciones para el funcionamiento en la realización de actividades de la vida diaria, en la calidad de vida y en el bienestar de las personas (Da Silva & de Almeida Fleck, 2007; Rucci et al., 2003).

Numerosos autores recomiendan invertir esfuerzos en investigación, estrategias de prevención y programas de intervención para amortiguar esta dolencia (Olesen et al., 2012).

La depresión es un tema de gran impacto a distintos niveles de la sociedad. Por ello, a lo largo del siguiente capítulo se realizará una definición operativa del término junto con las principales teorías explicativas de su desarrollo y mantenimiento para dar

paso a una de las formas de intervención en su tratamiento con más repercusión en la actualidad.

1.1. Definición

La depresión se caracteriza principalmente por un estado de ánimo depresivo, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, insomnio o hipersomnia, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, desesperanza y pensamientos recurrentes de muerte (APA, 2013).

Según Belloch, Sandín y Ramos (2011) cualquier persona deprimida muestra síntomas que se pueden englobar en cinco núcleos, 1) síntomas anímicos, 2) los síntomas motivacionales y conductuales, 3) síntomas cognitivos, 4) síntomas físicos y 5) síntomas interpersonales.

En lo referente a los síntomas anímicos, las personas deprimidas describen un persistente estado de tristeza, sin embargo, los sentimientos de abatimiento y pesadumbre no son los únicos estados que acompañan habitualmente a una persona deprimida. También pueden aparecer aspectos de irritabilidad o sensación de vacío. En los casos de mayor gravedad, las personas deprimidas refieren sentirse incapaces de sentir nada e incluso de haber “olvidado la capacidad de llorar”. Otro aspecto significativo de una persona deprimida es la reducción en la experimentación de emociones positivas. Este aspecto, junto con las emociones negativas especificadas da mayor peso al diagnóstico de ánimo depresivo ya que las emociones negativas señaladas anteriormente también pueden estar presentes en otros diagnósticos. Ante la ausencia de emociones positivas, las personas deprimidas refieren sentirse incapaces de disfrutar de las cosas normales de la vida (anhedonia). Los síntomas motivacionales y conductuales se muestran en un estado de inhibición respecto a la toma de control de sus vidas. Una persona deprimida se caracteriza por presentar pensamientos de desesperanza y una sensación de falta de control que dificulta su capacidad para tomar decisiones y hacerse cargo de su día a día. De nuevo, un mayor

índice de gravedad se expresa cuando este retardo cognitivo se expresa en lo conductual llegando a percibirse un retardo psicomotor que puede en ocasiones ser similar a un estado catatónico.

En tercer lugar, se encuentra el sistema cognitivo de una persona deprimida. Por un lado, su rendimiento cognitivo es decir su capacidad de atención y memoria tienden a disminuir debido a la presencia de pensamiento rumiativo y circular. Además, el contenido de las cogniciones de las personas deprimidas está distorsionado presentando sesgos en las valoraciones que hace sobre sí mismo, sobre el pasado y sobre el futuro. En cuarto lugar, se encuentran los síntomas físicos. Estos síntomas suelen estar relacionados con la falta de sueño que puede presentarse como incapacidad para conciliar el sueño, despertares durante la noche, un despertar precoz o un estado de somnolencia. Por otro lado, estas personas suelen referir sensación de fatiga, falta de apetito y disminución de la libido sexual. Por último, las personas deprimidas muestran una disminución del interés hacia las relaciones con los demás y tienden a retrotraerse socialmente.

A su vez, los síntomas que presenta una persona deprimida pueden ser muy variados en cuanto a su evolución temporal e intensidad. En algunos casos, la enfermedad se presenta de forma episódica mientras que en otros puede llegar a hacerse crónica o recurrente. Asimismo, la intensidad de la enfermedad puede variar desde su forma más leve a la más grave en la que aparecen deseos o intentos de suicidio (Vázquez et al., 2010).

A través del parámetro de duración de síntomas, el DSM-V (APA, 2013) ha clasificado la depresión en diferentes subtipos.

1. 1. 1. Criterios diagnósticos de los trastornos depresivos.

En la edición actual del DSM-V (APA, 2013), el trastorno depresivo ha sido constituido como un trastorno independiente con diferentes subtipos; Trastorno de Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo, Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno Depresivo Persistente y Trastorno Disfórico Premenstrual. En esta

investigación son objeto de interés los trastornos depresivos más prevalentes, el Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno Depresivo Persistente (distimia).

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

Tabla 1. Resumen de los criterios diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor.

Trastorno de Depresión Mayor (DSM-V)
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

En el Trastorno Depresivo Persistente (distimia) se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico perteneciente a la edición anterior del DSM-IV (APA, 2001). A continuación, se resumen sus criterios diagnósticos.

Tabla 2. Resumen criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente.

Trastorno Depresivo Persistente (DSM-V)
A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza. C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Siguiendo otra de las clasificaciones de los trastornos mentales, en este caso, la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE) en su décima revisión (CIE-10, OMS, 2003) aparecen diferencias diagnósticas con respecto de los trastornos depresivos del DSM-V (APA, 2013).

A continuación se resumen las características del Trastorno depresivo recurrente y del Trastorno Distímico.

Tabla 3. Resumen de criterios diagnósticos del Trastorno depresivo recurrente, según el CIE-10.

Trastorno Distímico (DSM-V)
Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficiente para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo.

Tabla 4. Resumen de criterios diagnósticos de la Distimia según el CIE-10.

Distimia (CIE-10)
Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

En estas clasificaciones, el trastorno depresivo se ha definido categorialmente estableciéndose una lista de diferentes síntomas depresivos (e.g., pérdida de sueño, cambios en el apetito, problemas de concentración, etc.) que deben estar presentes durante un tiempo específico (Hankin & Abramson, 2001). Sin embargo, también existen diferencias en la intensidad de los síntomas.

Existen perspectivas distintas acerca de si el ánimo deprimido es un continuo de severidad con el trastorno depresivo o si, por el contrario, el trastorno depresivo es fundamentalmente diferente del ánimo deprimido. La perspectiva de que el ánimo deprimido y el trastorno depresivo sean variaciones a lo largo de un continuo ha sido apoyada por diferentes autores (Lewinsohn, Solomon, Seely & Zeiss, 2000) y se ha basado, principalmente, en el hecho de que el ánimo deprimido tendría un riesgo elevado de acabar en un trastorno depresivo (Weissman et al., 1999).

Asimismo, la incapacitación de los síntomas depresivos en la población ha quedado demostrada en diversas investigaciones (Altshuler et al., 2006; Judd, Paulus, Wells & Rapaport, 1996) llegando a ser planteados como un posible nuevo trastorno emocional (Ayuso-Mateos, Nuevo, Verdes, Naidoo & Chatterji, 2010).

Por otro lado, la depresión puede coexistir con otras dolencias. A continuación se revisan algunas de las más significativas.

1. 2. Comorbilidad en depresión.

La depresión tiene comorbilidad con diferentes trastornos del Eje I y II del DSM-V (Lim, Jin & Ng, 2012; Martin, Usdan, Cromeens & Vail-Smith, 2014; Simms, Prisciandaro, Krueger & Goldberg, 2012) como son el trastorno por abuso de sustancias (Tate et al., 2008), trastorno de alimentación (García-Alba, 2004) o el trastorno obsesivo compulsivo (Overbeek, Schruers, Vermetten & Griez, 2002), entre otros.

Sin embargo, ha sido su comorbilidad con los síntomas ansiosos la más frecuente y estudiada (Bitsika & Sharpley, 2012; DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Fava et al., 2006, Hammen & Rudolph, 2003; Starr, Hammen, Connolly & Brennan, 2014; Tully & Cosh, 2013). La ansiedad, se caracteriza por un estado de anticipación a una amenaza futura y sus síntomas son: incapacidad para bajar el estado de alerta, cansancio, dificultad para conciliar el sueño, tensión muscular, irritabilidad y dificultad para controlar la preocupación que actúa como amenaza (APA, 2013). Algunos estudios han encontrado que el 55% de los y las pacientes con ansiedad tenían criterios diagnósticos concurrentes con el trastorno depresivo (Brown & Barlow, 2002) y que los valores se elevaban (76%) cuando el diagnóstico se realizaba a lo largo de toda la vida (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001).

Estos datos han planteado si se tratan de variantes del mismo desorden o, por el contrario, si existen suficientes diferencias como para considerarlos trastornos distintos (Mineka, Watson & Clark, 1998; Safren et al., 2000). Algunas de las posibles hipótesis para explicar el solapamiento entre depresión y ansiedad serían (1) diferentes puntos a lo largo de un mismo continuo, (2) manifestaciones alternativas de una diátesis común subyacente, (3) síndromes heterogéneos que están asociados a causa de los subtipos compartidos, (4) fenómenos separados, cada uno del cual puede

desarrollar el otro a lo largo del tiempo, o (5) fenómenos conceptualmente distintos (Clark, 1989).

El debate respecto al tipo de relación entre los síntomas depresivos y ansiosos sigue abierto, por ello su estudio en conjunto es de vital importancia. Por ello, si bien uno de los focos de interés de esta investigación es la vulnerabilidad depresiva y sus síntomas se ha considerado necesario controlar la sintomatología ansiosa en las relaciones estudiadas.

Como se ha señalado, la depresión se caracteriza por un amplio número de síntomas que se expresan en cada persona de manera particular. Del mismo modo, la aparición de los síntomas obedece a distintas causas por lo que en la actualidad existen diferentes modelos intentan explicar la etiología de la depresión (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2002). A continuación, se proceden a explicar los diferentes modelos explicativos de la etiopatogenia de la depresión haciendo especial hincapié en los modelos psicológicos.

1. 3. Modelos explicativos de la depresión

Como se ha señalado, la depresión es entendida como una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja que afecta a diferentes sistemas. Esta diversa influencia hace muy complicado discriminar si estos elementos son causas directas del desarrollo de esta dolencia o aspectos relacionados con su presencia. Aun así, se han señalado ciertos factores de riesgo que muestran una fuerte asociación con el desarrollo de depresión y que parecen estar jugando un importante papel en el desarrollo de la predisposición a su aparición. Algunos de los factores, son 1) una predisposición genética cuya interacción compleja con 2) sucesos vitales, como trauma o abuso infantil, producen 3) cambios significativos en el sistema nervioso central y estructuran 4) un estilo de personalidad característico de la depresión (Silva, 2002).

Existen estudios que muestran que el 16% de la presencia de la depresión estaría explicado por la influencia genética y que un 61% estaría dependiendo de los factores ambientales (Gatz, Pedersen, Plomin, Nesselroade & McClearn, 1992). La mayoría de las teorías biológicas de la depresión se centran en el estudio de las alteraciones de la neuroquímica del cerebro. Estas investigaciones se centran

principalmente en el estudio del papel del sistema endocrino (aumentos en los niveles de cortisol y disminución de la hormona de crecimiento) y de los neurotransmisores en la noradrenalina y en la serotonina (Belloch et al., 2011). Parece que el origen de estas alteraciones reside en la interacción de la ocurrencia de sucesos estresantes y la vulnerabilidad biológica de la persona (Vázquez et al., 2002).

Por su parte, un modelo que estudia el efecto del ambiente es el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1976). El modelo ecológico considera que el desarrollo de las personas se conforma a través de sus relaciones con los diferentes contextos siendo estas relaciones influenciadas a su vez, por otros entornos y por la propia persona. Es decir, una persona es influenciada por sus relaciones familiares de amistad, de trabajo o por la sociedad (entornos) y a su vez estos “entornos” se adaptan a los cambios de la persona (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002; Urbiola, 2014). Este modelo ha realizado interesantes aportaciones respecto al papel de la pobreza o el rol de la mujer en el desarrollo de la depresión (Malik et al., 2007).

Estos enfoques (biológico, genetista y ecológico) han aportado interesantes visiones al estudio de los síntomas depresivos, sin embargo, sigue siendo el modelo psicológico el que ha generado un panorama más completo para su entendimiento y tratamiento (OMS, 2012).

A continuación se procede a explicar desde el enfoque psicológico, algunos de los modelos explicativos de estos síntomas. Cada modelo presenta sus particularidades por ello en el inicio de cada apartado se explicarán las características principales del modelo teórico y su explicación particular de los síntomas depresivos.

1. 3. 1. Modelos psicológicos

En un primer lugar, se comienza con la corriente psicoanalítica describiéndose los principales modelos explicativos de la depresión que pertenecen a esta corriente.

Esta corriente ha producido un gran volumen de trabajos sobre el estudio del psiquismo. El modelo psicoanalítico se caracteriza por el peso dado al papel del inconsciente y a las relaciones de objeto para explicar el desarrollo de patologías. Si bien, existen múltiples autores que han estudiado la depresión dentro de este modelo, dos de las aportaciones centrales serían las de Sigmund Freud (1948) y Sidney Blatt (1976).

1. 3. 1. 1. El modelo psicoanalítico

Como se ha señalado, el modelo psicoanalítico da una gran importancia al papel del inconsciente en la realidad psíquica del sujeto. El inconsciente se considera formado por las experiencias tempranas con las principales figuras de cuidado y por la energía psíquica con la que uno nace. En una primera instancia la mente se dividiría entre los contenidos conscientes e inconscientes.

A su vez, la estructura psíquica de las persona está estructurada en tres instancias, Ello, Yo y Super Yo que se encargan de los instintos, su gestión en la realidad y su regulación con las normas sociales, respectivamente. Estas instancias tienen aspectos conscientes e inconscientes y juntas, conformarían la estructura psíquica del sujeto (Freud, 1948).

En la siguiente figura se muestran las tres instancias psíquicas que actúan según diferentes procesos: inconsciente, preconscious y consciente.

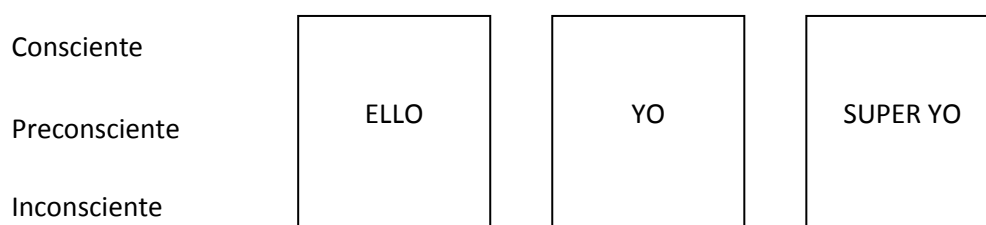


Figura 3. Estructura psíquica según el modelo psicodinámico.

Estas tres instancias se alimentan a través de las relaciones con los objetos reales o imaginarios. Estos objetos pueden ser personas (reales) o representaciones de

uno mismo o del mundo (imaginarios) (Bleichmar, 2003). Así el decaimiento de energía se debe al cese de recepción de energía por parte de los objetos.

Por lo tanto, el decaimiento de energía característico de la depresión se explica desde este modelo como una reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario.

Ante la pérdida del objeto amado, la persona sufre una caída de energía debido al conflicto intrapsíquico que supone la pérdida (Freud, 1917). Este conflicto no es otro que el deseo intenso hacia el objeto perdido y la idea de que éste deseo se ha vuelto irrealizable (Bleichmar, 2003). Así, la persona se repliega/deprime para poco a poco aceptar la ausencia de ese objeto y desplazar el deseo hacia otro sustituto. Este proceso de repliegue se denomina como Duelo.

Sin embargo, en ocasiones las personas tienen grandes dificultades para encontrar un sustituto. Esta dificultad para encontrar otro objeto con el que vincularse parece residir en que la pérdida acontecida no se refiere sólo al objeto sino también a una parte de la propia persona. Es decir, el objeto ha sido vivenciado de tal manera que se consideraba parte de la identidad de la propia persona por lo que su pérdida supone perder parte de uno mismo. Esta posición de unas características depresivas graves se denominó Melancolía (Freud, 1917).

La explicación psicoanalítica para este estado es que estas personas se habían identificado con el objeto haciéndolo una parte de ellas mismas. Estas personas habían incorporado el objeto a ellas mismas haciendo prácticamente imposible su separación.

Así pues, la gravedad de la depresión correspondería al tipo de relación establecida con el objeto perdido. Es decir, cuanto más definitorio de uno mismo hubiera sido, mayores dificultades y mayor gravedad sintomática acarrearía la pérdida del mismo.

Adicionalmente, otro aspecto que ha sido estudiado de este modelo es el tipo de objeto con el que se vinculan las personas.

Los objetos con los que se vinculan las personas responden a distintos deseos y necesidades. Sidney Blatt (1974; 2003) caracterizó estos deseos en dos categorías principales; deseos de relación (anaclíticos) y deseos de autodefinición (introyectivos). Estos deseos definen la relación y el significado del objeto y su pérdida supone el desarrollo de un tipo de depresión diferente, depresión anaclítica o depresión introyectiva.

Según Blatt y su equipo (2001) la depresión anaclítica se inicia con hechos que suponen la ruptura de la gratificación de relaciones personales como podría ser el fin de una relación o la pérdida de una amistad. Esto remite a la idea de un objeto que satisfacía deseos de intimidad y cuidado con el otro. El discurso de un paciente con una depresión anaclítica se caracteriza por preocupaciones sobre temas de abandono, cuidado, intimidad y sexualidad, es decir, aspectos ligados al encuentro con el otro. Esta depresión se caracteriza por un bajo nivel de las representaciones mentales, ausencia de reflexividad (sobre todo, en sentimientos de tristeza), tendencia a la actuación y puede estar ligada a síntomas como abuso de sustancias o somatización que hacen muy difícil su diagnóstico ya que esconden el habitual ánimo decaído esperado en depresión.

Mientras, el segundo tipo de depresión corresponde a la depresión de tipo introyectivo. Este tipo de depresión se inicia con la sensación de haber cometido un fallo o haber provocado una decepción en los demás. Básicamente, se trata de la sensación de no haber cumplido los estándares de autodefinición. Los deseos a los que remite este objeto son deseos de autodefinición y valía. Por ejemplo, una persona se ha definido a sí misma a través de una ejecución académica de sobresaliente, en un momento dado puede obtener unas notas de notable. Esta depresión se caracteriza por un sentimiento de culpa e indignidad y sus labores de compensación se centran en ganar a los otros que aman mediante el éxito en las actividades que desarrollan (Blatt, 2004).

Parece que la imposibilidad de los deseos de relación o de autodefinición podrían activar una depresión de tipo anaclítico o introyectivo. Sin embargo, no todas las personas se deprimen ante los mismos eventos o de la misma manera. Una persona con un funcionamiento sano es capaz de fluctuar entre ambos polos (anacítico e introyectivo) de manera complementaria y flexible. Su eje de necesidad de relación con los otros (anacítico) se nutre a través de relaciones maduras y de satisfacción con los otros. Mientras que la parte de personalidad conformada por la relación con uno mismo se compone de un yo consolidado, realista, integrado y esencialmente positivo (eje introyectivo) (Blatt, 1974). Esta persona realizará duelos con síntomas depresivos leves ante pérdidas de ambos significados y su flexibilidad le permitirá “alimentarse” del objeto que no ha perdido. Por ejemplo, ante una ruptura sentimental, una persona con un funcionamiento sano, se puede replegar hacia su trabajo que funcionaría como objeto de autodefinición hasta poder encontrar otro objeto sustituto de su necesidad de relación.

Sin embargo, existen otras personas que muestran un funcionamiento más rígido en cuanto a sus elecciones de objeto. Estas personas necesitan objetos de relación u objetos de autodefinición de una manera más rígida y exagerada y presentan grandes dificultades para fluctuar a lo largo de los dos polos. Estas necesidades expresan deseos que guían las relaciones con uno mismo y con el mundo y conforman estructuras de personalidad que funcionan de manera estable a lo largo de la vida (Blatt, 2004).

Una persona con tendencia a establecer vínculos basados en necesidades anaclíticas puede presentar de mayor a menor gravedad trastornos de tipo borderline, dependiente, depresión anaclítica o desórdenes histéricos. Las personas con este funcionamiento muestran una tendencia a anticiparse al abandono como forma de protección, emplean técnicas distractoras y de evasión (negación) y tienen una visión de la realidad dividida en opuestos; buenos y malos (escisión) (Laplanche & Pontalis, 2004).

Por otro lado, una persona con tendencia a establecer vínculos con los objetos de autodefinición (carácter introyectivo) puede presentar de mayor a menor gravedad

trastornos de ideación borderline, paranoide, narcisista, obsesivo compulsivo, depresión introyectiva o trastorno narcisista. Un rasgo característico de estas personas es que muestran una incapacidad para integrar los diferentes aspectos de la ambivalencia y su visión del mundo se mueve en la dicotomía de bueno-malo. Así un pobre desempeño en algo puede traducirse en la percepción de que todo el trabajo desempeñado es inadecuado. Por ejemplo, “He suspendido una asignatura, soy un mal estudiante”. Estas personas utilizan como protección la proyección, “poner en el otro aspectos de uno mismo”, la racionalización, “emplear la lógica para justificar actos que confrontan moralmente”, la intelectualización, “abstraer sentimientos complejos originarios del conflicto entre diferentes deseos”; formación reactiva, “realizar lo contrario que se desea” y la sobrecompensación (Laplanche & Pontalis, 2004). Estas defensas permiten desplazar la autocritica al exterior rebajando el nivel de ansiedad de ansiedad interno (Blatt & Shichman, 1983), pero transforman la autoexigencia en una sensación de constante demanda externa de imposibles (Flett, Besser & Hewitt, 2005). Esto supone que sus propios estándares ya no son los que le provocan ansiedad sino que al ser proyectados en el otro, pasan a pertenecer a demandas externas.

Tanto en este polo como en el carácter anaclítico, el índice de gravedad irá en función de la rigidez y la incapacidad para encontrar un objeto sustitutivo (Blatt et al., 2001).

Sin embargo, la sola presencia de uno de estos dos estilos de personalidad los síntomas depresivos no explican la activación de síntomas depresivos. Este modelo defiende la necesidad de la combinación de una determinada estructura de personalidad con un evento determinado para desarrollar un subtipo determinado de sintomatología depresiva. Esta hipótesis es denominada como la Hipótesis de la Congruencia Personalidad-Evento (Blatt & Zuroff, 1992). Como se ha señalado en la descripción de estas dos estructuras depresivas, una persona con un funcionamiento mayoritariamente introyectivo será especialmente sensible a hechos que involucren aspectos como fallos en el logro de ideales; mientras que una persona con un

funcionamiento de tipo anaclítico tenderá a prestar especial atención a temas relacionados con la pérdida de amor. Esta hipótesis de la congruencia señala la especial importancia del tipo de vulnerabilidad de las personas a la hora de entender las particularidades de las personas en el desarrollo de la depresión.

Por último, un tercer aspecto que señala esta teoría es el origen del desarrollo de estas formas de funcionamiento. Según esta teoría, determinadas experiencias tempranas parecen conformar formas de funcionar en las personas que se traducen en las estructuras de personalidad descritas en los párrafos anteriores.

A lo largo de entrevistas a pacientes deprimidos, Blatt (1991) pudo comprobar que cada dimensión de personalidad mostraba una biografía característica. Así, los pacientes de estilo anaclítico presentaban biografías marcadas por sensación de abandono. En las biografías de estas personas son comunes ciertas perturbaciones en las relaciones tempranas y su historia se caracteriza por ser incoherente y sobre indulgente. Un ejemplo de este estilo es que puede estar narrando la figura de un padre amoroso y luego no reportar ningún gesto de cariño. La principal fuente de sufrimiento a lo largo de su vida es la pérdida del objeto amado (Blatt, 2004). Mientras, los pacientes de estilo introyectivo presentan biografías en las que en las relaciones con figuras parentales, el niño/a actúa como elemento compensador de sus frustraciones (Blatt, Wernick & Goldschmidt, 2007).

Existen algunos estudios que han comprobado el papel de las relaciones tempranas en el desarrollo de estos tipos de funcionamiento (Ahmad & Soenens, 2010). El papel de la calidad de estas interacciones será señalado en el tercer capítulo de la introducción teórica pero es importante señalar que algunas teorías sobre la depresión apuntan a su influencia en el desarrollo de vulnerabilidad a la misma.

Una vez explicado el modelo psicoanalítico se procede a explicar el segundo modelo imperante en el estudio de la depresión, el modelo cognitivo, no sin antes hacer un breve recorrido por el modelo conductual.

1. 3. 1. 2. El modelo conductual

Así como la realidad interna tenía un peso fundamental en la teoría psicoanalítica, el foco de interés del modelo conductual se sostiene en el estudio de la realidad externa. La hipótesis principal de este modelo es que el origen y el mantenimiento de las conductas reside en la presencia de estímulos externos que las conserven. Por ejemplo, cada vez que llegan exámenes (estímulo) una persona estudia (conducta) y aprueba (consecuencia). Esto genera que la persona realice la conducta de estudio cada vez que aparece el estímulo de los exámenes.

Desde este modelo, la depresión estaría considerada como una respuesta sobregeneralizada en la que se incluye la falta de interés (conductas) y placer en un amplio rango de actividades. Según este modelo, esta situación estaría provocada por un estímulo o un suceso específico.

Dentro de este modelo, se desarrollaron diferentes teorías que señalaban el origen de la depresión en diversos aspectos del estímulo. El modelo de Incontrolabilidad de Ferster (1965) señaló que el decaimiento de la conducta de las personas deprimidas se debía a la incontrolabilidad del estímulo-consecuencia. Según este modelo y partiendo del caso anterior, una persona que estudie mucho y no sienta que esta conducta tiene un efecto sobre su ejecución académica, tiene una alta probabilidad de no realizar ninguna conducta al respecto. Su falta de respuesta podría generalizarse a otros estímulos, desarrollando así un estado depresivo. En la misma línea, Seligman (1973) desarrolló la teoría de la Indefensión Aprendida. Esta teoría también señalaba el papel de la incontrolabilidad del estímulo en la reducción de conductas activas en detrimento de la manipulación del ambiente.

Lewinshon (1974) por su parte, señaló la falta de refuerzo positivo como origen de la sintomatología depresiva. Por ejemplo, una persona que nunca recibe palabras de aliento que refuercen sus conductas de esfuerzo puede ir replegando esta conducta hasta desarrollar síntomas depresivos.

A pesar de estas explicaciones, el modelo conductual recibió muchas críticas por su enfoque mecanicista y por la omisión de la existencia de una realidad interna que explicara la variabilidad de respuestas de las personas a las mismas situaciones.

Estas críticas sirvieron para el desarrollo del modelo cognitivo (Beck, 1970). Este modelo tenía en cuenta los efectos de la realidad externa en el comportamiento de las personas (los estímulos) y reconocía a su vez la influencia de una realidad interna particular a cada individuo.

Antes de comenzar con el desarrollo de las características del modelo cognitivo, se presenta de nuevo la figura del iceberg.

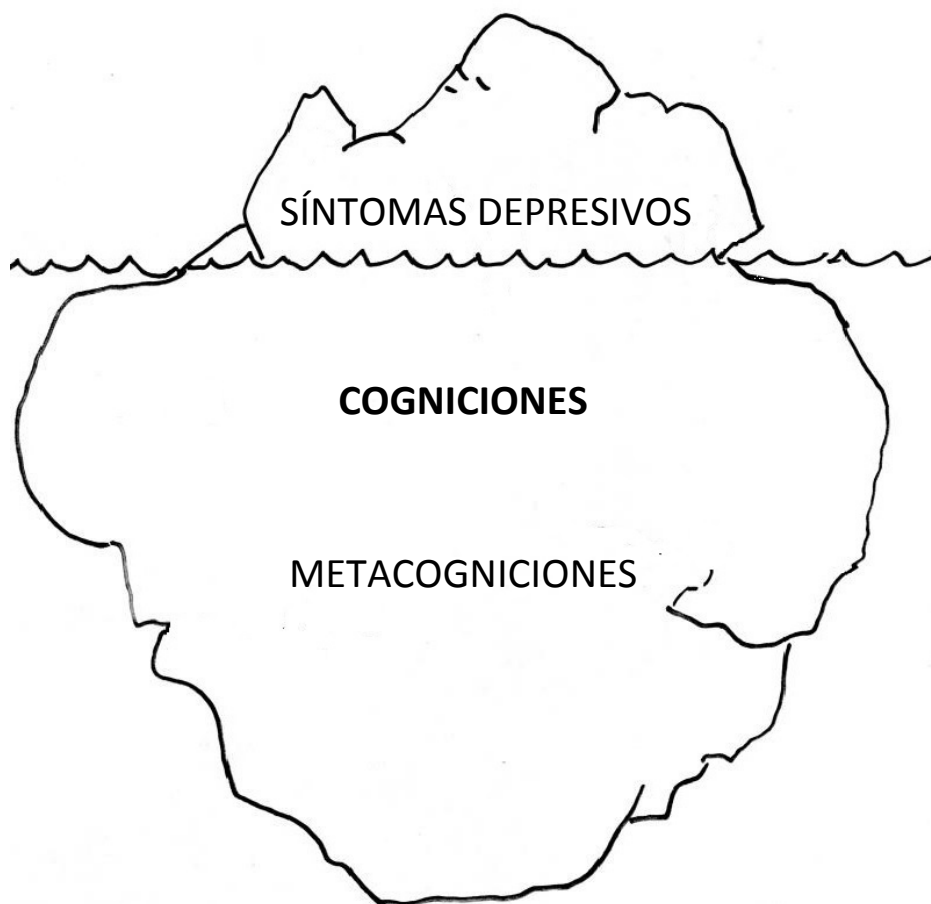


Figura 4. Cogniciones en la figura del iceberg.

En esta ocasión es la palabra cogniciones la señalada especialmente en la figura. Se trata del primer nivel en el que se “buceará” en el análisis de las características de las personas con síntomas depresivos con la idea de dar paso a la profundización que se va a llevar a cabo a lo largo de los distintos niveles del psiquismo señalados por este modelo.

A continuación se describe el modelo cognitivo y las diferentes teorías que se han basado en su paradigma para explicar la depresión.

1. 3. 1. 3. El modelo cognitivo

Como se ha señalado, el modelo cognitivo se centra en el estudio del papel de los pensamientos o cogniciones en el desarrollo de síntomas psicológicos en combinación con la realidad externa. La hipótesis principal de este modelo, es que las personas forman su visión de la realidad a través del tipo de pensamientos que tienen. Las cogniciones representan en definitiva el modo que tienen las personas de ver el mundo. Por lo tanto, la fuente de malestar psicológico no viene únicamente del acontecimiento como tal, sino que es la interpretación del mismo el origen del posible sufrimiento (Beck, 1971; 1976).

Dentro de este mismo modelo se ha desarrollado una línea paralela de investigación cuyo objeto de análisis es el estudio de los estilos de procesamiento de las cogniciones. Se observó que las personas a pesar de compartir la misma visión (misma cognición) sobre un acontecimiento no presentaban el mismo malestar psicológico y uno de los aspectos que las diferenciaba era el tipo de relación que tenían con sus pensamientos y emociones. Esta línea de investigación se centra en el estudio de las metacogniciones siendo éstas los procesos y estructuras cognitivas responsables del monitoreo y control de la cogniciones (Flavell, 1976).

Tanto el modelo cognitivo como su vertiente metacognitiva han desarrollado múltiples teorías explicativas para el desarrollo y mantenimiento de la depresión. A continuación se procede a explicar en profundidad algunas de las principales teorías explicativas de la depresión comenzando por las teorías cognitivas y finalizando con las teorías metacognitivas.

Dentro del modelo cognitivo de la depresión, existen diferentes modelos. Algunos de los más representativos son la teoría cognitiva de la depresión de Beck

(1983) la Teoría de la Desesperanza de Abramson (1978) y la Teoría de Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young (1999).

1. 3. 1. 3. 1. Teoría cognitiva de Beck de la depresión

Desde el modelo cognitivo, Beck (1967) desarrolló un modelo explicativo para la depresión que ponía el acento en el efecto de determinadas cogniciones negativas en el desarrollo de la misma. Estas cogniciones se encargarían de la interpretación de los acontecimientos en las personas y serían las favorecedoras del desarrollo de síntomas depresivos. Beck (1967) en su modelo para la depresión, señaló la existencia de tres cogniciones características; (a) Esquemas (b) Errores en el Procesamiento de la Información y (c) Tríada Cognitiva.

Las estructuras o esquemas cognitivos serían el nivel de cogniciones más profundo a través del cual las personas interpretan los sucesos mediante patrones relativamente estables. Los esquemas cognitivos constituyen la vía fundamental para el funcionamiento y la adaptación psicológica (Alford & Beck, 1997). Segal (1988, p. 147) define los esquemas como un conjunto de "elementos organizados de las reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo relativamente coherente y persistente de conocimiento capaz de guiar las percepciones y evaluaciones posteriores". Estos esquemas estarían tan interiorizados en la persona que, en ocasiones, actuarían a nivel inconsciente y se caracterizarían por ser globales, rígidos y sobregeneralizados. Se expresarían como *"soy una mala persona"*, *"soy un fracaso"*, *"la gente siempre es desleal"* o *"el mundo es peligroso"*. Estas creencias profundas actuarían en un nivel intermedio de pensamiento.

Este nivel intermedio está compuesto por actitudes, reglas y supuestos y determina cómo atendemos al entorno que nos rodea y el modo en que lo interpretamos.

Por último, el nivel más superficial sería el compuesto por los productos cognitivos, también denominados autodiálogo, pensamientos automáticos o autoafirmaciones, que se mostrarían a través de palabras y/o imágenes y que fluirían sin cesar en la mente de todas las personas (Beck, 1964; 1976).

El efecto de los esquemas quedaría conformado en la siguiente figura.

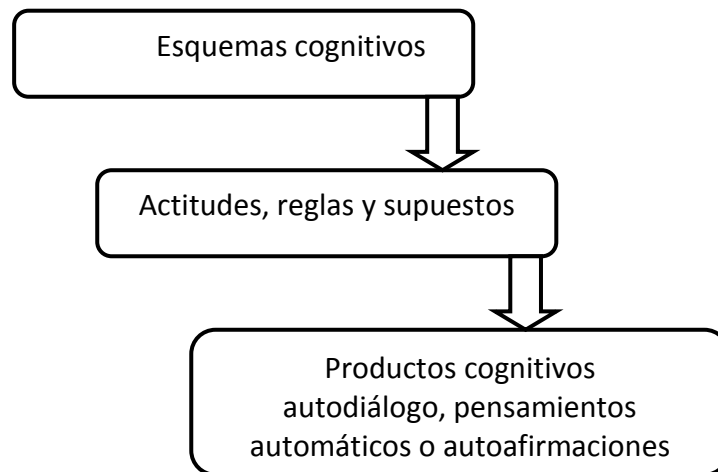


Figura 5. Estructura psíquica según el modelo cognitivo.

Además de la presencia de determinados tipos de esquemas, Beck (1995) señaló la existencia de determinados Errores de Pensamiento en las personas con síntomas depresivos.

Los Errores en el Procesamiento de la Información son distorsiones cognitivas que interpretan un acontecimiento relativamente ambiguo o neutro en uno como un evento negativo.

Algunos de estos errores serían 1) Pensamiento de todo o nada (la situación se percibe en opuestos “si no lo consigo soy un fracaso”), 2) Catastrofismo (predicción del futuro de forma negativa sin tener en cuenta otras opciones “me va a salir mal”), 3) Descartar lo positivo, (no tomar en consideración los aspectos positivos, “conseguí ese trabajo pero eso no significa que sea una buena profesional tan solo tuve buena suerte”, 4) Razonamiento emocional (creer que lo que se siente es la única verdad, “me siento mal, no valgo para nada”), 5) Etiquetación (establecer juicios de valor reducidos a uno/a mismo/a o a las demás personas “Soy un desastre” o “Él no es una buena persona”), 6) Magnificación/minimización (amplificar los aspectos negativos y minimizar los positivos “ ha sido muy bonito pero yo he cometido demasiados fallos”), 7) Filtro mental o abstracción selectiva (centrar la atención en los aspectos negativos

de las situaciones en vez de prestar atención al resto de ella, “Me ha dicho que soy simpática y atractiva pero también me ha dicho que era muy tozuda. No dejo de darle vueltas a ese comentario”), 8) Lectura de pensamiento (creer que se conoce lo que el otro piensa sin tener en cuenta su individualidad), 9) Sobregeneralización, (concluir de modo negativo trascendiendo la situación actual, “he roto con mi pareja, nunca volveré a tener otra relación), 10) Personalización (todo tiene que ver con una misma, “Seguro que están hablando de mí”), 11) Debería (exigencias como debería ser una misma, los demás y el mundo, “debería haberse sabido que no me interesa en absoluto”) y 12) Visión en túnel (centrarse en los aspectos negativos sin ampliar la perspectiva, “no hago nada bien, soy torpe e inútil”) (Beck, 1995).

Por último, el tercer elemento de las cogniciones negativas señalado por Beck es el que corresponde a la Tríada Cognitiva. La Tríada Cognitiva es una cognición negativa que consiste en que la persona tiene una visión negativa de sí misma, de su experiencia y del futuro. La visión negativa de uno mismo se presentaría en un sentido de inadecuación y de no valía “soy un desastre, no valgo” y en atribuir sus experiencias desagradables a defectos propios físicos, mentales o morales (Rush & Nowels, 1994). Esta visión de uno mismo puede generar una baja autoestima, sentimientos de autoculpa, tendencia a la autocrítica, y deseos suicidas (Beck, 1971).

En una segunda instancia, la visión negativa de su experiencia se traduce en la tendencia de la persona a interpretar sus experiencias de forma negativa, cuando existirían explicaciones alternativas mejores, como por ejemplo “me va a salir mal” o “ha sido muy bonito pero yo he cometido demasiados fallos” (Beck, 1995).

Y, por último, la visión negativa del futuro se manifestaría en que, cuando una persona depresiva hace proyectos de gran alcance, anticiparía que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarían indefinidamente “No seré capaz de exponer mi trabajo de forma correcta y me quedará en blanco”. Las creencias que componen la tríada cognitiva se desarrollarían a través de las experiencias tempranas en la infancia junto con otros factores (culturales, biológicos y ambientales). Se caracterizarían por ser globales, rígidas y sobregeneralizadas (Beck, 1995).

La sintomatología depresiva sería la consecuencia natural de estas cogniciones negativas con las que las personas forman su visión particular de la realidad (Rush & Nowells, 1994).

Estas visiones particulares fueron divididas a su vez en dos estilos de esquemas profundos diferentes. Beck (1983), al igual que Sidney Blatt (1974), señaló la existencia de dos estilos de personalidad relacionados con dos tipos de tendencias depresivas. Estas dos estructuras de personalidad estarían formadas por esquemas profundos característicos y fueron denominados como Sociotropía y Autonomía.

La Sociotropía es un esquema centrado en la dependencia social a través del cual la persona centra todos sus esfuerzos para conseguir intercambio social positivo. Una persona con este esquema de funcionamiento se caracteriza por su dependencia a la retroalimentación social para conseguir gratificación y apoyo. Presentaría altos índices en las escalas de “Necesidad de aprobación”, “Necesidad de Agradar a Otros” o “Desaprobación-Dependencia (Bieling, Beck & Brown, 2000).

Mientras, el estilo de personalidad de Autonomía se refiere a la inversión de la persona en la preservación y aumento de su independencia, movilidad y derechos personales. Una persona que funciona de este modo se centra en obtener gratificación a través de sus propias actividades y del logro de metas significativas (Bieling et al., 2000). Estas dimensiones de la personalidad muestran modos de entender el mundo. Son los esquemas profundos bajo los que se sostienen las actitudes o modos de funcionamiento más superficiales.

Estos dos estilos de personalidad descritos por Beck son muy similares a los estilos de Blatt (1974) habiéndose encontrado paralelismos en diferentes estudios (Luyten et al., 2007; Luyten & Blatt, 2011).

Otro aspecto en común con este teórico es que de forma aislada, estos dos esquemas profundos no explican la aparición de síntomas depresivos. Para su desarrollo, es necesaria la combinación de estos estilos de personalidad con un evento de especial significación para la persona.

Por ejemplo, en la dimensión de sociotropía, los eventos estresores y posibles activadores de los síntomas depresivos serían los relacionados con pérdida de relación. Mientras, en la dimensión de autonomía sería la ocurrencia de eventos relacionados con un rendimiento negativo lo que activaría un ánimo depresivo (Beck, Brown, Sterr & Weissman, 1991).

Estas dimensiones de la personalidad además de indicar una predisposición hacia la depresión, apuntan el tipo de estresores que afectan en mayor medida a un estilo de personalidad u otro. Su combinación con estresores determinados pueden favorecer el desarrollo de la sintomatología depresiva (Hankin, Lakdawalla, Carter, Abela & Adams, 2007; Vasey et al., 2013). Este modelo que combina la vulnerabilidad depresiva con la aparición de estresores recibe el nombre de Diátesis-Estrés. Los estilos de personalidad pueden considerarse como diátesis para la depresión con sus estresores específicos (Fernández-Rey, Madrid & Pardo-Vázquez, 2004).

Por último, el tercer punto en común con la teoría de Blatt (1974) es que la formación de estos estilos de personalidad estaría a expensas de las vivencias de determinadas experiencias tempranas. Estas historias proporcionarían la base para la formación de las estructuras cognitivas del niño o niña, que se convertían en una parte de su personalidad y pasaban a ser “un esquema” (Beck, 1970).

El modelo cognitivo de Beck para la depresión ha sido fuente de inspiración para otros autores pertenecientes al modelo cognitivo. Sus aportaciones respecto a las características de las cogniciones permitieron desarrollar teorías más complejas y profundas sobre la depresión. Una de las teorías que se nutrió de estas aportaciones fue la teoría de la Indefensión Aprendida que inicialmente pertenecía al modelo conductual y al introducir nuevos aspectos cognitivos a su entendimiento de la depresión se transformó en la teoría de la Desesperanza que se presenta seguidamente.

1. 3. 1. 3. 2. Teoría de la Desesperanza

La teoría de la Desesperanza es un modelo cognitivo que pone el peso en las atribuciones como factores precursores de los síntomas depresivos (Abramson et al., 1978).

Según estos autores, las atribuciones se refieren a las inferencias que realizan las personas para explicar la realidad. Este modelo considera que ante la ocurrencia de eventos las personas construyen una explicación respecto a la naturaleza de los mismos (diátesis-estrés). Estas atribuciones, presentan ciertas características algunas de las cuales pueden favorecer el desarrollo de síntomas depresivos.

Las características que conforman las atribuciones se dividieron en interna-externa, estable-inestable y global-específica.

La atribución interna se refiere a que la ocurrencia de los hechos depende únicamente de la propia persona. Por ejemplo “Yo fui la responsable de que la fiesta saliera mal”. Por su parte, la atribución externa establece que el desarrollo de las cosas es ajeno a la actuación de uno mismo, “No hay nada que yo pudiera hacer respecto a la fiesta”. La segunda dimensión se refiere a la duración del hecho en sí. La atribución estable hace que la persona entienda su circunstancia como algo crónico e inmutable “Nunca va a cambiar esta situación”. La atribución inestable hace que el hecho se entienda como algo con posibilidad de cambio y transformación “No siempre voy a estar así”. Por último, la tercera dimensión es la de atribución global-específica. La atribución global explica la tendencia a generalizar. Una persona que percibe los eventos de esta manera extrapola su significado en otras experiencias, “Me salió mal exponer en aquella clase por lo que no sabré hablar en público en esa fiesta”. El otro polo de esta dimensión sería la atribución específica. La persona entiende las experiencias como algo único y su creencia de que no tiene porqué ser igual en todas las dimensiones de su vida “Esta situación solo va a afectar a mi trabajo” (Abramson, Alloy & Metalsky, 1995).

Las dimensiones de las atribuciones que estarían relacionadas específicamente con el desarrollo de síntomas depresivos serían internas, globales y estables (Abela, Aydin & Auerbach, 2006). Por ejemplo, una persona con este perfil ante un suspenso

construiría la realidad de la siguiente manera: “Yo he sido el causante de suspender porque no valgo (interna)”, “Siempre voy a suspender (estable)” o “Nunca voy a poder estudiar nada ni trabajar (global)”.

Este modelo, al igual que los anteriores, señala que estos estilos atribucionales podrían tener su origen en determinadas experiencias tempranas. Rose y Abramson (1992) observaron que los niños y niñas que habían sufrido sucesos vitales negativos intentaban encontrar las causas de esos acontecimientos para darles significado y sensación de control. Según estos autores, los niños y las niñas realizaban atribuciones internas de estos sucesos, lo cual favorecía inicialmente una sensación de control pero terminaba provocando que se vieran como causantes de los eventos estresantes. Este proceso internalizante se realizaba a través de un estilo atribucional interno, una de las dimensiones características de la vulnerabilidad depresiva. A su vez, los sucesos negativos de carácter repetitivo y relacionado con las figuras más queridas del niño o niña afectaban al autoconcepto de éstos/as provocando un debilitamiento de la imagen positiva y del optimismo sobre la ocurrencia futura de los sucesos positivos. La idea del mundo que desarrollaban estos niños era que estos sucesos se iban a repetir (estabilidad) y que se expandirían con el resto de personas (globalidad). De esta manera, se producirían estilos atribucionales globales y estables completando los tres estilos atribucionales característicos de la vulnerabilidad a la depresión.

Más adelante, otra de las teorías que se inspiraría en el paradigma cognitivo y que generaría un gran conocimiento de la depresión sería el Modelo de Esquemas Maladaptativos Tempranos desarrollado por Young (1999). Este modelo combinó la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y elementos de otros enfoques terapéuticos (terapia Gestalt, teoría del apego y terapias psicodinámicas) para relacionar los efectos de las experiencias tempranas en la formación de determinados esquemas. A lo largo de los años, este modelo ha desarrollado algunos cambios. En esta investigación sin embargo, se revisa el modelo inicial.

1. 3. 1. 3. 3. Modelo de Esquemas Maladaptativos Tempranos.

Este modelo se centra en el estudio de los esquemas profundos señalados por Beck (1983). A través de la profundización en este concepto, Young desarrolló el concepto de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) poniendo un gran peso en el papel explicativo de determinadas interacciones tempranas desfavorables (Thimm, 2010).

La actual definición de los EMTs es "un patrón general, compuesto por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, de relación con uno mismo y con los demás, que se desarrolla durante la infancia y adolescencia y se va elaborando durante toda la vida y es disfuncional en un nivel significativo" (Young, Klosko & Weishaar, 2003, p. 7). Young (1999) elaboró un listado con los EMTs y los clasificó en áreas, denominadas como dominios, en las que interferirían.

Tabla 5. Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young

EMT	Descripción
<i>Dominio de desconexión y rechazo</i>	
Abandono / Inestabilidad	La percepción de inestabilidad o falta de fiabilidad de un otro significativo en relación a demandas que impliquen apoyo emocional, conexión y protección.
Desconfianza / Abuso	La expectativa de que los demás harán daño, mentirán o se aprovecharán deliberadamente de uno.
Privación emocional	La expectativa de que los demás no satisfarán adecuadamente las necesidades emocionales de uno.
Imperfección / Culpa	La sensación de que uno es defectuoso o no deseado en aspectos importantes.
Aislamiento social	La sensación de que uno es diferente de los demás no forma parte de los grupos.
<i>Dominio de deterioro de la autonomía y del rendimiento</i>	
Dependencia	La creencia de que uno necesita ayuda de los demás para hacer frente a las propias responsabilidades cotidianas.
Vulnerabilidad al daño	El temor de a una catástrofe inminente (económica, médica, etc) y no

	evitable.
Apego	Implicación emocional excesiva con otros significativos a costa de su propio desarrollo. Incapacidad para construir una identidad segura al margen de los demás.
Fracaso	Creencia de que uno es fundamentalmente inadecuado en áreas de rendimiento tales como laboral, académica, etc.
	<i>Dominio de deterioro de límites</i>
Grandiosidad	La creencia de que uno es superior a otras personas y tiene derechos y privilegios especiales.
Auto-regulación insuficiente	Dificultad generalizada o rechazo a ejercer el esfuerzo suficiente para autoregularse. Escasa tolerancia a la frustración para lograr objetivos personales y bajo control de la expresión de las emociones y los impulsos.
	<i>Dominio dirigido a Otros</i>
Subyugación	Rendición excesiva al control de los demás y subyugación a sus necesidades y emociones para evitar su ira, venganza, o abandono.
Autosacrificio	Excesivo enfoque en la satisfacción de las necesidades de los demás a costa de las necesidades de uno mismo.
Búsqueda de aprobación	Excesivo énfasis en la obtención de la aprobación de los demás a expensas de desarrollar un sentido seguro y verdadero de uno mismo.
	<i>Dominio de sobrevigilancia e inhibición</i>
Negatividad / pesimismo	Visión centrada en los aspectos negativos de la vida así como la expectativa de que nada irá bien.
Inhibición emocional	Evitación de la espontaneidad para mantener la creencia de que controlan su vida o para evitar la vergüenza.
Estándares inalcanzables	Creencia de que uno debería alcanzar reglas actuación rigurosas generalmente autoimpuestas , para evitar la crítica.
Punitivo	Recoge la visión de que las personas deben ser castigadas con severidad por sus errores. Estas personas no toleran sus errores ni lo de los demás . Sienten el derecho de juzgar y culpar a los demás.

Tabla extraída de Terapia de Esquemas: Guía para profesionales de Young Klosko y Weishaar, (2003) p. 15.

Estos esquemas profundos se refieren a necesidades básicas de la vida, como la autonomía o la intimidad y parecen tener un gran efecto en el desarrollo de las vulnerabilidades cognitivas (Schmidt, Joiner, Young & Gluhoski, 1996; Young et al., 1995) relacionadas con el desarrollo de síntomas como los depresivos (Agudelo-Vélez, CasaDiegos-Garzón & Sánchez-Ortiz, 2009; Estévez & Calvete, 2009; Harris & Curtin, 2002; McGinn, Cukor & Sanderson, 2005).

Este modelo considera que una de las influencias más fuertes en el desarrollo de los EMTs es el estilo de crianza realizado por las figuras de cuidado principales (Harris & Curtin, 2002; Kobak & Sceery, 1988; Lumley & Harkness, 2007; Wright, Crawford & Del Castillo, 2009). Este estilo de crianza se caracteriza por la frustración o la insatisfacción de manera repetida, de ciertas necesidades básicas psicológicas en la infancia. Estas necesidades básicas serían; (1) un vínculo de confianza y seguridad con el otro; (2) autonomía, competencia y sentido de identidad; (3) libertad de expresar las necesidades y emociones; (4) espontaneidad y juego; y (5) límites realistas y autocontrol y estarían íntimamente ligadas a los dominios de los EMTs (Simard, Moss & Pascuzzo, 2011). Si bien a lo largo de la vida, las personas construyen nuevas relaciones, la influencia de los patrones de relación iniciales fomentan la creación de nuevos patrones que confirmen los ya experimentados, limitando de esta manera la creación de nuevos estilos de relación (Young et al., 2003).

Estas tres teorías (Teoría cognitiva de Beck de la depresión, Teoría de la Desesperanza y Teoría de los Esquemas Maladaptativos) han sido consideradas como algunas de las más representativas en este estudio a la hora de explicar la vulnerabilidad depresiva dentro del modelo cognitivo. Además de pertenecer a un mismo paradigma todas señalan la importancia de las relaciones tempranas en la construcción de determinadas cogniciones.

Dentro del modelo cognitivo, otro modelo que ha estado estrechamente vinculado con el efecto de las interacciones temprana y, más concretamente, con la

teoría del apego, es la teoría centrada en el estudio de la metacognición (Main, 1999; Myers & Wells, 2015; Roelofs, Onckels & Muris, 2013; Wells, 2013).

Como se ha señalado al inicio de este apartado, el modelo metacognitivo es una línea de estudio perteneciente al modelo cognitivo que se dedica al estudio de los procesos que monitorean las cogniciones (Flavell, 1979). Dentro de esta línea de investigación, se han desarrollado interesantes propuestas explicativas al desarrollo de vulnerabilidad depresiva (Hjemdal, Stiles & Wells, 2013; Wells, 2011).

Antes de comenzar en profundidad en qué significa la metacognición y qué papel desempeña en el desarrollo de síntomas vulnerabilidad depresiva se procede a señalar de nuevo su papel en la figura del iceberg.

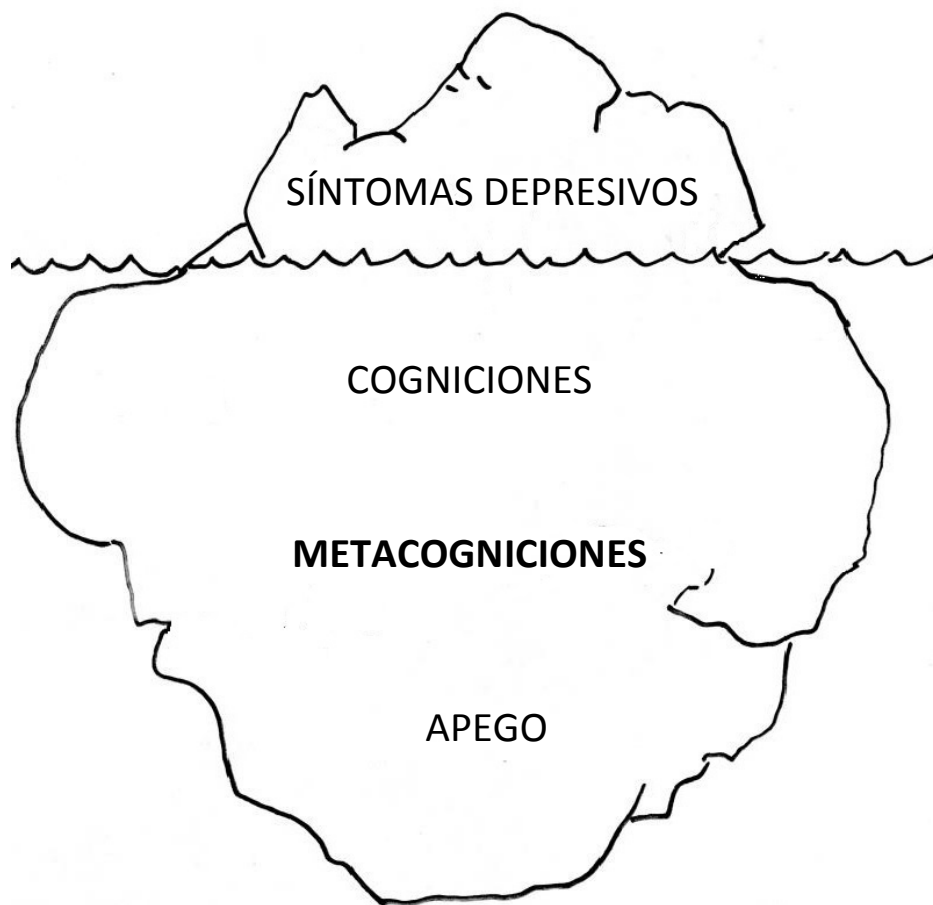


Figura 6. Metacogniciones en la figura del iceberg.

Como puede verse, en esta figura del iceberg, está señalada la palabra metacognición. Se trata de un nivel más profundo que las cogniciones y por lo tanto más complicado de apreciar desde la "superficie".

En este apartado, se procede a explicar con mayor profundidad el concepto de metacognición y las diferentes teorías explicativas que desde este modelo se han centrado en depresión.

1. 3. 1. 3. 4. Modelo metacognitivo

El nombre de metacognición remite, como su nombre indica, a un proceso que subyace a los pensamientos/cogniciones. Como señala Cebolla (2007) la metacognición es la función que se realiza cuando hacemos una reflexión sobre nosotros mismos o cuando reconocemos las múltiples perspectivas que conciernen a la interpretación de un hecho o experiencia. Es la capacidad de las personas a reflexionar sobre ellas mismas y sobre su funcionamiento mental.

Por ejemplo, una persona puede observar (metacognición) su tendencia a funcionar de una manera catastrofista (cognición) ante las experiencias. Toma consciencia de ella y reconoce que es su interpretación la que dota de una significación catastrofista a la experiencia y que no es la experiencia la que es catastrófica como tal.

Como se puede observar, la actividad metacognitiva permite observar la construcción de las cogniciones y su efecto en la representación de la realidad. De esta manera, mediante la metacognición se reconoce que la perspectiva de uno mismo representa su realidad psíquica y no la realidad objetiva como tal. Este proceso favorece en definitiva el reconocimiento de la realidad subjetiva y la aceptación de otras posibles perspectivas.

El estudio de la metacognición a través de diferentes autores ha permitido ir señalando diferentes características dentro de este mismo proceso. En ocasiones, estas características son denominadas con un mismo nombre pero remiten a distintos aspectos de la metacognición. Por ello, se ha considerado adecuado revisar brevemente algunas de estas definiciones con el fin de aclarar los diferentes aspectos que conciernen a este proceso.

Uno de los primeros autores en el estudio de la metacognición fue Flavell, (1979) quien señala dos componentes principales en la metacognición: el conocimiento metacognitivo y la experiencia metacognitiva.

El conocimiento metacognitivo, se refiere al conocimiento que tienen las personas como sujetos cognitivos en relación a sus áreas, objetivos, pensamientos, experiencias o acciones. Este aspecto de la metacognición se refiere a cualquier tipo de experiencia cognitiva o afectiva consciente que acompaña y pertenece a cualquier actividad intelectual. Por ejemplo, el conocimiento de un niño o una niña de tener mayor destreza para la geografía que para literatura o "si pienso en x, es malo". El segundo componente, la experiencia metacognitiva, es el conocimiento intuitivo de uno mismo que no se puede elaborar o nombrar; también es leer algo o escuchar a alguien y tener la sensación de entenderle. Básicamente, se refiere a la habilidad de darse cuenta (Cebolla, 2007).

Por su parte, Wells y colaboradores (1996) señalaron tres aspectos de la metacognición; el conocimiento metacognitivo, la experiencia metacognitiva y estrategias de control metacognitivo.

El conocimiento metacognitivo se refiere a las normas que guían los procesos mentales. Éstas pueden ser explícitas (conscientes y verbalizables) o implícitas (inconscientes). Un ejemplo de estas creencias sería considerar la rumiación como una estrategia positiva para solventar una preocupación (Cebolla, 2007). La segunda característica, la experiencia metacognitiva, se refiere a los juicios de valor respecto a las emociones y sensaciones corporales. Un ejemplo de experiencia metacognitiva sería, "Sentir miedo es malo". En tercer lugar, las estrategias de control metacognitivo, se dedican a intensificar o suprimir estilos de procesamiento mental. Estas estrategias serían la rumiación o la distracción y serían incrementadas o disminuidas en función del conocimiento o las creencias que las conceptualicen (Papagerorgiu & Wells, 2001).

En esta misma línea, otro modelo sobre la metacognición en Terapia Cognitiva es el desarrollado por Semerari y su equipo (1999). Estos autores entienden la metacognición como una dimensión que, en determinados ocasiones o sucesos, puede

reducirse o mostrar un déficit. Su modelo señala tres subfunciones de la metacognición: la función de dominio, la función de comprensión de la mente ajena/descentramiento y la función de autorreflexión las cuales pueden fluctuar en relación a las circunstancias.

La función de dominio se refiere a la capacidad del individuo de representarse con capacidad de afrontamiento en las situaciones. Es decir, la capacidad de observar las situaciones y evaluar los recursos psíquicos para abordarlas.

La segunda función de la metacognición sería la función de comprensión de mente ajena o descentramiento. Esta función se refiere a la capacidad del individuo de reconocer la subjetividad de su pensamiento y la diferencia de esta subjetividad en el otro. Es poder pensar al otro de una manera diferente a uno mismo. Por ejemplo, que uno se sienta nervioso no implica que el otro también se sienta así en una misma situación.

Por último, la tercera función es la función de autorreflexión. Esta función se refiere a la capacidad de reconocer la "identidad" de la propia mente y su efecto en la lectura de la realidad.

A partir de estas definiciones y señalamientos se puede entender de forma resumida que la metacognición es una función de la mente que se emplea al realizar una reflexión respecto a uno mismo o respecto al mundo. Un insight que permite a las personas ser conocedoras de cómo están interpretando o viviendo una situación (Semerari et al., 2003).

Al tratar de definir la metacognición aparecen de forma inevitable dos conceptos a los que se encuentra muy ligada y que son muy importantes en psicoterapia: la mentalización y la teoría del apego.

Por sus similitudes con el concepto de metacognición se procede a revisar de manera muy breve los puntos de encuentro y desencuentro con la mentalización. Respecto al concepto de apego, se dedicará un capítulo aparte en el que se explicará con profundidad el vínculo de unión entre estos dos conceptos.

La mentalización es un concepto manejado por teóricos del modelo psicoanalítico que se desarrolló a partir del estudio en trastornos de personalidad límite. La mentalización se entiende como la capacidad de comprender y predecir nuestras conductas y las de los demás teniendo en cuenta los propios estados mentales (Bateman & Fonagy, 2012; Fonagy, Moran, Edgcomb, Kennedy & Target, 1993; Lanza, 2011).

Este concepto es explicado en la obra de Fonagy a través de tres procesos diferentes; la mentalización como procesos simbolizantes y transformadores de la experiencia, como procesos cognitivo/imaginativo/atencionales y como procesos reguladores.

Los procesos simbolizantes y transformadores traducen la experiencia subjetiva en palabras. Por su parte, los procesos cognitivos/imaginativos/atencionales que son los más comúnmente mencionados se refieren a operaciones mentales como la regulación atencional, el recuerdo, el dar sentido o el empatizar, entre otros. Y por último, los procesos reguladores son aquellos que permiten pensar acerca de las consecuencias de los actos, del efecto en el otro, etc. (Bateman & Fonagy, 2012; Lanza, 2010; Fonagy et al., 1993; Katznelson, 2014).

Los procesos cognitivo/imaginativo/atencionales serían los estrechamente vinculados a las actividades metacognitivas ya que implican el reconocimiento de los contenidos mentales como objetos permitiendo entender la diferencia entre el pensamiento y la realidad y la consideración de otros puntos de vista. La distancia psicológica que permiten estos procesos ayuda a discernir entre el pensamiento y la realidad. De esta manera, se consigue una mayor claridad respecto a las propias cogniciones, automatismos y atribuciones sobre las representaciones de uno mismo y del mundo y una mejora de la regulación emocional (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2012; Castelli, 2010; Main, 1991).

Como se ha señalado brevemente, varias teorías señalan la importancia de la calidad de los vínculos tempranos en la infancia a la hora de desarrollar determinadas

formas de pensamiento (Bowlby, 1979; Beck, 1983; Fonagy, 1996; Main, 1991; Young, 1999). Existen teóricos que consideran que la metacognición sólo es posible a través de una experiencia temprana de vínculo caracterizada por un marcaje emocional acertado y aceptante (Gojman, 2010; Main et al., 2003; Myers & Wells, 2015). La teoría que estudia las cualidades de estas interacciones tempranas es el apego, que se explicará más adelante.

La relación entre la metacognición y los vínculos de apego será desarrollada en profundidad en el capítulo de apego pero se ha considerado importante señalar la relación de la metacognición con este concepto.

A partir del análisis de las similitudes entre la metacognición con otros conceptos y de la revisión de su definición y diferentes aspectos que la componen se puede señalar que la función fundamental de la metacognición es la capacidad de reconocer y describir una subjetividad propia y ajena a la hora de construir la realidad.

La hipótesis de este modelo es que la metacognición sería responsable de favorecer la creación de determinados productos cognitivos y de representar el modo en que la persona se relacionará con ese pensamiento (David, Bedford, Wiffen & Gilleen, 2012; Dragan & Dragan, 2014; Wells & Purdon, 1999). Por ejemplo, una persona con una buena capacidad metacognitiva podría ver que está pensando que es un desastre por haber suspendido. Esta persona, podría reconocer el efecto de este pensamiento en su estado emocional, ponerle nombre a su estado y relacionarse con él de forma consciente y distanciada.

En la siguiente figura inspirada en el artículo de Malik, Wells & Wittkowski (2015) se muestra el efecto que parece tener la metacognición en el desarrollo de síntomas.

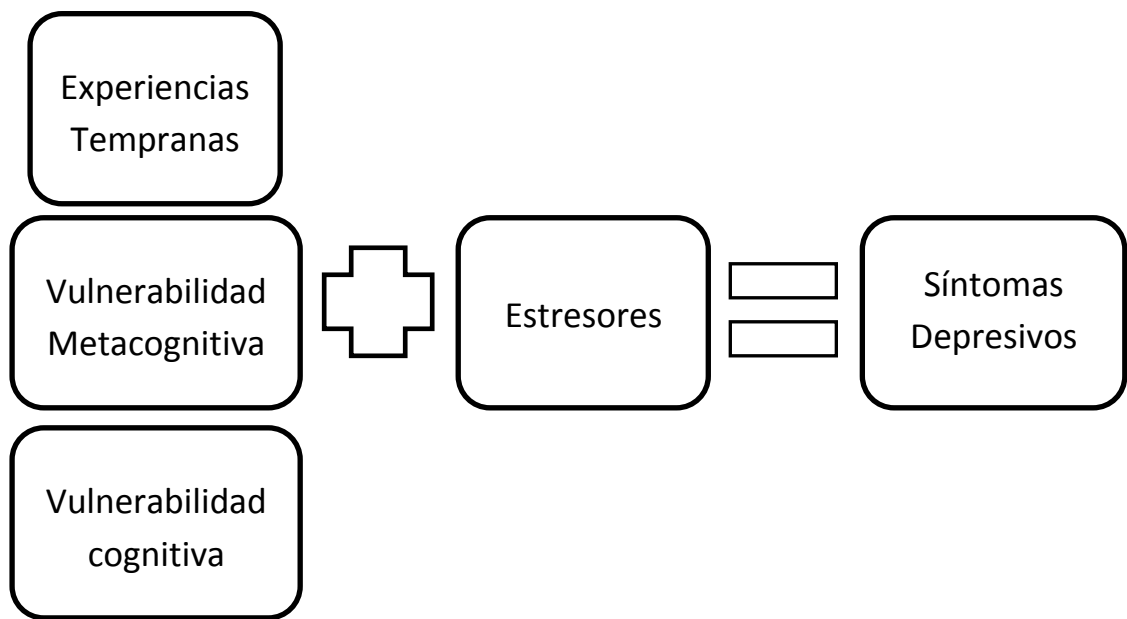


Figura 7. Vulnerabilidad depresiva según el modelo metacognitivo.

La propuesta de los teóricos de este modelo es la inclusión de técnicas que trabajen directamente sobre los procesos metacognitivos en la terapia cognitiva. Los teóricos de la metacognición señalan que la terapia cognitiva trabaja de manera indirecta ciertos aspectos de la metacognición, como por ejemplo la confrontación de los pensamientos automáticos con otras realidades o el desarrollo de un insight que les permita ser conscientes de lo que piensan. Sin embargo, los defensores del modelo metacognitivo, consideran que la inclusión directa de las técnicas metacognitivas puede ampliar y favorecer el trabajo de la terapia cognitiva en distintos síntomas clínicos (Cebolla, 2007; Kertz & Woodruff-Borden, 2013; Lysaker, Davis & Beattie, 2006; Ottavi et al., 2014; Rahmani, Talepasand & Ghanbary-Motlagh, 2014; Semerari et al., 2003; Teasdale, 1999b).

Hay múltiples estudios que han demostrado la durabilidad & el efecto positivo del trabajo de metacognición en diferentes patologías como rumiación (Papageorgiou

& Wells, 2003), dislexia (Tops, Callens, Desoete, Stevens, Brysbaert, 2014), ansiedad (Dragan & Dragan, 2014; Wells & Carter, 2002), psicosis (Tas, Brown, Aydemir, Brüne, Lysaker, 2014) o esquizofrenia (Lysaker et al., 2014). Sin embargo, es en la intervención en la sintomatología depresiva la dolencia en la que estas técnicas han reportado mayores éxitos (Malik et al., 2015, Miró et al., 2011).

Existen varios modelos que trabajan con metacognición pero existen tres especialmente centrados en el trabajo con síntomas y vulnerabilidad depresiva; 1) teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1987; 1991; 2000), 2) Modelo de la Función Ejecutiva Auto-reguladora de los trastornos emocionales (Wells, 1995) y 3) Modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (Teasdale, 1999a).

En el siguiente apartado se describen estos tres modelos con especial mención al Modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (Teasdale, 1999a).

1. 3. 1. 3. 4. a. Teoría de los estilos de respuesta

La Teoría de los Estilos de Respuesta (TER) señala como causa de la depresión al estilo de relación que se establece con los pensamientos (Nolen-Hoeksema, 1987). La hipótesis de este modelo es que el modo en que nos relacionamos con los contenidos cognitivos tiene una estrecha relación con el desarrollo de sintomatología depresiva. Este modelo considera que los estilos de respuesta utilizados para digerir y manejar los contenidos emocionales están presentes en las personas de forma estable y pueden favorecer el desarrollo, mantenimiento o agravación de los síntomas (Nolen-Hoeksema, 1991; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema & Schouten, 2009).

La TER señala la existencia de tres estilos de respuesta principales a la hora de digerir las emociones. Estos tres estilos son la rumiación depresiva, la distracción y las respuestas centradas en la resolución de problemas.

Inicialmente, se consideraron sólo los estilos de respuesta rumiativos como los responsables de la generación y agravamiento de la sintomatología depresiva mientras

que la distracción y las respuestas centradas en la resolución del problema eran entendidas como respuestas funcionales y protectoras del desarrollo de síntomas depresivos. Sin embargo, posteriormente, se clarificaron los efectos contraproducentes de un uso rígido y excesivo de las estrategias de distracción (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987).

A continuación, se describen estos estilos de respuesta relacionados con los síntomas depresivos que serían la rumiación y la distracción.

El estilo de respuesta rumiativo se considera una estrategia de afrontamiento auto-focalizada. La rumiación como estrategia de autoenfoque puede mostrar aspectos más adaptativos o de mayor disfuncionalidad. Estos dos aspectos residen en el tipo de rumiación empleada.

El primer tipo sería la rumiación aplicada a lo experiencial. Esta rumiación ayuda a la persona a focalizarse en las sensaciones físicas concretas que le ocurren en ese mismo momento. Esto le da un sentido único a la experiencia reduciendo la sobregeneralización. Este tipo de rumiación supondría la cara adaptativa de esta estrategia y tiene relación con la auto-observación corporal o emocional de uno mismo. Por otro lado, un afrontamiento en rumiación basado en un autoenfoque más analítico o abstracto se centra en el análisis del significado y las implicaciones de los sentimientos favoreciendo la sobregeneralización. Éste es el tipo de rumiación depresiva de interés en este estudio (Joormann, Dkane & Gotlib, 2006).

La rumiación depresiva es definida como "el comportamiento y los pensamientos que se centran en los síntomas depresivos y en las implicaciones de los mismos" (Nolen-Hoeksema, 1991, p. 569). La persona con tendencia rumiativa no toma parte activa de su situación y focaliza su atención en los síntomas depresivos y en sí mismo (Parker, Taylor & Bagby, 2001). Esta estrategia funciona a través de procesos de atención y memoria. Su efecto reduce la capacidad atencional (centrándola únicamente en el contenido que concierne a la persona) y hace funcionar la memoria de manera sobregeneralizada (Koster, De Lissnyder & De Raedt, 2013). Las personas con tendencia a la rumiación tienden a quedarse enganchadas con los contenidos negativos con mayor facilidad. Entran en una visión túnel (reducción de la atención)

por la que la apertura a otros significados de la experiencia es muy dificultosa. La atención de estas personas tiene grandes dificultades para desplazarse a otros contenidos (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema & Lyubomirsky, 2008). De manera consecuente, se globaliza el significado de las experiencias y se producen dificultades para representar experiencias concretas de ellos mismos (Vázquez et al., 2010).

Por ejemplo, una persona rumiadora ha suspendido un examen. La visión túnel de la rumiación hará que esta persona sólo pueda pensar en que ha suspendido y en el significado de fracaso de esta experiencia. Esta reducción de pensamiento impide que se reconecten con otras experiencias de logro. De esta manera, se produce una sensación global de fracaso respecto a su ejecución. Esta persona presentará dificultades para poder dirigir su atención a otro tipo de contenido mental. Así, recuperar recuerdos en los momentos en los que aprobó y las sensaciones que aquello le produjo se hace imposible y la idea global que tiene respecto a su ejecución académica es de fracaso.

Estudios sobre los efectos del uso de la rumiación han encontrado incrementos en atribuciones negativas y globales (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Asimismo, se han encontrado efectos de mediación de la rumiación entre estilos de personalidad y vulnerabilidad cognitiva a la depresión (Rood et al., 2009; Spasojevic & Alloy, 2001). También hay una creciente evidencia de que la rumiación puede estar implicada en síntomas y trastornos distintos a la depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). Estos hallazgos se basan en la hipótesis de que la rumiación es un proceso transdiagnóstico, es decir, un proceso cognitivo que contribuye causalmente con el desarrollo de diferentes trastornos psiquiátricos que muestran altos niveles de comorbilidad con depresión y ansiedad (Harvey, Watkins, & Mansell 2004). Diversos estudios han confirmado esta hipótesis al hallar el papel predictivo de la rumiación en el desarrollo de diferentes patologías como el trastorno obsesivo compulsivo, la bulimia, abuso de sustancias y trastorno por estrés postraumático (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Watkins, 2009).

Posteriormente, se encontró otro estilo de respuesta que parecía tener relación con el desarrollo de síntomas depresivos. Este estilo de respuesta es la estrategia de distracción. Las respuestas basadas en la distracción se definen como aquellas en las que “la persona focaliza su atención lejos de sus síntomas depresivos y de sus posibles causas y consecuencias hacia actividades placenteras o neutrales (Nolen-Hoeksema, 1991, p. 570).

Uno de los primeros estudios que explicó el efecto rebote de la supresión de los pensamientos fue el conducido por el psicólogo Daniel Wegner (1987).

En este estudio, se distinguen dos momentos. En un primer momento los participantes recibieron la instrucción de no pensar o evitar pensar en un oso blanco. Los participantes reportaron un número elevado de pensamientos relacionados con el oso polar a pesar de haber tenido como orden evitar tener este pensamiento. En un segundo momento, se trabajaron con dos grupos distintos. El primer grupo estaba formado por las personas a las que se les había prohibido inicialmente pensar en un oso blanco. El segundo grupo no había tenido esta instrucción. En esta segunda fase, se les pidió a los dos grupos pensar en un oso polar. El grupo que había participado en la primera experiencia reportó un mayor número de pensamientos relacionados con el oso polar frente al grupo que no había vivido la primera situación (Wegner et al., 1987). Estos resultados mostraron que la represión de pensamientos demostró tener un efecto rebote con el volvíen los pensamientos con mayor fuerza.

Esto parece significar que la prohibición de pensar sobre estados emocionales o preocupaciones y los intentos activos de desplazar estos contenidos de la consciencia puede tener un efecto rebote que haga que estos contenidos mentales previamente censurados aparezcan con mayor fuerza en la mente de las personas.

Las técnicas de distracción empleadas de manera rígida ha demostrado tener una estrecha relación con el desarrollo síntomas depresivos y rumiación (Cámara, 2009; Wenzlaff & Luxton 2003; Wenzlaff & Wegner, 2000).

Respecto a los orígenes de la rumiación depresiva hay diversas teorías que han ido evolucionando a lo largo de los años. Como señalan Vázquez y su equipo (2010), se

señaló inicialmente el papel del modelado (Nolen-Hoeksema, 1991) o un estilo de personalidad neurótico (Nolan, Roberts & Gotlib, 1998) para determinar finalmente, que parecen ser determinadas experiencias las que juegan un importante papel en el desarrollo de la rumiación (Marshall, Bejanyan & Ferenczi, 2013).

Otro modelo que le ha dado una importancia crucial al papel de la rumiación en el desarrollo de depresión es el Modelo de la Función Ejecutiva Auto-Reguladora de los Trastornos Emocionales. Este modelo sí relaciona directamente el papel de la metacognición con la presencia de rumiaciones.

1. 3. 1. 3. 4. b. Modelo de la Función Ejecutiva AutoReguladora de los Trastornos Emocionales

Este modelo considera a la metacognición como un elemento clave en la autorregulación de las personas y apunta al papel de metacogniciones maladaptativas como origen y mantenimiento de las alteraciones psicológicas (Wells & Matthews, 1996; 2000).

Las alteraciones psicológicas que subyacen a los trastornos emocionales se caracterizan por una alta autofocalización, patrones de reciclaje de pensamiento (rumiación y preocupación), evitación y supresión del pensamiento y monitoreo de las amenazas. Las metacogniciones favorecerían la creación y el mantenimiento de estas estrategias de regulación a través de las denominadas creencias metacognitivas. Estas creencias se refieren a la utilidad de estas estrategias y pueden ser positivas o negativas (Papageorgiou & Wells, 2001).

Por ejemplo, un tipo de creencia maladaptativa positiva sería considerar que rumiar sobre el tema que genera preocupación ayudará a su resolución (creencia positiva sobre la rumiación). También se puede tener una creencia de sobre ella de incontrolabilidad (creencias metacognitivas maladaptativas negativas 1) "Es imposible no rumiar sobre las cosas malas que han sucedido en el pasado" o de efecto dañino (creencias metacognitivas maladaptativas negativas 2) "Todo el mundo me abandonaría si supiera todo lo que rumio". Estas creencias negativas contribuyen al

desarrollo de alteraciones que están estrechamente relacionadas con el desarrollo de depresión. A su vez, esta experiencia genera una disminución de la confianza metacognitiva y sensación de eficiencia que se podría traducir a; "Mi memoria me puede engañar a veces". Este pensamiento contribuye a las creencias negativas sobre la rumiación y mantiene la activación de creencias positivas al considerar la rumiación como una estrategia de afrontamiento efectiva.

En la siguiente figura 4 se muestra el efecto de retroalimentación provocado por las metacogniciones maladaptativas.

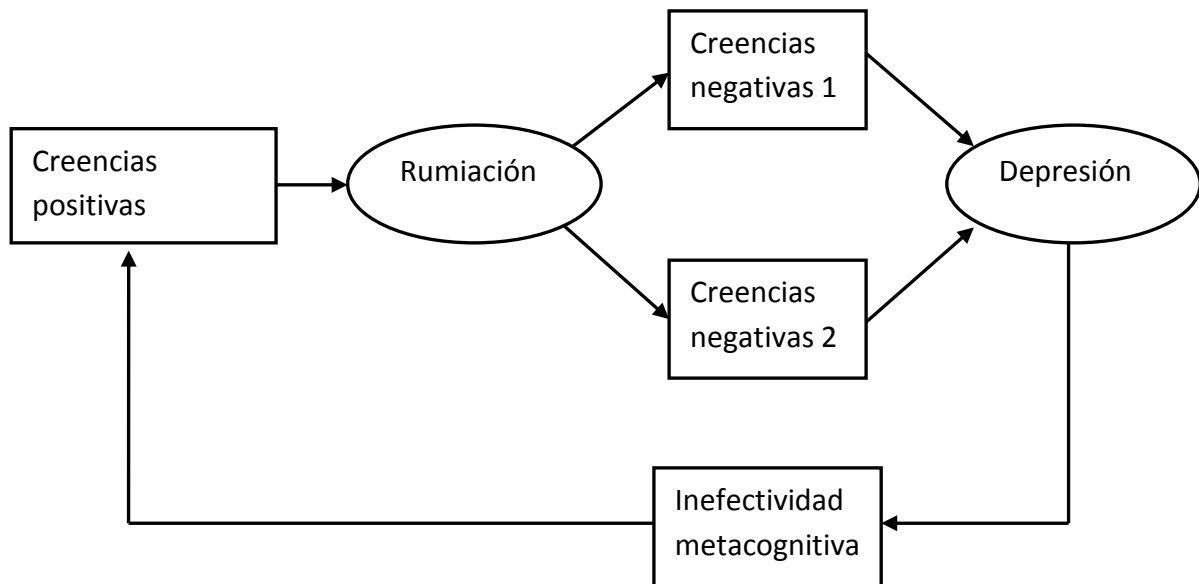


Figura 8. Modelo de depresión según el Modelo de la Función Ejecutiva AutoReguladora de los Trastornos Emocionales. Tomada del artículo de Papageorgiou y Wells (2003), p. 263.

Como se ha señalado en la teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991), en condiciones de estrés estas estrategias reducen la disponibilidad de los recursos cognitivos para el control atencional dificultando así la transformación y el cambio de creencias (Wells, 2007). Por ello, los tratamientos en depresión propuestos desde este modelo se focalizan en el control atencional, la rumiación, la preocupación, y el cambio de creencias metacognitivas con resultados positivos a corto y largo plazo (Papageorgiou & Wells, 2003; Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel, & Brewin; 2009).

El tratamiento para las metacogniciones maladaptativas propuesto por este modelo es el Entrenamiento en Atención (ATT; Wells 1990). Este entrenamiento se centra en el desarrollo de un control flexible sobre los procesos de atención y pensamiento y en la promoción del conocimiento metacognitivo. Posteriormente, para el tratamiento específico de depresión se introdujeron tres objetivos de trabajo adicionales; (1) identificación de rumiación y vigilancia de las amenazas; (2) cuestionamiento de las creencias metacognitivas negativas acerca de la falta de control y el sentido de los pensamientos depresivos y sentimientos; y (3) cuestionamiento de las creencias metacognitivas positivas acerca de la necesidad de rumiar y usar la hipervigilancia de las amenazas como un medio de afrontamiento. El objetivo es desarrollar nuevas respuestas hacia el contenido cognitivo negativo y emociones que no supongan la activación de CAS (síndrome de atención cognitiva) (Wells et al., 2009).

Esta terapia ha demostrado efectos positivos en el trastorno de ansiedad y depresión (Wells et al., 2009), trastorno de ansiedad generalizada (Wells 1995; Wells & King 2006), fobia social (Wells & Papageorgiou, 2001), trastorno obsesivo compulsivo (Myers, Fisher & Wells 2009) y trastorno de estrés post-traumático (Wells & Sembi, 2004).

Este modelo se ha centrado en los déficits metacognitivos de los trastornos emocionales relacionados principalmente con síntomas depresivos y ansiosos (Wells et al., 2009). Sin embargo el Modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS) está centrado únicamente en las características metacognitivas de aquellas personas con tendencia depresiva y propuso además una terapia centrada en esta dolencia (Teasdale, 1999b; Warren, Creswell & Ryan, 2015).

1. 3. 1. 3. 4. c. Modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos

El modelo de Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS) es una propuesta de Teasdale (1999a) y se realizó para estudiar la depresión y sus recaídas. El ICS señala que el desarrollo de síntomas depresivos está ligado al funcionamiento de

determinados estilos de procesamiento mental (metacogniciones) que se retroalimentan entre sí. La transformación de estos depende en gran medida de la capacidad de las personas para observarlos y transformarlos a un funcionamiento más adaptativo. Esta capacidad señalada por el ICS como insight metacognitivo es entrenada en este modelo a través de técnicas basadas en el entrenamiento de atención plena.

A continuación, se procede a explicar cómo entiende este modelo el procesamiento de las experiencias en un funcionamiento depresivo y cuáles son las características del insight necesario para cambiarlas.

El ICS considera que la mente emplea diferentes códigos mentales para poder representar una misma experiencia. Estos códigos se representan en diferentes sistemas y niveles. En el nivel más superficial están los códigos sensoriales (visual, acústico y propioceptivo), en el nivel intermedio está el lenguaje y en un nivel más profundo, está la construcción de los significados. Este último nivel se construye a través de dos códigos, el código Proposicional y el código Implicacional (Cebolla, 2007).

El código Proposicional se encarga del desarrollo de conceptos específicos y su relación con ellos. Sus contenidos pertenecen al conocimiento explícito y declarativo. Este conocimiento puede ser contrastado de forma objetiva mediante la comparativa o la recopilación de nueva información y no tiene relación con la producción emocional (Teasdale, 1999a). El segundo código, denominado código Implicacional, contiene los modelos de esquemas mentales. Estos esquemas representan temas, regularidades profundas, interrelaciones y características prototípicas extraídas de significados concretos y cualidades sensoriales que acontecen a lo largo de experiencias y que guardan significados comunes aunque superficialmente sean diferentes. Este conocimiento es implícito y no puede ser testado. Los significados del nivel Implicacional están relacionados con la intuición, con lo holístico y con los sentimientos del significado percibido. Este código guarda una relación directa con la emoción (Teasdale & Barnard, 1995).

Estos dos códigos se retroalimentan entre sí. Esta retroalimentación o intercambio de significados es un eje central en el procesamiento cognitivo de la

información. En este procesamiento acontecen la búsqueda de recuerdos, la planificación o la resolución de problemas jugando en definitiva un papel crucial en el desarrollo de trastornos emocionales (Teasdale, Segal & Williams, 1995).

La siguiente figura ilustra el procesamiento de la información en un engranaje depresivo. Este engranaje funciona a través de dos bucles: cognitivo y sensorial que una vez están conectados, se retroalimentan entre sí.

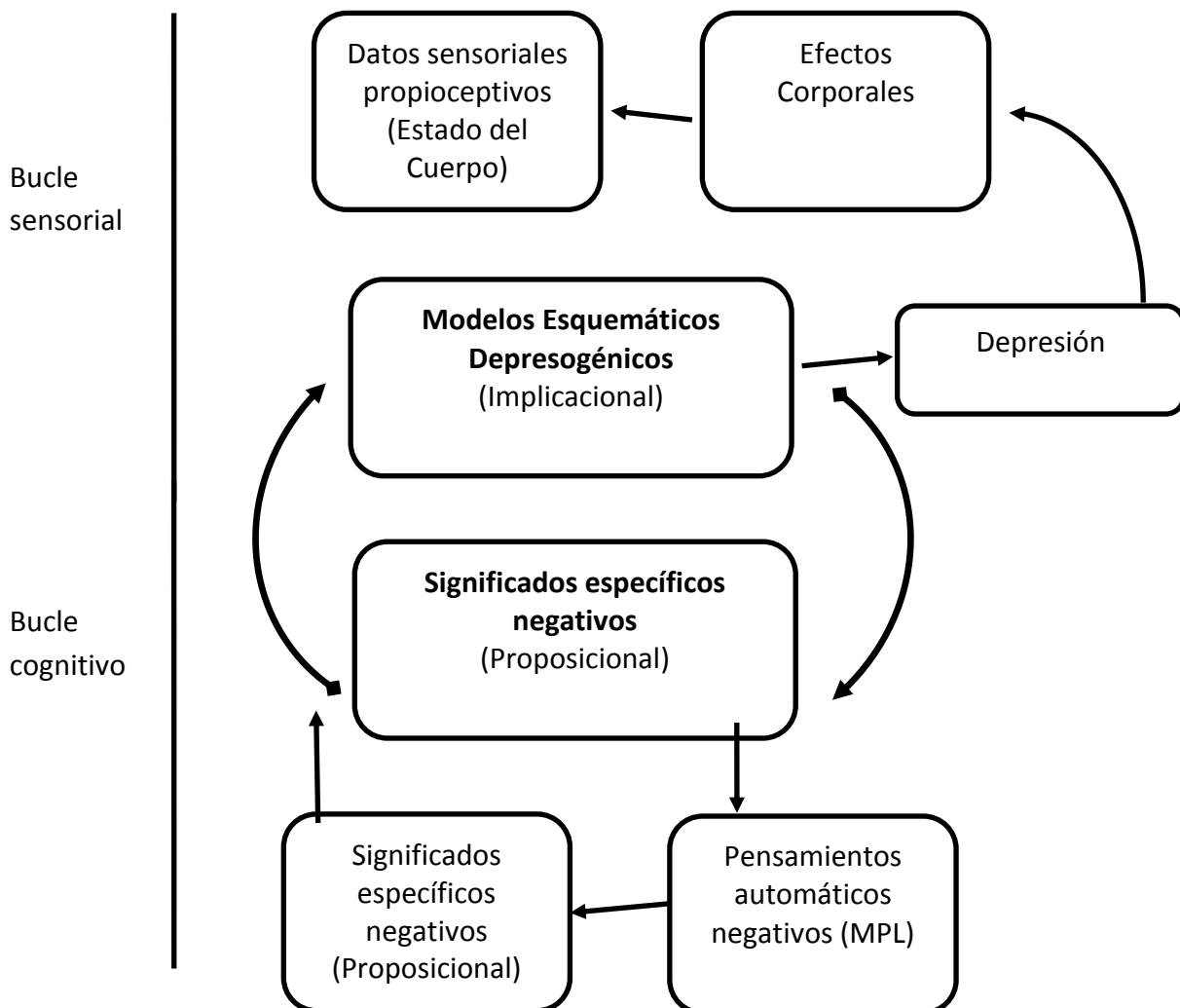


Figura 9. Funcionamiento del engranaje depresivo tomada de Teasdale, Segal y Williams (1995) en *How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help?* p. 29.

El bucle cognitivo es central en la configuración del engranaje depresivo. El procesamiento de la información con contenidos depresivos y negativos domina la interacción entre los subsistemas, Implicacionales y Proposicionales. La actuación de modelos esquemáticos depresógenos codifica la entrada de información en significados depresógenos perpetuando el ciclo depresivo (Cebolla, 2007).

Por ejemplo, una persona con un funcionamiento tendiente a la depresión se encuentra con que ha suspendido un examen. El código Implicacional a través de los modelos esquemáticos depresógenos generaría significados negativos específicos (Proposicionales) como atribuciones de inadecuación o no valía que regeneran los modelos esquemáticos depresógenos. Como señala Cebolla (2007) este funcionamiento es similar al procesamiento rumiativo.

Mientras, el bucle “sensorial” actúa a través de los efectos físicos que tiene la depresión en el cuerpo y alimenta el código Implicacional. Las sensaciones físicas relacionadas con la depresión conectan con recuerdos de otras experiencias y refuerzan su significado (Teasdale, 1999a; Watkins & Teasdale, 2001).

Según el ICS, la vulnerabilidad cognitiva a la depresión y a las recaídas en depresión estaría relacionada con la facilidad con la que el engranaje depresivo puede ser restablecido en momentos de ánimo disfórico. Es decir, ante un elemento que es codificado como depresivo (puede ser una sensación física, un pensamiento o una emoción), las atribuciones a la inadecuación personal o los esquemas mentales depresógenos profundos son activados iniciando el ciclo de retroalimentación depresiva (Teasdale et al., 1995).

Desde el código Proposicional, es decir desde lo intelectual, las personas ya saben que los pensamientos son hechos pasajeros y que tienen múltiples lecturas. Y aun así sufren por ellos. Por ejemplo, una persona puede saber que por haber suspendido un examen, no significa que no valga para esa asignatura, pero aun así algunas personas pueden quedarse atrapadas en ese pensamiento sin ser capaces de tener otra perspectiva del significado de su experiencia.

El ICS señala que la Terapia Cognitiva no solo es efectiva por la sustitución de actitudes disfuncionales, es decir por su trabajo en lo Proposicional, sino que también

actúa de manera indirecta sobre los patrones de pensamiento (metacogniciones), haciendo que el/la paciente aprenda a relatar de una forma diferente, más funcional los síntomas depresivos. Es decir, a través de la identificación de los significados que las personas dan a sus experiencias y su confrontación con la realidad, la TC amplía la posibilidad de resignificar esas experiencias de una manera diferente. En el siguiente ejemplo se aplica la resignificación de la experiencia de suspender un examen. Una persona puede considerar que el haber suspendido representa su inadecuación e ineficiencia como persona total. Esta interpretación tiene altas probabilidades de activar el bucle depresivo. Si esta persona es entrenada en la resignificación de esta experiencia este bucle puede ser alterado. Es decir, si el hecho de suspender se reinterpreta como un hecho aislado que no define su identidad global o como una muestra de que esa persona no estaba preparada para ese esfuerzo académico, el bucle de rumiación y depresión no será activado. Repetido de manera frecuente, esto crea una serie de representaciones en la memoria que codifican nuevas relaciones con las experiencias depresivas (Teasdale, 1997; Teasdale, Segal & Williams, 1995; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000; Watkins & Teasdale, 2001; 2004). Así siguiendo con el ejemplo anterior, cada vez que la persona suspenda o se encuentre con una experiencia de frustración o fallo, no la considerará como una representación de inadecuación sino que podrá interpretar estas experiencias con otros significados.

Por ello, el cambio se ha de producir a nivel Implicacional, en los esquemas profundos depresógenos. La propuesta del ICS es centrarse principalmente en el cambio de la relación que establece el sujeto con el contenido negativo. Este cambio supone transformar los estilos de procesamiento que activan los engranajes depresógenos hacia fuentes no depresógenas (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo) y confeccionar así, nuevas memorias Implicacionales (Teasdale et al., 1995).

Para ello, más allá de establecer técnicas de distracción hacia contenidos cognitivos depresógenos el ICS entrena a las personas para entender las emociones y

los pensamientos depresógenos de una manera no definitiva y flexible. Esta nueva forma de relación con los contenidos mentales es denominada por Teasdale (1999) como insight metacognitivo.

El insight metacognitivo se refiere a la experimentación de los pensamientos, y las experiencias corporales y emocionales como algo atemporal. Un ejemplo de intervención sería la transformación del siguiente bucle; “pienso que no valgo para nada y como pienso esto, soy débil y no tengo fuerza”. Lo primero es no poner censura al pensamiento (lo cual reduce las estrategias de distracción) y observar ese pensamiento. Cómo se presenta en el cuerpo, qué pensamientos le acompañan o qué sensaciones produce. El objetivo de trabajo es adquirir un significado más completo que el pensamiento que aparece en forma de rumiación o de metacognición desadaptativa.

Un concepto al que se le ha dado especial importancia en el desarrollo de este insight es el descentramiento (Bieling, et al., 2012; Hargus, Crane, Barnhofer & Williams, 2010). Safran y Segal (1990) definen el descentramiento como “la habilidad para observar los pensamientos de uno mismo como eventos temporales y objetivos en la mente en oposición a reflexiones del self que necesariamente son verdaderas” (Fresco et al., 2007, pp. 237). El descentramiento significa dar un paso atrás para poder observar los pensamientos y emociones desde una perspectiva más amplia reduciendo así la tendencia a reaccionar impulsivamente (Getch, Kessel, Forkmann, Gaugel, Dueke, Scherern & Mainz, 2014).

Una persona con la habilidad de descentramiento definiría su estado como “estoy triste” y no “soy triste”. Este proceso de cosificación de los contenidos mentales, permite al sujeto tener en cuenta otras perspectivas, reconocer la subjetividad del pensamiento de uno mismo y no identificarse con él.

El proceso de descentramiento, otorga un papel activo a las personas en su proceso de construcción de la realidad. Al reconocer la subjetividad y volubilidad de los contenidos mentales, las personas se pueden hacerse cargo de cómo los están viviendo y qué están entendiendo de ellos (Safran & Segal, 1994).

Sin embargo, como se ha señalado, las personas pueden entender racionalmente que los pensamientos no definen a uno mismo en su totalidad, que son atemporales y que tiene múltiples lecturas y aun así seguir sufriendo por ellos. La clave del cambio reside en lo experiencial y una de las maneras de entrenar el insight o el descentramiento es a través de técnicas atencionales.

Con estos objetivos Teasdale y su equipo (2003) desarrollaron la terapia basada en Atención Plena. Esta terapia interviene en el desarrollo de las habilidades atencionales y creencias metacognitivas adaptativas mediante técnicas de meditación. El precursor de la adaptación de las técnicas de meditación fue Kabat-Zinn (1990) e inspiró el desarrollo de diversas terapias con esta herramienta de intervención.

El concepto de atención plena ha supuesto una revolución en las terapias metacognitivas. La intervención en mindfulness ha sido aplicada a contextos y dolencias muy diversas. Sin embargo, ha sido en el tratamiento del estado depresivo donde mayor volumen de investigaciones ha generado alcanzando en 2010 alrededor de 1.450 referencias bibliográficas sobre el tema (Miró et al., 2011). En Junio de 2015, la búsqueda de los conceptos de mindfulness y síntomas depresivos arrojó 35.800 resultados.

A lo largo de esta revisión sobre la vulnerabilidad a la depresión se ha señalado la importancia de diferentes aspectos del psiquismo en la vulnerabilidad, desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. Desde el enfoque teórico de Sidney Blatt (1976, 1979) se ha señalado el papel de las dimensiones de personalidad, anaclítica e introyectiva en el desarrollo de dos tipos de depresión distintos. Estos dos tipos de depresión se caracterizan por presentar dos funcionamientos característicos; uno centrado en la búsqueda constante de apoyo en el otro y con ideación de abandono y pérdida de amor (anacítico) y un segundo tipo centrado en el apoyo sobre uno mismo con rechazo de la intimidad y cercanía con los demás cuyos intereses se centran en el éxito y en el reconocimiento (introyectiva).

Desde otro paradigma pero también prestando especial atención a la importancia de las ideas sobre uno mismo y sobre el mundo, el modelo cognitivo explica a través de determinadas cogniciones negativas (esquemas, tríada cognitiva y errores de pensamiento) el perfil de las personas con vulnerabilidad a la depresión. La tríada cognitiva se expresa a través de creencias o pensamientos negativos sobre uno mismo, la experiencia y el futuro. Por su parte, los errores de procesamiento de la información Errores en el Procesamiento de la Información consistirían en distorsiones cognitivas como Pensamiento de todo o nada, Catastrofismo, Descartar lo positivo, Razonamiento emocional, Etiquetación, Magnificación/minimización, Filtro mental o abstracción selectiva, Lectura de pensamiento, Sobregeneralización, Personalización, Debería y Visión en túnel (Beck, 1995).

Posteriormente, el modelo metacognitivo ha enfatizado la importancia de los estilos de pensamiento a la hora de desarrollar y mantener determinadas psicopatologías, con especial hincapié en síntomas depresivos (Korn, Korn & Schweiger, 2014; Lysaker et al., 2014; Roelofs, Papageorgiou, Gerber, Huibers, Peeters & Arntz; 2007; Yilmaz, Gençöz & Wells, 2015). Este modelo se ha centrado en el tipo de relación que se establece con los pensamientos y cuánto de consciente es uno mismo de sus propios pensamientos. Considera crucial el papel de los aspectos sensoriales y no verbales en la intervención (Hayes, 2004; Teasdale, 1999a; Matthews & Wells, 2000) y señala que las personas pueden ser conscientes racionalmente de que sus pensamientos no son la realidad y aun así funcionar con la creencia opuesta. Por ello, este modelo propone intervenir a través de la experimentación de sus creencias y la transformación de las mismas a través de técnicas como el mindfulness. Estas creencias son los pensamientos que se tienen sobre lo que se piensa. Por ejemplo, "mis pensamientos son la realidad", "mis pensamientos son indomables y me doman a mí".

El entrenamiento en mindfulness o atención plena es una de las intervenciones más efectivas en el desarrollo de metacogniciones adaptativas (Scherer-Dickson, 2004; Wells, 2011). Esta intervención ha demostrado que se pueden generar cambios sustanciales en el tipo de metacogniciones de las personas sin cambiar los contenidos

cognitivos que presentan y reducir así su vulnerabilidad a la depresión y sus síntomas depresivos (Bieling et al., 2012; Hayes & Feldman, 2004; Miró et al., 2011; Paul, Stanton, Greeson, Smoski & Wang, 2013; Piet, Würtzen & Zachariae, 2012; Strauss, Cavanagh, Oliver, Pettman, 2014). Por ello, se ha considerado necesario realizar una revisión al concepto de mindfulness, sus efectos terapéuticos y las principales terapias que lo trabajan.

Otro aspecto a señalar tras esta revisión es el acuerdo común entre los diferentes modelos teóricos de los efectos del tipo de experiencias tempranas en el desarrollo de las características psíquicas (personalidad, cogniciones y metacognición) relacionadas con la vulnerabilidad y el desarrollo de síntomas depresivos (Blatt, 1976; Beck, 1995, Teasdale, 1999b; Young, 1994). Por esto, en un tercer capítulo se procederá a profundizar en las particularidades de las experiencias tempranas desde la teoría del apego.

CAPÍTULO 2.

MINDFULNESS

CAPÍTULO 2. MINDFULNESS

En este capítulo, se procederá a explicar con profundidad en un primer lugar, la definición operativa de atención plena y el debate existente respecto a su entendimiento como rasgo o estado. A continuación, se analizarán los mecanismos metacognitivos que subyacen a su funcionamiento. En tercer lugar, se presentarán las principales terapias relacionadas con la intervención en atención plena con especial hincapié en la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena. Y en último lugar, se desarrollarán los efectos que tiene su entrenamiento con especial relación a los aspectos relacionados con el desarrollo y mantenimiento de síntomas depresivos.

Antes de comenzar, se considera necesario introducir de nuevo la figura del iceberg con el fin de clarificar cuál es la posición del mindfulness en la división de niveles de procesamiento psíquicos establecidos a través de la figura del iceberg.

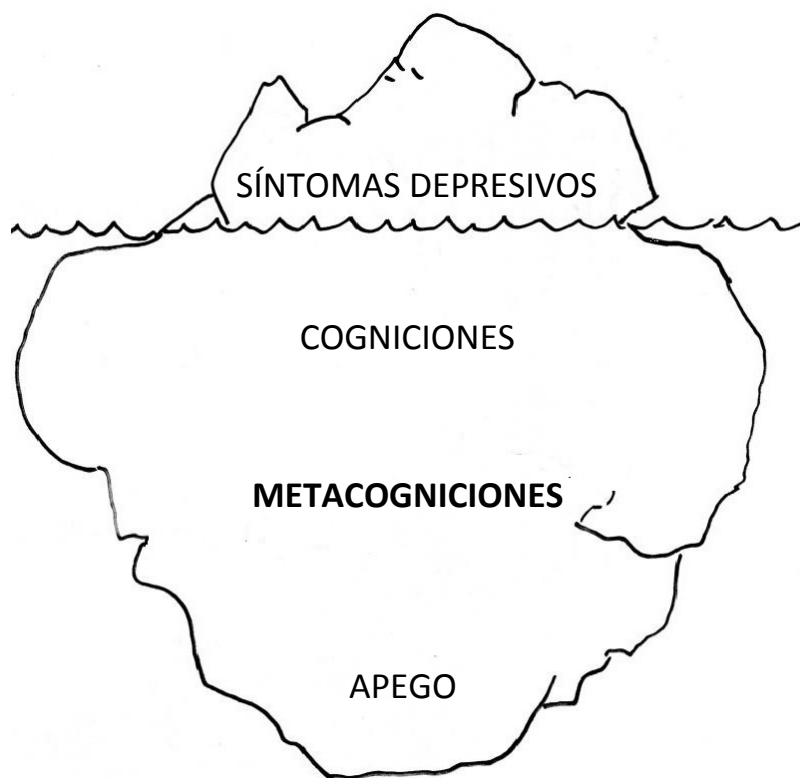


Figura 10. Mindfulness en la figura del iceberg.

En esta imagen del iceberg, continúa teniendo especial protagonismo la palabra metacognición. Como se ha señalado en el capítulo anterior, el mindfulness o la atención plena es una técnica o estado relacionada con la presencia de un insight que permite a las personas ser conscientes de sus procesos mentales. Este insight funciona a nivel metacognitivo por lo que en la figura se señala que se continúa la introducción teórica en ese nivel de procesamiento mental.

El Mindfulness, atención plena o conciencia plena es un estado de conciencia producto de la práctica de técnicas de meditación adaptadas de oriente (Baer, 2003). La psicología ha mostrado interés por el uso psicoterapéutico de las técnicas de meditación desde hace años. Los primeros intentos de introducir estas técnicas datan de los años 60 de la mano de autores como Eric Fromm, Alan Watts, o Robert Assagioli. Sin embargo, no es hasta la década de los 90 cuando la comunidad científica comienza a mostrar un interés por la posible utilidad de este concepto. Este interés se produce a través de la adaptación de las técnicas de meditación para el desarrollo y entrenamiento de la conciencia plena (Pérez & Botella, 2006). Desde la intervención en la Atención Plena se ha demostrado que su entrenamiento favorece la regulación emocional, reduciendo la rumiación y mejorando las estrategias de afrontamiento (Hill & Updegraff, 2012), aumenta la capacidad de exposición (Sahdra et al., 2011), clarifica la percepción de las sensaciones corporales (Teasdale et al., 1995; Segal, Teasdale & Williams, 2002), y aporta una mayor sensación de bienestar (Baer, 2003). Los cambios promovidos en la intervención con Atención Plena han sido especialmente estudiados en síntomas depresivos y trastorno de personalidad límite (Cebolla, 2007).

2. 1. Definición

La palabra mindfulness tiene su origen en la palabra “Sati” del idioma pali, antigua tradición sufi encontrada en diversos textos budistas. Sati significa atención, memoria y alerta. Atención sobre algo (respiración, objeto, etc.), memoria sobre la intencionalidad de la acción y estado de alerta del momento presente (Germer, 2005). La traducción al castellano de la palabra mindfulness es Atención Plena o conciencia plena (Pérez & Botella, 2006). La definición de atención plena más utilizada en la literatura científica es la realizada por Kabat-Zinn (1990), quien la define como la capacidad para llevar la propia atención a las experiencias pertenecientes al momento presente, con aceptación y sin juicio. Bishop y su equipo (2004) la definen como una forma de atención no elaborativa y no juiciosa, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es. Germer (2005) lo define como algo no conceptual, centrado en el presente, no juicioso, intencional, con observación participante, no verbal, exploratorio y liberador. En la misma línea Simón (2007) señala el mindfulness como una conciencia que aporta serenidad y que a su vez favorece la comprensión de la realidad.

El interés científico por este constructo, debido en gran medida a la popularidad del programa Reducción de Estrés Basado en la Conciencia Plena (MBSR), hizo que se plantease la necesidad de desarrollar una definición operativa consensuada del término de atención plena (Bishop, 2002). Posteriormente, se desarrollaron varias propuestas las cuales coinciden parcialmente (Pérez & Botella, 2006). Brown y su equipo (2003, 2004, 2007) fueron de los primeros en definir dos aspectos de la conciencia plena, la atención y la percepción o el darse cuenta. "Darse cuenta" es denominado en inglés como "awareness". Se refiere a una conciencia de lo que está ocurriendo tanto dentro de uno mismo (preocupaciones, tensión, ansiedad, etc.) como lo que ocurre fuera (posibilidades de cambio, mayores demandas, etc.). Otra de las propuestas fue desarrollada por el equipo de Bishop (2004). En su propuesta de definición operativa señala dos aspectos clave de la Atención Plena, 1) la regulación de la atención y 2) una orientación particular de esta actitud que consiste

en una actitud de aceptación hacia las emociones y los pensamientos. Además de las diferencias que se pueden apreciar en estas definiciones, estas dos propuestas parten de dos puntos distintos en el entendimiento de la conciencia plena. Estas dos diferencias radican en el entendimiento de la atención plena como estado o rasgo.

El modelo de Bishop (2004) se enfoca más en el entendimiento de la Atención Plena como un estado, un modo o un proceso psicológico. En su definición, se refieren a la Atención Plena o al mindfulness como un modo o una manera de vivir las experiencias que se puede entrenar tan sólo a través de las técnicas de meditación.

Otro autor que concibe la atención plena como un estado es Teasdale (1999). Este autor desarrolló tres estados diferentes en función del nivel de mindfulness experimentado, *mindless emoting*, *conceptualizing doing* y *mindful-experiencing being*.

El *mindless emoting* se refiere a una relación con los contenidos mentales reactiva, orientada a las sensaciones y no centrada en el significado esquemático de los mismos. Este estilo de pensamiento se caracterizaría por un estilo rígido con tendencia a presentar sintomatología rumiativa, repetitiva y de contenido negativo respecto a uno mismo. El estilo de funcionamiento siguiente, *conceptualizing doing*, estaría caracterizado por un pensamiento analítico y conceptual. Por último, Teasdale (1999) señala que está el *mindful-experiencing being* en el cual el individuo tiene atención plena respecto al contenido de su pensamiento, sus significados y las sensaciones que le reporta y es muy similar al insight metacognitivo.

Por su parte, Brown y Ryan (2003) señalan que la Atención Plena es una disposición natural de las personas cuya presencia puede variar en función de factores que favorezcan su presencia o disminución. Estos autores señalan que la práctica de la meditación puede favorecer el desarrollo de esta consciencia pero también reconocen la presencia de la atención plena en personas no practicantes. Este equipo concibe por lo tanto, la Atención Plena como un rasgo y como un estado. El paradigma de la Atención Plena como rasgo plantea la posibilidad de que una disposición para la atención plena pueda emerger como factor amortiguador en el desarrollo de diferentes patologías. Algunos estudios ya han demostrado su efecto amortiguador en

la predisposición para la depresión (Barnhofer, Duggan & Griffith, 2011), dificultades de regulación emocional (Goodall, Trejnowska & Darling, 2012; Pepping, Davis & O'Donovan, 2013), abuso de sustancias (Bowen & Enkema, 2014; Shorey, Gawrysiak, Anderson & Stuart, 2015) o salud en general (Seear & Vella-Brodrick, 2013; Whitaker, Dearth-Wesley, Gooze, Becker, Gallagher & McEwen, 2014).

El hecho de que la atención plena pueda estar presente en las personas en forma de rasgo, plantea la cuestión de si la conciencia plena es exclusiva de la práctica de técnicas en meditación como plantea Bishop (2004) o si bien es posible entrenarla a través de otras actividades como puede ser una actitud meditadora en actividades del día a día como señalan Brown y Ryan (2003). Autores como Cardaciotto (2005) señalan que la asociación de la conciencia plena con la meditación es algo histórico y que esta asociación hace que la conciencia plena sea confundida como proceso psicológico y como técnica. Por ello, señalan la necesidad de ampliar esta visión reduccionista y restrictiva de la conciencia plena más allá de las técnicas meditativas. En base a esta distinción se pueden señalar aquellas terapias que emplean técnicas de meditación al uso y que serían las terapias basadas en técnicas de meditación formal frente al uso de aquellas que entrenan la conciencia plena en actividades del día a día y que serían denominadas como terapias basadas en el entrenamiento de técnicas de meditación informal. Sin embargo, esta distinción no es excluyente y existen intervenciones que utilizan ambas técnicas. En el apartado de terapias basadas en el entrenamiento de atención plena las cualidades de estos dos tipos de meditación serán explicadas con mayor profundidad.

En esta investigación, se considera a la Atención Plena como un constructo que puede ser estudiado como rasgo, reconociendo su aspecto disposicional (Brown & Ryan, 2003), y como estado (Bishop, 2004; Teasdale, 1999b), reconociendo su posibilidad de cambio en función de las circunstancias.

Otra manera de comprender el concepto de atención plena, ha sido a través de la descripción de sus componentes.

2. 1. 1. Componentes

Existen divergencias respecto a los componentes de la Atención Plena, sin embargo, hay componentes comunes a la mayoría de las definiciones. Según la profunda revisión de Pérez y Botella (2006) serían los siguientes: 1) Aquí y ahora, atención al momento presente, 2) Aceptación, no juzgar, 3) Actitud curiosa, mente de principiante, 4) Dejar pasar, el principio de impermanencia e 5) Intención. Estos elementos son interdependientes y es necesaria su presencia para el completo desarrollo de la conciencia plena.

Seguidamente, se procede a explicar los componentes mencionados con mayor profundidad.

2. 1. 1. 1. Aquí y ahora, atención al momento presente

En psicología, la atención en el momento presente es el primer paso en el reconocimiento de las experiencias que están pasando en la mente y en el cuerpo en ese mismo instante (Teasdale et al., 1995). El centrarse en el momento presente, permite ir más allá de las rumiaciones (pasado) y expectativas (futuro) y conocer la realidad interna y externa presente (Safran & Muran, 2005; Shapiro, Carlson & Astin, 2006). La importancia de trabajar en el presente ha sido reconocida por otros autores. Por ejemplo, Freud (1912/1963) con el método de asociación libre proponía observar los procesos mentales que ocupaban la consciencia en el momento presente o la terapia Gestalt con Perls (2009), dio gran importancia a la experimentación de las emociones en el aquí y ahora.

En el entrenamiento de la atención plena el primer paso para poner la atención en el presente se realiza a través de la experimentación de las actividades de la vida cotidiana con la mayor atención a sus cualidades. De esta manera, las personas pueden ir dándose cuenta de los pensamientos que generalmente ocupan su mente y de cómo se pueden alejar de lo que ocurre en su presente (Kabat-Zinn, 1991). Por ejemplo, una persona puede estar pensando en que pronto tendrá los exámenes finales. Este pensamiento puede estar ocupando su cabeza cuando está en una

celebración impidiendo atender las conversaciones con las personas de ese momento. Este ejemplo se utilizará a lo largo del resto de los componentes.

Uno de los componentes fundamentales con los que la observación se convierte en un aspecto favorecedor de un estado mindful es la aceptación. A continuación se describen las características de este aspecto.

2. 1.1. 2. Aceptación

Existen diferentes definiciones para el componente de aceptación. Hayes y su equipo (2011) lo definen como la experimentación de los eventos de forma plena y sin defensas, tal y como son. Por su parte, Shapiro (2006) lo equipara al uso de la compasión con uno mismo o con sus estados.

Como se señalaba en el capítulo de depresión con el experimento del oso blanco, una persona que se “prohíba” pensar lo triste que está tiene altas probabilidades de desarrollar síntomas depresivos y rumiaciones (Wegner et al., 1987). Mediante la aceptación se desmonta la prohibición de pensar o sentir determinados contenidos mentales y los estilos de afrontamiento habituales de evitación o rumiación con los que las personas se enfrentan a los aspectos displacenteros de la vida se transforman (Hayes, 1994). Tiene relación con el concepto de validación en terapia, muchos de los sentimientos o pensamientos que tienen los pacientes depresivos al llegar a consulta son juzgados por ellos mismos como algo malo retroalimentando el ciclo de autocrítica. Sin embargo, reconocer esos pensamientos como parte de la existencia humana frena el ciclo de juicio hacia el pensamiento y hacia uno mismo.

Como se señalaba al inicio de este apartado, es necesaria la interdependencia entre estos componentes para conformar un estado de atención plena. En el ejemplo anterior, la persona observaba sus preocupaciones presentes hacia los exámenes. Si esta apreciación no es aceptada y la niega puede tener un efecto rebote que genere pensamientos rumiativos (Cebolla, 2007). En población meditadora la observación del presente actúa de forma combinada con los otros componentes de la atención plena, como son la aceptación o el no juicio favoreciendo así un estilo de afrontamiento más

adaptativo. Sin embargo, las personas que no aplican la aceptación a la observación pueden sentir un aumento de malestar ya que pueden estar generando estrategias de rumiación o evitación (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006).

Para poder observar el presente y aceptarlo, es necesario tener una actitud determinada. Esta actitud es el tercer componente que se describe a continuación, una Actitud Curiosa.

2. 1. 1. 3. Actitud curiosa

La actitud curiosa en atención plena remite a la capacidad de experimentar las emociones o los pensamientos como algo novedoso. Para ello, es necesario, estar atento/a de los referentes que puedan aparecer de otras experiencias. A la hora de entrenar este modo, se utiliza la analogía de tener la actitud de un niño o una niña descubriendo el mundo. Un niño descubre el mundo desde el desconocimiento y no cuenta con experiencias anteriores con las que relacionar la experiencia actual. Así, la persona en actitud curiosa no deja que los significados respecto a pensamientos o emociones del pasado construyan o sesguen sus experiencias del presente. De esta manera, se favorece así la observación de las experiencias como si fuera la primera vez (Safran & Muran, 2005; Shapiro, Carlson & Astin 2006).

Muchas de las experiencias del día a día son evitadas o negadas porque “recuerdan” o están relacionadas con alguna experiencia desagradable anterior. Esto se debe a que las personas tienden a utilizar patrones de generalización para poder entender sus experiencias. Sin embargo, un uso rígido de este patrón de pensamiento puede reducir la posibilidad de experimentar nuevos significados en experiencias que a pesar de tener cierta similitud con otras del pasado no significan lo mismo. El patrón de generalización del pensamiento, es muy característico del estilo de pensamiento de las personas depresivas (Beck, 1995; Hayes, 2004).

Por ejemplo, una persona con atención plena que acaba de ser despedida puede relacionar este estado con una pérdida de trabajo anterior. Sin embargo, a través de una actitud curiosa, entenderá la situación como algo nuevo y que no ha

vivenciado con anterioridad. De esta manera, no construiría su historia y su identidad como "siempre me despiden" reduciendo así la atribución estable de fracaso (Abramson et al., 1989).

En esta línea se desarrolla el cuarto componente. La actitud curiosa que reconoce lo novedoso de las experiencias está relacionada con la idea de la impermanencia de las mismas. Si las experiencias no se repiten y siempre son distintas, las emociones y pensamientos que generan también. Esta creencia metacognitiva de que los estados mentales son pasajeros es la que sostiene este cuarto componente, la desidentificación.

2. 1. 1. 4. Desidentificación

A través del componente de desidentificación, las personas comprenden que los pensamientos, sentimientos y emociones, son aspectos pasajeros de la vida que no definen la identidad del individuo, de su self. A través de la no identificación con los contenidos mentales, las personas pueden dejarlos pasar y no quedarse atrapados en ellos (Kabat-Zinn, 1990; Penberthy, 2013). Pensar que uno está triste, no significa que uno sea triste, o tener un pensamiento de envidia no significa que uno sea envidioso. Con la técnica del mindfulness se desarrolla la observación y con ello un Yo Observador de emociones, sentimientos y pensamientos sin llegar a definirse con ellos y así poder mirarlos desde la distancia. Este componente parece referirse muy directamente a la capacidad de descentramiento señalada en la teoría de Teasdale (1999b).

A través de estos componentes, se puede apreciar que hay tendencias en las personas a funcionar de manera opuesta a un estado mindful, como pueden ser las preocupaciones del día a día, la tendencia a generalizar a través de experiencias anteriores, etc. Por ello, el último componente es la intencionalidad, es esfuerzo consciente de transformar el funcionamiento habitual para entrar en un estado de atención plena.

2. 1. 1. 5. Intencionalidad

La práctica del mindfulness reconoce la persecución de un objetivo y la motivación que lleva a su práctica. Si bien la práctica en el entrenamiento de la Atención Plena implica dejar pasar los contenidos mentales, esto requiere de una actitud concreta, de un esfuerzo atencional, de autoexploración y de autorregulación para ello (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro et al., 2006).

En la siguiente tabla, se describen una serie de ejemplos de sentencias con las que muchas personas se mueven en el mundo. En la segunda columna están los pilares de la actitud mindfulness, a través de esta actitud estas sentencias pueden ser vividas de una manera muy diferente.

Tabla 6. Valores del mindfulness señalados por Cebolla (2007).

Sentencias	Valores Mindfulness	Actitud Mindfulness
Ayer me salió mal.	Aquí y Ahora.	Hoy no tiene por qué estar marcado únicamente por ayer.
Sé cómo es y no puede cambiar.	Actitud Curiosa.	Desconozco cómo es ahora.
Siempre me ha salido mal.	Impermanencia.	Yo soy diferente que ayer y la situación también.
Pensar así es de locos.	No Juicio.	Los pensamientos son parte de la vida y hay muchos y desagradables pero no por ello prohibidos.
Soy lo que pienso.	Desidentificación.	Soy lo que pienso hoy, ayer y mucho más que eso.

A través de una visión mindfulness, las personas pueden observar los filtros que componen su visión de la realidad. La experiencia mindfulness permite observar 1) la

realidad externa y a las otras personas que la componen, 2) los modelos mentales que remiten a experiencias pasadas y 3) representaciones del mundo a través de las cuales se filtran las experiencias. Por ejemplo, una persona en posición mindfulness reconoce la subjetividad del otro (1), observa el efecto de las experiencias pasadas apoyándose en el presente (2) y reconoce la subjetividad de uno mismo (3) a la hora de extraer el significado de las experiencias (Wallin, 2015).

Esta posición reflexiva remite a procesos metacognitivos y de mentalización. La atención plena guarda una estrecha relación con la metacognición (Cebolla, 2007; Getch et al., 2014) e inevitablemente se ha confundido en ocasiones con el constructo de mentalización (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Por ello a continuación se procede a explicar la relación de la atención plena con la mentalización.

2. 1. 2. Solapamiento con mentalización y metacognición

En el apartado de depresión se ha descrito la metacognición como la capacidad para observar los contenidos mentales como eventos pasajeros (Flavell, 1976). Este concepto se ha relacionado con la mentalización, la cual como se ha señalado en el capítulo de cogniciones, se define como la capacidad leer nuestras conductas y las de los demás (Fonagy et al., 1993). A su vez, la atención plena ha sido definida como la capacidad de observar los contenidos mentales del presente sin juzgarlos (Kabat-Zinn, 1991) y ha sido entendida como una capacidad metacognitiva.

El aspecto común de la observación con consciencia a los contenidos mentales es compartido por estos tres conceptos por lo que su confusión es habitual.

Una de las posibles explicaciones para la confusión entre la atención plena y la mentalización puede subyacer en que ambas capacidades favorecen la integración de los aspectos cognitivos y afectivos pertenecientes a la experiencia interna enfatizando la capacidad para observar y participar en la experiencia interna. Asimismo, ambos conceptos reducen la reactividad y la impulsividad como efecto del desarrollo de la observación de los estados mentales (Falkenström et al., 2014). Autores como Fonagy han afirmado que la mentalización sería directamente mejorada gracias a la práctica

de meditación (Allen et al., 2008). Sin embargo también presentan sus diferencias. En la práctica de mindfulness, el estado de observación se realiza a través de las propias experiencias internas (cómo vivo mis pensamientos, emociones, sensaciones) y a través de objetos inanimados (qué me genera un objeto determinado). Mientras en la mentalización, se observa la experiencia con el otro de forma directa. El trabajo en mentalización se centra directamente en la experiencia de uno mismo también se vivencia con la relación con objetos inanimados lo cual no ocurre en la mentalización.

En segundo lugar, la técnica de mindfulness se centra en el momento presente mientras que la mentalización abarca, pasado, presente y futuro. Y, por último, la tercera diferencia sería que el mindfulness se centra en la aceptación de la experiencia interna mientras que la capacidad de mentalización enfatiza la construcción de la representación y del significado relacionado con las experiencias internas (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

En la siguiente figura se muestra la relación conceptual entre el mindfulness y la mentalización.

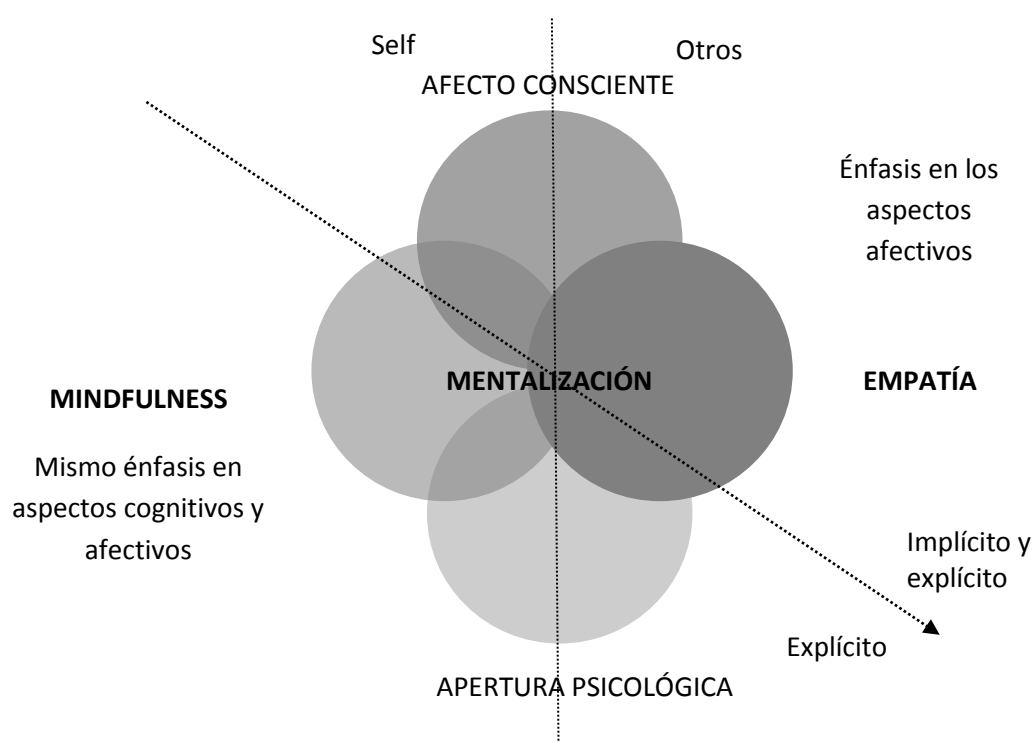


Figura 11. Solapamiento entre mentalización y atención plena extraído de Choi-Kain y Gunderson, (2008), p. 4,.

Por su parte, la confusión entre atención plena y metacognición además de responder a la similitud de su definición puede obedecer a los mecanismos que subyacen a este estado especial de consciencia.

La atención plena se puede entender como una creencia metacognitiva adaptativa acerca de la impermanencia de los contenidos mentales y la no asunción de su capacidad definitoria en las personas. Teasdale (1999b) ya la señalaba como una especie de insight cognitivo a través del cual se adquiriría consciencia respecto a los procesos mentales.

Una de las formas de entender las diferencias y similitudes de atención plena con el insight metacognitivo o descentramiento es analizando los procesos que subyacen a este estado.

A continuación, se describen los procesos metacognitivos de regulación atencional y descentramiento que según la literatura actual (Bieling et al., 2012; Spada, Georgiou & Wells, 2010; Soler et al., 2014) conforman el estado de conciencia plena.

2. 2. Procesos metacognitivos vinculados a la atención plena

En primer lugar, se explicarán las cualidades de la atención en la atención plena y en segundo lugar el proceso metacognitivo de descentramiento.

2. 2. 1. Regulación atencional

Una persona en estado mindful es capaz de llevar la atención a los pensamientos y sentimientos que ocupan la mente en ese momento obsérvalos y dejarlos pasar sin quedarse atrapado en ellos (Segal et al., 2002).

En estos dos movimientos de observación y dejarlos pasar, se juegan dos tipos diferentes de atención, una atención sostenida y una atención flexible (Bishop, 2004).

La atención sostenida se refiere a la capacidad del individuo para permanecer prestando atención a un mismo objeto durante un período de tiempo largo (Bishop, 2004; Hayes & Feldman, 2004).

Por ejemplo, en un momento de estrés, una persona puede prestar atención con detenimiento a cuáles son sus emociones, pensamientos y sensaciones corporales. Esta persona puede observar el estado de ansiedad, los posibles pensamientos de catastrofismo o de incapacidad que aparezcan y la tensión muscular coherente con ese momento.

Una persona con capacidad de atención plena maneja de forma simultánea tanto la atención sostenida como la atención flexible (Bishop, 2004; Hayes & Feldman, 2004).

Por ejemplo, una persona en estado mindful, es capaz de orientar su atención hacia los pensamientos o preocupaciones que ocupan su mente y reorientar su atención hacia la actividad que está realizando en el presente. A través de la atención sostenida puede "chequear" su estado emocional es decir, ponerle palabras y sensaciones corporales. A su vez, mediante la atención flexible puede trasladar su atención a la actividad del presente de nuevo, no quedándose atrapado en esos pensamientos.

Para poder regular esta atención, es necesaria la presencia de determinados modos de entender los contenidos mentales o las experiencias que se están observando. Por ejemplo, una persona que considere que los contenidos mentales son estables y definitorios de uno mismo, tendrá grandes dificultades para manejar su atención hacia su actividad presente.

Estos modos de entender los contenidos mentales, se condensan en el proceso de descentramiento que se describe seguidamente.

2. 2. 2. El descentramiento

El descentramiento es el segundo proceso metapsicológico que subyace al funcionamiento mindful (Bieling, et al., 2012; Getch et al., 2014; Hargus et al., 2010) y del que carecen los otros dos estados mencionados en el apartado de definición de atención plena, mindless emoting y conceptualizaing doing (Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007; Teasdale, 1999a).

Como se ha señalado en el apartado de depresión, el descentramiento es la capacidad de reconocer la temporalidad y subjetividad de los contenidos mentales (Fresco et al., 2007). La propia definición de atención plena -capacidad para llevar la propia atención a las experiencias pertenecientes al momento presente, con aceptación y sin juicio (Kabat-Zinn, 1991) señala múltiples similitudes con el descentramiento.

A su vez, en la literatura de la atención plena, se manejan conceptos similares al descentramiento y también son señalados como procesos básicos de la atención plena.

Deikman (1982) lo denomina como “desautomatización” y pone el peso en el proceso de deshacer los automatismos de los procesos que controlan la cognición y la percepción. Bohart (1983) lo define como una forma de “desapego” y en la que se dan toma de distancia, la adopción de una actitud fenomenológica y la expansión del espacio atencional. Hayes y su equipo (1999) lo denominan como “defusión cognitiva”. En su definición, destacan la importancia de concebir los contenidos mentales como algo contextual y no definitorio de la persona. Por último, el equipo de Shapiro utiliza los conceptos de “repercibir” o “poner en perspectiva” para referirse al descentramiento. Lo describe como la capacidad de las personas de posicionarse como testigos de sus contenidos mentales, la toma de perspectiva a través de la cual uno mismo no acaba imbuido por “el drama de la narrativa personal o la historia personal de cada uno” (Shapiro et al., 2006, p.377).

Estos dos procesos, regulación de la atención y descentramiento, parecen ser los principales mecanismos subyacentes al estado de atención plena (Bishop, 2004; Shapiro et al., 2006). Como se ha señalado en el apartado de metacognición, la intervención en estos dos procesos, (desarrollo atencional y capacidad de descentramiento) ha arrojado resultados positivos en el tratamiento de diferentes trastornos con resultados especialmente positivos en depresión (Dragan & Dragan, 2014; Getch et al., 2014; Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002; Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel & Brewin, 2009).

A continuación, se proceden a explicar las diferentes terapias que trabajan con el concepto de atención plena a través de distintas técnicas. En primer lugar se describirán cuáles son esas técnicas y, seguidamente, se procederán a explicar las técnicas agrupadas en función del tipo de intervención que manejan.

2. 3. Terapias psicológicas basadas en el entrenamiento de la Atención Plena

Como se ha señalado, la atención plena se entrena en la actualidad a través de técnicas de meditación. Debido a esto, las terapias que entrenan la capacidad de atención plena se pueden agrupar en terapias que utilizan técnicas de meditación informales y terapias que utilizan técnicas de meditación formales e informales (Miró, 2006).

La meditación formal sería aquella exclusiva de las técnicas de meditación y se caracterizaría por centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990). En una práctica formal de meditación, la persona observa qué está ocurriendo en su mente y en su cuerpo y se utiliza la respiración o un objeto como anclaje para no evadirse en las preocupaciones o ensoñaciones. La atención flexible permite que una vez la persona tome consciencia de lo que le está pasando, lleve de nuevo su atención a la respiración sin quedarse atrapada en lo que ocupa su mente o en sus sensaciones corporales.

La meditación informal, por su parte, se caracteriza por la utilización de esta atención pero en ejercicios puntuales o el entrenamiento de estos conceptos en psicoterapia (Pérez & Botella, 2006). Por ejemplo, aplicar la aceptación a las emociones del día a día es una forma de meditación informal. El entrenamiento en meditación informal está especialmente recomendado para pacientes graves a los que les resulta muy difícil mantenerse parados estableciendo contacto con sus pensamientos o emociones (Linehan, 1993)

El uso de un tipo de técnica u otra remite de nuevo al debate señalado en la conceptualización de atención plena en la que se señalaba que existen autores los cuales consideran que la atención plena solo puede desarrollarse a través de técnicas

de meditación (Bishop et al., 2004) frente a otros que señalan que la atención plena no es exclusiva de las técnicas de meditación (Safran & Muran, 2005).

Las terapias que se describen a continuación parecen considerar la atención plena no exclusiva a las técnicas de meditación ya que o bien combinan técnicas formales e informales de meditación - Programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) (Mindfulness Based Stress Reduction; Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (Segal, Teasdale & Williams, 2002) - o bien utilizan exclusivamente técnicas de meditación informal - Terapia Dialéctico-Conductual (DBT, Linehan, 1993), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes et al., 1999) y Terapia Breve Relacional (BRT; Safran & Muran, 2005).

A continuación se procede a describir brevemente las diferentes terapias que incorporan el concepto de atención plena en sus intervenciones psicoterapéuticas.

2. 3. 1. Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP)

El programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) es la primera intervención de atención plena reglada que se realizó y fue desarrollada por Jon Kabat-Zinn (1991).

Se trata de un programa de 8 sesiones de duración de una hora y media y de ocurrencia semanal. El programa se basa en el entrenamiento de la atención plena a través de técnicas de meditación Vipassana e incluye además sesiones suaves de yoga, exploración de las sensaciones del cuerpo (body-scan) y la asignación de tareas para casa (meditar diariamente 45 min. con el apoyo de cd's, entre otras).

El programa de mindfulness en reducción de estrés se centra en el entrenamiento de actitudes concretas para afrontar el estrés y el sufrimiento. En sus inicios, se comenzó aplicando este programa para la reducción de síntomas de estrés (Nyklíček, Mommersteeg, Van Beugen, Ramakers & Van Boxtel, 2013) y luego se extendió a enfermedades en las que el estrés era un agravante como enfermedades somáticas o síntomas depresivos (Ramel, Goldin, Carmona & Mcquaid, 2004).

El enfoque médico de este programa y la ausencia de una intervención psicológica específica inspiró al equipo de Teasdale (1995) a desarrollar una Terapia Cognitiva que utilizara la atención plena.

2. 3. 2. Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena

Esta terapia responde al modelo teórico del ICS de Teasdale (1999) explicado en el capítulo de depresión. Su objetivo de trabajo principal es favorecer el desarrollo de insight metacognitivo para detectar los procesamiento mentales relacionados con las recaídas en depresión y desarrollar nuevos modos de relación con los contenidos mentales (Teasdale et al., 2002).

Así, el equipo de Teasdale (1999) encontró que la intervención de Kabat-Zinn podría presentarse como alternativa de trabajo para el desarrollo de un insight metacognitivo. A través de la inclusión de los conceptos de la teoría de ICS al programa de REBAP se desarrolló la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (TCBCP).

La Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT-Mindfulness Based Cognitive Therapy) es un tratamiento de ocho semanas de duración desarrollado inicialmente para la prevención de recaídas en depresión (Teasdale et al., 1995). Es una combinación de la Terapia Cognitiva con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Kabat-Zinn MBSR (1990).

Las dinámicas de atención plena que utiliza esta terapia son la meditación estática, la atención a la vida cotidiana, meditación del caminar, estiramientos de yoga y un día de meditación o atención plena (Teasdale et al., 2002). A continuación se describen algunas de las técnicas más representativas de este programa (Ejercicio de la Uva pasa, Atención en la Respiración, Meditación sentado/a, Técnica de contemplación de las sensaciones o “body-scan” y Yoga).

El ejercicio de la uva pasa se caracteriza por la introducción a la meditación informal. Se utiliza en el principio de la terapia y con ella se intenta favorecer la aplicación de la atención plena al día a día. Se trata de comer una pasa reparando en la participación de los sentidos poco a poco y favoreciendo la intensidad de éstos

pretendiendo que se experimente como si fuera la primera vez. Este ejercicio se realiza a lo largo de la intervención con otros objetos y actividades cotidianas.

Por otro lado, la meditación formal se realiza a través de la meditación de la respiración, la meditación sentada y la meditación de caminar.

La meditación de la respiración y la meditación estática serían las meditaciones estáticas mientras que la meditación del caminar sería dinámica.

La meditación de la respiración se caracteriza por guiar la atención del practicante en el proceso de respiración a través del cuerpo desde la nariz hasta el abdomen. El objetivo no es cambiar la respiración, ni enlentecerla, ni profundizarla sino simplemente observar sus cualidades. Esta respiración se emplea como anclaje para permitir que los pensamientos vayan fluyendo y caracterizándose en sensaciones corporales. Es una meditación corta y se emplea al inicio de las sesiones.

Por su parte, la segunda meditación estática, es la meditación sentada. Es muy similar a la meditación de la respiración pero de mayor duración.

El segundo tipo de meditación, la meditación dinámica, se practica a través de la meditación del caminar. En esta meditación, las personas caminan prestando atención plena a su respiración y a los diversos sentidos que aporta cada paso. En esta meditación el anclaje para no perderse en los pensamientos es la respiración y las sensaciones corporales que aporta el caminar.

Otra técnica fundamental en la exploración corporal es el escáner corporal. Esta técnica se aplica, sobre todo, al inicio del programa y en ella las personas exploran su cuerpo por áreas reconociendo sensaciones corporales a las que habitualmente no se les presta atención y las tratan de relacionar con pensamientos o emociones. De nuevo, el anclaje en esta exploración es la meditación.

Por último, se emplean también ejercicios de yoga. Esta técnica se compone de la realización de ejercicios suaves de estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud. Estos ejercicios tratan de ayudar a reconocer lo automatizados que están los movimientos del día a día y las sensaciones que generan y que tienden a pasar desapercibidas (Cebolla, 2007).

En esta investigación se ha utilizado el programa desarrollado por la TCBCP (Segal et al., 2002) por ser un programa que ha mostrado ser efectivo en el tratamiento de síntomas depresivos y en la prevención en recaídas en depresión. Las características de este programa serán desarrolladas con mayor profundidad en el estudio 3 y el programa completo está en el anexo 7.

Tanto el REBAP como la TCBCP se basan en técnicas de meditación formales principalmente. Como se ha señalado, existen otras terapias que manejan el concepto de atención plena o aspectos que lo componen y que desarrollan su entrenamiento a través de técnicas de meditación informales.

Las principales terapias que aplican la meditación informal son Terapia Dialéctico-Conductual (DBT, Linehan, 1993), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes et al., 1999) y Terapia Breve Relacional (BRT; Safran & Muran, 2005).

2. 3. 3. Terapia Dialéctico-Conductual

La Terapia Dialéctico-Conductual TDC en castellano DBT en inglés es una terapia cognitivo-conductual que trabaja el desarrollo de habilidades interpersonales, de regulación emocional y de atención plena en personas diagnosticadas en Trastorno Límite de la Personalidad (González-Torres & Mirapeix, 2010; Linehan, 1993).

El principio central de su trabajo es la aceptación de las emociones que generan malestar. Esta terapia considera que hay personas que no pueden meditar de forma intensiva y aplica las habilidades de la Atención Plena de manera focalizada en actividades del día a día o en las emociones (Mosquera, 2004).

Otro aporte interesante de esta terapia es el modo en el que describe el funcionamiento mental. Identifica tres estados: la mente racional, la mente emocional y la mente sabia. La mente racional es el modo lógico, pensante y calculador. Por su parte, la mente emocional es la supremacía de la emoción sobre el pensamiento. Y la mente sabia; supone la integración de la mente emocional y la mente racional y sería el estado de Atención Plena a perseguir como objetivo. Estos estados guardan cierta

similitud con los modos de la mente descritos por Teasdale (1999) mindless emoting, conceptualizing doing y mindful-experiencing being.

La siguiente figura ilustra el funcionamiento mental entendido desde la TDC.

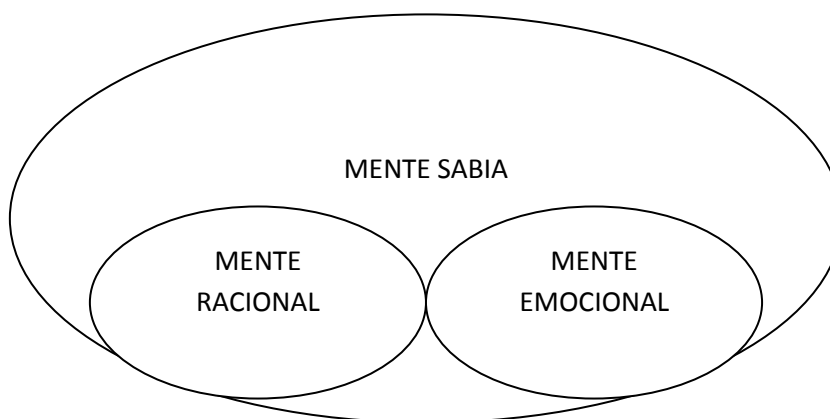


Figura 12. Confluencia de los tres tipos de mente según la DBT, extraída de Diamantes en bruto (Mosquera, 2004).

Los pacientes son instruidos en el reconocimiento del modo en el que están experimentando las emociones en el momento y la aceptación de las mismas. Esta terapia ha mostrado una elevada efectividad en la reducción de síntomas graves pertenecientes al TLP (Glenn & Klonsky, 2009; Huss & Baer, 2007; Linehan, 1993; 2003; Mosquera, 2004; Wupperman & Neumann, 2008) como reducción de comportamiento suicida (Hepburn, Crane, Barnhofer, Duggan, Fennell & Williams, 2009), comportamientos autolesivos (Klonsky, 2009) o abuso de sustancias-craving (Witkiewitz & Bowen, 2010).

Al igual que la TDC, la siguiente terapia emplea el principio de Aceptación de la Atención Plena como herramienta de trabajo principal en la terapia. Esta terapia es Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

2. 3. 4. Terapia de Aceptación y Compromiso

La ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011) considera que el ser humano tiene una tendencia natural a evitar pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados en pos de contextos más controlables.

Según la ACT, los contextos que generan dificultades demandan estrategias de control o racionalización que impiden la posibilidad de experimentar la vivencia como tal (Hofmann & Asmundson, 2008). Este estilo de afrontamiento genera en las personas evitación y desconexión de sus contenidos mentales (Hayes et al., 2011).

Por ello, el principio central de trabajo de la ACT es aplicar la aceptación a las experiencias. Esta aceptación es entendida como aceptar las experiencias tal y como vienen en el presente sin poner juicios o frenos a los contenidos que despierten (Hayes, 2002). A través de la aceptación se presta atención a los significados asociados a los contextos y a las representaciones mentales construidas a través de la historia del individuo y que han estado generando estrategias de evitación (Luciano & Sonsoles, 2007).

Como se señalaba en el apartado de los componentes de la Atención Plena, la ACT, considera fundamental el desarrollo de la defusión cognitiva. Esta capacidad permite experimentar las emociones como eventos pasajeros pertenecientes al contexto y no como aspectos crónicos y estables de uno mismo (Shapiro et al., 2006).

Por último, se describen las características principales de la Terapia Breve Relacional.

2. 3. 6. Terapia Breve Relacional

La Terapia Breve Relacional (TBR), es un enfoque psicodinámico que incorpora el entrenamiento en conciencia plena para los pacientes y los terapeutas (Pérez & Botella, 2006). La TBR no tiene un formato fijo ni una duración predeterminada sino que se define por una forma particular de abordar las sesiones individuales de psicoterapia.

Esta terapia desarrollada por Safran y Muran (2005) considera que la realidad está construida a partir de las representaciones que tienen las personas sobre el mundo. Estas representaciones contienen juicio y expectativas que se mantienen de forma constante y dificultan la comprensión total de uno mismo y del otro. Para la TBR, la atención plena supone ese insight que permite reconocer el sesgo a través del cual se vivencia el mundo y que supone el paso fundamental al cambio. Asimismo, señalan como fundamental el desarrollo de la aceptación para la integración de los contenidos mentales escindidos por ser considerados como amenazantes.

Con respecto a los terapeutas consideran fundamental el desarrollo de ese insight con el que reconocer los sesgos de uno mismo y poder tolerar tanto sus propias emociones como las del paciente (Safran & Muran, 2005).

A continuación, se resumen en la siguiente tabla algunas de las principales características de las terapias que trabajan la Atención Plena.

Tabla 7. Principales características de las terapias que trabajan la Atención Plena inspirada en el artículo de Pérez y Botella (2006).

Nombre	Tipo de meditación	Tipo de intervención	Focos de actuación	Duración	Efectos
<i>Terapia cognitiva basada en la conciencia plena</i> (MBCT-Mindfulness Based Cognitive Therapy, Segal, Williams & Teasdale, 2003)	Formal	Mismas dinámicas que en MSBR e intervención cognitiva para la depresión.	Aumento en habilidades metacognitivas.	8 sesiones semanales (1h y media de duración)	Aumenta la perspectiva. Aumenta el descentramiento. Aumenta la autoobservación.
<i>Reducción de Estrés Basado en la Conciencia Plena</i> (MSBR-Mindfulness Stress Based Reduction)	Formal	Autorregistros. Hatha yoga. Body Scann. Meditación respiración. Meditación sentada. Meditación caminar. Ejercicio de la pasa.	Manejo del estrés. Afrontamiento sufrimiento.	8 sesiones semanales (1h y media de duración)	Reduce el afecto negativo. Percepción más real. Mejora de estilos de afrontamiento. Aumenta vitalidad.
<i>Terapia Dialéctico-Conductual</i> (DBT, Linehan, 1993)	Informal	Análisis de los contenidos mentales desde la aceptación y el sentido de impermanencia.	Habilidades qué y habilidades cómo. Mente lógica, emocional y sabia.	Indefinida	Aumenta la tolerancia a la frustración. Aumenta la perspectiva. Mejora la regulación emocional.
<i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i> (Hayes et al., 2004)	Informal	Dialéctica. Análisis de los significados del contexto emocional. Exposición.	Defusión cognitiva, Aceptación, Exposición y Observación	Indefinida	Aumenta la tolerancia a la frustración. Reduce la evitación.

Las formas de intervención con Atención Plena son diversas y los beneficios que se producen también.

Existen diferentes perspectivas. Por ejemplo, Baer (2003) señala el aumento de la capacidad de exposición, autogestión, relajación y aceptación. Brown y su equipo (2007) destacan una mejora del insight, un aumento de la capacidad de exposición a estímulos, mayor desapego y una mejora de conexión cuerpo y mente. Shapiro (2009), por su parte, señala la clarificación de valores o el aumento de la flexibilidad cognitiva y comportamental. Hölzel y su equipo (2011), por ejemplo, señalan una mejora de la regulación atencional y emocional, un aumento de la conciencia corporal y desarrollo de una mayor perspectiva hacia el self.

Sin embargo, a pesar de esta diversidad inicial, los efectos de una intervención en atención plena pueden ser agrupados en tres niveles: nivel de metacognición (descentramiento), nivel de cognición (regulación emocional, clarificación de señales corporales y mentales) y nivel comportamental (aumento exposición, disminución de reactividad y relajación).

A continuación, se describen los efectos de la atención plena en función de estos tres niveles.

2.4. Efectos de la práctica de la atención plena

Tal y como se ha señalado, las cualidades de un estado de atención plena son similares a una buena capacidad metacognitiva (Getch et al., 2014; Teasdale, 1999b, Wells, 2002). De la misma manera, la intervención en atención plena parece acercar a las personas al desarrollo de metacogniciones más adaptativas.

El siguiente apartado describe los cambios producidos por una intervención en atención plena a nivel de metacogniciones.

2. 4. 1. Cambios metacognitivos

A nivel metacognitivo, el cambio fundamental que parece producirse tras una intervención en atención plena es el descentramiento. Como se ha señalado, el descentramiento es uno de los procesos principales que subyacen a un estado mindful

y encierra además de una determinada cualidad atencional, creencias que permiten a las personas relacionarse con sus emociones de una manera más adaptativa (Shapiro et al., 2006).

En el entrenamiento en atención plena, la persona aplica los principios de aceptación, no juicio y observación sobre las emociones reconociendo su temporalidad. El efecto de este entrenamiento se traduce en el estilo de relación que se establecen con los contenidos emocionales y en el cambio de creencias sobre los mismos (Fresco et al., 2007; Teasdale, 1999b).

El descentramiento permite observar los contenidos sin evitarlos o quedarse atrapado en ellos (Teasdale et al., 2002). Esta nueva relación aceptante con los contenidos mentales hace que se transformen de algo amenazante a algo que ocurre y que no amenaza la identidad de uno mismo (Hayes-Stelkon & Graham, 2013).

Por ejemplo, una persona vive los sentimientos de tristeza como algo amenazante y los evita a toda costa. Esta evitación, como se ha señalado en el capítulo de depresión, puede intensificar en ocasiones esos contenidos y empeorar el estado emocional de la persona (Teasdale et al., 1995). Sin embargo, si esta persona aplica la atención plena, este contenido mental no es una amenaza, no es algo negativo. Simplemente, es una emoción que pasará y que no le define.

El descentramiento permite a su vez que los contenidos antes disociados sean integrados permitiendo construir una memoria o imagen más completa respecto a uno mismo (Fresco et al 2007; Hargus et al., 2010; Roeser et al., 2013). Este espacio para la observación introduce los contenidos mentales antes expulsados de la conciencia y desarrolla una visión más íntegra de lo que acontece interior y exteriormente favoreciendo el desarrollo de una percepción más verídica de los hechos (Safran & Muran, 2005). Esta meta conciencia permite reconocer con mayor exactitud, por ejemplo, los síntomas que inician una depresión o las tendencias de uno mismo a ver las cosas de una manera catastrofista (Teasdale et al., 2002).

Para poder realizar esta observación, es necesario entender las emociones como algo no amenazante y temporal. En esta visión se encuentran las creencias metacognitivas que trabajan la atención plena.

En el entrenamiento en atención plena, las personas experimentan lo pasajero de las emociones, de los pensamientos y de las sensaciones corporales. En las

meditaciones se invita a los participantes a intentar no reaccionar ante un picor o una molestia muscular. En la mayoría de las ocasiones, los participantes comprueban que la molestia ha pasado. Esta misma impermanencia se traslada a los pensamientos o preocupaciones reduciendo la idea de cronicidad de las mismas (Kabat-Zinn, 1991).

Otra de las creencias que se trabaja con el aumento del descentramiento, es la creencia de que pensar determinados contenidos es malo. Las personas en atención plena se permiten sentir las emociones sin un juicio. Pensar o sentir determinados contenidos mentales se consideran parte de la vida por lo que no se reacciona contra ellos. De esta manera, se consigue adquirir una idea más completa de lo que se siente respecto a algo (Brown et al., 2007; Safran & Muran, 2005; Shapiro et al., 2006).

Esta ausencia de reactividad contra los contenidos emocionales que antes eran amenazantes es muy costosa ya que las personas tienden a creer (de nuevo una creencia metacognitiva) que evitar o pensar mucho sobre las cosas (rumiar) puede solucionar el problema o el malestar. Estas creencias metacognitivas positivas respecto a evitar o rumiar se transforman cuando se comprueba que cuando uno se para a observar y a dar un espacio entre su persona y las emociones, éstas no resultan ni tan poderosas ni tan duraderas (Kabat-Zinn, 1990).

Los cambios producidos por el descentramiento han sido descritos a través de sus aspectos de forma aislada sin embargo, es importante señalar que estos aspectos funcionan de manera interdependiente. A su vez, estos aspectos inciden en otros aspectos a nivel cognitivo como la reactividad emocional (Flett, Besser, Davis & Hewitt, 2003; Kuyken et al., 2010; Mason & Hargreaves, 2001; Shapiro et al., 2006) o un mejor etiquetaje de las emociones (Cebolla & Miró, 2009; Hill & Updegraff 2012).

A continuación, se describen los principales cambios a nivel cognitivo producidos por el entrenamiento en atención plena.

2. 4. 2. Cambios cognitivos

Los dos principales cambios que se producen a nivel de cogniciones son la mejora de la regulación emocional y la adquisición de consciencia corporal.

2. 5. 2. 1. Regulación emocional

De acuerdo con la noción de reperiencia descrita por Shapiro (2009), el mindfulness permite entender el estímulo amenazante desde otra perspectiva. La persona es entrenada en mindfulness a aceptar la incontrolabilidad del ambiente y a hacerse cargo de sus emociones pudiendo cambiar así su forma de relación con los contenidos mentales (Lynch, Gander & Kohls, 2011). La observación aceptante hace que el contenido emocional pase a ser observado desde una posición al margen de su deseabilidad o interpretación positiva o negativa (Hayes & Feldman, 2004) reduciendo de forma consecuente su reactividad (Broderick, 2005; Hill & Updegraff, 2012).

Por ejemplo, una persona que de forma habitual rechaza la emoción de rabia bien sea evitándola o hiperactivándose ante ella, puede aplicar la aceptación permitiéndose experimentar esa emoción sin juicio y sin el malestar que conlleva su rechazo. De esta manera, podrá reflexionar acerca de formas más creativas de regular esta emoción que las que ha empleado habitualmente. Las emociones dejan de ser experiencias evitadas o rumiadas para ser observadas. De esta manera, la persona es más capaz de describirlas y conocer sus efectos y puede comenzar a elegir cómo se va a acercarse a ella de una forma más realista y clarificada (Broderick, 2005).

El afrontamiento emocional está relacionado con la forma de entender las emociones y las situaciones (Garnefski, Van Den Kommer, Kraaij, Teerds, Legerstee & Onstein, 2002).

Una persona con una visión aceptante de sus emociones muestra una capacidad para poner en perspectiva lo que le está ocurriendo y planificar una estrategia de cómo abordar su situación (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Por ejemplo, una persona que puede aceptar su sensación de estrés y la reconoce, se hará cargo de ella pudiendo pensar qué estrategias tiene para vivir esa sensación de una manera más agradable.

Por su parte, una persona que rechaza la experiencia emocional mostrará actitudes que favorecerán estilos catastrofistas o rumiativos respecto a sus emociones (Garnefski & Kraaij, 2006). Por ejemplo, una persona que niega su sensación de estrés puede tender a vivirla con mayor intensidad por el efecto rebote de la distracción o perder perspectiva respecto a otras formas de vivirla preocupándose excesivamente por ella al considerarla como algo negativo.

En los últimos años se han realizado intervenciones en mindfulness en las que se ha demostrado un aumento en estrategias positivas de afrontamiento y una reducción significativa de estilos de afrontamiento reactivos (Brown et al., 2007; Carmody, Baer, Lykins & Olendzki, 2009; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Hill & Updegraff, 2012; Kumar, Feldman & Hayes, 2008; Roemer, Williston & Rollins, 2015; Sears & Kraus, 2009).

Esta falta de reactividad y la creación de un espacio mental para observar las emociones se representan de manera consecuente en la clarificación de las señales corporales que acompañan a los contenidos mentales.

2. 4. 2. 2. Clarificación de las señales corporales

La atención plena permite prestar atención de una manera especial a los mensajes del cuerpo. La reducción de la reactividad (evitación y rumiación) permiten observar además de los contenidos mentales, sensaciones corporales con mayor claridad (Teasdale et al., 1995).

Por un lado, el cuerpo es planteado como una herramienta de anclaje para poder observar los pensamientos. La observación del movimiento del abdomen al respirar permiten tener un eje al que volver cada vez que la mente se distrae con otras cuestiones o se siente sobrepasada por preocupaciones (Chambers, Lo & Allen, 2008).

Una segunda utilidad del cuerpo en el entrenamiento en atención plena es la información que da a las personas respecto a su estado emocional. Al igual que en ocasiones los contenidos mentales son negados o rumiados, las experiencias sensoriales son apartadas o vividas como algo amenazante y no pasajero e informativo. El reconocimiento y la integración de las mismas permite reconectar con información que puede estar siendo crucial para el entendimiento del estado global de uno mismo (Brown & Ryan 2003; Brown et al., 2007; Shapiro 2006).

Por ejemplo, una persona que no presta atención a su cuerpo, puede estar pasando por alto información de tensión en su espalda que le podría hablar de un estado de estrés al que no está pudiendo prestar atención en forma de contenido mental.

El último nivel con el que se presentan los cambios por el entrenamiento en atención plena sería el comportamental.

2. 4. 3. Cambios comportamentales

En este nivel, se pueden señalar dos cambios principales, el aumento de exposición y el incremento de una sensación de relajación.

2. 4. 3. 1. Exposición

En el entrenamiento en atención plena, una de las propuestas centrales es el acercamiento a las experiencias. La persona practicante es invitada a observar aquellos contenidos que bien tratan de ser evitados o bien son rumiados de forma constante. Así mediante la observación y la aceptación los contenidos rechazados son acercados a la consciencia y los contenidos rumiados observados con aceptación. De esta manera, la reactividad no solo mental sino también comportamental disminuye (Brown, et al., 2007; Hayes et al., 2004; Raes, Dewulf, Van Heeringen & Williams, 2009; Sahdra et al., 2011).

El último beneficio a mencionar es la sensación de relajación que puede favorecer la práctica de atención plena.

2. 4. 3. 2. Relajación

La relación de la relajación con la atención plena genera controversia. Esto se debe a que el entrenamiento en atención plena persigue la capacidad de autoexploración, y no la relajación como tal. Por ello, los terapeutas que entrenen la atención plena han de señalar que la relajación en la atención plena no es un objetivo como tal (Pérez & Botella, 2006). Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la validación de los contenidos que conforman los pensamientos y las emociones desactiva las censuras, las inhibiciones o las evitaciones tiene un efecto secundario de relajación en la persona (Baer, 2003; Gauntlett-Gilbert & Connell, 2012; Wisner, Jones & Gwin, 2010).

Es importante señalar que este no es un objetivo prioritario en el entrenamiento en atención plena puesto que la toma de contacto inicial con emociones antes censuradas puede aumentar la sensación de malestar aunque a largo

plazo sí aumente una sensación de bienestar (Huppert & Johnson, 2010; Lynch et al., 2011; Pérez & Botella, 2006) de crecimiento y autorrealización personal (Anderson, Lau, Segal & Bishop, 2007).

Los efectos principales tras una intervención en atención plena parecen incidir en el aumento de la capacidad de descentramiento (Getch et al., 2014), la reducción de reactividad y estrategias de afrontamiento emocional desadaptativas (evitación y rumiación entre otras) (Lynch et al., 2011), la clarificación de las señales corporales (Hölzel et al., 2011), la relajación (Wisner et al., 2010) y la exposición (Kumar et al., 2008).

El entrenamiento en atención plena ha demostrado ser efectivo en distintos focos de intervención como la mejora de habilidades parentales (Van der Oord, Bögels & Peijnenburg, 2012) o relaciones románticas (Brown et al., 2007), en síntomas relacionados con la aparición de enfermedades como la fibromialgia (Amutio, Franco, Pérez-Fuentes, Gázquez & Mercader, 2015) y en distintos trastornos como el trastorno de pánico (Forsythe, 2013), el trastorno de estrés postraumático (Bermudez, Benjamin, Porter, Saunders, Myers & Dutton, 2013) o el trastorno de ansiedad generalizada (Wells, 2011).

No obstante, existe una dolencia en la que la efectividad de la atención plena ha sido especialmente estudiada generando un gran volumen de investigaciones. Esta dolencia es la depresión, y los estudios sobre atención plena abarcan todo el espectro desde el trastorno depresivo mayor hasta la sintomatología depresiva.

A continuación se señalan las investigaciones más recientes sobre atención plena y depresión.

2. 5. Efectividad de la intervención en Atención Plena en depresión

Como se ha señalado, la primera aplicación del entrenamiento en atención plena fue en síntomas de estrés (Kabat-Zinn, 1991). No obstante, pronto se evaluaron sus efectos en la disminución de síntomas depresivos (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn,

1995) y el modelo del ICS adaptó esta intervención para tratar casos de depresión mayor con índices de recaídas (Teasdale et al., 1995).

A partir de entonces se han sucedido múltiples investigaciones que abarcan la reducción de los síntomas de la depresión (Cebolla & Miró; 2009; Grossman et al., 2004; Mason & Hargreaves, 2001; McCarney, Schulz, Grey, 2012; Miró et al., 2011; Piet et al., 2012; Pots, Meulenbeek, Veehof, Klungers & Bohlmeijer, 2014; Shadra et al., 2011; Van Aalderen et al., 2012), la intervención en trastorno depresivo (Strauss et al., 2014; Van Aalderen et al., 2012) y en la prevención de las recaídas en depresión (Baer, 2003; Bieling et al., 2012; Kuyken et al., 2008; Paul et al., 2013; Piet et al., 2012; Teasdale et al., 2000; Van Aalderen et al., 2012).

Esta investigaciones han mostrado en ocasiones una mayor efectividad que el tratamiento al uso para depresión (Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinghe, Winder & Williams, 2009; Ma & Teasdale, 2004).

La evaluación de los efectos o de la presencia de la atención plena comenzó a través de la medición de variables relacionadas con el constructo (Baer et al., 2004). La necesidad de un instrumento de evaluación para la atención plena ha favorecido el desarrollo de varios instrumentos que a pesar de responder a un núcleo común muestran diferencias en la definición de sus componentes. Estas diferencias residen en el debate abierto por la variabilidad existente en la definición operativa de este constructo (Cebolla, 2007).

A continuación se describen con detalle los instrumentos destinados a evaluar la atención plena.

2.6. Evaluación de mindfulness

Uno de los primeros inventarios que se diseñó para la evaluación de la atención plena fue el Inventario de *Conciencia plena de Freiburg* (*Freiburg Mindfulness Inventory*, FMI; Walach et al., 2006). Este instrumento evaluaba inicialmente cuatro factores, 1) la capacidad de desidentificación de las emociones, 2) el no juicio, 3) la apertura a la experiencia y 4) la observación del momento presente. Su aplicación no

es adecuada para personas sin experiencia en meditación puesto que su construcción se realizó con una muestra de personas experimentadas esta técnica. Posteriormente, su estructura fue reducida a un sólo factor.

Más tarde, se creó la *Escala de Conciencia Plena (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS, Brown & Ryan, 2003)*. Su aplicación es válida con personas no experimentadas en mindfulness y mide la capacidad de estar en el momento presente y la capacidad de insight. Ha demostrado su capacidad para evaluar diferencias inter e intra sujeto, reconociendo así la posibilidad de abordar el constructo de atención plena como rasgo y estado.

Otro de los instrumentos empleados para la medición de la atención plena es el *Inventario de habilidades de Conciencia Plena de Kentucky (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KIMS, Baer, Smith & Allen, 2004)*. El instrumento se basa en el enfoque teórico de la terapia dialéctica conductual de Linehan y evalúa las habilidades qué (observar, describir y actuar) y las habilidades cómo (sin juicio, con efectividad, en el presente). De estas habilidades se obtuvo una estructura de cuatro factores; observar, describir, actuar con conciencia y aceptar sin juzgar independientes entre sí. El *Cuestionario de Atención Plena (Mindfulness Questionnaire, MQ, Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005)* que mide en un solo factor la capacidad de responder de una manera mindful a pensamientos o imágenes de contenido displacentero.

Más tarde, se validó otra escala, la *Escala de Conciencia Plena de Toronto (The Toronto Mindfulness Scale, TMS, Lau et al., 2006)*. La escala mide 1) la curiosidad hacia los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales y 2) la capacidad de descentramiento.

Otro de los instrumentos conocidos es la *Escala de Conciencia Plena de Filadelfia (Philadelphia Mindfulness Scale, PHLMS, Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow 2008)*. Esta escala evalúa la capacidad de darse cuenta y la aceptación. De estos dos factores se obtienen cuatro niveles; atención plena (altas puntuación en darse cuenta y aceptación), flujo (baja puntuación en darse cuenta y alta en aceptación), evitación de la experiencia sin logro (baja puntuación en ambos niveles) y evitación de la experiencia con logro (baja puntuación en aceptación y alta en darse cuenta) (Cebolla, 2007).

Desde el modelo teórico de la terapia de aceptación y compromiso se creó la *Escala Cognitiva y Afectiva de Mindfulness (Cognitive and Affective Mindfulness Scale, CAMS, Feldman et al., 2007)* que mide la atención, darse cuenta de las experiencias internas, darse cuenta de sucesos externos y la capacidad de centrarse en el presente.

La escala de las *Cinco Facetas de la Atención Plena* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006) surge a partir de un análisis factorial de las cinco principales escalas que miden Atención Plena, la escala KIMS (Baer et al., 2004), FMI (Buchheld, Grossman & Wallach, 2001), MCQ (Chadwick et al., 2005), MAAS (Brown & Ryan, 1993) y CAMS (Feldman et al., 2004). Mide cinco factores independientes, observar, describir, actuar, no juzgar y no reactividad. Es el instrumento empleado en esta investigación por lo que será desarrollado con profundidad en el apartado de instrumentos.

Y la más reciente es la *State Mindfulness Scale* (Tanay & Bernstein, 2013). Esta escala mide la atención plena como estado a través de la percepción del nivel de la conciencia y la atención a la experiencia del presente durante un período de tiempo específico y el contexto.

Como se ha señalado al inicio de este apartado, otra forma de medición de la atención plena es a través de los componentes o mecanismos subyacentes. Desde esta perspectiva se han utilizado otros cuestionarios que miden aspectos relacionados con el mindfulness como son el cuestionario de los *Cuatro Inconmensurables (Self-Other Four Immeasurables, SOFI, Kraus & Sears, 2009)*, la *Escala de Auto-Compasión (Self-Compassion Scale, Neff, 2003)*, los cuales se centran en aspectos como la compasión la bondad o la empatía.

Otro instrumento de interés en la medición del mindfulness es la capacidad de descentramiento. En este estudio el instrumento empleado ha sido el *Cuestionario de Experiencias* que fue desarrollado para evaluar la capacidad de observar los contenidos mentales como no representativos del self, la capacidad para no reaccionar ante ellos y la capacidad de autocompasión. En la actualidad, el *Cuestionario de Experiencias* utilizado en el presente estudio es el único instrumento específico para la medición de este concepto. No obstante, en los estudios iniciales de descentramiento han sido empleados instrumentos como la *Medida del Darse Cuenta y el Afrontamiento en Memoria Autobiográfica* (MACAM; Moore, Hayhurst & Teasdale, 1996). Este

instrumento es una entrevista semiestructurada en la que se plantea a los participantes una serie de historias de desamparo y frustración en las que se eliciten recuerdos propios de los sujetos. Se evalúan el tipo de afrontamiento y el darse cuenta.

A continuación se describen en una tabla algunos de los principales instrumentos relacionados directamente con la capacidad para el mindfulness.

Tabla 8. Principales instrumentos relacionados directamente con la capacidad para el mindfulness inspirada en el artículo de Pérez y Botella (2006).

Título	Subescalas	Características	Idioma	Ítem
<i>Inventario de Conciencia plena de Freiburg (Freiburg Mindfulness Inventory, FMI, Buchheld, Grossman & Walach, 2001)</i>	Capacidad de descentrarse de las emociones / Capacidad de atención / Mantenimiento en el presente.	Aplicación no es adecuada para personas sin experiencia en meditación	Inglés. Francés.	30/14
<i>Mindfulness and Attention Awareness Scale (MAAS, Brown and Ryan, 2003)</i>	Atención / Conciencia.	Sensible al cambio. No mide aspectos como el no juzgar, actitud de aceptación, des-identificación, comprensión intuitiva, o una actitud dispersa.	Inglés Castellano	15
<i>Inventario de habilidades de Conciencia Plena de Kentucky (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KIMS, Baer, Smith & Allen, 2004)</i>	Observar / Describir / Aceptar / Actuar.		Inglés.	39
<i>Toronto Mindfulness Scale (Bishop et al., 2003)</i>	Unidimensional	Discrimina entre meditadores y no meditadores. Mide mindfulness como estado, es adecuado para usarlo recién realizada una práctica de mindfulness.	Inglés	10
<i>Escala de Conciencia Plena de Filadelfia (Philadelphia Mindfulness Scale, PHLMS, Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow 2008)</i>	Capacidad de darse cuenta. Aceptación	Buena validez en población clínica y grave.	Inglés.	20
<i>Southampton Mindfulness Questionnaire (Chadwick, Hember, Symes, Peters, Kuipers & Dagnan, 2008)</i>	Observación mindful / No-aversión / Dejar fluir / No Juicio.	Discrimina entre meditadores y no meditadores.	Inglés.	16
<i>Aspectos del Mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006)</i>	Observar / Describir / Actuar / No Juicio / No reactividad.	Discrimina entre meditadores y no meditadores. Es sensible al cambio. Sus escalas están relacionadas con bienestar psicológico.	Inglés. Castellano.	39

En definitiva, la atención plena es un constructo similar al insight cognitivo (Teasdale, 1999b) que funciona a través de procesos atencionales y metacognitivos (Wells, 1994). La atención en este estado es amplia y flexible y es capaz de fluctuar de un pensamiento a otro sin quedarse atrapada en los contenidos. Por su parte, los procesos metacognitivos que conforman este estado se pueden aunar en gran medida en el proceso de descentramiento (Teasdale et al., 2002).

Por ejemplo, la atención plena conduce a la reducción de la reactividad emocional la cual incide sobre los procesos de rumiación o evitación tan relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva (Barnhofer et al., 2011; Chambers et al., 2008, Kuyken et al., 2008, Lyubormirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Grossman et al., 2004; Safran & Muran 2005, Sahdra et al., 2011, Shapiro et al., 2006; Williams, 2008).

Asimismo, favorece la clarificación de los estados emocionales (Hill & Updegraff, 2012) y la capacidad de etiquetaje de las sensaciones corporales (Teasdale et al., 1995).

Estos efectos tienen una directa relación con la disminución de síntomas depresivos y con el riesgo de recaídas (Fresco et al., 2007; Teasdale, 1999b; et al., 2002; Van der Velden et al., 2015)

Otra línea de investigación es el estudio del origen de esta capacidad para la atención plena. Al igual que las metacogniciones (Main, 1995; Malik et al., 2015) y la vulnerabilidad depresiva (Blatt, 1974; Teasdale, 1995; Young, 1996), la atención plena ha sido relacionada con el tipo de interacciones tempranas experimentadas con las figuras de referencia (Wallin, 2015). Por esto, a continuación se procede a desarrollar lo que se considera el nivel más profundo de esta investigación, el apego.

CAPÍTULO 3.

APEGO

CAPÍTULO 3. APEGO

Como se ha señalado con anterioridad, numerosos estudios han demostrado que determinado tipo de interacciones tempranas entre los bebés y sus figuras de cuidado podrían favorecer el desarrollo de estructuras de personalidad y estilos de procesamiento mental (cogniciones y metacogniciones) que favorecen el desarrollo de síntomas depresivos (Ingram, 2003).

A partir del estudio de las biografías de sus pacientes deprimidos, Blatt (1974) pudo señalar la relación entre un estilo depresivo dependiente o autocrítico con la cualidad del estilo de crianza parental experimentado. Las biografías de los pacientes con una depresión de estilo introyectivo reportaban haber vivido estilos de crianza en los que las figuras de cuidado se caracterizaban por la frialdad y la distancia y su expresión de amor era dependiente del nivel de desempeño de los hijos. Mientras, aquellos pacientes que presentaban una depresión de estilo anaclítico describían a unos padres cuya sensibilidad era inconsistente y sus expresiones de amor y aprobación dependían de la proximidad de los pacientes hacia sus padres (Blatt, 1974; Blatt & Homann, 1992). Abrahmson y su equipo (1995), también señalaron la vivencia de experiencias negativas en niños como factor crucial en el desarrollo de la vulnerabilidad depresiva.

Sin embargo, ha sido desde la teoría del apego donde ha sido posible clarificar, en mayor medida, el proceso de formación de esta vulnerabilidad.

Bowlby (1979) fue el precursor de la teoría del Apego y su descubrimiento del importante papel de este constructo en la formación de la mente ha producido numerosos estudios sobre el efecto de los estilos de apego en el desarrollo de diferentes patologías. Así, modelos posteriores a esta teoría como el modelo de Young (1996) o el modelo de Teasdale (1995) incluyen este constructo a la hora de explicar el desarrollo de la vulnerabilidad y el mantenimiento de síntomas depresivos.

Por ello, en este apartado se tratará de explicar cómo una buena capacidad metacognitiva sólo es posible a través de la construcción de un vínculo de apego seguro y cómo este tipo de vínculo reduce las posibilidades de funcionar con estructuras de personalidad favorecedoras de depresión.

Como se ve, el apego es el nivel más profundo considerado en esta investigación. A continuación se muestra la figura del iceberg con el fin de situar al lector.

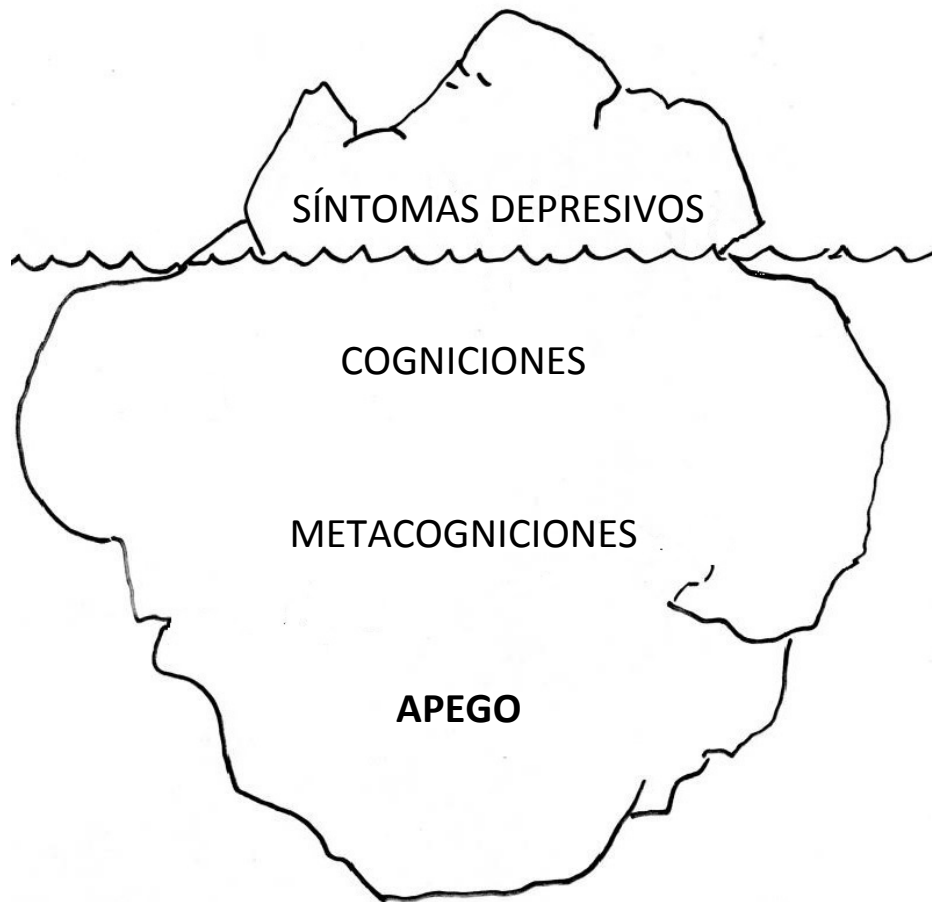


Figura 13. Apego en la figura del iceberg.

Por último, antes de concluir esta introducción, es necesario hacer una observación relativa a la redacción de este apartado, concretamente al término de el/la bebé. La explicitación del género masculino y femenino utilizada para evitar la discriminación sexista puede generar en ocasiones dificultad de lectura. La RAE (2005) recomienda utilizar el plural para referirse a colectivos mixtos con el fin de agilizar la lectura y no cometer ninguna discriminación sexista. No obstante, en esta investigación y especialmente en la revisión de apego, es de especial importancia realizar una descripción ajustada de las escenas en las que se produce. El vínculo de apego se construye a través del encuentro entre dos personas, bebé y figura de referencia, y la utilización del plural para referirse al bebé podría generar confusión a

la hora de entender esta escena. Por ello, se ha considerado más efectivo tratar con el género masculino de la palabra bebé, para referirse a una criatura dependiente menor de tres años y perteneciente a cualquier tipo de género pues lo relevante en este caso es la acentuación a su condición de dependencia e infancia.

Una vez aclaradas ciertas cuestiones en relación a la revisión de este constructo, se procede a explicar en profundidad el desarrollo de la teoría del apego desde sus inicios, su papel en el desarrollo de los modos de la mente y su relación con el desarrollo de psicopatología con especial atención a la sintomatología depresiva.

3. 1. Conceptualización

El apego es un sistema de regulación de la conducta consistente en la búsqueda de proximidad del bebé hacia su figura de cuidado de referencia y cuya activación depende de la percepción del bebé de una amenaza interna o externa (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Alonso-Arbiol, Shaver & Yárnoz, 2002; Bowlby, 1979). Es decir, cuando un bebé tiene una sensación de peligro, su sistema de apego se activa para que su atención, sus pensamientos y conductas se enfoquen hacia la búsqueda de apoyo por parte de la figura que en ocasiones anteriores ha respondido a esta demanda. Esta búsqueda de proximidad (conducta de apego) responde a una predisposición instintiva y natural de los seres humanos de búsqueda de apoyo en situaciones de necesidad, y la desactivación de este sistema requiere de una figura de cuidado que esté presente física y emocionalmente permitiendo al bebé reorientar su energía hacia la exploración del mundo (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1979, Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola & Sainz de Murieta, 2001).

A partir de las interacciones con la figura de cuidado y a través de las cualidades de sus respuestas se generan distintas ideas sobre qué tipo de acogida va a recibir el bebé en situaciones de demanda o qué va a ser capaz de hacer en estas situaciones. Estas ideas son interiorizadas y se organizan en representaciones del mundo (qué responde el otro ante mi necesidad) y de uno mismo (qué puedo hacer en necesidad). Estas representaciones se denominan como Modelos Internos de Trabajo (MIT) y tienen un efecto a lo largo del ciclo vital de las personas (Bartholomew & Horowitz, 1991). Este efecto se puede traducir entre otros en la expresión de vulnerabilidades y

fortalezas psicológicas (Dozier, Stovall-McClough & Albus, 2008; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes & Luyten, 2011). Sin embargo, la estabilidad y el efecto del MIT es una cuestión en actual debate.

Existen dos enfoques respecto al estudio del poder predictivo de los MIT; uno que defiende su estabilidad y poder predictivo denominado postura prototípica y un segundo que entiende el apego como un sistema dinámico que se alimenta constantemente de las experiencias, denominado postura revisionista. La postura prototípica defiende que el sistema de apego se forma en la infancia y es “único” y permanece a través de las situaciones y a lo largo de toda la vida. Sin embargo, existe otra postura más “revisionista” que defiende que el sistema de apego puede mantenerse o cambiar, que las representaciones, sentimientos y conductas están en continua actividad por lo que son revisadas una y otra vez, hasta el punto de que no tienen por qué mantenerse. Fraley (2002) describe el sistema de apego como “un sistema flexible que se adapta y modifica cada vez que una experiencia contradice o aporta elementos nuevos” (p. 125). Por lo tanto, según esta postura, los efectos de los MIT son susceptibles de reelaboraciones en función de las interacciones con las figuras de apego (Marrone, 2001). A pesar de estas diferencias, ambas posturas reconocen los efectos del apego en la edad adulta y su presencia en el desarrollo de ciertas vulnerabilidades y fortalezas psicológicas (Fraley, 2002).

A continuación se procede a explicar el proceso a través del cual se forman los distintos estilos de apego y las cualidades de sus MIT respectivos.

3. 2. Formación del estilo de apego

Como se ha señalado, la desactivación del vínculo de apego requiere de una figura de cuidado que acepte y contenga las demandas del bebé. La disponibilidad emocional de la madre se convierte en un aspecto fundamental para la regulación emocional del bebé (Bowlby, 1988; Deci & Ryan, 2000). Esta disponibilidad emocional es evaluada por el bebé y, en caso de ser favorable, puede retomar su exploración en el mundo desactivando su sistema de apego y reorientando su atención y conducta al exterior (Bowlby, 1973; Sroufe & Waters, 1977).

Por ejemplo, si un bebé se siente asustado o triste, su figura de apego aceptante reconocerá sus emociones y las calmará. A partir de estas interacciones se genera un vínculo con la figura de apego. Así cada vez que el bebé sienta malestar y su sistema de apego se active, éste acudirá a la figura de referencia como sistema de regulación de sus necesidades esperando ser calmado y aceptado.

Como puede verse, el sistema de apego confiere al bebé un conocimiento interno de que ante la sensación de peligro o displacer, puede acudir a la figura de apego ya que en ocasiones anteriores ésta ha podido contener su malestar y generar seguridad. El bebé obtiene de esta manera un conocimiento o una idea de que sus emociones son aceptables y calmables y de que el otro (la figura de cuidado) está disponible para él. Ésta sería la escena a través de la cual se crea un vínculo de apego seguro ente el bebé y la figura de cuidado.

Otros autores como Winnicott (1971) también habían señalado la importancia de la figura de la madre, a través del concepto de madre "suficientemente buena", la cual se caracterizaría por ser capaz de ofrecer una respuesta emocional al bebé que le permitiera sentirse reconocido, diferenciado y calmado. Este autor comparó la función materna con un espejo; la madre reflejaría los sentimientos del bebé a través del etiquetaje de sus emociones y a su vez demostraría que ella tenía sentimientos diferentes. Por ejemplo, una madre haciendo de espejo de su bebé pondría palabras al llanto de su bebé; "Estás llorando, porque te has asustado" y se diferenciaría de él meciéndole o acunándolo pero no viviendo la misma emoción como por ejemplo poniéndose a llorar ella también.

No obstante, no todas las interacciones de apego se resuelven de una manera aceptante y funcional. En ocasiones, la figura de apego no está disponible emocionalmente o el bebé puede juzgar que no está disponible para sus necesidades. Esta no disponibilidad ha sido categorizada en tres estilos de respuesta por parte de la figura de apego; 1) rechazo de las emociones del bebé, 2) inestabilidad en su presencia (sobreprotección) o 3) conductas abuso y maltrato. Debido al fracaso en la búsqueda de seguridad en la figura de cuidado, el sistema de regulación del bebé ha de desarrollar estrategias secundarias de regulación. Estas estrategias configuran tres estilos de apego inseguro cada uno de los cuales se corresponde a los tres estilos de respuesta rechazantes, estilo de apego inseguro evitativo, estilo de apego inseguro

ambivalente y estilo de apego inseguro desorganizado respectivamente (Ainsworth et al., 1978).

A continuación se explican con profundidad, las respuestas de las figuras de cuidado y las estrategias que generan en los bebés. En primer lugar, se explicará el estilo de apego inseguro evitativo, en segundo lugar el estilo de apego inseguro ambivalente y en tercer lugar, el estilo de apego inseguro desorganizado.

El estilo de apego inseguro evitativo se caracteriza por la vivencia del rechazo de las emociones del bebé por parte de la figura de apego. Esta respuesta genera en el bebé la necesidad de crear otras estrategias de regulación que no sean la búsqueda de su proximidad. En este caso, el/la niño/a interpreta que sus emociones no son aceptables y que el otro (figura de apego) no está disponible por lo que desactiva su sistema de apego y reorienta su atención a la hiperexploración del ambiente. Gracias a esta estrategia de regulación secundaria, el bebé consigue reprimir la emoción negativa y evitar la frustración por la figura de apego (Lopez & Brennan, 2000; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003; Pietromonaco & Barrett, 2000; Shaver & Mikulincer, 2002). Sin embargo, el uso de las estrategias de apego queda incapacitado en otros contextos y la atención es desplazada a otros contenidos que no estén relacionados con la activación del sistema de apego (interrupción de la memoria, negación de sus emociones y la incapacidad de conectar con ellas (Wallin, 2015). Un pensamiento que podría resumir la conclusión de estos/as niños/as sería "Mis emociones no son válidas/validadas así que me entretengo con el ambiente".

Sin embargo, en ocasiones, la figura de apego, puede no ser aceptante pero sí estar disponible. En esta escena se construye el estilo de apego ansioso-ambivalente.

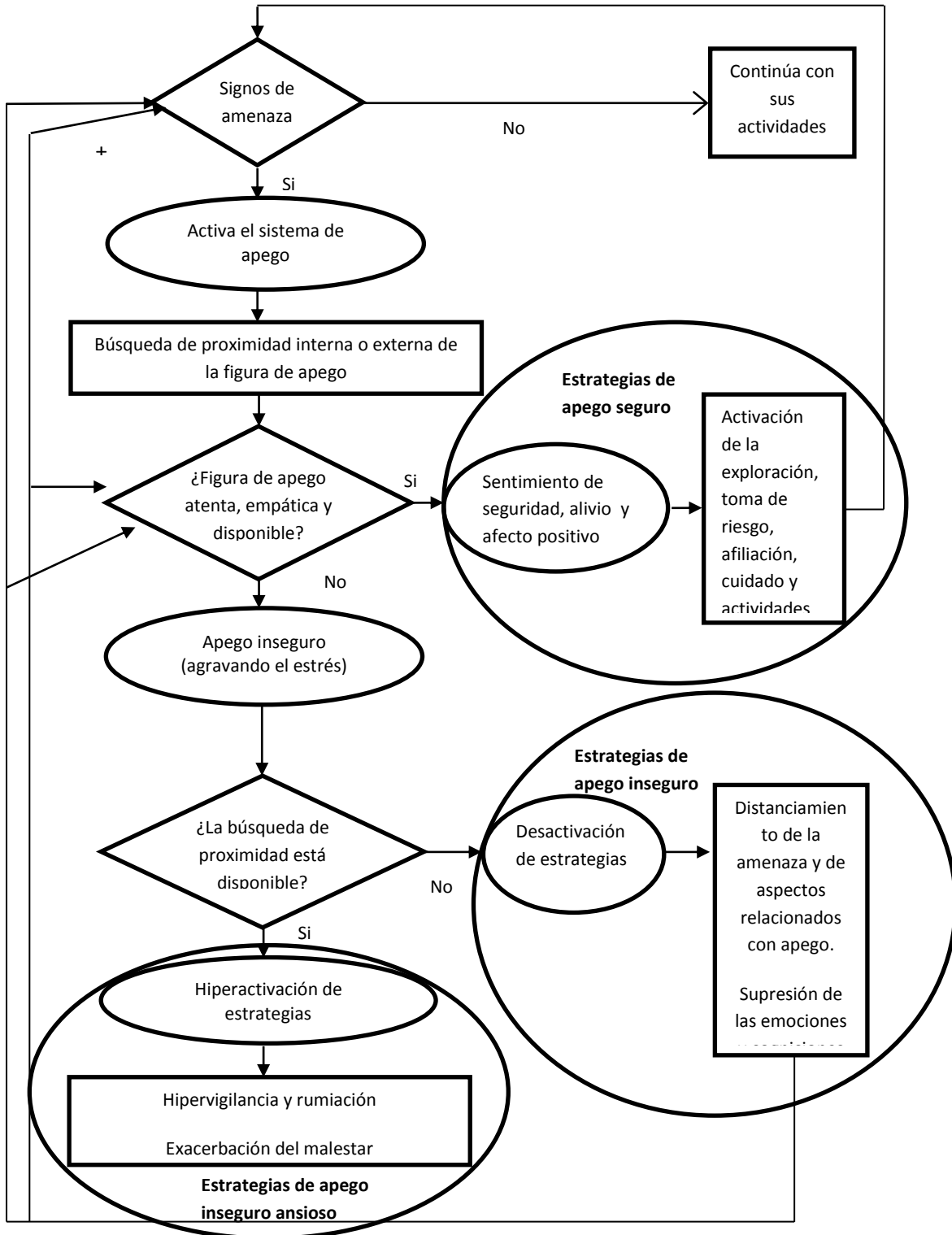
En el estilo de apego ansioso ambivalente, la figura de apego es insensible a las demandas del bebé. Esta figura no responde de manera empática a las demandas del bebé pero tampoco está ausente o no disponible totalmente como ocurre en el estilo evitativo. Su disponibilidad se traduce en el rechazo de las expresiones de autonomía del bebé realizando conductas de sobreprotección. Es decir, el bebé acude a la figura de apego pero esta no responde a sus demandas. En un segundo momento, cuando el bebé se dispone a desactivar su sistema en pos de otras estrategias, la figura de

cuidado se hace presente rechazando esta estrategia y la capacidad del bebe de regularse. De esta manera el bebé queda atrapado en una demanda no resuelta y con la idea de que él mismo no es suficiente para regularse. Como estrategia de regulación, el bebé hiperactiva su sistema de apego con el objetivo de obtener el apoyo de la figura de apego de forma consistente (Wei, Vogel, Ku & Zakalik, 2005). De esta manera, su atención se dirige casi exclusivamente a la figura de apego y se encuentra en constante adaptación a la misma. Algunas de las estrategias que utilizan estas personas son el auto-monitoreo y auto-regulación que funcionan como enlaces a la depresión. Al igual que en el estilo evitativo, esta estrategia tiene un coste, y es el estado de alerta respecto a la activación del sistema de apego. Este estado de alerta intensifica las sensaciones de malestar y reduce al mínimo la exploración en el ambiente (Main et al., 1985; Wallin, 2015).

Por último, se encuentra el estilo de apego inseguro desorganizado. En esta relación, la figura de apego ha tenido conductas de maltrato o abuso hacia el bebé, por lo que el/la niño/a no ha podido contar con ella, ha sentido a esta figura como alguien atemorizador y atemorizado por el/la niño/a ya que no podía lidiar con sus demandas. De esta manera, el bebé mostrará un bloqueo en el que no habrá cabida al desarrollo de otra estrategia de regulación, "No puedo contar conmigo ni puedo contar con él/ella" (Main, 1985; Main & Solomon, 1990).

En la siguiente figura, se muestran los movimientos realizados por el bebé ante las diferentes respuestas de la figura de cuidado.

Figura 14. Modelo de dinámicas de activación del apego de Safran y Mikulincer (2002).
Extraída de Mikulincer, Shaver y Pereg (2003).



Estas estrategias de activación y desactivación del sistema de regulación se interiorizan y construyen las inferencias del bebé respecto a sí mismo y el mundo

(Mikulincer & Shaver 2010). Como por ejemplo, "Yo puedo ser calmado", "El otro es confiable" que corresponderían al estilo de apego seguro o "No puedo calmarme yo mismo" del estilo de apego ansioso o "El otro no está disponible" del estilo de apego evitativo.

Estas inferencias son interiorizadas y reciben el nombre de MIT. Los MIT han abierto un campo de estudio respecto a los efectos de los distintos patrones de apego en el funcionamiento adulto y ha permitido establecer vínculos entre determinados estilos de apego y el desarrollo de psicopatología (Wallin, 2015).

A continuación se procede a describir los MIT y sus características en relación a los estilos de apego a los que responden.

3. 3. Modelos Internos de Trabajo

Los MIT se traducen como el sistema interno de expectativas y creencias acerca de uno mismo y de los demás que permite a los bebés predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego y que dará forma a las interacciones futuras siendo a su vez influenciado por ellas (Bowlby, 1979). Es decir, en función de la respuesta de las figuras de apego y de la utilidad de las estrategias de regulación desarrolladas por los bebés, éstos se construyen ideas sobre cómo se desarrollarán situaciones similares.

Por ejemplo, si un bebé ha encontrado que su figura de referencia rechaza sus expresiones de tristeza y que la desactivación de su sistema de apego es útil, creará una idea de que sus emociones no son aceptantes, que el otro no es confiable y que él mismo es capaz de regularse negando esas emociones.

Los MIT están al servicio de la obtención y limitación de la información sobre el funcionamiento del mundo y su tarea consiste en recabar los recuerdos previos de las interacciones a través de procesos atencionales que permiten crear una idea/representación de la situación (Main, 1985). Es decir, las personas constantemente relacionamos lo vivenciado con experiencias anteriores. Así, una persona cuyas vivencias han sido mayoritariamente de rechazo de las emociones tenderá a construir su realidad de esa manera ya que no posee MIT que le permitan traducir la realidad con otro significado.

La literatura ha señalado que los adultos perpetúan las reglas de los MIT a lo largo de la vida ya que su cambio pone en debate estados de la mente y formas de ser que previamente han favorecido la supervivencia (Wallin, 2015).

Los adultos con un estilo de apego seguro han podido aprender a reconocer sus estados emocionales a través del marcaje de su figura de apego. Sus MIT se caracterizarán por la idea de un otro y de un yo aceptante y disponible hacia sus necesidades emocionales. En sus interacciones han podido aprender a codificar sus emociones, pensar sobre ellas y regularlas siendo éstas adecuadamente diferenciadas por su figura de cuidado (Main, 1995; Mikulincer & Shaver, 2003; Wallin, 2015).

Por su parte, las personas con un estilo de apego inseguro, no han podido prestar atención a sus necesidades emocionales ya que han tenido que desviar su atención de ellas como estrategia defensiva.

En los adultos de apego inseguro evitativo las emociones que activen el sistema de apego serán rechazadas y desviadas de su atención. Estas personas no cuentan con el apoyo de un otro. Por ello, sus estrategias tienden a ser de desactivación de sus necesidades emocionales. Su regulación se sostiene en su capacidad de desactivar su necesidad y de apoyo en sí mismo retirándose del sistema de contacto (Cole-Detke & Kobak, 1996; Malik et al, 2015).

Mientras el estilo de apego preocupado en el adulto que se corresponde con el estilo ambivalente del niño o la niña, ha aprendido a intensificar sus emociones para conseguir la atención de la figura de cuidado. Este estilo se caracteriza por niveles de ansiedad altos. El rechazo de su autonomía por parte de la figura de cuidado ha generado una falta de confianza en sí mismo que hace que busque un otro que lo sostenga con mayor intensidad (Shaver & Mikulincer, 2002). De esta manera, su atención está dirigida a la presencia de amenazas (habitualmente de abandono) y a la búsqueda de cuidado del otro (Main, 1995; Mikulincer & Shaver, 2003).

En la siguiente tabla se pueden ver con claridad las características de los MIT en las personas adultas en relación a su estilo de apego.

Tabla 9. Características de los estilos de apego extraída de Feeney y Noller.

Seguro	Evitativo	Ambivalente
<i>Recuerdos</i>		
Padres cálidos y afectivos	Padres frías y rechazantes	Padres injustos
<i>Actitudes y creencias relacionadas con el apego</i>		
Poco dubitativos, alta sensación de valía	Sospechosos de los motivos humanos	Los otros son complejos y difíciles de entender
Generalmente gusta a los demás	Los Otros no son confiables o son dependientes	La gente tiene poco control sobre nuestras vidas
Los otros tienen en general buenas intenciones y buen corazón	Dudan sobre la honestidad e integridad de los padres y de los demás	
Los otros son generalmente confiables, altruistas y dependientes	Falta de confianza en situaciones sociales	
Orientados a lo interpersonal	No están orientados a lo interpersonal	
<i>Objetivos y necesidades relacionadas con el apego</i>		
Deseo de intimidad en las relaciones	Necesidad de mantener distancia	Deseo extremo de intimidad
Búsqueda de equilibrio entre cercanía y autonomía en la relación	Limitan la intimidad para satisfacer sus necesidades de autonomía	Búsqueda de niveles bajos de autonomía
	Dan mayor peso a metas como el éxito	Miedo al rechazo
<i>Planes y estrategias</i>		
Conocimiento sobre el estrés	Manejo del estrés mediante la disociación/ el corte de la agresividad	Subrayan la expresión de ira y estrés.
Modulan el afecto negativo de una manera constructiva	Manejo del estrés y de las expresiones emocionales reteniendo el sinceramiento en la intimidad	Solícito y complaciente para ganar el afecto de los otros

Como se ve en la tabla 10, los adultos con apego seguro han vivido un marcaje de sus emociones tal, que les ha permitido observarlas y tomar distancia de ellas. Por ejemplo, una persona que olvida coger las llaves de su casa construiría la siguiente representación de esa experiencia, "soy una persona que en ocasiones se olvida de cosas". En este pensamiento se observa la separación entre su identidad y el olvido y la unicidad de esa experiencia. No se globaliza, la persona con apego seguro no interpreta este olvido como que es olvidadiza y no generaliza este hecho a la ejecución de toda su vida. La flexibilidad de sus estrategias ha favorecido el conocimiento de que un día puede sentirse de una manera respecto a una situación y otro día de otra, además el marcaje de la figura de apego le ha servido para entender la diversidad representacional respecto a las experiencias. Una persona puede sentirse triste por haber olvidado las llaves y otra puede sentir agobio respecto al mismo hecho (Wallin, 2015).

Por su parte, las representaciones de las personas con apego inseguro están disociadas, contradictorias o incoherentes. La atención de estas personas se ha estrechado hacia determinados contenidos mentales dejando fuera de la consciencia aquellos que generaban malestar. En el caso de las personas con estilo de apego evitativo, los contenidos emocionales que activan el sistema de apego han sido expulsados de la atención. Mientras, las personas con un estilo de apego ansioso tienen toda su atención focalizada en contenidos emocionales relacionados con el apego (Main, 1991).

A su vez, la ausencia de un Otro que haya marcado sus emociones hace que estas personas no hayan desarrollado un espacio mental para diferenciarse de sus emociones y contrastarlas con el otro reconociendo la diversidad representacional (Main, 1995; Wallin, 2015). Así sus construcciones de la realidad están limitadas por la única perspectiva de sus emociones y no conciben que ésta pueda tener más matices más allá de su propia percepción.

Todos estos aspectos relacionados con el procesamiento mental, remiten en cierta medida al concepto de metacognición (Wallin, 2015). Por ello, en el siguiente apartado se procede a relacionar el estilo de apego con los procesos metacognitivos y la atención plena.

3. 4. Apego, metacognición y atención plena

La capacidad de observar los procesos mentales que ocupan la mente y la tarea de la figura de apego de marcar los contenidos mentales parece estar estrechamente relacionadas (Goodall et al., 2012; Myers & Wells, 2015).

Las personas que han sido validadas emocionalmente han aprendido que sus emociones son aceptables (Main, 1991). Este aprendizaje remite a las creencias adaptativas señaladas por Wells (2002) que se componen de leyes como "Pensar o sentir determinadas emociones no es malo". Por su parte, las personas que han experimentado sus emociones como inaceptables, las han expulsado de su atención construyendo creencias metacognitivas como "Sentir tristeza es malo".

Asimismo, las personas con un estilo inseguro de apego han encontrado grandes dificultades para flexibilizar y contrastar tanto sus MIT como sus estilos de regulación. El nivel de angustia en estas personas es muy elevado por lo que no dejan espacio para construir nuevas estrategias o ideas y funcionan con un nivel de reactividad elevado (Wallin, 2015). Esta rigidez dificulta la posibilidad de contrastar el hecho de que las experiencias no se repitan de forma sistemática perpetuando así su funcionamiento habitual.

En esta línea, existen estudios que han encontrado asociaciones entre la atención plena y este estilo de apego. Una postura mindfulness permite estar presente, abierto y capaz de responder al igual que la figura cuidadora "suficientemente buena" en sintonía con el bebé (Wallin, 2015). Algunos autores han señalado el entrenamiento de esta actitud como el desarrollo de la función materna en el apego seguro (Snyder, Shapiro & Treleaven, 2012). Este señalamiento ha sido corroborado por estudios que han encontrado una fuerte relación entre el mindfulness y el estilo de apego seguro (Cordon & Finney, 2008; Shaver, Lavy, Saron & Mikulincer, 2007).

Por su parte, los estilos de apego inseguro han demostrado un menor índice de la capacidad para el mindfulness así como un mayor efecto beneficioso tras una intervención en mindfulness (Cordon, Brown & Gibson, 2009). Parece que el entrenamiento en mindfulness permite desarrollar ese espacio psíquico en el que uno mismo recoge su experiencia, la valida y la calma, esa misma función que ejerce la

persona cuidadora con el bebé en la activación del sistema de apego (Snyder et al., 2012).

De la misma manera, que los MIT han mostrado tener relación con determinadas cualidades metacognitivas, también han demostrado tener un papel importante en el desarrollo de diferentes patologías y en especial en la depresión.

En este último apartado, se pretende dilucidar cómo se produce y mantiene la depresión en relación a los estilos de apego inseguros.

3. 5. Apego inseguro y depresión

Existen numerosas investigaciones en las que el estilo de apego ansioso y el estilo de apego evitativo han sido positivamente relacionados con la depresión y ansiedad (Abela, Hankin, Haigh, Adams, Vinokuroff & Trayhern, 2005; Bifulco, Moran, Ball & Bernazzani, 2002; Cooley, Buren & Cole, 2010; Lee & Hankin, 2009; Liao & Wei, 2015; Permuy, Merino & Fernández-Rey, 2010; Santelices, Garrido, Fuentes, Guzmán & Lizano, 2009; Wei et al., 2006).

Parece que ambos tipos de apego inseguro están estrechamente relacionados con los síntomas depresivos. Sin embargo, cada estilo de apego (evitativo o preocupado) presenta mediadores específicos que favorecen el desarrollo de síntomas depresivos (Wei et al., 2005). Es decir, cada estilo de apego muestra una "manera" particular de depresión. Huprich (2003), entre otros, señaló que un exceso de autonomía, un exceso de dependencia o un conflicto entre ambos podría ser un punto determinante en el desarrollo de un estado depresivo ya que la narrativa de los pacientes deprimidos se compone frecuentemente por sensación de soledad elevada o índices de auto-crítica elevados.

En el estilo de apego inseguro evitativo, la depresión inicial se encuentra en las relaciones con el otro. La falta de confianza en los demás que se presenta en este perfil está originada en la vivencia de una figura rechazante. Para evitar esta depresión, estas personas desarrollan un sentido de sí mismos engrandecido (Yo positivo) y una percepción de los otros no confiable (Otro negativo).

Esto entre otras consecuencias, reduce las interacciones interpersonales negativas y las positivas con los otros y estas personas terminan presentando déficits en habilidades interpersonales (Wei et al., 2006). Así, las estrategias de afrontamiento de estas personas no se dirigirán a la petición de ayuda al exterior sino que se caracterizarán por ser de distracción, negación, distorsión cognitiva, supresión y represión entre otras (López, Mauricio, Gormley, Simko & Berger, 2001).

Como se ha señalado en el capítulo de depresión, estas estrategias generan un efecto rebote que hace que la preocupación evitada aparezca con mayor intensidad (en forma de rumiación) favoreciendo el desarrollo de síntomas depresivos (Beevers, Wells & Miller, 2007; Wenzlaff & Luxton, 2003). Otros síntomas relacionados con la depresión y con este estilo de afrontamiento son el abuso de sustancias, las autolesiones, el desapego, la disociación e incluso el suicidio (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Lazarus & Folkman, 1986).

Además de estos síntomas, este subtipo de apego inseguro está relacionado con trastornos pertenecientes al Eje 1 del manual del DSM-V (APA, 2013) como el relacionado con abuso de sustancias, estado de ánimo, trastorno somatomorfo y trastornos de ansiedad (Dozier et al., 2008).

Por su parte, el estilo de apego inseguro ansioso-ambivalente tiende a presentar síntomas depresivos acompañados de sentimientos de soledad principalmente (Wei et al., 2005). La autoestima juega un papel determinante para el desarrollo de la depresión (imagen negativa de sí mismo) en este estilo ya que cuanto más baja sea ésta más intensa será la necesidad de buscar soporte en el otro (López, Mauricio, Gormley, Simko & Berger, 2001; Wei et al., 2006). La imagen de estas personas está desvalorizada ya que sus intentos de autonomía han sido censurados en sus primeras experiencias generando una idea de sí mismos de incapacidad (Mikulincer & Shaver, 2010). Esta sensación de incapacidad es compensada por una tendencia a la sobreimplicación y reactividad respecto al sistema de apego ya que asegura la presencia de un otro que complete sus carencias.

Como se ha señalado en el estudio de los MIT, sus estrategias para estar alerta respecto al sistema de apego se presentan a través de la rumiación, preocupación excesiva y obsesividad. De nuevo, estas estrategias empleadas de manera rígida y constante generan además de síntomas depresivos, cravings recurrentes, impulsividad,

comportamientos compulsivos (Feldman et al., 2007; Hayes & Feldman, 2006; Kumar et al., 2008).

El apego ha demostrado tener un efecto en la visión del mundo psíquico interno y externo de las personas (Main, 19991; Wallin, 2015) teniendo un papel importante en el desarrollo de fortalezas y vulnerabilidades psicológicas con especial relevancia en el desarrollo y protección de síntomas depresivos.

A pesar del ingente número de publicaciones con respecto al apego, su estudio y su medición han causado un gran debate. Más allá de realizar una revisión sobre los instrumentos en apego, esta investigación tiene como objetivo conocer los aspectos que han de tenerse en cuenta a la hora de elegir un instrumento de medida de evaluación del apego.

3. 6. Evaluación del apego

La complejidad cognitiva del adulto junto a la particularidad de las situaciones que pueden activar el sistema de apego, ha supuesto que la evaluación de este sistema haya sido un tema complicado desde sus orígenes. Numerosos estudios han comparado distintos instrumentos de apego mostrando una correspondencia moderada. Esta correspondencia tan débil parece residir en los distintos enfoques presentados por los instrumentos de apego adulto (Melero & Cantero, 2008).

Por ello, antes de comenzar con la descripción de algunos de los principales instrumentos de evaluación del apego, se señalan algunas de las consideraciones de estos instrumentos y que sirven a su vez, para ampliar el entendimiento de apego adulto. En la literatura se señalan tres cuestiones principales, 1) la medición de sus componentes representacionales versus comportamentales, 2) el entendimiento de los estilos de apego como categorías versus dimensiones y 3) su entendimiento como estado o rasgo (Martínez & Santelices, 2005; Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya & Lancee, 2010) a las que se les ha añadido la cuestión de la edad a la que está dirigido el instrumento.

3. 6. 1. En función de métodos proyectivos o de autoinforme

Uno de los aspectos principales que clasifican los instrumentos de apego es si éstos están dirigidos a la evaluación del material inconsciente respecto a sus relaciones pasadas de apego o si bien se centran en las conductas conscientes de las personas respecto a sus relaciones actuales de apego. Los instrumentos caracterizados por el estudio del inconsciente, evalúan el sistema representacional del apego a través de la medición de las capacidades metacognitivas y la organización del mundo interno respecto a las relaciones pasadas. Este método se vale de entrevistas o métodos proyectivos con los que sorprende al inconsciente. Uno de los instrumentos más representativos de este enfoque es la *Entrevista en Apego de Adulto* que se explicará más adelante. Una segunda vía para medir el apego sería el uso de cuestionarios o autoinformes con los que se evalúan las conductas o pensamientos de las personas en relación a sus experiencias actuales (Martínez & Santelices, 2005). Los autoinformes miden las actitudes conscientes hacia las relaciones y recuerdos de experiencias en la actualidad, estos instrumentos no pueden detectar cuando las defensas de las personas sesgan las respuestas frente a los métodos proyectivos o entrevistas que buscan reducir este sesgo (Ravitz et al., 2010). Los métodos proyectivos y las entrevistas son largos y costosos de aplicar frente a los cuestionarios que facilitan la evaluación de un número elevado de personas en poco tiempo. A pesar de las diferencias, ambos modelos están conectados ya que tanto la representación mental respecto al apego como los comportamientos de apego surgen de las diferentes experiencias de apego comenzando con los padres (Martínez & Santelices, 2005).

3. 6. 2. En función de su clasificación en categorías o dimensiones

Otro aspecto que genera controversia en la medición del apego es su medición en categorías o dimensiones (Martínez & Santelices, 2005). El enfoque categorial establece estilos de apego excluyentes y se basa en la categorización realizada por Ainsworth y su equipo (1978) en la que se establecen estilos de apego adultos paralelos a los infantiles; un estilo de apego seguro e inseguro y dentro del inseguro se distinguen tres subtipos: el evitativo, preocupado o desorganizado. El enfoque categorial se centra en las cualidades de cada estilo de manera global y estable. Este estilo de medición no tiene en cuenta las particularidades de cada sujeto, es decir las

diferencias intersujetos dentro de cada tipo. Por otro lado, no ha demostrado la robustez estadística que demuestra la medición dimensional. Sin embargo, la clasificación categorial ofrece la posibilidad de crear estereotipos clínicos que facilitan la comunicación científica (Martínez & Santelices, 2005).

Por su parte, el enfoque dimensional se basa en la evaluación del apego a través un continuo que evalúa el grado de ansiedad o evitación que se presenta en las personas respecto a las experiencias de apego (Hazan & Shaver, 1987; Yárnoz & Comino, 2011). Una persona con un grado elevado en ansiedad se corresponde a un estilo de apego ansioso. Este estilo se caracteriza por un self negativo, preocupaciones de abandono e hiperactivación del sistema de apego. Por su parte, un puntaje elevado en evitación se traduciría a un apego evitativo el cual estaría marcado por una percepción de los otros negativa, un rechazo a la intimidad y a la dependencia, un apoyo en sí mismo y una desactivación del apego. Este modelo presenta mayores posibilidades a la hora de realizar datos estadísticos en investigación y además a través de puntuaciones estándar se pueden establecer modelos categoriales.

El modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) reconcilia ambas posturas: categorial y dimensional. Un estilo de apego ansioso presentaría puntuaciones extremas en ansiedad y muy bajas en evitación frente a un apego evitativo que mostraría puntuaciones extremas en evitación y muy bajas en ansiedad. Así, el estilo de apego seguro, mostraría puntuaciones bajas en ambos polos y un estilo de apego desorganizado puntuaciones elevadas en ambas (Feeney, 1999).

En la siguiente figura se muestra el modelo de ansiedad y evitación con las categorías de cada cuadrante.

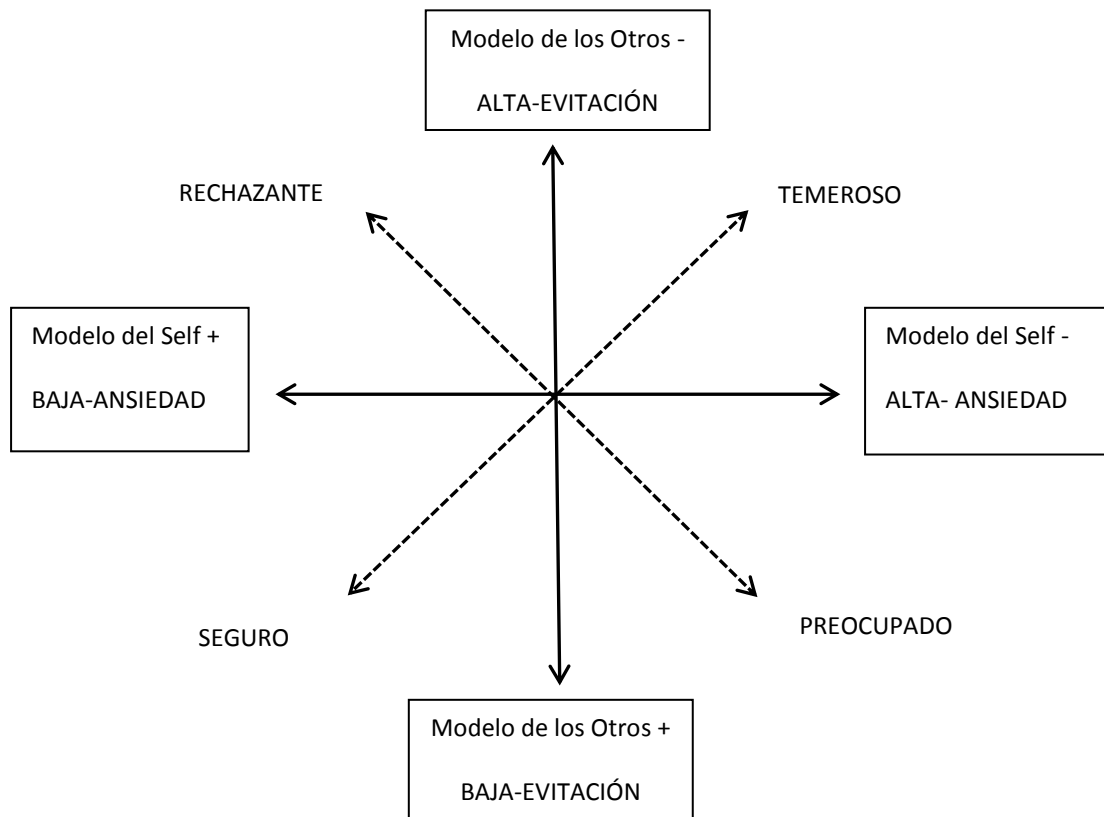


Figura 15. Modelo del Self-Otro de dos dimensiones y cuatro categorías (Bartholomew & Horowitz, 1991)

En un estilo de apego seguro la visión de uno mismo será positiva y de aceptación y los otros serán entendidos como un posible sostén y apoyo. Consecuentemente, habrá una apreciación a la intimidad. Mientras, un estilo preocupado tendrá una visión de sí mismo de no valer la pena y una visión del otro excesivamente positiva compensando la visión de sí mismo. El estilo evitativo es en cierto modo, el reverso del estilo preocupado. Compensará una visión negativa y carente de confianza en el otro por una visión extremadamente positiva de sí mismo. Y por último, el estilo temeroso mostrará una visión de sí mismo y de los otros negativa (Bartholomew, 1990).

3. 6. 3. En función de su comprensión como rasgo o estado

La última consideración antes de elegir un instrumento de apego es tener en cuenta una de las descripciones que se han hecho de este fenómeno; "el apego es un rasgo dependiente del estado" (p. 421, Ravitz et al., 2010). Como se ha señalado a

través de la revisión del apego, las conductas de apego no se activan hasta que una amenaza o una señal de peligro es percibida. No obstante, también se ha señalado que los patrones de apego (MIT) actúan a través de las percepciones, la memoria o la atención construyendo la realidad de cada uno. Así pues, habrá instrumentos más sensibles a medir el apego como rasgo frente a otros que serán más sensibles a su activación o desactivación como estado. En esta línea, se ha señalado la importancia del tipo de relación que evalúa cada instrumento y la poca fiabilidad que genera una medición transversal del apego en el adulto. La naturaleza de la relación (pareja, padres, hijos, etc.) que se evalúe puede generar diferentes estados mentales y además esas relaciones son evaluadas en cada contexto (Ravitz et al., 2010).

A continuación se muestran en algunos de los instrumentos de evaluación del apego en edad adulta a través de las características descritas en los párrafos anteriores.

3. 6. 4. En función de la edad

Existe un elevado número de instrumentos para medir el apego. La principal distinción entre ellos es si se tratan de entrevistas necesariamente aplicadas por entrevistadores formados o bien cuestionarios autoaplicados.

En el primer grupo, se encuentra la conocida Entrevista en Apego en Adulto (AAI). Esta entrevista aborda temáticas de separación, pérdida, necesidad y se evalúa la organización mental respecto a la narrativa, el contenido imaginario y la conducta reportada bajo la cual están ordenadas estas experiencias (Main et al., 1985).

La realización de este tipo de entrevistas es muy costosa y por cuestiones prácticas en investigación se emplea de manera más habitual cuestionarios autoaplicados que permitan su pasación de forma colectiva.

Los cuestionarios autoaplicados utilizados para la evaluación del apego se distinguen a su vez entre aquellos que evalúan de forma categorial el cuestionario de Estilo de Apego en Adulto (Adult Attachment Styles) de Hazan y Shaver (1987) que evalúa a través el confort con la cercanía, confort con la dependencia o confianza en los otros y ansiedad hacia el abandono o no ser amado como o bien dimensional como

el instrumento de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR, Brennan Clark & Shaver, 1998).

Como se ve, los instrumentos de apego aportan un conocimiento más diverso respecto a las múltiples expresiones posibles de los MIT en la vida de las personas. A través de este apartado, se ha podido señalar cómo los MIT pueden expresarse a través de aspectos como la capacidad metacognitiva de las personas (Gojman, 2010; Main, 1991; Main et al., 2003), las ideas que tienen de ellos mismos y de los otros (Bartholomew & Horowitz, 1991) o las estrategias de manejo de estrés (Feeney & Noller, 1996). Estas expresiones dan forma a las diferentes fortalezas y vulnerabilidades psicológicas de las personas.

CAPÍTULO 4.

CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN TEÓRICA

CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN TEÓRICA

La depresión puede presentar múltiples formas respecto a su intensidad y duración. Una de sus formas es la intensidad de sus síntomas que aunque en ocasiones no cumple los criterios para al alcanzar el diagnóstico de trastorno, supone un desgaste vital importante en la persona.

La variabilidad de las personas en el desarrollo de los síntomas depresivos ha inspirado el desarrollo de teorías psicológicas que señalan la presencia de determinadas cualidades intrapsíquicas como factores cruciales en el desarrollo y mantenimiento de estos síntomas.

A lo largo de esta investigación se han señalados algunos de los modelos que defienden esta teoría.

El modelo de Blatt (2004) señala a la influencia de determinadas dimensiones de personalidad. Por su parte, los modelos cognitivos que se describen en esta revisión señalan el papel de las cogniciones negativas (Beck, 1995, Teasdale, 1999a; Young, 1994) como las favorecedoras del desarrollo de estos síntomas. Otra línea de investigación perteneciente al modelo cognitivo es el modelo metacognitivo. Este modelo señala la presencia de déficits en las capacidades metacognitivas en el desarrollo de síntomas depresivos (Korn et al., 2014; Teasdale, 1999b; Yilmaz et al., 2015).

Este último modelo ha realizado interesantes propuestas de intervención en síntomas depresivos a través de la intervención con técnicas de entrenamiento atencional que inciden en las metacogniciones desadaptativas causantes del desarrollo de patologías (Paul et al., 2013; Piet et al., 2012; Strauss et al., 2014). Una de las más conocidas es la intervención en atención plena, y ha reportado numerosos beneficios tanto en el tratamiento como mantenimiento de la depresión.

Por su parte, una explicación común a los distintos modelos respecto al desarrollo de estas particularidades en las personas reside en el tipo de experiencias tempranas vividas (Abela et al., 2005; Beck, 1995; Blatt, 2004; Teasdale, 1999a; Young,

1994). Una de las teorías que mayores aportaciones ha hecho en este campo es la teoría del apego.

El apego es el vínculo que se construye en las experiencias tempranas con la figura principal de cuidado. Este vínculo se desarrolla en escenas de demanda y necesidad del bebé con la respuesta del cuidador/a. Esta teoría defiende que las cualidades de este vínculo son responsables en parte de la construcción del psiquismo de las personas. En estas interacciones el niño o la niña construyen sistemas de creencias respecto a sus emociones, posibilidades de regulación y disponibilidad del otro hacia sus necesidades (Main, 1991; Wallin, 2015). Por ejemplo, un bebé cuya expresión de necesidad es negada o minimizada, tiene posibilidades de interpretar que sus emociones no son aceptables y que el Otro no está disponible para escucharlas o calmarlas. Estas interpretaciones generan además de creencias, formas de afrontar las emociones que las mantienen (Mikulincer & Shaver, 2010). Esto es, la falta de una respuesta adecuada de la persona cuidadora hacia la emoción del bebé empobrece la capacidad del menor de poner en palabras su emoción y observarla. Esta capacidad para autobservarse parece estar relacionada con la capacidad de metacognición (Gojman, 2010; Wallin, 2015).

Estos efectos de los vínculos tempranos parecen mantenerse a lo largo de la vida de las personas y están en constante funcionamiento en la construcción de la realidad de las personas.

Algunos de los teóricos revisados en esta investigación señalan la relación entre los vínculos parentales experimentados con el desarrollo de las dimensiones de personalidad descritas por Blatt (Ahmad & Soenens, 2010; Blatt et al., 2007), las cogniciones negativas de Beck y Young y los déficits en metacognición (Brown & Gibson, 2009; Shapiro & Treleaven, 2012).

Tras la revisión teórica realizada se procede a presentar la parte empírica de esta investigación.

EL PRESENTE ESTUDIO.

CAPÍTULO 5.

EL PRESENTE ESTUDIO

La parte empírica de esta investigación se divide en tres estudios. El primer estudio se centra en la validación de los cuestionarios necesarios para evaluar las variables pertinentes en esta investigación. En este primer apartado se validarán dos cuestionarios: el *Cuestionario de Experiencias Depresivas*, centrado en la evaluación de estructuras de personalidad depresivas y el *Cuestionario-Escala de Relación* encargado de evaluar los estilos de apego.

El segundo estudio de esta investigación se centra en el análisis de la relación de los cuatro niveles señalados en la figura del iceberg. Es decir la relación entre los síntomas depresivos, los estilos de afrontamiento, la resiliencia, las capacidades metacognitivas, las estructuras depresivas y los estilos de apego.

Y por último, el tercer estudio evalúa los efectos de un entrenamiento en atención plena en los síntomas depresivos, los estilos de afrontamiento y la resiliencia.

A continuación se procede a explicar los resultados del primer estudio.

5. 1. Estudio 1: Adaptación a la muestra española de los instrumentos: Cuestionario de Experiencias Depresivas y Cuestionario de Escalas de Relación.

A lo largo de la revisión teórica, en la parte relativa a la depresión se ha destacado la necesidad de comprobar el funcionamiento de los distintos subtipos de depresión así como los efectos que pueden tener determinados tipos de personalidad en el desarrollo de la misma. Por ello, se ha considerado necesaria la realización de la validación del *Cuestionario de Experiencias Depresivas* para poder evaluar de una manera adecuada los índices de vulnerabilidad y el tipo de depresión pertinente en esta investigación.

Con respecto a la revisión de apego, se ha señalado con especial hincapié la enorme dificultad de medición que genera este constructo y la importancia de valorar su medida a través del método categorial y dimensional. Es por ello que se consideró necesario en esta investigación emplear más de un instrumento para medir el apego. En la misma línea, se trató de emplear instrumentos que permitieran su evaluación tanto en dimensión como en categoría. El *Cuestionario de Relación* (RQ) permitía cubrir estas necesidades y el *Cuestionario Escala de Relación* (RSQ) que pertenecía a los mismos autores también. Por ello, se consideró adecuada la validación de este último instrumento ya que además de cubrir los objetivos planteados en la medición del apego, pertenecía a los mismos autores que desarrollaron el RQ por lo que el enfoque teórico sería similar.

En este estudio se muestran los resultados obtenidos de las validaciones de los instrumentos necesarios para la realización de esta investigación.

Se llevó a cabo la validación de dos instrumentos, el *Cuestionario de Experiencias Depresivas* (DEQ) de Blatt, D’Afflitti y Quinlan (1979) para la consecuente evaluación de estilos de personalidad relacionados con subtipos de depresión y el

Cuestionario-Escala de Relaciones Interpersonales (RSQ) de Griffin y Bartholomew (1994) para la evaluación del apego.

En primer lugar se muestran los resultados del estudio de validación del DEQ para dar paso en el segundo apartado a la validación del Cuestionario-Escala de Relación.

5. 1. 1. Adaptación y validación del instrumento: Cuestionario de Experiencias Depresivas (Depressive Experiences Questionnaire; DEQ, Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1979).

5. 1. 1. 1. Introducción

La diferenciación de los subtipos de depresión constituye un conocimiento fundamental a la hora de describir y tratar las múltiples expresiones de la misma. El estudio de los aspectos de la personalidad que subyacen al desarrollo de su vulnerabilidad puede suponer una fuente de conocimiento para el desarrollo de programas preventivos y su entendimiento como un continuo de gravedad permite conocer el desarrollo de ésta más allá de su expresión sintomática.

El *Cuestionario de Experiencias Depresivas* (Blatt et al., 1976; 1979) considera la depresión como un continuo de gravedad y combina las teorías psicodinámicas y cognitivas para explicar la vulnerabilidad depresiva a través de la caracterización de dos dimensiones de la personalidad. Estas dos dimensiones se basan en el desarrollo disfuncional de aspectos interpersonales y de relación con uno/a mismo/a. A su vez, estas dos dimensiones permiten caracterizar la existencia de dos subtipos de depresión. Las personas que se apoyan en exceso en el otro a costa de su propio sentido de sí mismo, tenderán a desarrollar un estilo de personalidad dependiente y depresiva llegando a desarrollar una personalidad autocrítica siendo su depresión característica la de tipo introyectivo (Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers & Franko, 1983).

Inicialmente, este cuestionario fue desarrollado con muestra no clínica y sus ítems se desarrollaron a partir de las experiencias reportadas de pacientes depresivos. Estos ítems representan las experiencias del día a día más comunes en un estado depresivo, “En mis relaciones íntimas, nunca siento celos”, “Usualmente me ocurre

que no cumpla mis propias metas o ideales”, “No me afecta la falta de relaciones humanas” o “Me da mucho miedo el encontrarme solo (a)”. Los resultados arrojaron la existencia de tres factores: factor de Dependencia, Autocrítica y AutoEficacia.

El factor de Dependencia se centra en las relaciones interpersonales. Los ítems que componen este factor contienen temas relacionados con el abandono, el deseo de cercanía a los demás, sentimientos de impotencia, sentimientos de haber sido herido o abandonado y dificultades de la gestión de la agresividad. Este factor está relacionado con la depresión de tipo anaclítico.

El segundo factor, Autocrítica, se relaciona con sentimientos de fracaso y autoestima. Está más orientado a la experiencia interna, Los temas contenidos en este aspecto son: preocupación, sentimiento de culpabilidad, sensación de vacío, desesperanza, insatisfacción, sensación de fracaso en cuestión de expectativas, dificultades para asumir la responsabilidad, ambivalencia hacia uno mismo y los demás y tendencia a ser crítico hacia uno mismo.

Por último, el tercer factor se refiere a "un sentido de confianza en los propios recursos y capacidades". Los temas involucrados son altos estándares y metas personales, sentimientos de independencia, satisfacción y orgullo en los logros personales "(p. 385, Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976). Este factor se refiere a los aspectos resilientes en la predicción de la depresión (Blatt et al., 1976). La fluctuación flexible entre ambos factores representa un funcionamiento normal y sano en las personas, es la rigidez en uno de sus polos cuando se dan índices en psicopatología (Yao et al., 2009).

El cuestionario ha sido comparado con otros instrumentos como el *Inventario de Depresión de Beck* (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982) o el CESD (Campos, 2000; Radloff, 1977; Yao et al., 2009), entre otros. El factor de autocrítica tiende a mostrar una mayor correlación con estos instrumentos. Estos resultados pueden estar sugiriendo la negligencia existente a la hora de medir la depresión anaclítica. Varios estudios (Blatt et al., 1976; 1982) distinguen tres tipos de depresión, las puntuaciones altas en Dependencia, altas puntuaciones en la autocrítica y altas puntuaciones en ambos factores. Esta última forma sería la más vulnerable a desarrollar depresión. El factor de eficacia ha reportado diferentes resultados en varios estudios. En el estudio original de la consistencia interna varió entre .72 y .83, y la

muestra fue compuesta por estudiantes universitarios con diferencias significativas entre hombres y mujeres, que muestran las puntuaciones más altas de autocrítica en los hombres y los puntajes más altos de dependencia en las mujeres (Blatt et al., 1976). El instrumento ha sido replicado en varias ocasiones mostrando resultados similares (de .69 a .80) en consistencia interna (Zuroff, Church & Mongrain, 1990). Sin embargo, el factor de Eficacia no ha alcanzado los índices de confiabilidad en varias repeticiones (Boucher, Cyr, & Fortin, 2006; Santor et al., 1997; Zuroff et al., 1983). La validación del cuestionario a otras culturas se ha basado en análisis factoriales, la correlación entre las subescalas y con otros instrumentos y la comparación del peso de los factores de la replicación con la muestra original. Los resultados del cuestionario en diferentes idiomas han demostrado una buena consistencia interna; en la validación francesa las alfas fueron de .63-.94 (Boucher et al., 2006), la versión portuguesa mostró un rango de .69 a .83 (Campos, 2000), en la versión china, por su parte .65 a .77 (Yao et al., 2009) y la traducción al árabe fue .70-.72 (Ahmad & Soenens, 2010). La revisión de la literatura no ha demostrado estudios publicados sobre DEQ en España y este instrumento podría facilitar la elección del tratamiento adecuado para la depresión en función del tipo de estructura depresiva que la persona presente.

En base a lo expuesto, el objetivo de este estudio es analizar las propiedades psicométricas del DEQ en población española.

5. 1. 1. 2. Método

5. 1. 1. 2. 1. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 416 participantes. La edad osciló entre los 18 y los 67 años de edad, con una edad media de 27.63 años ($DT = 10.98$). 314 eran mujeres (75.4%), mientras que 102 (24.6%) eran hombres.

Los participantes fueron reclutados de la población en general en la provincia de Vizcaya (España). Los participantes se obtuvieron de entre estudiantes universitarios, estudiantes de un centro de educación de adultos y las redes sociales. El criterio de inclusión fue ser 18 años de edad o más.

La mayoría de los participantes pertenecían a población universitaria bien cursando los estudios bien habiéndolos finalizado ($n = 334$, 80.3%). 42 de ellos (10.1%) habían completado los estudios de Educación Secundaria, 36 (8.7%) habían realizado

estudios técnicos y sólo uno de ellos (0.2 %) estudios de Educación Primaria. 3 de los participantes (0.7%) no informó acerca de sus estudios.

Por último, el 81% de los participantes (n = 337) eran solteros, mientras que el 15.3% (n = 64) estaban casados o formaban pareja de hecho. Un 1.9% (n = 8) se había divorciado y un 0.7% (n = 3) era viuda. No existe la información disponible de cuatro participantes (1%), respecto a su estado civil.

5. 1. 1. 2. 2. Instrumentos

Además del *Cuestionario de Experiencias Depresivas* se emplearon los siguientes instrumentos:

Sintomatología depresiva. El cuestionario empleado ha sido la *Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos* (CESD; Radloff, 1977). Es un instrumento autoaplicado que permite evaluar la presencia de sintomatología depresiva tanto en población clínica como general. Consta de 20 ítems entre los que se distinguen 4 subescalas diferentes; Afecto “Me sentí solo/a”, Afecto positivo “Disfruté de la vida”, Disminución psicomotora “Mi sueño fue agitado o inquieto” y Dificultades interpersonales “Las personas eran poco amistosas”. El sistema de respuesta es de tipo Likert, con una escala que oscila entre 0, prácticamente nunca, y 3, casi todo el tiempo. Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna. Los coeficientes aportados por Calvete y Cardeñoso para la validación en español (1999) son altos, tanto para las cuatro subescalas: Afecto depresivo (.96), Falta de afecto positivo (.94), Disminución psicomotora (.96) y Dificultades interpersonales (.84), como para la Escala completa (.98). En esta investigación el alfa de Cronbach total obtenido ha sido de .91 mientras que para las escalas ha sido de .88 en afecto depresivo, .78 en falta de afecto positivo, .73 en disminución psicomotora y .71 en dificultades interpersonales.

Apego. El *Cuestionario de Relación* (RQ; Bartolomew & Horowitz, 1991) es un instrumento breve de autoinforme que evalúa el estilo de apego de forma categorial y dimensional. El instrumento tiene dos partes. En la primera parte se pide elegir a los participantes la forma de relación afectiva que mejor les represente. Cada párrafo corresponde a un estilo de apego diferente; el estilo de apego seguro corresponde al párrafo, “Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en las que tengo confiar en los demás como en

aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar solo/a o de que los no me acepten no me trastorna”.

El estilo de apego evitativo está representado por el párrafo “Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí”.

El tercer estilo de apego, el preocupado corresponde al párrafo, “Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos”. Y por último, el estilo de apego temeroso pertenece al párrafo “Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás”.

En una segunda parte del instrumento, los resultados se organizan a través de las dos dimensiones de apego, ansiedad y evitación. De nuevo, se presentan los cuatro párrafos de la primera parte. Esta vez, el participante ha de indicar el grado de acuerdo con la idea que representa cada párrafo utilizando una escala Likert de 7 puntos que va desde “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente de acuerdo”. Las estimaciones de fiabilidad de las clasificaciones de la RQ obtuvieron kappas alrededor de .35 (Crowell, Fraley & Shaver, 2008). El constructo y validez convergente han sido apoyadas por diferentes investigaciones (Griffin & Bartholomew, 1994; Shaver, Belsky, & Brennan, 2000; Schmitt et al., 2004). La versión española del RQ empleada en el presente trabajo se llevó a cabo por Alonso-Arbiol (2000), y también ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Alonso-Arbiol, Balluerka & Shaver, 2007).

5. 1. 1. 2. 3. Procedimiento

El reclutamiento de la muestra se hizo entre los estudiantes universitarios, estudiantes de un centro de educación de adultos y las redes sociales a través de un link durante los años 2011, 2012 y 2013.

Sólo en el caso de los estudiantes universitarios de la encuesta la evaluación se llevó a cabo de forma presencial colectiva. Con el fin de administrar los instrumentos,

el Decano de la facultad y los directores del departamento de Psicología fueron contactados. Con las autorizaciones pertinentes, los instrumentos de evaluación se administraron durante las clases regulares. La administración fue colectiva y hecha bajo la supervisión de la investigadora. En el centro de educación de adultos perteneciente a la universidad, se utilizó un procedimiento similar pero la administración era individual. Facebook fue utilizado para la difusión de los cuestionarios en otros casos.

Esta investigación cuenta con la aprobación ética de la Universidad de Deusto y la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias / B+I+O Eusko Fundazioa (BIOEF) (Anexo 2). Todos los pacientes que según los criterios de inclusión fueron posibles participantes para el estudio fueron informados de forma oral y escrita (Anexo 3) sobre las implicaciones de su colaboración. En todos los casos, los participantes recibieron las instrucciones necesarias en las que el carácter voluntario de su participación fue enfatizado y el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas fueron garantizadas.

El instrumento fue traducido y adaptado conceptualmente a nuestro contexto y luego de retro-traducido al idioma original (Behling & McFillen, 2000). En este proceso, los participantes fueron dos españoles, bilingües en inglés, y una persona nativa del Reino Unido, también bilingüe. Después, dos investigadores externos con experiencia en el área de los síntomas depresivos y el diagnóstico hicieron sugerencias acerca de la validez del contenido de los ítems.

1. 1. 2. 4. Análisis estadísticos

Se analizaron los ítems a partir de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). A partir de las cargas factoriales se ha estimado la varianza extracta por cada una de las dimensiones y su fiabilidad de constructo. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones y valores de escala total del CESD (Vázquez, Blanco, & López 2007) y el RQ (Alonso-Arbiol, 2000) como criterio de validez convergente. Por último, se analizaron la relación multivariante de las subescalas del DEQ con los predictores, con el fin de analizar la validez del instrumento controlando la varianza común de los predictores.

5. 1. 1. 3. Resultados

5. 1. 1. 3. 1. Propiedades psicométricas

Los resultados del análisis de consistencia interna mostraron que el factor “Auto-eficacia” tenía una consistencia muy baja, por lo que fue descartado. A partir de estos resultados se analizó la estructura factorial mediante un análisis factorial confirmatorio de las características indicadas en la sección de Análisis de Datos. Para ello se comparó el ajuste de dos modelos: uno primero según el cual el cuestionario estaría compuesto por dos factores, Dependencia y Autocrítica, que mostró un ajuste global inaceptable según los índices absolutos y de parsimonia valorados; $\chi^2_{\text{Satorra-Bentler}}/\text{df} = 4.50$; CFI = .90; NNFI = .89; GFI = .93; AGFI = .92; RMSEA = ,093 (I,C, 90%: .089 – .097).

El segundo modelo analizó el ajuste del cuestionario en tres factores, Dependencia, Relación y Autocrítica, que a su vez se agruparían en un factor secundario. Los resultados mostraron un ajuste bajo del modelo propuesto a los datos según todos los índices de bondad de ajuste valorados, $\chi^2_{\text{Satorra-Bentler}}/\text{df} = 3.69$; CFI = .92; NNFI = .91; GFI = .94; AGFI = .93; RMSEA = ,082 (I,C, 90%: .078 – .086), con una mejora significativa en el ajuste según el primer modelo analizado, $\chi^2(2) = 383.17$, $p < .001$. No obstante, el resultado del análisis factorial sugirió el establecimiento de covarianzas en los errores de varios pares de ítems (Tabla 2) para mejorar el ajuste del modelo por medio de la reducción del valor del estadístico χ^2 . Los resultados de este nuevo análisis indicaron un mejor ajuste del modelo, $\chi^2_{\text{Satorra-Bentler}}/\text{gl} = 2.82$; CFI = .95; NNFI = .94; GFI = .94; AGFI = .93; RMSEA = ,067 (I,C, 90%: .063 – .071). Nuevamente se verificó mediante el test χ^2 que el ajuste del modelo con errores correlacionados era significativamente mejor que el del modelo sin errores correlacionados, $\chi^2(10) = 430.82$, $p < .001$. De este modo, se etiquetó a los factores de acuerdo a la versión original: “Dependencia” (17 ítems), “Auto-crítica” (11 ítems) y “Relación” (8 ítems).

En la tabla siguiente se muestran los estadísticos descriptivos de los ítems agrupados por factores del DEQ.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de los elementos y factores del DEQ (media, desviación típica, Asimetría, correlación ítem-total consistencia del factor si se eliminara el ítem, factor de carga y error de estimación).

Ítem / factor	M	DT	Asim.	Corr. ítem-Total	Consistencia sin ítem	Factor de carga (λ)	Error estimación (δ)
<i>Dependencia</i> ($\alpha = .82$)	68.12	12.34	0.12	-	-	-	-
2	4.51	1.57	-0.23	.41	.80	.39	.85
6	2.66	1.31	0.70	.37	.80	.46	.79
11	3.66	1.55	0.16	.50	.79	.66	.56
19	4.49	1.76	-0.34	.58	.79	.59	.65
22	3.85	1.74	-0.02	.42	.80	.49	.76
23	4.26	1.72	-0.19	.52	.79	.52	.73
26	4.47	1.56	-0.26	.33	.81	.37	.86
27	3.99	1.66	-0.12	.31	.81	.35	.88
28	4.19	1.59	-0.14	.56	.79	.66	.56
30	2.86	1.53	0.67	.47	.80	.65	.57
35	2.99	1.62	0.50	.46	.80	.56	.68
37	3.76	1.52	0.04	.42	.80	.47	.78
42	3.41	1.45	0.32	.37	.80	.38	.85
46*	4.41	1.77	-0.35	.22	.81	-	-
52*	5.06	1.39	-0.52	.21	.81	-	-
56*	4.93	1.30	-0.69	.26	.81	-	-
58	3.25	1.77	0.38	.42	.80	.52	.73
<i>Auto-Crítica</i> ($\alpha = .85$)	39.43	11.09	0.11	-	-	-	-
7	3.25	1.46	0.44	.47	.83	.48	.77
10	3.93	1.61	-0.08	.46	.83	.63	.60
13	3.35	1.56	0.34	.60	.82	.63	.60
16	3.66	1.75	0.23	.64	.82	.69	.53
17	3.30	1.65	0.39	.56	.82	.58	.66
36	3.30	1.81	0.41	.68	.81	.77	.41
41	3.91	1.53	0.06	.51	.83	.63	.60
43	3.06	1.56	0.58	.61	.82	.66	.56
51	3.39	1.61	0.34	.35	.84	.43	.82
53*	3.60	1.62	0.20	.25	.85	-	-
64	4.68	1.58	-0.44	.58	.82	.65	.58
<i>Relación</i> ($\alpha = .71$)	37.60	7.06	0.03	-	-	-	-
9	5.77	1.37	-1.24	.31	.70	.31	.90
20	4.92	1.56	-0.65	.49	.66	.60	.65
32	5.36	1.13	-0.63	.43	.68	.42	.83
34	4.50	1.63	-0.37	.37	.69	.44	.81
45	4.51	1.84	-0.58	.29	.72	.44	.80
50	4.33	1.55	-0.26	.54	.65	.70	.51
55	3.90	1.66	0.04	.45	.67	.65	.58
65	4.17	1.75	-0.10	.41	.68	.54	.71

Nota. *: ítem descartado por baja correlación con su factor ($<.30$).

En la tabla 11 se muestran los resultados de los pares de ítems.

Tabla 11. Pares de ítems correlacionados con errores de estimación

Pares de ítems	Correlación error
Ítem 2 – Ítem 19	.68
Ítem 2 – Ítem 23	.40
Ítem 7 – Ítem 13	.25
Ítem 9 – Ítem 65	.52
Ítem 16 – Ítem 17	.35
Ítem 16 – Ítem 36	.28
Ítem 19 – Ítem 23	.47
Ítem 26 – Ítem 27	.49
Ítem 26 – Ítem 28	.49
Ítem 41 – Ítem 43	.26

5. 1. 1. 3. 2. Análisis Descriptivo del Instrumento

Seguidamente se llevó a cabo un análisis descriptivo de los ítems y de los factores resultantes. Los resultados se detallan en la Tabla 10. Tal como se puede observar, la puntuación media de los ítems osciló entre 2.66 (ítem 6) y 5.77 (ítem 9). Además, todas las variables analizadas (ítems y factores) tuvieron coeficientes de asimetría dentro de los límites que indican normalidad (± 1), excepto el ítem 9, que fue ligeramente superior.

5. 1. 1. 3. 3. Análisis de Validez Convergente y Discriminante

Para el análisis de la validez concurrente se establecieron los coeficientes de correlación de Pearson con medidas de depresión y apego. Los resultados se detallan en la Tabla 12. Tal como se puede observar, los factores del DEQ correlacionaron positiva y significativamente entre sí, al igual que con la medida de depresión del cuestionario el CESD, lo cual indica convergencia de las medidas. Con respecto a la medida de apego, tanto los factores individuales como la puntuación total del DEQ correlacionaron negativamente con el estilo seguro y evitativo, mientras que positivamente con el estilo desorganizado y ansioso. Sin embargo, la magnitud de las correlaciones fue menor que en el caso de la depresión, lo cual indica validez discriminante.

Tabla 12. Coeficientes de correlación (Pearson's r) entre los valores de los factores del DEQ y las medidas de validación.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Dependencia	1							
2.Auto-crítica	.71**	1						
3.Relación	.69**	.42**	1					
4.Total DEQ	.94**	.86**	.76**	1				
5.Depresión	.39**	.47**	.21**	.43**	1			
6.Apego Seguro	-.25**	-.26**	-.10*	-.25**	-.31**	1		
7.Apego Evitativo	-.19**	-.09	-.26**	-.20**	-.07	.07	1	
8.Apego Ansioso	.45**	.41**	.31**	.46**	.25*	-.34**	-.07	1
9.Apego Desorganizado	.30**	.29**	.10*	.28**	.22*	-.49**	.01	.22**

$p < .01$, ** $p < .001$.

Por último, se analizó la relación multivariante entre cada subescala del DEQ y los predictores a través de regresiones múltiples con el fin de probar con mayor precisión la validez convergente y discriminante. Los resultados se muestran la Tabla 4 (dependencia), la Tabla 5 (Autocrítica), tabla 6 (Afinidad) y la Tabla 7 (puntuación total). Como se puede observar, la depresión general y apego ansioso fueron los predictores más fuertes de las subescalas DEQ y de su puntuación total, mientras que el apego seguro no alcanzó significación en ningún caso.

Tabla 13. Regresión múltiple para la predicción del factor de Dependencia

	B	E.T. B	β
Depresión	0.25	0.05	.25*
Apego Seguro	0.29	0.43	.04
Apego Evitativo	-1.26	0.35	-.15*
Apego Ansioso	2.61	0.35	.34*
Apego Desorganizado	1.34	0.35	.19*

Nota: Dependencia: $R^2 = .33$ ($p < .001$)

* $p < .001$.

Tabla 14. Regresión múltiple para la predicción del factor de Auto-Crítica

	B	E.T. B	β
Depresión	0.34	0.04	.37*
Apego Seguro	0.15	0.39	.02
Apego Evitativo	-0.21	0.31	-.03
Apego Ansioso	1.89	0.31	.28*
Apego Desorganizado	1.05	0.31	.17*

Nota: Auto-Crítica: $R^2 = .33$ ($p < .001$)

* $p < .001$.

Tabla 15. Regresión múltiple para la predicción del factor de Relación

	B	E.T. B	β
Depresión	0.08	0.03	.14*
Apego Seguro	0.26	0.28	.05
Apego Evitativo	-1.11	0.22	-.24**
Apego Ansioso	1.11	0.23	.25*
Apego Desorganizado	0.21	0.22	.05

Nota: Relación: $R^2 = .16$ ($p < .001$)

* $p < .01$, ** $p < .001$.

Tabla 16. Regresión múltiple para la predicción de la puntuación total del DEQ

	B	E.T. B	β
Depresión	0.67	0.10	.31*
Apego Seguro	0.70	0.91	.04
Apego Evitativo	-2.57	0.73	-.15*
Apego Ansioso	5.62	0.74	.34*
Apego Desorganizado	2.60	0.73	.17*

Nota: DEQ total: $R^2 = .36$ ($p < .001$)

* $p < .001$.

5. 1. 1.4. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del DEQ analizando su estructura factorial, consistencia interna y validez convergente y divergente en los síntomas depresivos y los estilos de apego.

En este estudio, el modelo ha quedado formado por tres factores: factor de Autocrítica, factor de Dependencia y factor de Relación. El factor de Autocrítica remite a un perfil de personalidad con tendencia a desarrollar un subtipo de depresión introyectivo. Por su parte, ambos factores, Dependencia y Relación, están vinculados una depresión de tipo anaclítico. Si bien en el modelo del cuestionario inicial, el factor que remitía a este subtipo de depresión anaclítica se limitaba al factor de Dependencia, estudios posteriores mostraron una mejor adecuación del modelo si este factor era dividido en Dependencia y Relación (Blatt et al., 1995). El factor de Dependencia está relacionado con sentimientos de impotencia, miedo y aprensión ante situaciones de abandono o rechazo. Mientras el factor de Relación está relacionado con la pérdida de una relación y la sensación de soledad en relación a una ruptura de relación con una persona concreta. Ambos factores que se refieren a la interrupción o la separación de vínculos sin embargo, existen matices entre ambos que indican diferentes niveles de madurez. El factor de Dependencia corresponde a un nivel más primitivo del desarrollo de las personas, las emociones a las que se refiere

reportan niveles de angustia más elevados que el otro factor y se refieren a sentimientos más abstracto. El factor de Relación por su parte, se refiere a sentimientos de pesar ante la ruptura de una relación concreta, no se refiere a una sensación de miedo al abandono global como el factor de Dependencia, sino que el malestar y el miedo están focalizados en la pérdida de una relación con una persona concreta. La distinción entre estos factores y los niveles de desarrollo a los que corresponden permite clarificar niveles a lo largo del continuo de la estructura anaclítica (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995). Finalmente, los resultados del análisis factorial no apoyaron la existencia del factor de eficacia al no alcanzar la consistencia interna esperable por lo que fue descartado. Varios estudios han descartado este factor debido a su bajo peso factorial (Zuroff et al., 1983).

Con el modelo conformado por tres factores, Autocrítica, Dependencia y Relación, los pares de error fueron correlacionados para mejorar el ajuste del modelo. Estas correlaciones pueden indicar la redundancia en estos pares de ítems y mejorar el ajuste del modelo. Los resultados mostraron una distribución normal de la puntuación de los elementos y de la puntuación total de los factores. En el factor de Dependencia, los ítems que mostraron los factores de carga más altos fueron 11) "Muchas veces me siento incapaz", 28) "Soy muy susceptible al rechazo" y 30) "A menudo siento que he desilusionado a los demás". En el estudio original, los ítems más representativos del factor de Dependencia fueron: 52) "Después de una pelea con un(a) amigo(a), siento que debo hacer las paces lo más pronto posible" y el 65) "Estar solo(a) no me molesta en absoluto." Respecto al factor de Relación, los ítems con el factor de carga más altos fueron 20) "Si perdiera una amistad íntima sentiría como si perdiera una parte de mí mismo(a)", 50) "Si alguien a quien yo le tengo afecto se enoja conmigo, tendría temor que el/ella me abandonara" y 55) "Después de discutir me siento muy solo(a)". Por último, el factor de Auto-Crítica fue mejor representado por los ítems 16) "Hay momentos durante los cuales me siento vacío" 36) "Me siento constantemente diferente. A veces me siento extremadamente bien, otras veces me siento muy mal, como si fuese un(a) fracasado(a)" y 43) "Normalmente me siento culpable". Mientras, en la muestra del instrumento original, los ítems más representativos de Auto-Crítica fueron: 13) "Hay una diferencia considerable entre lo que ahora soy y cómo me gustaría ser" y 17) "Tiendo a no estar satisfecho(a) con lo que tengo".

En el tercer nivel de los análisis estadísticos, se probaron la validez convergente y divergente. El DEQ se comparó con el CESD. Este instrumento mide, tal y como se ha mencionado previamente, los síntomas depresivos. Los resultados muestran mayores índices de correlación entre la sintomatología depresiva y Autocrítica que aquellas correlaciones entre CESD y el factor de Dependencia y CESD y el factor de Relación. Otros estudios confirman estos resultados confirmando la negligencia diagnóstica de la depresión de subtipo anaclítico (Campos, 2000; Yao et al., 2009).

Estos resultados indican diferencias en los índices de correlación de los síntomas depresivos con los factores Relación y Dependencia respectivamente. Se encontró que el índice de correlación con los síntomas depresivos fue mayor con el factor de Dependencia. Estos resultados parecen confirmar que dentro de la estructura anaclítica, sería el factor de Dependencia el más primitivo mostrando así mayores índices en psicopatología, tal y como muestra al tener índices de correlación más elevados en depresión (Blatt et al., 1995).

Por último, se analizó la validez divergente del instrumento a través de su comparación con el RQ. Los resultados indican índices de correlación positiva entre el factor de Dependencia y el estilo de apego ansioso. Asimismo, los resultados de las regresiones mostraron que el estilo de apego ansioso era la variable más representativa junto a la depresión a la hora de explicar la presencia del factor de Dependencia. Estos resultados apoyan estudios anteriores en los que se relacionaba este subtipo de depresión con el estilo de apego ansioso/preocupado (Ahmad y Soenens, 2010; Blatt & Homann, 1992). Esta misma teoría defiende una posible relación entre el estilo de apego evitativo y el factor de Autocrítica (Blatt, 2004). No obstante, en esta investigación, esta relación no ha podido ser confirmada. El factor de Autocrítica requiere de una mayor profundización para poder clarificar su relación con el estilo de apego evitativo. En esta profundización acerca del factor de Autocrítica, sería interesante investigar la posible presencia de aspectos más maduros, al igual que ocurrió con el factor de Dependencia, y que estén pudiendo dificultar su estudio y sus funciones diagnósticas.

Asimismo, este estudio no está exento de limitaciones. Su diseño transversal no permite la extrapolación de las relaciones causales entre las estructuras depresivas y el consecuente desarrollo de síntomas depresivos. En segundo lugar, la muestra

normativa está formada por estudiantes universitarios. Sería interesante por lo tanto, realizar más estudios con muestras clínicas que permitieran conocer el funcionamiento de estas estructuras en población clínica. Finalmente, los datos se obtuvieron tanto a través de las redes sociales como de manera presencial. Algunos estudios han demostrado que las puntuaciones podrían ser influenciados por el método de aplicación; sin embargo, un estudio reciente mostró propiedades psicométricas similares en ambas versiones (Herrero-Fernández, 2015).

A pesar de estas limitaciones, el Cuestionario de Experiencias Depresivas ha mostrado ser un instrumento eficaz para evaluar la estructura depresiva de las personas y diagnosticar los diferentes subtipos de depresión a los que predispone cada estructura. Este instrumento puede suponer una herramienta útil a la hora de evaluar la vulnerabilidad de las personas a desarrollar un subtipo de depresión distinto. Esta clarificación permite una mejor adecuación del tratamiento al conocer con mayor claridad las causas que sostienen los síntomas depresivos.

Una vez realizada la validación del Cuestionario de Experiencias Depresivas, se procede a realizar en el siguiente apartado, la validación del Cuestionario-Escala de Relaciones (RSQ).

5. 1. 2. Adaptación y validación del instrumento: Cuestionario-Escala de Relaciones (Relationship Scales Questionnaire; RSQ, Bartholomew & Horowitz, 1991).

5. 1. 1. 2. Introducción

A lo largo de la introducción, se ha mostrado la importante relación del apego con la predisposición al desarrollo de psicopatología así como su papel favorecedor de fortalezas psicológicas. También se ha señalado la complejidad que encierra la medición de este constructo. Las dos perspectivas principales para su evaluación a través de cuestionarios son la postura dimensional, que clasifica el apego a través de la dimensión de ansiedad/evitación y la categorial, que organiza los estilos de apego en 3 o 4 estilos; seguro, evitativo y preocupado-ambivalente o seguro, evitativo, preocupado y temeroso (Yárnoz & Comino, 2011).

Debido a la complejidad que encierra la evaluación del constructo de apego, se consideró necesaria su evaluación a través de más de un cuestionario. Como se ha señalado en la revisión teórica, la mayoría de los instrumentos para evaluar el apego adulto se centran en las relaciones íntimas de pareja. También, existen instrumentos que de tipo entrevista que evalúan el apego en adulto pero su aplicación y corrección demandan recursos de tiempo y formación muy elevados. Por estas razones, se consideró necesaria la utilización de un cuestionario que evaluara el apego adulto y que no estuviera limitado a las relaciones románticas. Ya que no se encontró un instrumento en español que cumpliera con estas características se consideró necesaria la validación de una herramienta que cubriera los objetivos de esta investigación. A continuación se muestra la validación del *Cuestionario-Escala de Relaciones*.

Este instrumento fue desarrollado por Bartholomew y Horowitz en 1994. Los ítems de este cuestionario provienen de otras medidas de apego entre las que están las de Hazan y Shaver (1987), Collins y Read (1990) y los ítems del RQ. Este cuestionario de autoinforme está formado por 30 ítems que miden los patrones de apego en la edad adulta a través de la evaluación de los sentimientos en relaciones cercanas. Algunos de sus ítems son "Me resulta muy difícil depender de otras personas", "Me preocupa estar solo" " o "Me resulta relativamente fácil de acercarse a los demás". El estilo de respuesta de estos ítems es de escala Likert de 5 puntos que van desde "No, en absoluto" a "Mucho o extremadamente".

El RSQ mide los dos enfoques en la evaluación de los patrones de apego: categorial y dimensional. Estudios previos han encontrado 7 modelos distintos de evaluación dentro del instrumento los cuales se pueden encuadrar en uno de los dos enfoques de evaluación del apego (Fontanil et al., 2013; Kurdek, 2002; Roisman, Holland, Fortuna, Fraley, Clausell & Clarke, 2007). El enfoque categorial ha sido apoyado por el estudio llevado por Hazan y Shaver (1987) quienes encontraron tres estilos de apego: seguro; evitativo y ansioso-ambivalente y el estudio que corresponde a los autores del cuestionario, Griffin y Bartholomew (1994) los cuales apoyaron un modelo formado por cuatro estilos de apego; seguro, temeroso, preocupado y desvalorizador. Por su parte, el enfoque dimensional ha sido apoyado por cinco estudios cada uno de los cuales aporta una estructura diferente. Además de los 7 modelos aportados por los estudios en inglés, se realizó un cuestionario de evaluación de calidad de las relaciones interpersonales cercanas en población española. A partir de 22 ítems de este cuestionario se construyó la *Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas (EPERIC)* cuya estructura quedó dividida en tres factores; Temor al rechazo o al abandono, Deseo de cercanía y Preferencia por la independencia (Fontanil et al., 2013). En la tabla siguiente, se muestran los 7 modelos para el RSQ mencionados así como los ítems utilizados para la construcción del EPERIC.

Tabla 17. Estructuras factoriales del Cuestionario-Escala de Relación.

	Hazan y Shaver (1987)	Collins y Read (1996)	Simpson, Rohles y Nelligan (1992)	Feeney y Hohaus, (2001)	Griffin y Bartholomew (1994)	Creasey y Ladd (2005)	Friley y Bonanno (2004)	Fontanil, Ezama y Alonso (2013)
	Seguro, Evitativo y Ansioso	Dependencia, Ansiedad y Cercanía	Evitación y Ansiedad	Evitación y Ansiedad	Seguro, Temeroso, Preocupado y Derogante	Ansiedad y Evitación	Ansiedad y Evitación	Miedo al abandono, Preferencia por la independencia, Deseo de cercanía
Ítem								
1. Me resulta difícil depender de otras personas.	Evitativo	Dependencia		Evitación	Temeroso		Evitación	Preferencia por la independencia
2. Es muy importante para mí sentirme independiente.				Evitación	Derogante	Evitación	Evitación	Preferencia por la independencia
3. Me resulta fácil estar emocionalmente cercano a los demás.				Evitación	Seguro	Evitación	Evitación	Deseo de cercanía
4. Quiero unirme completamente con otra persona.	Ansioso	Ansiedad		Evitación		Evitación		Deseo de cercanía
5. Me preocupa que vaya a ser lastimado si me permito acercarme demasiado a los demás.				Ansiedad	Temeroso	Ansiedad		Miedo al abandono
6. Me siento cómodo sin relaciones emocionales cercanas.				Evitación	Preocupado / Derogante		Evitación	
7. No estoy seguro de poder contar siempre con que los demás estén ahí cuando los necesito.		Dependencia		Ansiedad			Ansiedad	Miedo al abandono
8. Quiero tener total intimidad emocional con otras personas.				Evitación	Preocupado	Evitación	Evitación	Deseo de cercanía
9. Me preocupa estar solo.				Ansiedad	Seguro	Ansiedad	Ansiedad	
10. Me siento cómodo dependiendo de otras personas.	Seguro	Dependencia	Evitación(encode)	Evitación	Seguro	Evitación	Evitación	
11. Con frecuencia me preocupa que mis parejas románticas realmente no me amen.	Ansioso	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad		Ansiedad	Ansiedad	Miedo al abandono
12. Me resulta difícil confiar en los demás completamente	Evitativo	Dependencia	Evitación	Ansiedad	Temeroso	Ansiedad	Evitación	Miedo al abandono

13. Me preocupa que los demás se acerquen demasiado a mí.	Seguro	Cercanía	Evitación	Ansiedad			Evitación	
14. Quiero tener relaciones emocionalmente cercanas.				Evitación		Evitación	Evitación	Deseo de cercanía
15. Me siento cómodo cuando otras personas dependen de mí	Seguro	Cercanía	Evitación (recode)		Seguro		Evitación	Deseo de cercanía
16. Me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo les valoro.				Ansiedad	Preocupado	Ansiedad	Ansiedad	Miedo al abandono
17. Las personas nunca están ahí cuando las necesitas.		Dependencia		Ansiedad		Ansiedad	Ansiedad	Miedo al abandono
18. Mi deseo de unirme completamente a veces ahuyenta a la gente.	Ansioso	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad		Ansiedad		Miedo al abandono
19. Es muy importante para mí sentirme autosuficiente.					Derogante		Evitación	Preferencia por la independencia
20. Estoy nervioso cuando alguien se acerca demasiado a mí.		Cercanía	Evitación				Evitación	
21. Con frecuencia me preocupa que mis parejas románticas no quieran quedarse conmigo	Ansioso	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad		Ansiedad	Ansiedad	Miedo al abandono
22. Prefiero que las personas no dependan de mí							Evitación	Preferencia por la independencia
23. Me preocupa ser abandonado	Seguro	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad		Ansiedad	Ansiedad	Miedo al abandono
24. Estoy un poco incómodo estando cerca de los demás.	Evitativo	Cercanía	Evitación		Temeroso		Evitación	
25. Me parece que los demás son reacios a acercarse tanto como a mí me gustaría.	Ansioso	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad	Preocupado	Ansiedad		Miedo al abandono
26. Prefiero no depender de los demás.				Evitación	Derogante		Evitación	Preferencia por la independencia
27. Yo sé que los demás estarán ahí cuando los necesite.		Dependencia					Ansiedad	
28. Me preocupa que los demás no me acepten.				Ansiedad	Seguro	Ansiedad	Ansiedad	Miedo al abandono
29. A menudo la gente quiere que sea más cercano de lo que a mí me resulta cómodo.	Evitativo	Cercanía	Evitación			Evitación		
30. Me resulta relativamente fácil acercarme a los demás.	Seguro	Cercanía	Evitación (recode)	Confort/Evitación		Evitación	Evitación	Deseo de cercanía

Asimismo, este instrumento ha sido validado en otras poblaciones. Su validación en Suecia confirmó cuatro estilos de apego, seguro: 3, 9, 10, 15, 28; preocupado: 6, 8, 16, 25; temeroso: 1, 5, 12, 24; y desvalorizador: 2, 6, 19, 22, 26 con un alfa de Cronbach de .32 a .79. (Bäckström & Holmes, 2001). En la validación francesa el análisis factorial mostró una estructura de tres estilos de apego, evitativo: 1, 2, 6, 10, 12, 19, 26; ansioso: 5, 22, 24, 25, 28 y seguro: 3, 8, 9, 15, 16 con alfa de Cronbach de .60 a .69. (Guédeney, Fermanian & Bifulco, 2010).

Debido a que el EPERIC no desarrolló modelos cateogoriales ni dimensionales en su estructura propuesta para el instrumento y gracias a las posibilidades de evaluación diversas que ofrecía el RSQ (evaluación categorial y dimensional) se consideró adecuada su validación en población española para su utilización en esta investigación

5. 1. 2. 2. Método

5. 1. 2. 2. 1. Participantes

La muestra está compuesta por estudiantes universitarios de la Universidad de Deusto de la Comunidad Autónoma del País Vasco¹. El grupo inicial estaba compuesto por 603 participantes. El criterio de exclusión era no haber mantenido nunca una relación sentimental. El 11.6% (n = 69) de los participantes nunca había mantenido una relación sentimental, por lo que sus respuestas fueron excluidas del análisis. El grupo final de participantes quedó formado por 534 personas, con edades comprendidas entre 18 y 25 años, y una media de edad de 20.42 años ($DT = 1.81$). La mayoría de los participantes eran mujeres (75.7%, n = 404). Ninguno de ellos estaba casado o vivía con su pareja. El 44.3% de los participantes tenía una pareja estable en el momento que proporcionaron los datos para el estudio. La duración de las relaciones osciló entre un mes y 9 años, con una media de 31.58 meses ($DT = 20.97$). De la muestra, el 21.2% no había mantenido ninguna relación romántica en los últimos dos años, frente a 78.8% que había mantenido una o más relaciones durante ese tiempo.

¹ La muestra de este estudio está cedida por la doctora Leire Iriarte. Esta muestra pertenece a su tesis y ha sido cedida con el fin de realizar el proceso de validación del instrumento del RSQ. Este instrumento no fue publicado en su investigación y se ha considerado adecuado el uso de su muestra para realizar el proceso de validación.

5. 1. 2. 2. 2. Instrumentos

Sintomatología clínica. SCL-90-R, *Listado de Síntomas-90-R* (Derogatis, 1983). El SCL-90-R es un instrumento de auto-informe que recoge una amplia gama de síntomas clínicos. Éstos se miden en nueve dimensiones de las que fueron seleccionadas cuatro; la escala de ansiedad (10 ítems), depresión (13 ítems), sensibilidad interpersonal (9 ítems) y hostilidad (6 ítems), de la adaptación española desarrollado por González de Rivera et al. (2002). Su aplicación rápida y sencilla, es posible tanto en pacientes psiquiátricos como en población general. Cada ítem del SCL-90-R se valora con una escala Likert de 5 puntos que indica el malestar percibido en los últimos siete días (0 = No, en absoluto; 1 = Un poco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Extremadamente). La puntuación para cada dimensión se calcula con el promedio de sus ítems. Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido apropiadas y estables en el tiempo, culturas, grupos de edad y población, mostrando altos niveles de consistencia interna en cada una de las nueve dimensiones (alrededor de .80) (Aben, Verhey, Lousberg, Lodder & Honig, 2002; Derogatis, 1994). Los coeficientes de fiabilidad de la versión española del SCL-90-R también han sido satisfactorios (alrededor de .85) (Carrasco Sánchez, Ciccotelli & del Barrio, 2003; Robles, Andreu & Peña, 2002). En esta investigación el alfa de Cronbach de las escalas se encuentra en un rango de .74-.87.

Apego. El *Cuestionario de Relación* (RQ; Bartolomew & Horowitz, 1991) ha sido previamente descrito en el apartado 5. 1. 1. 2. 2.

Apego. *Cuestionario de Lazos Parentales* (Gómez-Beneyto, Pedros, Tomás, Aguilar & Leal, 1993). El PBI es un cuestionario de autoinforme, desarrollado por Parker, Tupling y Brown en 1979, que mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con la persona en su infancia y adolescencia. El cuestionario está formado por 25 ítems, que se contestan de forma separada en relación a los recuerdos con el padre y con la madre lo que una evaluación de ambos supondría un total de 50 ítems. El cuestionario organiza los resultados en dos ejes, 1) presencia/ausencia de cuidado (afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía o frialdad emocional, indiferencia y negligencia) y 2) presencia/ausencia de sobreprotección (control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma). A partir de los resultados se pueden elaborar cinco tipos de

vínculos parentales: vínculo óptimo, en el que se darían puntuaciones altas en presencia de cuidado y ausencia de sobreprotección. El vínculo ausente o débil, en el cual la percepción parental estaría conformada por conductas carentes de afecto y ausentes de sobreprotección. El vínculo de constricción cariñosa caracterizado por presencia de cuidado y sobreprotección. El vínculo de control sin afecto, en la que la conducta parental estaría caracterizada por intrusismo y frialdad emocional. Y, por último, el vínculo promedio entre ambas escalas en las que se daría una puntuación media en ambas escalas. Los índices del alfa de Cronbach en este estudio se agrupan en un intervalo de entre .70-.90 similares a la validación en español (.78-.89) (Gómez-Beneyto et al., 1993).

5. 1. 2. 2. 3. Procedimiento

Para obtener una versión en español del RSQ, se utilizó el proceso de retro traducción recomendado por la literatura (Behling & McFillen, 2000). En este proceso, los participantes fueron dos españoles, bilingües en inglés, y una persona nativa del Reino Unido, también bilingüe, así como investigadores con experiencia en el área de la evaluación de la familia y con experiencia en el ámbito de los conflictos de pareja.

Con el fin de administrar los instrumentos, se estableció contacto con la Facultad Decanos y Directores de Departamento de distintas universidades de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

La administración fue colectiva y hecha bajo la supervisión del investigador/a. Antes de comenzar, los participantes recibieron las instrucciones necesarias resaltándose al mismo tiempo, el carácter voluntario y anónimo de su participación.

5. 1. 2. 2. 4. Análisis estadísticos

5. 1. 2. 3. Resultados

En primer lugar se analizó la estructura factorial del RSQ. Con este objetivo, el ajuste de cada uno de los ocho modelos existentes en la actualidad se puso a prueba mediante el análisis factorial confirmatorio (CFA). Estos análisis se realizaron con el método Lisrel 8.80 siguiendo el método ponderado diagonal robusto menos al cuadrado de la estimación de parámetros, debido a la forma categórica (ordinal) de respuesta al ítem y la violación de la normalidad multivariante según la prueba de Mardia (superior a 5) (Bentler, 2005). Este es el mejor método cuando la normalidad multivariante no se asume (Mîndrilă, 2010). El ajuste de los modelos a los datos se

evaluó a través de los siguientes índices de ajuste: la χ^2 / grados de libertad (df), índice que debe ser inferior a 5 (Wheaton, Muthén, Alwil & Summers, 1977); el error de media cuadrática de aproximación (RMSEA), que debe ser inferior a 0,08 (Browne & Cudeck, 1993), y el Índice no Normed Fit (NNFI), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste de bondad (GFI), cuyos valores deben estar por encima de 0,90 (Bentler & Bonnet, 1980).

Los resultados se muestran en la Tabla 18. Como se puede observar, había dos modelos (Collins & Read, 1996; Simpson et al., 1992) que estaban cerca de alcanzar un buen ajuste de acuerdo con los índices evaluados , aunque el RMSEA fue mayor que el criterio en ambos casos.

Tabla 18. Ajuste de índices de los 8 modelos.

Modelos	χ^2/df	RMSEA (90% I.C)	CFI	NNFI	GFI
1. Hazan y Shaver (1987) ¹	7.00	.123 (.113 - .133)	.86	.82	.91
2. Simpson, Rohles y Nelligan (1992) ²	4.66	.096 (.085 - .107)	.93	.92	.96
3. Griffin y Bartholomew (1994) ³	4.96	.100 (.091 - .109)	.87	.85	.90
4. Collins y Read (1996) ⁴	4.56	.095 (.087 - .102)	.91	.90	.93
5. Feeney y Hohaus (2001) ⁵	5.65	.108 (.102 - .114)	.86	.84	.89
6. Fraley y Bonanno (2004) ⁶	7.97	.132 (.127 - .138)	.76	.74	.80
7. Creasey y Ladd (2005) ⁷	7.23	.125 (.118 - .132)	.84	.82	.91
8. Fontanil, Ezama, y Alonso (2013) ⁸	5.40	.094 (.089 - .099)	.88	.87	.92

Nota. Factores que componen cada estructura factorial: 1: estilo seguro, estilo evitativo y estilo ansioso-ambivalente; 2: estilo seguro, estilo temeroso, estilo preocupado y estilo desvalorizador; 3: dependencia, ansiedad y cercanía; 4: evitación y ansiedad; 5: evitación y ansiedad, 6: evitación y ansiedad; 7: evitación y ansiedad y 8. Temor al rechazo o al abandono, Deseo de cercanía y Preferencia por la independencia.

Dado que ninguna de las estructuras cumplió con los criterios establecidos, se llevó a cabo un análisis paralelo con el fin de explorar la mejor estructura factorial en nuestros datos. Este procedimiento se realizó a través del programa Factor 9.2 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006). El análisis se basó en la matriz de correlación de Pearson entre los ítems, porque de todos asumían criterios de normalidad univariante con índices de asimetría <3 y curtosis <10 (Kline, 2011; Muthén & Kaplan, 1992). El método para la extracción de factor fue la máxima probabilidad, y el método directo Oblimin de rotación se aplicó a la solución factorial inicial. Inicialmente, la adecuación

de la muestra se verificó, $KMO = 0.85$, y la prueba de esfericidad de Bartlett también fue adecuada, $\chi^2 (435) = 5580.60$, $p < 0,001$.

Por lo tanto, los resultados mostraron un buen ajuste de un modelo de cuatro factores a los datos: $\chi^2 / df = 3.67$; $RMSEA = 0,073$; $CFI = 0.83$; $GFI = 0.97$. El TPI fue ligeramente menor que el criterio. Sin embargo, dados los valores aceptables para todos los demás índices de bondad de ajuste, este modelo es permisible (Bollen, 1989; Raykov & Marcoulides, 2006). Además de esto, el valor de RMSR era 0.050, que está muy cerca al criterio de Kelley para el modelo (0,045), lo que sugiere un ajuste satisfactorio (Kelley, 1935). El índice de Satorra-Bentler del factor de simplicidad, $S = 0,95$, evidenció la estructura parsimoniosa debido a su valor cercano a 1 (Bentler, 1977). Uno de los ítems se descartó debido a sus índices menores que 0,30. Por último, el ajuste de este modelo a los datos fue significativamente mejor que los dos modelos con mejor resultado mencionados con anterioridad: el modelo de Simpson y su equipo (1992), $\chi^2 (257) = 878,52$, $p < 0,001$, y el modelo de Collins y Read (1996), $\chi^2 (189) = 574,11$, $p < 0,001$.

Se calcularon los estadísticos descriptivos para los ítems y factores del RSQ. Los resultados se muestran en la Tabla 19. Como se puede observar, los cuatro factores son fiables, y sólo el estilo de apego seguro tiene una consistencia interna ligeramente inferior a 0,70. Las puntuaciones medias de los ítems fueron de entre 1,44 ($SD = 0,77$) del ítem 18 ("Mi deseo de fusionarme por completo a veces asusta a la gente") y 3,69 ($SD = 1,00$) del ítem 2 ("Es muy importante para mí sentirme independiente "). Por último, todos los elementos tenían una contribución significativa a la fiabilidad del factor correspondiente, a excepción del ítem 6 ("Me siento cómodo sin relaciones afectivas íntima") del factor "Desvalorizador". Sin embargo, fue conservado debido al bajo número de elementos en este factor y por razones teóricas.

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de los ítems y factores del RSQ

Ítems del instrumento original	Ítem / Factor	M	SD	As.	F.L	Corr. Ít/Tot	α sin ítem
	Factor 1: Desvalorizador ($\alpha = .73$)	15.65	3.79	-0.09	-	-	-
1. I find it difficult to depend on other people.	1. Me resulta difícil depender de otras personas	2.81	1.08	0.03	.42	.46	.70
2. It is very important to me to feel independent.	2. Es muy importante para mí sentirme independiente	3.69	1.00	-0.58	.89	.64	.63
6. I am comfortable without close emotional relationships.	6. Me siento cómodo sin relaciones emocionales cercanas	2.28	1.08	0.38	.30	.29	.76
19. It is very important to me to feel self-sufficient.	19. Es muy importante para mí sentirme autosuficiente	3.53	1.10	-0.52	.84	.68	.61
26. I prefer not to depend on others.	26. Prefiero no depender de los demás	3.34	1.18	-0.31	.44	.44	.71
	Factor 2: Temeroso ($\alpha = .83$)	25.22	7.21	0.49	-	-	-
3. I find it easy to get emotionally close to others.	3. Me resulta fácil estar emocionalmente cercano a los demás	2.39	1.01	0.64	.49	.38	.82
7. I am not sure that I can always depend on others to be there when I need them.	7. No estoy seguro de poder contar siempre con que los demás estén ahí cuando los necesito	2.39	1.22	0.45	.42	.55	.81
12. I find it difficult to trust others completely.	12. Me resulta difícil confiar en los demás completamente	2.80	1.20	0.14	.46	.55	.81
13. I worry about others getting too close to me.	13. Me preocupa que los demás se acerquen demasiado a mí	1.86	0.98	0.91	.61	.55	.81
17. People are never there when you need them.	17. Las personas nunca están ahí cuando las necesitas	1.83	1.01	1.08	.43	.55	.81
18. My desire to merge completely sometimes scares people away.	18. Mi deseo de unirme completamente a veces ahuyenta a la gente	1.44	0.76	1.90	.32	.35	.83
20. I am nervous when anyone gets too close to me.	20. Estoy nervioso cuando alguien se acerca demasiado a mí	1.97	0.97	0.75	.54	.51	.81
24. I am somewhat uncomfortable being close to others.	24. Estoy un poco incómodo estando cerca de los demás	1.61	0.84	1.29	.71	.63	.81
25. I find that others are reluctant to get as close as I would like.	25. Me parece que los demás son reacios a acercarse tanto como a mí me gustaría	1.64	0.91	1.47	.41	.49	.82
27. I know that others will be there	27. Yo sé que los demás estarán ahí	2.48	1.03	0.37	.31	.43	.82

when I need them.	<i>cuando los necesite</i>						
29. People often want me to be closer than I feel comfortable being.	29. A menudo la gente quiere que sea más cercano de lo que a mí me resulta cómodo	2.17	1.15	0.59	.58	.46	.82
30. I find it relatively easy to get close to others.	<i>30. Me resulta relativamente fácil acercarme a los demás</i>	2.63	1.05	0.34	.43	.41	.82
	Factor 3: Preocupado ($\alpha = .86$)	20.55	7.02	0.38	-	-	-
5. I worry that I will be hurt if I allow myself to become too close to others.	5. Me preocupa que vaya a ser lastimado si me permito acercarme demasiado a los demás	2.66	1.22	0.22	.46	.49	.85
9. I worry about being alone.	9. Me preocupa estar solo	2.64	1.27	0.29	.69	.63	.83
11. I often worry that romantic partners don't really love me.	11. Con frecuencia me preocupa que mis parejas románticas realmente no me amen	2.43	1.16	0.37	.64	.61	.84
16. I worry that others don't value me as much as I value them.	16. Me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo les valoro	2.91	1.23	0.01	.64	.62	.83
21. I often worry that romantic partners won't want to stay with me.	21. Con frecuencia me preocupa que mis parejas románticas no quieran quedarse conmigo	2.23	1.13	0.58	.68	.67	.83
23. I worry about being abandoned.	23. Me preocupa ser abandonado	2.58	1.26	0.38	.83	.73	.82
28. I worry about having others not accept me.	28. Me preocupa que los demás no me acepten	2.42	1.19	0.45	.52	.59	.84
	Factor 4: Seguro ($\alpha = .67$)	14.36	3.42	-0.02	-	-	-
4. I want to merge completely with another person.	4. Quiero unirme completamente con otra persona	3.26	1.09	-0.31	.42	.48	.59
8. I want to be completely emotionally intimate with others.	8. Quiero tener total intimidad emocional con otras personas	3.04	1.03	-0.24	.40	.46	.61
10. I am comfortable depending on other people.	10. Me siento cómodo dependiendo de otras personas	2.12	1.03	0.55	.66	.41	.63
14. I want emotionally close relationships.	14. Quiero tener relaciones emocionalmente cercanas	2.55	0.93	0.37	.30	.43	.62
15. I am comfortable having other people depend on me.	15. Me siento cómodo cuando otras personas dependen de mí	2.49	1.12	0.21	.56	.35	.66

Nota. Los ítems en cursiva están recodificados. As: Asimetría; F.L.: Peso factorial; Corr. Ít / Tot: correlación entre el ítem y su factor; α sin í: *Alfa de Cronbach* del factor sin el ítem.

Se probó entonces la validez convergente y divergente del RSQ mediante el cálculo de los coeficientes de correlación (r de Pearson) con el RQ y PBI, midiendo el apego, y con el SCL-90, diversos síntomas clínicos. Los resultados se muestran en la Tabla 20. Las correlaciones más significativas pertenecen a los factores "temeroso" y "preocupado". Además, cada factor del RSQ mostraba los mayores índices con su análogo del RQ que con el resto de los factores, lo que sugiere la validez convergente y divergente para los cuatro estilos de apego.

Tabla 20. Correlaciones (Pearson's r) entre los factores del RSQ y los instrumentos para su validez

	Seguro	Desvalorizador	Temeroso	Preocupado
RQ1	-.01	-.01	-.52***	-.33***
RQ2	-.22***	.54***	.02	-.13**
RQ3	.23***	-.17***	.33***	.45***
RQ4	.00	.10*	.58***	.43***
Cuidado Materno	-.03	-.03	-.21***	-.08
Cuidado Paterno	-.03	-.10*	-.18***	-.15***
Sobreprotección Materna	.03	-.06	.13**	.13**
Sobreprotección Paterna	.04	-.04	.05	.09*
Somatización	.08	.04	.23***	.25***
Ansiedad	.10*	.01	.32***	.40***
Depresión	.10*	.02	.39***	.45***
Sensibilidad Interpersonal	.10*	.03	.49***	.53***
Hostilidad	.05	.00	.25***	.29***
Fobia	.11**	-.05	.34***	.32***

Nota: RQ1: "Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en las que tengo confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los no me acepten no me trastorna.

RQ2: "Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí".

RQ3: "Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos".

RQ4: "Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás".

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Sobre la base de las correlaciones anteriores, se realizó posteriormente una regresión múltiple jerárquica para cada uno de los cuatro factores del RSQ. Los resultados se muestran en la Tabla 21 (Seguro), la Tabla 22 (Desvalorizador), Tabla 23 (Temeroso) y la Tabla 24 (Preocupado). Globalmente, se puede observar que la mayor cantidad de varianza fue explicada por el factor "Temeroso", mientras que la más bajo fue para el "Seguro". En todos los casos, excepto para el estilo de apego seguro, la validez convergente con la medida análoga RQ se mantuvo.

Tabla 21. Regresión múltiple para estilo de apego seguro.

	B	E.S.B.	β
Paso 1			
Ansiedad	0.02	0.42	.00
Depresión	0.16	0.41	.03
Sensibilidad Interpersonal	0.22	0.37	.04
Fobia	0.60	0.48	.08
Paso 2			
Ansiedad	0.00	0.41	.00
Depresión	0.17	0.40	.03
Sensibilidad Interpersonal	-0.19	0.36	-.04
Ansiedad Fóbica	0.63	0.46	.08
RQ2	-0.41	0.09	-.20*
RQ3	0.35	0.09	.18*

Note: B: Beta no estandarizada; E.B.S.: Error estándar de beta; β: Beta estandarizada.
 $\Delta R^2 = .01$ ($p = .062$) en Paso 1; $\Delta R^2 = .07$ ($p < .001$) en Paso 2. Total $R^2 = .08$.
 * $p < .001$.

Tabla 22. Regresión múltiple para estilo de apego desvalorizador

	B	E.B.S.	β
Paso 1			
Cuidado Paterno	-0.05	0.02	-.10*
Paso 2			
Cuidado Paterno	-0.04	0.02	-.08*
RQ2	1.16	0.08	.52**
RQ3	-0.30	0.08	-.14**
RQ4	0.29	0.08	.14**

Note: B: Beta no estandarizada; E.B.S.: Error estándar de beta; β: Beta estandarizada.
 $\Delta R^2 = .01$ ($p = .017$) en Paso 1; $\Delta R^2 = .32$ ($p < .001$) en Paso 2. Total $R^2 = .33$.
 * $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabla 23. Regresión múltiple para estilo de apego temeroso

	B	E.B.S.	β
Paso 1			
Somatización	-0.50	0.71	-.04
Ansiedad	-0.39	0.98	-.03
Depresión	0.28	0.84	.02
Sensibilidad Interpersonal	5.46	0.77	.49***
Hostilidad	-0.66	0.59	-.06
Ansiedad Fóbica	2.17	0.98	.12*
Paso 2			
Somatización	-0.52	0.70	-.04
Ansiedad	-0.25	0.96	-.02
Depresión	0.11	0.84	.01
Sensibilidad Interpersonal	5.52	0.76	.50***
Hostilidad	-0.86	0.58	-.08
Ansiedad Fóbica	1.93	0.97	.11*
Cuidado Materno	-0.17	0.06	-.15**
Cuidado Paterno	-0.02	0.04	-.03
Sobreprotección Materna	0.01	0.05	.01
Paso 3			
Somatización	0.49	0.60	.04
Ansiedad	-0.26	0.82	-.02
Depresión	-0.18	0.76	-.02
Sensibilidad Interpersonal	3.10	0.67	.28***
Hostilidad	-0.15	0.50	-.02
Ansiedad Fóbica	1.28	0.82	.07
Cuidado Materno	-0.14	0.05	-.12**
Cuidado Paterno	0.01	0.04	.01
Sobreprotección Materna	0.02	0.04	.01
RQ1	-1.02	0.20	-.22***
RQ3	0.02	0.17	.01
RQ4	1.40	0.17	.35***

Note: B: Beta no estandarizada; E.B.S.: Error estándar de beta; β: Beta estandarizada.
 $\Delta R^2 = .26$ ($p < .001$) en Paso 1; $\Delta R^2 = .03$ ($p < .001$) en Paso 2; $\Delta R^2 = .21$ ($p < .001$) en Paso 3. Total $R^2 = .49$.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabla 24. Regresión múltiple para estilo de apego preocupado.

	B	E.B.S.	β
Paso 1			
Somatización	-1.45	0.66	-.12*
Ansiedad	1.98	0.90	.16*
Depresión	1.42	0.77	.13
Sensibilidad Interpersonal	4.39	0.70	.41***
Hostilidad	-0.51	0.53	-.05
Ansiedad Fóbica	0.09	0.92	.00
Paso 2			
Somatización	-1.42	0.66	-.12*
Ansiedad	1.93	0.90	.16*
Depresión	1.31	0.79	.12
Sensibilidad Interpersonal	4.41	0.70	.41***
Hostilidad	-0.54	0.53	-.05
Ansiedad Fóbica	0.08	0.93	.00
CuidadoPadre	-0.01	0.04	-.01
Sobreproteccionmadre	0.06	0.05	.06
Sobreproteccionpadre	-0.01	0.05	.00
Paso 3			
Somatización	-0.55	0.61	-.05
Ansiedad	1.80	0.83	.15*
Depresión	0.91	0.72	.08
Sensibilidad Interpersonal	2.48	0.68	.23***
Hostilidad	-0.14	0.49	-.01
Ansiedad Fóbica	-0.02	0.85	.00
CuidadoPadre	0.02	0.04	.02
Sobreproteccionmadre	0.05	0.04	.05
Sobreproteccionpadre	0.01	0.05	.01
RQ1	-0.12	0.20	-.03
RQ2	-0.11	0.16	-.03
RQ3	1.06	0.17	.26***
RQ4	0.76	0.18	.19***

Nota: B: Beta no estandarizada; E.B.S.: Error Estándar de Beta; β: Beta estandarizada.

$\Delta R^2 = .30$ ($p < .001$) en Paso 1; $\Delta R^2 = .01$ ($p < .001$) en Paso 2; $\Delta R^2 = .12$ ($p < .001$) en Paso 3. Total $R^2 = .42$.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

5. 1. 2. 4. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del *Cuestionario-Escala de Relación* (Griffin & Bartholomew, 1994).

Ninguna de las ocho estructuras previas existentes fueron confirmadas (Fontanil et al., 2013; Roisman et al., 2007). Consecuentemente, se realizó un análisis factorial que confirmó el buen ajuste de un modelo formado por cuatro factores. Cada factor correspondía en sus características al modelo original propuesto por Bartholomew y Horowitz (1994): Seguro, Temeroso, Preocupado y Desvalorizador.

Los estadísticos descriptivos de esta estructura mostraron el estilo de apego evitativo con la media más alta. En consonancia, el ítem con la media más alta fue el segundo; "Es muy importante para mí sentirme independiente". Este resultado ha podido verse afectado por las características sociodemográficas de la muestra que tiene una edad media de 20,42 años ($DT = 1,81$). Como señalan estudios previos parece que los adolescentes tienden a mostrar índices altos en ítems referentes a la autonomía como parte de su proceso de individuación (Chopik, Edelstein & Fraley, 2013).

Por su parte, el estilo de apego seguro como el factor con la consistencia más baja. Estos resultados podrían apuntar a las dificultades de evaluación que conlleva el estilo de apego seguro (Yárnoz, 2008), que se caracteriza por estrategias flexibles y creativas. Esta riqueza y variabilidad es extremadamente compleja de capturar en comparación con las estrategias rígidas y estereotipadas de los patrones inseguros (Wallin, 2007).

En el tercer nivel de análisis, se realizaron la validez convergente y discriminante. El RSQ fue comparado con dos medidas de apego diferentes, el RQ y el PBI y con el SCL-90, el cual mide síntomas clínicos.

El estilo de apego desvalorizador mostró, como se esperaba, una correlación negativa significativa con el cuidado afectivo paterno (Bäckström & Holmes, 2001). Los estilos temeroso y preocupado también confirmaron los modelos expuestos por la literatura mostrando correlaciones positivas significativas con la sobreprotección parental (modelo positivo de otro) y correlaciones negativas con la falta de cuidado parental. Las correlaciones más fuertes fueron las pertenecientes al estilo de apego temeroso. En cuanto a los resultados con el RQ, los tres tipos de apego mostraron la correlación más fuerte con su estilo de apego análogo.

Por su parte, los resultados no mostraron índices de correlación significativos entre el estilo de apego seguro y las puntuaciones del cuestionario de Lazos Parentales en el que se esperaban correlaciones positivas significativas con Cuidado Parental Afectuoso. Estos resultados pueden estar señalando de nuevo las dificultades de medición del estilo de apego seguro. Instrumentos como el PBI evalúan los estilos de apego a través de la presencia / ausencia de experiencias de malestar / calidez con los padres (Parker et al., 1979). Sin embargo, varios estudios señalan que las personas seguras se caracterizan por ser capaces de hablar con coherencia y afecto sobre el dolor y sufrimiento de las experiencias y no porque sean personas cuyas vidas están carecientes de ellas (Gojman, 2010; Holmes, 2004; Wallin, 2015). Esto significa que el reconocimiento de las experiencias de malestar de las personas con apego seguro puede estar clasificando a estas personas con un funcionamiento de estilo de apego inseguro.

En cuanto a los resultados con el RQ, el estilo de apego seguro mostró correlaciones significativas con el estilo de apego desvalorizador (negativo) y preocupado (positivo). Estos resultados podrían haber sido afectados nuevamente por las particularidades de una muestra que se caracteriza por su juventud. Al igual que sucede en estudios previos han señalado el apego ansioso puntúa más alto entre los adultos jóvenes y disminuye con el aumento de la edad por lo que la muestra podría haber mostrado una tendencia al apego ansioso siendo éste parte de sus características sociodemográficas y no tan representativo de un patrón vincular más disfuncional (Chopik et al., 2013).

Respecto a los resultados con el SCL-90, fueron los estilos temeroso y preocupado los que mostraron los índices más significativos. Ambos estilos mostraron correlaciones significativas con somatización, ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad y ansiedad fóbica. Estos resultados confirman estudios previos en los estilos de apego temeroso y preocupado se presentan como fuertes predictores de síntomas clínicos como la depresión y la ansiedad (Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn & Beer, 2006; Collins, 1996; Marchand, Schedler & Wagstaff, 2006; Wu & Liu, 2006). El nivel de hiperactivación que caracteriza a las personas con este patrón de relación facilita el reconocimiento de síntomas clínicos (Wallin, 2007). Por su parte, el estilo de apego seguro mostró correlaciones significativas con

ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica con tasas muy bajas (0,10-0,11). Por último, la falta de correlaciones significativas entre el estilo de apego desvalorizador y síntomas clínicos confirma las estrategias de desactivación de este estilo de apego. Estas estrategias se caracterizan por la minimización, la negación o la disociación de las emociones relacionadas con la activación de sistema de apego (Marchand et al., 2006; Wallin, 2015). Con estas estrategias, es muy poco probable que las personas con patrones "desvalorizadores" conecten con sentimientos de angustia como "Sentirse temeroso", "Palpitaciones o taquicardia" o "Sensación de tensión o excitación" del SCL.

Finalmente, se realizó una regresión múltiple jerárquica para cada uno de los cuatro factores del RSQ. En consonancia con investigaciones anteriores, la mayor cantidad de varianza fue explicada por el factor "Temeroso". Este factor tiende a mostrar las tasas más altas en síntomas clínicos y una relación negativa con el estilo de apego seguro (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). El estilo de apego preocupado también fue explicado con índices de varianza elevados (42%) por los síntomas clínicos (somatización, ansiedad y sensibilidad interpersonal) y su análogo del RQ y del PBI. El modelo de regresión del estilo desvalorizador es explicado por sus análogos del RQ y el PBI. Por último, el estilo de apego seguro mostró relaciones significativas en los modelos de regresión con el estilo desvalorizador (negativo) y estilo de apego preocupado (positivo). Esta asociación del estilo de apego seguro con el estilo preocupado está pudiendo señalar una tendencia a establecer vínculos de apego ansiosos por parte de los participantes que conforman la muestra (Chopik et al., 2013).

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, su diseño transversal no permite extrapolar las relaciones de las variables a un funcionamiento causal. En segundo lugar, la muestra está formada por estudiantes de universidad con un perfil adolescente/adultos jóvenes. Por lo tanto, sería interesante realizar nuevos estudios con población adulta y muestras clínicas. Por otra parte, la medición de apego seguro no es tan precisa como la evaluación de los estilos de apego inseguro (Yáñez, 2008). Los estudios futuros deben estar orientados hacia el estudio de las características únicas que conforman este patrón de apego. A pesar de estas limitaciones, el Cuestionario Escalas de Relación parece ser un buen instrumento para clasificar patrones de apego adulto y un instrumento útil para la prevención de la patología.

Una vez que los instrumentos de interés fueron validados, se procedió a la realización de dos estudios. Un primer estudio en el que se analizó la relación entre los síntomas depresivos, los déficits en metacognición y los estilos de apego. Y un segundo estudio en el que se realizó una intervención en atención plena evaluándose sus efectos en metacognición, afrontamiento y síntomas depresivos.

A continuación se procede a explicar las particularidades del estudio 2 y sus resultados.

5. 2. Estudio 2: Relación entre sintomatología depresiva, estructura depresiva, estilos de apego y estilos de procesamiento emocional.

5. 2. 1. Justificación del Estudio 2

Tal y como se ha podido señalar en la introducción teórica, la presencia de sintomatología depresiva se ha relacionado con las estructuras de personalidad introyectiva y anaclítica (Blatt, 2004).

A su vez, determinados estilos de afrontamiento han mostrado tener un efecto en el mantenimiento y desarrollo de esta dolencia, como son el catastrofismo o la rumiación (Blatt et al., 2001; Cordon et al., 2009, Mikulincer & Shaver, 2010). Estos estilos de afrontamiento han sido relacionados con una baja capacidad metacognitiva que dificulta la autoobservación y la creación de respuestas más adaptativas a las emociones (Ferrerri et al., 2011; Teasdale, 1999b; Yilmaz et al., 2015).

Finalmente, la formación de estas características (déficits metacognitivos, estilos de afrontamiento y estructuras de personalidad) parecen estar íntimamente ligadas a la vivencia de las experiencias tempranas relacionadas con la formación del apego (Abela et al., 2005; Wallin, 2007).

Por ello, en este segundo estudio se analizan las relaciones entre estas variables.

Un aspecto a destacar en este estudio, es la revisión de estas relaciones con los síntomas ansiosos. Como se ha señalado en la introducción, parece existir una alta comorbilidad entre los síntomas depresivos y ansiosos por lo que se ha considerado adecuado medir estos síntomas y comprobar su comportamiento con el resto de variables.

5. 2. 2. Objetivos e hipótesis

5. 2. 2. 1. Objetivo general:

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la sintomatología depresiva, la capacidad metacognitiva (descentramiento y atención plena), los estilos de afrontamiento, la resiliencia y los estilos de apego.

5. 2. 2. 1. 1. Objetivos específicos

Los objetivos específicos que contiene este segundo estudio son:

- Estudiar las diferencias en síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, resiliencia, capacidades metacognitivas, estructuras depresivas y estilos de apego entre los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.
- Estudiar la relación entre los síntomas depresivos y los síntomas ansiosos.
- Estudiar la relación entre los síntomas depresivos y los estilos de afrontamiento y la resiliencia.
- Estudiar la relación entre los síntomas depresivos y las capacidades de metacognición (atención plena y descentramiento). Analizar la relación entre los síntomas depresivos y las dimensiones de personalidad.
- Estudiar la relación entre los síntomas depresivos y los estilos de apego.
- Estudiar el papel mediador de las capacidades de metacognición entre las estructuras depresivas y los síntomas depresivos.
- Estudiar el papel mediador de las capacidades de metacognición entre los estilos de apego y los síntomas depresivos.

5. 2. 2. 1. 2. Hipótesis

- Las personas con síntomas depresivos tendrán síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento desadaptativos, baja capacidad resiliente, déficits metacognitivos, estilos de personalidad depresivos y estilos de apego inseguros.
- Las personas sin síntomas depresivos presentarán bajos índices de síntomas ansiosos, una capacidad metacognitiva alta, estilos de afrontamiento adaptativos, índices altos de resiliencia y un estilo de apego seguro.
- Las capacidades metacognitivas tendrán un papel mediador entre los efectos de las estructuras depresivas y estilos de apego inseguros en la sintomatología depresiva.

5. 2. 3. Método

5. 2. 3. 1. Participantes

La población del estudio está formada por 594 personas de las que 453 de ellas eran mujeres (76.6%), mientras que 138 (23.4%) eran hombres con una media de edad de 27.42 años ($DT = 11.85$). Estos participantes se obtuvieron a través de centros universitarios, centros de educación para adultos, redes sociales y pacientes de los servicios de Salud Mental pública de Osakidetza.

La muestra proveniente de la red de salud mental fue obtenida a través de los centros de salud mental de Ajuriaguerra, Algorta, Barakaldo, Bombero Etxániz, Ercilla, la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia y de centros privados de psicoterapia. Estas personas acudían a uno de estos centros y estaban diagnosticadas con trastorno depresivo leve o moderado mediante el CIE-10 (WHO, 1992) o el DSM-IV-TR (APA, 2001) por los facultativos correspondientes. Los criterios de exclusión para el estudio fueron la presencia de sintomatología psicótica y/o el consumo activo de sustancias. Por su parte, la muestra que no pertenecía a la red de Salud Mental fue obtenida a través de la población general de la provincia de Vizcaya (España). Los participantes fueron obtenidos a través de centros de estudios universitarios, la universidad de Deusto y UPV y las redes sociales. El criterio de inclusión fue ser mayor de 18 años.

La mayor parte de la muestra tenía estudios universitarios ($N = 455$, 77.1%), mientras que 74 de ellos (12.5%) habían completado la educación secundaria, 46 (7.8%) Formación Profesional y 14 de ellos (2.4%) Educación Primaria.

El 78,9% de los participantes ($N = 463$) eran solteros, el 11.1% ($N = 65$) estaban casados, un 6.5% eran pareja de hecho ($N=38$), un 2.6% estaban divorciados y un 1% eran viudos.

227 participantes (38.7%) habían recibido ayuda psicológica y 333 (57.2%) tenía familiares que habían recibido tratamiento psicológico. 164 (27.60%) personas habían estado en tratamiento psicológico y tenían un familiar que había estado en tratamiento.

Ante la posibilidad de encontrar personas con síntomas depresivos dentro de la muestra obtenida fuera de la red de salud mental pública se estableció un punto de corte para la muestra total. Para ello, se clasificaron sus resultados a través de un

punto de corte del instrumento de depresión, CESD (Radloff, 1977), recomendado por la literatura actual. Anteriormente, el punto de corte utilizado para discriminar la presencia de depresión era de ≥ 16 (Fechner-Bates, Coyne y Schwenk, 1994). Sin embargo, este criterio recibió numerosas críticas por no cumplir con los criterios de especificidad y sensibilidad. A raíz de estas críticas diferentes investigaciones señalan otros puntos de corte más ajustados entre 24 y 27 (Fuentealba, Bravo & Urrutia, 2004; Gemp & Thieme, 2010; Vázquez et al., 2007). En este estudio se siguieron estos criterios por lo que el grupo con sintomatología depresiva puntuaba ≥ 26 en síntomas depresivos y el grupo sin sintomatología puntuaba ≤ 25 en estos síntomas.

Como consecuencia, la muestra quedó estructurada de la siguiente manera: grupo 1) sin sintomatología depresiva ($n = 433$, 72.9 %), grupo y grupo con sintomatología depresiva depresivos ($n = 154$, 25.9 %).

5. 2. 3. 3. Instrumentos

En este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

Datos Sociodemográficos. Un *Cuestionario Sociodemográfico ad-hoc* fue completado por los participantes con el fin de recopilar información sobre la edad, el género, el estado civil y la situación de trabajo, y si habían recibido asistencia en salud mental.

Estructura depresiva. El *Cuestionario de Experiencias Depresivas* construido por Blatt et al. (1976) y validado en el Estudio 1. En el presente estudio los índices de alfa de Cronbach es de 0,66 para el factor de Dependencia, 0,68 para el factor de Relación y 0,85 para el factor de Autocrítica. Este instrumento fue validado en español para este estudio y sus características están plasmadas en el apartado de validación del DEQ del estudio 1 de esta investigación.

Sintomatología depresiva. El cuestionario empleado ha sido la *Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos* (CESD; Radloff, 1977). Este instrumento ha sido utilizado en el Estudio 1 para la validación del DEQ y del RSQ. Sus características están descritas en ese apartado. En esta investigación el alfa de Cronbach total obtenido ha sido de .91 mientras que para las escalas ha sido de .88 en afecto depresivo, .78 en falta de afecto positivo, .73 en disminución psicomotora y .71 en dificultades interpersonales.

Apego. El *Cuestionario de Relación* (RQ; Bartolomew & Horowitz, 1991) ha sido utilizado en la validación del DEQ y del RSQ en el estudio 1 donde se especifican sus características.

El *Cuestionario-Escala de Relaciones Interpersonales* (Relationship Scales Questionnaire; RSQ, Griffin & Bartholomew, 1994). Este instrumento fue validado en español para este estudio y sus características están plasmadas en el apartado de validación del RSQ del estudio 1 de esta investigación. En este estudio 2, las alphas de Cronbach obtenidas han sido de .60 en estilo de evitativo de apego, .84 en estilo temeroso, .84 en el estilo preocupado y .68 en el estilo de apego seguro.

Sintomatología ansiosa. El instrumento empleado para medir la ansiedad ha sido la subescala de ansiedad del *Listado de Síntomas-90* (SCL-90; Derogatis & Fitzpatrick, 2004). Este instrumento ha sido descrito en el estudio 1. En este estudio se escogieron sólo los 10 ítems pertenecientes a la subescala de Ansiedad. Esta subescala evalúa síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevado grado de ansiedad tanto generalizada (inquietud, nerviosismo, tensión) como aguda (ataques de pánico). El estilo de respuesta es una escala Likert que funciona desde 0 (nada) a 4 (extremadamente). El alfa de Cronbach en este estudio ha sido de 0,89.

Atención Plena. En este estudio se ha empleado el *Cuestionario de Cinco Factores de Atención plena* (FFMQ; Five Facet Atención plena Questionnaire, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Este instrumento está basado en el análisis factorial de 5 cuestionarios que evalúan atención plena; el MAAS, (Brown & Ryan, 2003), el FMI (Buchheld et al., 2001), el KIMS (Baer et al., 2004), el CAMS (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007) y el MQ (Chadwick et al., 2005). Los cinco factores de los que se compone son: 1) Observar, aspectos sensoriales, emocionales y cognitivos tanto internos como externos “Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara”, 2) Describir, la capacidad de simbolizar la experiencia en palabras “Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento”, 3) Actuar con Atención Plena, comportamiento opuesto al piloto automático, “Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago”(en negativo) 4) No Juicio, permisividad y aceptación de la vivencia interna “Me critico cuando tengo ideas irracionales” y 5) No Reactividad, no realización de actings o sensación de inundación ante hacia la experiencia interna “Cuando tengo

pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar”. Estos 5 componentes de la atención plena se evalúan a lo largo de 39 ítems a los que se responde mediante una escala Likert de 5 puntos, que varía desde nunca o muy raramente verdad a muy a menudo o siempre verdad. El estudio original muestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach entre .75 y .91 (Baer et al., 2006). En la validación al español los índices son similares y se agrupan en un intervalo de .80 a .91 (Cebolla, García-Palacios, Soler, Guillen, Baños & Botella, 2012; Aguado et al., 2015). En esta investigación el alfa de Cronbach en la subescala de Observar es de .77, en Describir de .88, en Actuar de .87, en No reactividad de .71 y en No juicio de .90.

Descentramiento. El *Cuestionario de Experiencias* (EQ; Fresco, Moore, Van Dulmen, Segal, Teasdale & Williams 2007) ha sido desarrollado para medir la capacidad de descentramiento. Este instrumento mide la capacidad de observar los pensamientos y emociones como eventos mentales y no como aspectos definitorios del self. Esta adquisición de perspectiva transforma la noción de verdad absoluta dada a los sentimientos o pensamientos cuando uno se identifica totalmente con ellos. En la versión original el instrumento se compone de 18 ítems, 6 de los cuales miden Rumiación y Tendencia a quedarse atrapado en los pensamientos, mientras que 14 ítems miden Amplitud de Perspectiva con una escala Likert de 5 puntos que va desde nunca a siempre (Fresco et al., 2007). En la versión en castellano, la estructura del instrumento obtenida es de un solo factor reduciéndose el instrumento a 11 ítems y presentando una consistencia interna de .89 (Soler et al., 2014). Algunos de estos ítems son “Puedo enlentecer mi pensamiento en momentos de estrés” o “Puedo tomarme tiempo para responder a las dificultades”. El alfa obtenido ha sido en este estudio ha sido de .78.

Afrontamiento. El *Cuestionario de Regulación Emocional y Cognitiva* (CERQ, Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor, & Holgado-Tello, 2011) está formado por 18 ítems y se divide en 9 subescalas que representan diferentes estrategias de regulación emocional y cognitiva. Este instrumento se ha validado a varias poblaciones, en su validación al español se obtuvieron alfas que correspondían a un rango desde .60 a .86. A continuación se explican brevemente estas subescalas de las que las cuatro primeras son desadaptativas (Rumiación o Focalización en los Pensamientos, Catastrofización, Auto-culpa y Culpar a Otros) y las cinco siguientes son adaptativas (Poner en

Perspectiva, Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva y Refocalización en los Planes). La subescala de Rumiación o Focalización en los Pensamientos, se refiere a pensar excesivamente sobre los sentimientos y pensamientos asociados al evento displacentero, “Estoy preocupado/a con lo que pienso y siento sobre lo que he vivido”. La segunda subescala, Catastrofización, evalúa la tendencia a tener pensamientos que enfatizan la experiencia de terror, “Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación”. La tercera subescala, Auto-culpa, señala la atribución de la causa del evento negativo a la propia persona, su opuesto sería, “Siento que soy el/la responsable de lo que ha ocurrido”. Y la última subescala de las estrategias maladaptativas es Culpar a Otros y se refiere a pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo a otras personas. A continuación se explican las estrategias adaptativas, “Siento que otras personas son culpables de lo que ha ocurrido”. En el apartado de estrategias adaptativas, se encuentra la subescala de Poner en Perspectiva que consiste en comparar la gravedad del evento con otros eventos consiguiendo relativizarlo y disminuir su gravedad, la subescala de Aceptación que consiste en reconocer la existencia del evento tal y como es, “Creo que no ha sido demasiado malo comparado con otras cosas”. La tercera subescala sería la Focalización Positiva que consiste en recuperar pensamientos de contenido agradable y alegre, “Pienso en algo agradable en vez de lo que me ocurrió”. La cuarta subescala evalúa la Reinterpretación Positiva, involucra pensamientos que añaden un significado positivo al evento displacentero, y finalmente, “Pienso que puedo aprender algo de la situación” y la última subescala mide la Refocalización en los Planes consiste en pensar en los pasos que deben llevarse a cabo para solucionar el problema. “Pienso en cómo puedo cambiar la situación” (Medrano, Moretti & Ortiz, 2013). En este estudio el alfa obtenido en las subescalas es de .89 en Autoculpabilizarse, .84 en Aceptación, .59 en Rumiación, .79 en Centrarse en lo positivo, .75 en Planificación, .72 en Reevaluación Positiva, .69 Puesta en Perspectiva, .85 en Catastrofismo y .84 Culpar a Otros.

Resiliencia. El instrumento empleado para la medición de la resiliencia es la *Escala de Resiliencia* (RS) de los autores Wagnild y Young (1993). Esta escala ha sido evaluada psicométricamente en población de habla hispana en dos ocasiones presentando buenas propiedades ($\alpha = .93$) (Heilemann, Lee & Kury, 2003; Ruiz, de la

Vega, Poveda, Rosado & Serpa, 2012). La RS presenta dos factores para la medición de la resiliencia; las Competencias Personales y la Aceptación de Uno mismo y la Vida. El primer factor se refiere a fortalezas personales como la autoeficacia, la independencia, la determinación, la invencibilidad, la maestría, la incentivo y la perseverancia “Siento que puedo manejar varios problemas a la vez” o “Tiendo a mantener el interés por las cosas”. El segundo factor se refiere a la adaptabilidad, flexibilidad y una perspectiva equilibrada de la vida “Soy amigo de mí mismo” o “Suelo no insistir en cosas que no puedo cambiar”. En esta investigación el alfa en Competencias Personales ha sido de .89 y en Aceptación de uno mismo y la Vida de .66.

En el anexo 1 se puede encontrar el paquete de cuestionarios pertenecientes a este estudio.

A continuación se muestra una figura en la que aparecen los instrumentos con sus subescalas ordenados por niveles de izquierda a derecha de mayor a menor profundidad.

Esta figura trata de ejemplificar los niveles de profundidad señalados por el iceberg, solo que de izquierda a derecha, considerándose los estilos de apego el nivel más profundo y los síntomas depresivos el nivel más superficial.

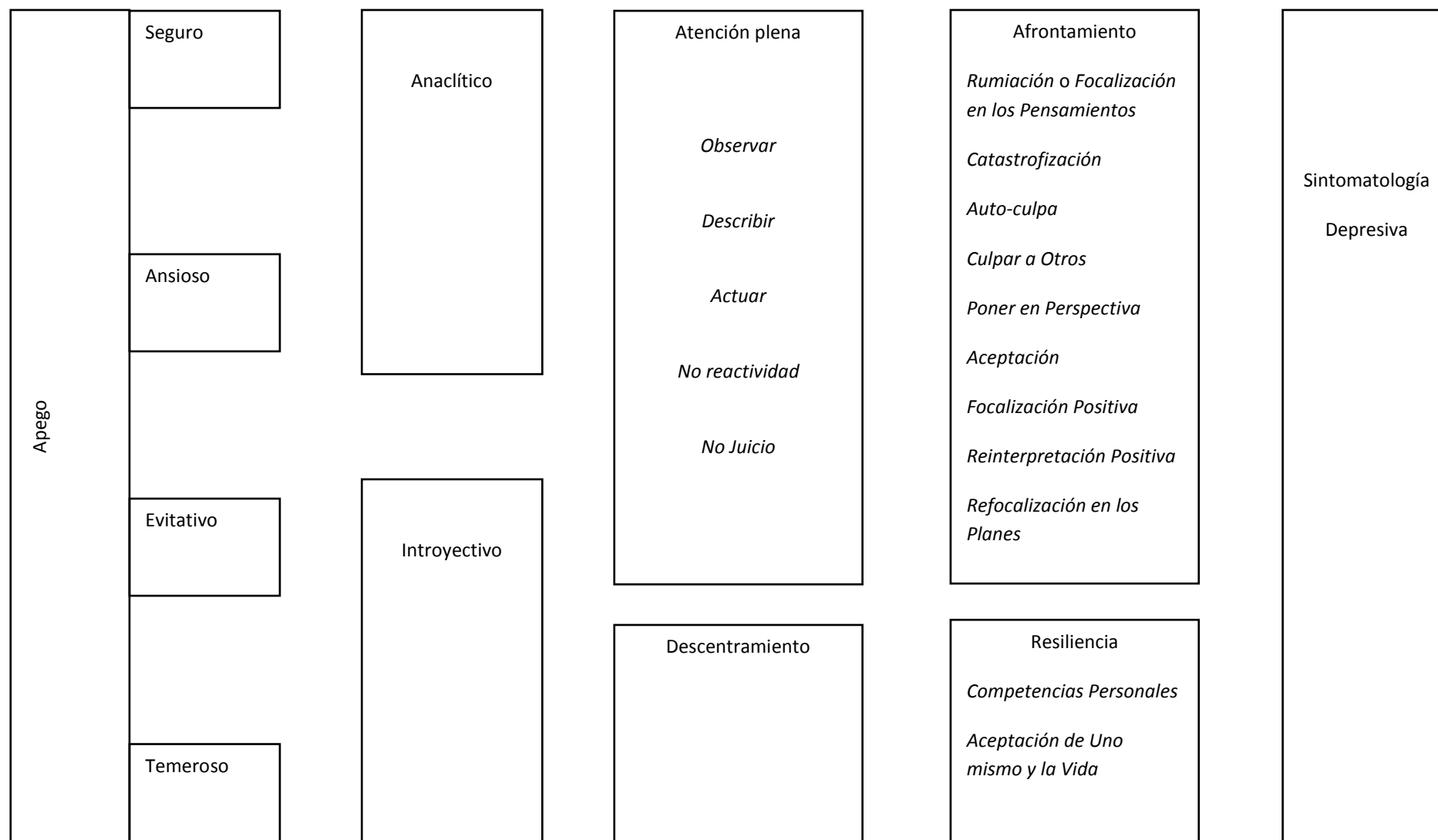


Figura 16. Variables (apego, estructura depresiva, metacognición, estilos de afrontamiento y síntomas depresivos) ordenados a través de los niveles del iceberg.

5. 2. 3. 4. Procedimiento

La recopilación de los datos se llevó a cabo durante los años 2011, 2012 y 2013. La evaluación consistió en la aplicación de una batería de cuestionarios de aproximadamente 40 minutos de duración. El grupo investigador respetó la ley de protección de datos empleando un código numérico que aseguró el anonimato a terceros y separando los datos obtenidos de la identificación del paciente. La identificación de estos participantes a través de un código numérico que ellos habían elegido se debía a la propuesta por parte de la investigadora que ofrecer los resultados de la evaluación en caso de que hubiera interés en ellos.

5 personas de toda la muestra evaluada se pusieron en contacto con la investigadora siendo parte de la muestra perteneciente a población universitaria. Estas personas recibieron sus resultados a través de una entrevista individual con la investigadora en la que se les explicaron entre otras cosas el significado de las puntuaciones.

Por otro lado, los participantes fueron informados de que podrían abandonar el estudio en cualquier momento. Esta investigación cuenta con la aprobación ética de la Universidad de Deusto y la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias / B+I+O Eusko Fundazioa (BIOEF) (Anexo 2).

Todos los pacientes que según los criterios de inclusión fueron posibles participantes para el estudio fueron informados de forma oral y escrita (Anexo 3) sobre las implicaciones de su colaboración. La decisión de formar parte de la investigación fue totalmente voluntaria y, en caso afirmativo, se les entregó la hoja informativa pertinente.

No se consideró la existencia de diferencias en la calidad de respuesta respecto a su formato online o en papel ya que un reciente estudio llevado por Herrero-Fernández (2015) demostró propiedades psicométricas similares en dos versiones

5. 2. 4. Análisis estadísticos

Las variables pertenecientes a esta muestra cumplen los criterios establecidos para la normalidad ($p>0,05$) según lo establecido por la prueba de homocedasticidad Kolmogorov y Smirnov.

En primer lugar se realizarán los estadísticos descriptivos de los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos. En segundo lugar se realizará una diferencia de medias entre ambos grupos.

Una vez analizadas las posibles diferencias entre ambos grupos se procede a analizar el comportamiento de las variables dentro de cada grupo. Para ello se realizarán en tercer lugar, las correlaciones entre las variables de síntomas depresivos y estructura depresiva, metacogniciones y estilos de afrontamiento y resiliencia de ambos grupos con el criterio de los índices de correlación de Pearson.

En cuarto lugar, se analizará la presencia de estas variables en los síntomas depresivos y ansiosos a través de la realización de modelos de regresión lineal múltiple en ambos grupos.

A continuación se analizará el tipo de mediación realizada por las variables de metacognitivas y estilos de afrontamiento y resiliencia entre estilos de apego y estructura depresiva con los síntomas depresivos en los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

5. 2. 5. Resultados.

5. 2. 5. 1. Estadísticos descriptivos de los grupos con ausencia/presencia de síntomas depresivos.

En el siguiente apartado se muestran los estadísticos descriptivos de la muestra subdividida a través del criterio de presencia o ausencia de síntomas depresivos.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos (n, mínimo, máximo, media, desv. Típica, asimetría y curtosis de los grupos con y sin sintomatología depresiva) en síntomas depresivos, estructura depresiva, síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, en las variables metacognitivas de atención plena y descentramiento, en estructura depresiva y en apego.

	N		Mínimo		Máximo		Media		Desv. típ.		Asimetría		Curtosis	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Depresión total	433	154	0	26	25	53	13.74	34.83	6.08	6.75	-.06	.66	-.84	-.44
Afecto deprimido	433	154	0	7	13	24	4.79	14.57	3.01	3.70	.33	.48	-.50	-.17
Falta de Afecto positivo	433	154	0	0	12	12	3.54	6.71	2.35	2.66	.55	-.07	.05	-.21
Disminución Psicomotora	433	154	0	3	11	15	4.32	9.40	2.25	2.26	.12	.01	-.29	.20
Dificultades Interpersonales	433	154	0	0	6	9	1.08	4.15	1.24	1.93	1.18	.02	1.18	-.14
Ansiedad	431	153	0	1	36	38	5.90	14.13	5.16	7.84	1.45	.41	3.35	-.25
Estilos de afrontamiento														
Autoculpabilidad	428	153	2	2	10	10	4.57	6.22	1.85	2.28	.52	-.06	-.27	-.92
Aceptación	429	152	2	2	10	10	7.77	7.81	1.79	1.83	-.84	-.51	.66	-.37
Rumiación	430	150	2	2	10	10	6.68	7.64	1.67	1.80	-.22	-.73	-.16	.28
Centrarse en lo positivo	428	152	2	2	10	10	5.32	5.13	1.90	2.00	.16	.50	-.63	-.43
Planificación	427	151	2	3	10	10	7.45	7.39	1.79	1.82	-.67	-.42	.08	-.53
Reevaluación Positiva	425	152	2	2	10	10	8.11	7.55	1.60	2.00	-.83	-.62	.48	-.33
Poner en perspectiva	425	153	2	2	10	10	6.87	6.64	2.07	2.23	-.29	-.31	-.67	-.78
Catastrofismo	428	153	2	2	10	10	4.28	6.16	1.76	2.10	.55	.03	-.12	-.83
Culpar a Otros	428	153	2	2	10	10	4.13	4.98	1.89	2.04	.84	.24	.42	-.57
Resiliencia														
Competencia Personal	430	153	60	40	116	114	90.17	81.81	10.80	14.54	.12	-.32	-.15	-.21
Aceptación de la vida	431	154	22	18	52	48	38.10	32.99	5.03	6.63	-.06	.09	.21	-.29
Atención plena														
Observar	431	145	9	11	39	38	24.96	25.58	5.59	5.94	-.17	-.03	-.05	-.54
Describir	433	151	11	11	40	40	28.15	25.90	6.22	6.58	-.10	.11	-.47	-.40
Actuar con Atención Plena	431	152	11	8	40	39	26.64	24.17	6.30	6.75	-.15	-.09	-.58	-.59
No juicio	430	151	10	8	40	40	27.68	22.65	6.97	7.38	-.20	.00	-.66	-.73
No Reactividad	428	152	7	7	33	30	21.30	19.23	4.03	4.06	-.33	.25	.77	.64
Descentramiento	432	153	23	17	53	51	37.28	32.01	5.12	6.01	.08	.33	.01	.30

Estructura Depresiva														
Autocrítica	420	147	13	18	64	67	34.35	45.02	9.28	10.56	.16	-.37	-.19	-.09
Dependencia	423	149	23	25	78	81	53.90	60.35	8.78	10.34	-.15	-.32	.28	.30
Relación	430	152	8	21	56	55	37.43	40.20	6.75	7.08	-.38	-.27	.69	-.26
Estilo de apego (RQ)														
Seguro	428	152	1	1	7	7	5.13	4.41	1.43	1.64	-.88	-.11	.13	-1.06
Evitativo	428	152	1	1	7	7	3.67	3.53	1.52	1.48	.15	.12	-.77	-.74
Preocupado	429	152	1	1	7	7	3.14	4.01	1.55	1.68	.45	.08	-.67	-.89
Temeroso	429	152	1	1	7	7	2.71	3.51	1.68	1.84	.73	.18	-.57	-1.15
Dimensión de apego														
Ansiedad	428	152	-11	-10	8	10	-2.94	-.42	3.90	4.14	.43	.04	-.28	-.42
Evitación	428	152	-10	-9	10	10	-1.89	-1.37	3.06	3.27	.47	.52	.62	.73
Estilo de apego (RSQ)														
Seguro	427	151	5	5	25	25	15.14	15.87	3.35	3.58	-.24	.00	.23	.05
Evitativo	423	149	8	9	24	25	16.39	16.58	3.11	2.97	.09	.19	-.14	.10
Preocupado	428	152	8	8	40	40	21.09	26.47	6.45	6.31	.25	-.27	-.51	-.05
Temeroso	423	152	12	15	49	52	24.93	32.07	7.00	6.99	.50	-.19	.00	-.07
1 = Grupo sin síntomas depresivos 2 = Grupo con síntomas depresivos														

En este primer análisis todas las variables confirman una distribución normal al ser la asimetría <3 y la curtosis <10 (Kline, 2011).

Una vez realizados los estadísticos descriptivos de ambos grupos, se procede a analizar el nivel de significación encontrado en los diferentes resultados.

5. 2. 5. 2. Diferencia de medias entre los dos grupos presencia/ausencia de síntomas depresivos en las diferentes medidas evaluadas.

A continuación, se analizarán las diferencias de medias con el fin de evaluar el nivel de significación de las diferencias encontradas entre ambos grupos.

A continuación se muestran los resultados de t de Student en síntomas depresivos.

Tabla 26. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en la variable de síntomas depresivos.

	Media		Desv. Típica		T	gl	Sig.	d de Cohen
	1	2	1	2				
Depresión total	13.74	34.83	6.08	6.75	-35.85	585	.000	-2.96
Afecto deprimido	4.79	14.57	3.01	3.70	-29.43	229.18	.000	-3.88
Falta de Afecto positivo	3.54	6.71	2.35	2.66	-13.82	585	.000	-1.14
Disminución Psicomotora	4.32	9.40	2.25	2.26	-24.00	585	.000	-1.98
Dificultades Interpersonales	1.08	4.15	1.24	1.93	-18.35	200.02	.000	-2.59

1 = Grupo sin síntomas depresivos

2 = Grupo con síntomas depresivos

En los resultados concernientes a los síntomas depresivos, el grupo con sintomatología depresiva muestra índices más elevados que el grupo sin síntomas depresivos. El tamaño de la diferencia en todas las variables es muy elevado ($>0,80$) según los criterios establecidos por Cohen (1988).

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la prueba T en síntomas ansiosos.

Tabla 27. Diferencia de medias en síntomas ansiosos en función de la sintomatología depresiva.

	Media		Desv. Típica		t	gl	Sig.	d de Cohen
	1	2	1	2				
Ansiedad	5.90	14.13	5.16	7.84	-12.06	200.74	.000	1.70

1 = Grupo sin síntomas depresivos

2 = Grupo con síntomas depresivos

Los resultados muestran que existen diferencias significativas en síntomas ansiosos entre ambos grupos (con y sin sintomatología depresiva). El tamaño de la diferencia es muy elevado al ser mayor que 0.80 (Cohen, 1988).

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las pruebas T en las puntuaciones de estilos de afrontamiento.

Tabla 28. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en la variable de estilos de afrontamiento.

	Media		Desv. Típica		T	gl	Sig.	d de Cohen
	1	2	1	2				
Estilos de afrontamiento								
Autoculpabilidad	4.57	6.22	1.85	2.28	-8.00	227.67	.00	-1.06
Aceptación	7.77	7.81	1.79	1.83	-.24	579	.80	-0.01
Rumiación	6.68	7.64	1.67	1.80	-5.95	578	.00	-0.49
Centrarse en lo positivo	5.32	5.13	1.90	2.00	1.03	578	.30	0.08
Planificación	7.45	7.39	1.79	1.82	.37	576	.70	0.03
Reevaluación Positiva	8.11	7.55	1.60	2.00	3.11	224.10	.00	0.41
Poner en perspectiva	6.87	6.64	2.07	2.23	1.15	576	.24	0.09
Catastrofismo	4.28	6.16	1.76	2.10	-9.84	233.21	.00	-1.28
Culpar a Otros	4.13	4.98	1.89	2.04	-4.64	579	.00	-0.38
Resiliencia								
Competencia Personal	90.17	81.81	10.80	14.54	6.49	214.68	.00	0.88
Aceptación de la vida	38.10	32.99	5.03	6.63	8.70	219	.00	1.17
1 = Grupo sin síntomas depresivos 2 = Grupo con síntomas depresivos								

Los resultados muestran que existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento de Autoculpabilidad, Rumiación, Reevaluación Positiva, Catastrofismo, Culpar a Otros, Competencia Personal y Aceptación de la vida. Los valores de Cohen (1988) muestran que el tamaño de estas diferencias es muy elevado (>0.80) en Autoculpabilidad, Catastrofismo y Aceptación de la vida, de tamaño elevado (0.50-0.80) en Competencia Personal y de tamaño medio (0.20-0.50) en las variables de Rumiación, Reevaluación Positiva, Culpar a Otros y Competencia Personal.

A continuación se muestran los resultados de t de Student en las variables que miden atención plena.

Tabla 29. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en las variables de atención plena.

	Media		Desv. Típica		T	gl	Sig.	d de Cohen
	1	2	1	2				
Atención plena								
Observar	24.96	25.58	5.59	5.94	-1.14	574	.252	-0.09
Describir	28.15	25.90	6.22	6.58	3.77	582	.000	0.31
Actuar con Atención Plena	26.64	24.17	6.30	6.75	4.07	581	.000	0.33
No juicio	27.68	22.65	6.97	7.38	7.51	579	.000	0.62
No Reactividad	21.30	19.23	4.03	4.06	5.43	578	.000	0.45
Descentramiento	37.28	32.01	5.12	6.01	10.42	583	.000	0.86
1 = Grupo sin síntomas depresivos 2 = Grupo con síntomas depresivos								

Estos resultados muestran que existen diferencias significativas en todas las variables de metacognición a excepción de la variable Observar siendo el grupo sin síntomas depresivos el que presenta índices más elevados en estas variables. El tamaño de estas diferencias es muy elevado (>0.80) en la variable de Descentramiento, de tamaño elevado (0.50-0.80) en la variable de No Juicio y de tamaño medio (0.20-0.50) en las variables de Describir y Actuar con Atención Plena (Cohen, 1988).

En la siguiente tabla se muestran las diferencias en las puntuaciones de estructura depresiva entre los grupos con y sin sintomatología depresiva.

Tabla 30. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en la variable de estructura depresiva.

	Media		Desv. Típica		t	gl	Sig.	d de Cohen
	1	2	1	2				
Personalidad								
Autocrítica	34.35	45.02	9.28	10.56	-11.55	565	.000	-0.97
Dependencia	53.90	60.35	8.78	10.34	-6.79	227.48	.000	-0.67
Relación	37.43	40.20	6.75	7.08	-4.28	580	.000	-0.35
1 = Grupo sin síntomas depresivos					2 = Grupo con síntomas depresivos			

Como se desprende de los resultados, el grupo clínico muestra índices más elevados de los tres estilos de estructura depresiva, siendo el tamaño de estas diferencias muy elevado (>0.80) en Autocrítica, elevado ($0.50-0.80$) en Dependencia y de tamaño medio ($0.20-0.50$) en Relación.

Por último, se muestran los resultados de las pruebas t para comprobar el nivel de significación de las diferencias encontradas en las puntuaciones en apego en ambos grupos.

Tabla 31. Diferencia de medias entre el grupo sin síntomas depresivos y grupo con síntomas depresivos en las variables de apego.

	Media		Desv. Típica		t	gl	Sig.	d de Cohen
	1	2	1	2				
Estilo de apego (RQ)								
Seguro	5.13	4.41	1.43	1.64	5.12	578	.000	0.42
Evitativo	3.67	3.53	1.52	1.48	.96	578	.335	0.07
Preocupado	3.14	4.01	1.55	1.68	-5.76	579	.000	-0.47
Temeroso	2.71	3.51	1.68	1.84	-4.90	579	.000	-0.40
Dimensión de apego								
Ansiedad	-2.94	-.42	3.90	4.14	-6.73	578	.000	-0.55
Evitación	-1.89	-1.37	3.06	3.27	-1.75	578	.080	-0.14
Estilo de apego (RSQ)								
Seguro	15.14	15.87	3.35	3.58	-2.26	576	.024	-0.18
Evitativo	16.39	16.58	3.11	2.97	-.65	570	.515	-0.05
Preocupado	21.09	26.47	6.45	6.31	-8.87	578	.000	-0.73
Temeroso	24.93	32.07	7.00	6.99	-10.780	573	.000	-0.90

1 = Grupo sin síntomas depresivos

2 = Grupo con síntomas depresivos

Los resultados muestran que existen diferencias significativas en los estilos de apego seguro, preocupado y temeroso así como en la dimensión de ansiedad del instrumento RQ. El tamaño de estas diferencias es elevado (0.50-0.80) en la dimensión ansiosa y mediano (0.20-0.50) en el estilo seguro, preocupado y temeroso. Por su parte, los resultados pertenecientes al instrumento RSQ muestran que existen diferencias significativas en el estilo de apego seguro, ansioso y temeroso siendo menor la presencia de estos estilos en el grupo sin síntomas depresivos. El tamaño de estas diferencias es muy elevado en el estilo de apego temeroso y elevado en los estilos de apego seguro y ansioso.

Una vez verificadas las diferencias entre los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos y control se procede a analizar la relación entre las variables a través del análisis de correlaciones.

5. 2. 5. 3. Correlaciones entre síntomas depresivos y ansiosos con estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego en los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

En primer lugar se han analizado los resultados de las correlaciones entre las variables en el grupo con síntomas depresivos. En un segundo apartado se han analizado las correlaciones entre las variables en el grupo sin síntomas depresivos.

En este apartado se calcularon las correlaciones entre los síntomas depresivos, los estilos de afrontamiento, las capacidades metacognitivas, las estructuras de personalidad depresivas y el estilo de apego en el grupo que presentaba síntomas depresivos.

Los síntomas depresivos fueron dispuestos en 4 subescalas (Afecto depresivo, Falta de afecto positivo, Disminución psicomotora y Dificultades interpersonales) y la suma total de las mismas (Depresión total).

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las correlaciones.

Tabla 32, Índices de correlación entre síntomas depresivos y síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego en el grupo con síntomas depresivos.

	Síntomas depresivos					Síntomas ansiosos
	Depresión total	Afecto depresivo	Falta de afecto positivo	Disminución psicomotora	Dificultades interpersonales	
Síntomas ansiosos	.03	.07	-.24**	.23**	.02	
Estilos de afrontamiento						
Autoculpabilidad	.15	.11	.09	.04	.14	.23**
Aceptación	-.09	.03	-.14	.03	-.23**	.04
Rumiación	.03	.02	.05	.05	-.07	.22**
Centrarse en lo positivo	-.027**	-.21**	-.17*	-.03	-.26**	.17*
Planificación	-.10	-.03	-.14	.03	-.13	.19*
Reevaluación Positiva	-.25**	-.22**	-.11	-.03	-.24**	.13
Poner en perspectiva	-.22**	-.17*	-.18*	-.01	-.18*	.11

Catastrofismo	.17*	.25**	-.05	.06	.10	.19*
Culpar a Otros	.06	-.02	-.10	.19*	.18*	.05
Resiliencia						
Competencia Personal	-.22**	-.13	-.22**	-.00	-.19*	-.14
Aceptación de la vida	-.23**	-.20**	-.14	-.04	-.18*	-.17*
Capacidades metacognitivas						
Atención plena						
Observar	-.02	-.08	-.06	.12	.03	.23**
Describir	-.04	.03	-.00	-.04	-.16*	-.06
Actuar	.10	.14	.17*	-.12	.00	-.26**
No juicio	-.17*	-.03	-.16*	-.07	-.23**	-.19*
No reactividad	-.17*	-.11	-.10	-.07	-.16*	-.00
Descentramiento	-.26**	-.17*	-.27**	-.04	-.17*	-.10
Estructura depresiva						
Autocrítica	.25**	.18*	.20*	.07	.18*	.37**
Dependencia	.22**	.18*	.10	.10	.16*	.33**
Relación	.16*	.11	.18*	.10	-.00	.26**
Estilos de apego						
Dimensión de apego (RQ)						
Ansiedad	.24**	.13	.22**	.05	.24**	.02
Evitación	.07	.01	.07	.08	.01	-.14
Estilo de Apego (RQ)						
Seguro	-.32**	-.22**	-.27**	-.03	-.28**	.05
Evitativo	-.22**	-.22**	-.10	-.08	-.11	-.02
Preocupado	.03	-.04	.10	-.08	.18*	.15
Temeroso	.05	-.02	.07	.09	.03	-.05
Estilo de Apego (RSQ)						
Seguro	.07	.07	-.08	.09	.10	.17*
Evitativo	.00	-.03	-.00	.08	-.02	.00
Preocupado	.25**	.20*	.04	.18*	.20*	.25**
Temeroso	.24**	.06	.16*	.12	.37**	-.09

*p<.05

**p<.01

Los resultados de la tabla muestran índices de correlación positiva media (0.21-0.40) de síntomas ansiosos con las subescalas de Falta de afecto positivo y Disminución psicomotora de los síntomas depresivos.

Respecto a los resultados de las correlaciones con los estilos de afrontamiento, los síntomas depresivos muestran índices de tamaño medio (.21-.40) /bajo (<.20) de valor positivo con las variables de afrontamiento desadaptativas; Culpar a Otros y Catastrofismo. Mientras, respecto a las variables de afrontamiento adaptativas, los índices de correlación han sido negativos y de tamaño medio (.21-.40) /bajo (<.20) en Aceptación, Centrarse en positivo, Planificación, Reevaluación positiva, Poner en perspectiva y Competencias Personales y Aceptación del instrumento de resiliencia. Por su parte, los síntomas ansiosos muestran correlaciones significativas negativas con las estrategias de afrontamiento desadaptativas de Catastrofismo, Rumiación y Autoculpabilidad y con las estrategias de afrontamiento adaptativas de Planificación y Centrarse en lo positivo.

Respecto a las variables de metacognición, los síntomas depresivos mostraron índices bajos (<.20) de correlación negativa con las subescalas de la variable de atención plena, Describir, Actuar y No Reactividad mostrando el índice mayor en la subescala de No Juicio. Por su parte, la mayoría de las subescalas relacionadas con depresión (Afecto depresivo, Falta de afecto positivo, Dificultades interpersonales, Depresión total) muestran índices de correlación negativa medios (.21-.40) con descentramiento. En contra de lo esperado, se ha encontrado una correlación positiva entre la subescala de atención plena de Actuar y Falta de afecto positivo de la variable de depresión. Esta misma tabla señala que los síntomas ansiosos correlacionan de manera significativa y con valor negativo con las variables de atención plena Actuar y No juicio y de manera positiva con la variable de Observación.

Por su parte, la mayoría de las subescalas de los síntomas depresivos (Afecto depresivo, Falta de afecto positivo, Dificultades interpersonales, Depresión total) mostraron índices de correlación medio (.21-.0) /bajo (<.20) con la estructura de personalidad de Autocrítica. Mientras en la estructura de Dependencia los síntomas depresivos mostraron índices de correlación más bajos y en menor número de escalas (Afecto depresivo, Dificultades interpersonales, Depresión total).

Respecto a la estructura de personalidad de Relación, los síntomas depresivos mostraron una correlación positiva menor que en las estructuras anteriores y en sólo dos subescalas de depresión (Falta de afecto positivo, Depresión total). Los síntomas

ansiosos muestran índices de correlación significativos con las estructuras de personalidad depresiva de Autocrítica, Dependencia y Relación.

Por último, los síntomas depresivos muestran una relación negativa de tamaño medio (.21-.40) con el estilo de apego seguro y evitativo del RQ y una relación positiva de tamaño medio con el estilo de apego preocupado. Por su parte, los estilos de apego inseguros ansioso y temeroso del RSQ muestran también una relación positiva media con los síntomas depresivos, siendo según lo esperado el índice más elevado en el estilo de apego temeroso. A su vez, la dimensión de ansiedad del RQ también muestra índices de correlación positiva media con la sintomatología depresiva. En relación a los síntomas ansiosos, se han encontrado índices de correlación significativos con los estilos de apego seguro y preocupado.

A continuación, se muestran las correlaciones de los síntomas depresivos con las variables del estudio en el grupo sin síntomas depresivos.

Se seguirá el mismo orden, partiendo del análisis de las correlaciones entre síntomas depresivos y ansiosos para posteriormente analizar las correlaciones entre estos síntomas con los estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego.

En la siguiente tabla se muestran las correlaciones de los síntomas depresivos, ansiosos y los estilos de afrontamiento.

Tabla 33, Correlaciones entre síntomas depresivos y síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructura depresiva y estilos de apego en el grupo sin síntomas depresivos.

	Síntomas depresivos					Síntomas ansiosos
	Depresión total	Afecto depresivo	Falta de afecto positivo	Disminución psicomotora	Dificultades interpersonales	
Síntomas ansiosos	.39**	.39**	.00	.37**	.29**	
Estilos de afrontamiento						
Autoculpabilidad	.29**	.26**	.06	.18**	.30**	.20**
Aceptación	.00	.08	-.16**	.06	.01	.09
Rumiación	.19**	.22**	-.07	.22**	.16**	.24**
Centrarse en lo positivo	.07	.11*	-.13**	.17**	.00	.14**
Planificación	-.11*	-.04	-.25**	.03	-.03	.03
Reevaluación Positiva	-.11*	.00	-.28**	.03	-.08	-.03
Poner en perspectiva	.03	.07	-.10*	.09*	.02	.10*
Catastrofismo	.28**	.25**	.10*	.19**	.23**	.22**
Culpar a Otros	.12**	.07	.05	.10*	.15**	.14**
Resiliencia						
Competencia Personal	-.33**	-.13**	-.45**	-.15**	-.16**	-.09
Aceptación de la vida	-.45**	-.26**	-.45**	-.27**	-.24**	-.21**
Capacidades metacognitivas						
Atención plena						
Observar	.06	.08	-.08	.08	.11*	.11*
Describir	-.20**	-.05	-.22**	-.17**	-.12*	-.11*
Actuar	-.20**	-.06	-.17**	-.20**	-.18**	-.21**
No juicio	-.28**	-.21**	-.12*	-.22**	-.27**	-.27**
No reactividad	-.13**	-.08	-.15**	-.06	-.05	-.10*
Descentramiento	-.31**	-.21**	-.33**	-.12**	-.17**	-.16**
Estructura depresiva						
Autocrítica	.50**	.38**	.29**	.34**	.35**	.34**
Dependencia	.36**	.32**	.09*	.32**	.21**	.30**
Relación	.22**	.27**	-.02	.24**	.01	.20**
Dimensión de apego						

Ansiedad	.30**	.24**	.19**	.13**	.27**	.20**
Evitación	.10*	.01	.14**	.01	.17**	.01
Estilo de Apego (RQ)						
Seguro	-.23**	-.14**	-.23**	-.04	-.26**	-.10*
Evitativo	-.02	-.05	.04	-.03	.01	-.06
Preocupado	.25**	.23**	.13**	.12*	.18**	.17**
Temeroso	.25**	.17**	.15**	.13**	.26**	.15**
Estilo de Apego (RSQ)						
Seguro	.03	.13**	-.20**	.09	.03	.15**
Evitativo	-.03	-.01	-.08	-.01	.03	-.03
Preocupado	.33**	.30**	.09	.22**	.31**	.24**
Temeroso	.39**	.24**	.25**	.21**	.46**	.26**

*p<.05

**p<.01

Los síntomas ansiosos correlacionan de manera significativa en todas las subescalas de depresión, excepto en la subescala de falta de afecto positivo.

En esta tabla, los síntomas depresivos muestran correlaciones positivas de índice medio bajo con todas las estrategias de afrontamiento desadaptativo (Autoculpabilidad, Rumiación, Perspectivismo, Catastrofismo y Culpar a otros). Por su parte, las estrategias de afrontamiento adaptativas muestran índices de correlación negativos de tamaño medio (0.21-0.40) /bajo (<0.20) con los síntomas depresivos mientras que las subescalas de resiliencia muestran correlaciones de la misma dirección pero de índice alto (>0.80). Los síntomas ansiosos muestran correlaciones positivas significativas con las estrategias desadaptativas de Autoculpabilidad, Rumiación, Catastrofismo y Culpar a otros. Adicionalmente, los síntomas ansiosos muestran índices de correlación negativa con el aspecto de resiliencia de Aceptación.

Según los resultados de esta tabla, todas las subescalas de atención plena y descentramiento correlacionan de forma negativa de tamaño medio (0.21-0.40) /bajo (<0.20) con los síntomas depresivos. La subescala de Observación correlaciona de manera positiva confirmando resultados de estudios anteriores. La variable de descentramiento, muestra los índices más elevados respecto a las demás variables de metacognición. Todas las variables de metacognición correlacionan de manera significativa con los síntomas ansiosos y en una dirección negativa a excepción de la subescala de Observación.

Respecto a las estructuras depresivas, la estructura que mayores índices de correlación positiva muestra con los síntomas depresivos es la estructura de autocrítica. Según lo esperado, le sigue la estructura de personalidad de dependencia y por último la estructura de personalidad de relación. Por su parte, los síntomas ansiosos correlacionan de manera significativa y positiva con todas las estructuras depresivas.

Por último, la dimensión de apego ansiosa muestra índices de correlación positiva con la depresión total y con todas las subescalas de depresión. Por su parte, el estilo de apego seguro del RQ correlaciona con índices medios/bajo de forma negativa con los síntomas depresivos. Sin embargo, en el instrumento del RSQ muestra una correlación positiva con la falta de afecto positivo. Por su parte, tanto el estilo de apego ansioso, como el estilo de apego preocupado muestran índices de los índices de correlación positivas más elevados con los síntomas depresivos. El estilo de apego evitativo no muestra correlaciones significativas con los síntomas depresivos. Finalmente, los resultados de los síntomas ansiosos muestran correlaciones significativas con la dimensión ansiosa de apego así como los estilos de apego preocupado y temeroso tanto del RQ como del RSQ. Respecto a los resultados de las correlaciones con el estilo de apego seguro, se han encontrado correlaciones significativas de índice negativo con el estilo evaluado por el RQ y correlaciones significativas de índice positivo con el estilo evaluado del RSQ.

5. 2. 5. 4. Regresiones lineales múltiples para síntomas depresivos en los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

Los resultados de las correlaciones mostraron relaciones significativas entre los estilos de afrontamiento, las capacidades de metacognición, la estructura depresiva y los estilos de apego con los síntomas depresivos (depresión total, afecto depresivo, falta de afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales).

Estas relaciones significativas con las variables que conformaban los síntomas depresivos sirvieron para plantear el posible papel de estas variables como predictores de los síntomas depresivos. Con el objetivo de explorar en qué medida las diferentes variables podían explicar el desarrollo de síntomas depresivos se realizó un modelo de regresión lineal múltiple de método de pasos sucesivos para cada escala de depresión; con las variables mencionadas.

En esta investigación se contaban con tres tipos de medidas de apego diferentes, una medida dimensional y dos categoriales. Se realizó una ponderación de los 2 resultados categoriales obtenidos del RSQ y del RQ con el fin de unificar la variable de apego. Se realizó un análisis de componentes principales siguiendo el método de rotación Oblimin (Rotación Oblicua) al esperarse que los factores resultantes estuviesen correlacionados. Para la extracción de factores se siguió el criterio de Kaiser (1996) según el cual cada autovalor menor o igual que 1 se corresponde a un factor y la puntuación factorial correspondiente a la ponderación de los instrumentos se calculó mediante un modelo de regresión. Los resultados de dimensión de ansiedad y evitación de apego obtenidos a partir del RQ se han realizado en un modelo de regresión aparte. Así las medidas de apego quedan resumidas en dos, dimensionales y categoriales.

Debido a esto, se han realizado dos modelos de regresión para cada una de las cinco variables que corresponden a los síntomas depresivos y para la variable de síntomas ansiosos. Un primer modelo con la medida de apego categorial ponderada y un segundo modelo con el apego como dimensión.

En primer lugar, se analizaron los resultados del modelo de regresión con la variable de apego ponderada.

En la tabla 34 los resultados de la regresión lineal de pasos sucesivos para la variable de depresión total con las medidas categoriales de apego ponderadas.

Tabla 34. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para depresión en grupo con presencia de síntomas depresivos.

	B	B	t	Sig.
Autocrítica	0.12	.18	1.67	.096
Autoculpabilidad	0.63	.22	2.82	.006
No Juicio	-0.18	-.22	-2.62	.010
Actuar con Atención Plena	0.16	.18	2.30	.023
Dependencia	0.12	.20	2.04	.043
R= ,556 R ² = 0,309 R ² corregida= 0,280				

La estructura de personalidad depresiva de Autocrítica, la subescala de Estilos de Afrontamiento de Autoculpabilidad, las subescalas de Atención Plena de No Juicio y Actuar con Atención Plena y la estructura de personalidad depresiva de Dependencia, explicando un 28% de la varianza en depresión.

A continuación se muestran en la tabla 35 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de depresión total con las medidas dimensionales de apego.

Tabla 35. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para depresión en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	B	t	Sig.
Autocrítica	0.19	.30	3.37	.001
Autoculpabilidad	0.54	.19	2.39	.018
Dimensión de Ansiedad de Apego	0.30	.20	2.37	.019
R= 0,515 R ² = 0,266 R ² corregida= 0,248				

Este modelo explicativo de depresión está compuesto por la estructura de personalidad depresiva de Autocrítica, la subescala de Estilos de Afrontamiento de Autoculpabilidad y la dimensión de ansiedad de apego, explicando un 24% de la varianza de depresión.

En la tabla siguiente se muestran los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de falta de afecto positivo.

Tabla 36. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “afecto depresivo” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida categorial de apego ponderada.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Aceptación (Resiliencia)	-0.16	-.29	-3.47	.001
Aceptación (Afrontamiento)	0.54	.28	3.08	.003
Centrarse en positivo (Afrontamiento)	-0.43	-.21	-2.37	.019

R= 0,406 R²= 0,165 R²corregida= 0,144

La varianza de afecto de depresivo es explicada en un 14% (R² corregida = 0,144) por las variables de Aceptación (Resiliencia), Aceptación (Afrontamiento) y Centrarse en positivo (Afrontamiento).

En el siguiente modelo de regresión para afecto depresivo se tomó la medida de apego como dimensión.

Tabla 37. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “afecto depresivo” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Aceptación (Resiliencia)	-0.09	-.17	-1.83	.069
Dependencia	0.08	.24	2.75	.007
Actuar con Atención Plena	0.10	.19	2.41	.017
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.29	.18	2.12	.036

R= 0,444 R²= 0,197 R²corregida= 0,171

Este modelo de regresión explica un 17% de la varianza de afecto depresivo a partir de las variables de Aceptación (Resiliencia), Dependencia, Actuar con Atención Plena y Autoculpabilidad (Afrontamiento).

A continuación se muestran en la tabla 38 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de “falta de afecto positivo”.

Tabla 38. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “falta de afecto positivo” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.11	.42	5.20	.000
Sintomatología ansiosa	-0.09	-.26	-3.15	.002
Estilo de apego seguro	-0.45	-.20	-2.53	.012
R= 0,504 R ² = 0,254 R ² corregida= 0,236				

La subescala de falta de afecto positivo es explicada en un 23% por las variables de autocrítica, síntomas ansiosos y estilo de apego seguro.

Por su parte, cuando el estilo de apego es medido en dimensiones la variable de falta de afecto positivo es explicada en un 20% por las variables de Aceptación (Resiliencia), Dependencia y Actuar con Atención Plena.

En la tabla 39 se muestran los resultados de este último modelo.

Tabla 39. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “falta de afecto positivo” con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Aceptación (Resiliencia)	0.08	.32	3.33	.001
Dependencia	-0.10	-.29	-3.52	.001
Actuar con Atención Plena	-0.08	-.19	-2.08	.039
R= ,476 R ² = 0,227 R ² corregida= 0,208				

La tercera subescala de depresión evaluada es la “disminución psicomotora”. En la tabla 40 se analizan los resultados del modelo de regresión con la variable de apego ponderada.

Tabla 40. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “disminución psicomotora” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
Sintomatología ansiosa	0.07	.27	3.20	.002
Estilo de apego temeroso	0.52	.23	2.66	.009
Aceptación (Afrontamiento)	0.26	.21	2.49	.014
R= 0,373 R ² = 0,139 R ² corregida= 0,118				

Este modelo explica un 18% (R^2 corregida = 0,208) de la varianza de la variable de disminución psicomotora a través de las variables de Sintomatología ansiosa, Estilo de apego temeroso y Aceptación (Afrontamiento).

El siguiente modelo utiliza la variable de apego como dimensión y explica un 7% (R^2 corregida= 0,074) de la varianza de dificultades psicomotoras a través de las variables de ansiedad y aceptación como estilo de afrontamiento.

Tabla 41. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “disminución psicomotora” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>b</i>	<i>t</i>	Sig.
Sintomatología ansiosa	0.06	.23	2.75	.000
Aceptación (Afrontamiento)	0.22	.18	2.11	.030
R= 0,298 R ² = 0,089 R ² corregida= 0,074				

Por último se analizaron los resultados de modelo de regresión lineal con la subescala de depresión de “dificultades interpersonales”:

En la tabla 42 se muestran los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de dificultades interpersonales con la medida de apego ponderada.

Tabla 42. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “dificultades interpersonales” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego ponderada.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Estilo de Apego Preocupado	0.59	.31	3.86	.000
No Juicio (Atención Plena)	-0.04	-.19	-2.40	.018
Aceptación (Afrontamiento)	-0.22	-.21	-2.78	.006
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.17	.21	2.75	.007
R= 0,524 R ² = 0,274 R ² corregida= 0,250				

Este modelo explica un 25% de la varianza de dificultades interpersonales a través de las variables de Estilo de Apego Preocupado, No Juicio (Atención Plena), Aceptación (Afrontamiento) y Autoculpabilidad (Afrontamiento).

Por su parte, el modelo de regresión en el que se toma la variable de apego en dimensiones explica un 15% de la varianza de la subescala de dificultades interpersonales a través de las variables de Autocrítica y la Dimensión de Ansiedad de Apego.

Tabla 43. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “dificultades interpersonales” en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.04	.25	2.83	.005
Dimensión de Ansiedad de Apego	0.09	.22	2.45	.016
R= 0,412 R ² = 0,170 R ² corregida= 0,156				

Las regresiones siguientes se centran en el análisis de los síntomas ansiosos como variable dependiente.

En la tabla 44 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de sintomatología ansiosa con la medida de apego ponderada.

Tabla 44. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas ansiosos en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida categorial de apego ponderada.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.19	.24	2.91	.004
Observar con Atención Plena	0.27	.21	2.53	.012

R= 0,336 R²= 0,113 R²corregida= 0,099

Este modelo de regresión lineal explica un 9% de la presencia de sintomatología ansiosa a través de las variables de Observación de Atención Plena y de la estructura depresiva de Autocrítica.

El modelo de regresión con la medida de apego en dimensiones muestra una estructura muy similar como se puede observar en la tabla 45.

Tabla 45. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas ansiosos en grupo con presencia de síntomas depresivos con la medida I de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.20	.26	3.17	.002
Observar con Atención Plena	0.25	.20	2.41	.017

R= 0,342 R²= 0,117 R²corregida= 0,103

En este modelo, la sintomatología ansiosa es explicada en un 10% por las mismas variables que en el modelo anterior, la estructura depresiva de Autocrítica y la subescala de Observar de Atención Plena.

Una vez analizados los modelos de regresión en el grupo con síntomas depresivos se procede a realizar los modelos de regresión lineal en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

A continuación se muestran en la tabla 46 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de depresión total.

Tabla 46. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas depresivos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	β	t	Sig.
Autocrítica	0.12	.18	3.45	.001
Aceptación (Resiliencia)	-0.31	-.26	-5.66	.000
Sintomatología Ansiosa	0.24	.20	4.82	.000
Catastrofismo (Afrontamiento)	0.38	.11	2.60	.010
Estilo de Apego Temeroso	0.76	.11	2.66	.008
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.37	.11	2.62	.009

R= 0,640 R²= 0,410 R²corregida= 0,401

El modelo que muestra esta tabla 46 explica un 40% de la varianza de síntomas depresivos a través de las variables de Autocrítica, Aceptación (Resiliencia), Sintomatología Ansiosa, Catastrofismo (Afrontamiento), Estilo de Apego Temeroso y Autoculpabilidad (Afrontamiento).

Por su parte, como se puede ver en la tabla 47, el modelo que incluye el apego como dimensión, explica un 38% de la varianza de depresión a través de las variables Autocrítica, Sintomatología ansiosa, Aceptación (Resiliencia), Catastrofismo (Afrontamiento) y Autoculpabilidad (Afrontamiento)

Tabla 47. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas depresivos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	β	t	Sig.
Autocrítica	0.14	.22	4.33	.000
Sintomatología ansiosa	0.25	.22	5.15	.000
Aceptación (Resiliencia)	-0.32	-.27	-5.89	.000
Catastrofismo (Afrontamiento)	0.41	.11	2.77	.006
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.36	.10	2.52	.012

R= 0,630 R²= 0,397 R²corregida= 0,389

A continuación se muestran en la tabla 48 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de afecto depresivo con la medida de apego ponderada.

Tabla 48 de regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión afecto deprimido en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	<i>B</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.07	.23	4.11	.000
Sintomatología ansiosa	0.16	.27	5.90	.000
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.23	.14	3.03	.003
Estilo de Apego Preocupado	0.45	.14	2.84	.005
Actuar con Atención Plena	0.06	.13	2.76	.006

R= 0,528 R²= 0,278 R²corregida= 0,269

Este modelo explica un 26% de la varianza de la subescala de afecto depresivo a través de las variables de Autocrítica, Sintomatología ansiosa, Autoculpabilidad (Afrontamiento), Estilo de Apego Preocupado y Actuar con Atención Plena.

Por su parte, el modelo de regresión con la medida de apego en dimensiones explica un 28% de la varianza de esta subescala.

Tabla 49. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión afecto deprimido en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.06	.21	3.64	.000
Sintomatología ansiosa	0.15	.26	5.57	.000
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.18	.11	2.39	.017
Relación	0.06	.13	2.87	.004
Actuar con Atención Plena	0.06	.13	2.81	.005
Aceptación (Resiliencia)	-0.08	-.14	-2.72	.007
Aceptación (Afrontamiento)	0.18	.10	2.30	.022

R= 0,542 R²= 0,294 R²corregida= 0,281

A continuación se muestran en la tabla 50 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de falta de afecto positivo.

Tabla 50. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión “falta de afecto positivo” en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	β	t	Sig.
Competencias personales (Resiliencia)	-0.05	-.23	-4.31	.000
Aceptación (Resiliencia)	-0.12	-.27	-5.17	.000
Estilo de Apego Seguro	-0.37	-.15	-3.57	.000
Planificación (Afrontamiento)	-0.16	-.13	-2.96	.003
Centrarse en Positivo (Afrontamiento)	-0.12	-.10	-2.51	.012

R= 0,589 R²= 0,347 R²corregida= 0,338

Este modelo de regresión explica un 33% de la varianza de la subescala de falta de afecto positivo a través de las variables Competencias personas (Resiliencia), Aceptación (Resiliencia), Estilo de Apego Seguro, Planificación (Afrontamiento) y Centrarse en Positivo (Afrontamiento).

Por su parte, el modelo de regresión con el apego como medida de dimensión explica un 32% de la varianza de la subescala de falta de afecto positivo a través de las variables de Competencias Personales (Resiliencia), Aceptación (Resiliencia), Planificación (Afrontamiento), Centrarse en Positivo (Afrontamiento) y Descentramiento.

Tabla 51. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión falta de afecto positivo en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	β	t	Sig.
Competencias Personales (Resiliencia)	-0.05	-.23	-4.18	.000
Aceptación (Resiliencia)	-0.11	-.25	-4.47	.000
Planificación (Afrontamiento)	-0.16	-.13	-2.96	.003
Centrarse en Positivo (Afrontamiento)	-0.12	-.10	-2.37	.018
Descentramiento	-0.04	-.10	-2.14	.033

R= 0,577 R²= 0,332 R²corregida= 0,324

La tabla 52 muestra los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de disminución psicomotora.

Tabla 52 de regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión disminución psicomotora en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	β	t	Sig.
Sintomatología Ansiosa	0.10	.24	5.01	.000
Autocrítica	0.03	.13	2.47	.014
Centrarse en positivo (Afrontamiento)	0.16	.13	2.94	.003
Aceptación (Resiliencia)	-0.06	-.14	-2.66	.008
Rumiación (Afrontamiento)	0.13	.09	2.03	.042

R= 0,472 R²= 0,223 R²corregida= 0,212

Este modelo explica un 21% de la varianza de la disminución psicomotora a través de las variables de Sintomatología Ansiosa, Autocrítica, Centrarse en positivo (Afrontamiento), Aceptación (Resiliencia) y Rumiación (Afrontamiento). Por su parte, el modelo con la medida de apego en dimensiones explica un 22% (R²= 0,222) de la varianza de la disminución psicomotora a través de las mismas variables.

Tabla 53. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión disminución psicomotora en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	β	t	Sig.
Sintomatología ansiosa	0.10	.23	4.86	.000
Autocrítica	0.03	.15	2.76	.006
Centrarse en positivo	0.16	.13	2.94	.003
Aceptación (Resiliencia)	-0.05	-.13	-2.48	.013
Rumiación (Afrontamiento)	0.14	.10	2.14	.033

R= 0,471 R²= 0,222 R²corregida= 0,211

La siguiente tabla 54 recoge los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de dificultades interpersonales.

Tabla 54. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión dificultades interpersonales en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Estilo de Apego Temeroso	0.31	.23	4.87	.000
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.14	.21	4.62	.000
Autocrítica	0.01	.12	2.29	.022
Sintomatología ansiosa	0.02	.11	2.42	.016
Culpar a Otros (Afrontamiento)	0.07	.11	2.53	.012
Observar con Atención Plena	0.02	.11	2.55	.011
Descentramiento	-0.02	-.09	-1.98	.048

R= 0,549 R²= 0,301 R²corregida= 0,288

El presente modelo explica un 28% de la varianza de la subescala de dificultades interpersonales a través de las variables de Estilo de Apego Temeroso, Autoculpabilidad (Afrontamiento), Autocrítica, Sintomatología ansiosa, Culpar a Otros (Afrontamiento), Observar con Atención Plena y Descentramiento. Por su parte en la tabla 55, el modelo con el apego como dimensión explica un 27% de la varianza a través de las variables de Autocrítica, Autoculpabilidad (Afrontamiento), Sintomatología Ansiosa, Dimensión de Apego de Ansiedad, Relación, Culpar a Otros (Afrontamiento), Catastrofismo (Afrontamiento), Observar y Descentramiento.

Tabla 55. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para la subescala de depresión disminución psicomotora en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	<i>t</i>	Sig.
Autocrítica	0.02	.17	3.24	.001
Autoculpabilidad (Afrontamiento)	0.15	.22	4.81	.000
Sintomatología Ansiosa	0.03	.13	2.79	.005
Dimensión de Apego de Ansiedad	0.04	.13	2.73	.007
Relación	-0.03	-.16	-3.35	.001
Culpar a Otros (Afrontamiento)	0.06	.09	2.05	.041
Catastrofismo (Afrontamiento)	0.07	.11	2.27	.023
Observar con Atención Plena	0.02	.11	2.58	.010
Descentramiento	-0.02	-.10	-2.04	.041

R= 0,543 R²= 0,294 R²corregida= 0,278

A continuación se muestran en la tabla 56 los resultados de la regresión lineal de pasos múltiples para la variable de sintomatología ansiosa.

El siguiente modelo explica el 22% de la varianza de síntomas ansiosos a través de las variables de Síntomas depresivos, No Juicio (Atención Plena), Rumiación (Afrontamiento), Centrarse en Positivo (Afrontamiento) y Actuar con Atención Plena.

Tabla 56. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para los síntomas ansiosos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego de categorías ponderada.

	B	<i>β</i>	t	Sig.
Síntomas depresivos	0.27	.32	6.70	.000
No Juicio (Atención Plena)	-0.08	-.10	-2.02	.044
Rumiación (Afrontamiento)	0.41	.13	2.74	.006
Centrarse en Positivo (Afrontamiento)	0.27	.09	2.16	.031
Actuar con Atención Plena	-0.09	-.10	-2.14	.033

R= 0,480 R²= 0,231 R²corregida= 0,221

Por su parte, el modelo con el apego medido en dimensiones explica el 21% de la varianza de síntomas ansiosos a través de las variables de Síntomas depresivos, No Juicio (Atención Plena), Rumiación (Afrontamiento), Centrarse en Positivo (Afrontamiento) y Autocrítica.

Tabla 57. Regresión lineal múltiple de pasos sucesivos para síntomas ansiosos en grupo con ausencia de síntomas depresivos con la medida de apego en dimensiones.

	B	<i>β</i>	t	Sig.
Síntomas depresivos	0.24	.28	5.40	.000
No Juicio (Atención Plena)	-0.08	-.10	-2.04	.041
Rumiación (Afrontamiento)	0.36	.11	2.41	.016
Centrarse en Positivo (Afrontamiento)	0.31	.11	2.44	.015
Autocrítica	0.06	.11	2.00	.045

R= 0,478 R²= 0,229 R²corregida= 0,219
 *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Una vez realizadas las regresiones, en el siguiente apartado se procede a analizar los resultados de los modelos de mediación propuestos para grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

5. 2. 5. 5. Modelos de mediación en el grupo presencia/ausencia de síntomas depresivos.

En este apartado, se realizan los modelos de mediación para cada grupo comenzando por el grupo con síntomas depresivos.

La técnica aplicada en estos modelos de mediación ha sido la técnica de Bootstrap con extracción 5000 submuestras. El intervalo de confianza exigido en cada modelo ha sido del 95% y el método empleado ha sido con corrección de sesgo.

Los modelos de mediación planteados siguen las propuestas teóricas explicadas en la introducción. Tal y como se ha señalado, se han considerado los estilos de apego (Wallin, 2015) y las estructuras depresivas (Blatt, 2001) como aspectos favorecedoras de la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos. Por ello, se han tomado estas dos variables como independientes en los modelos de mediación.

Respecto a las capacidades metacognitivas, se ha considerado que como señalan los teóricos revisados en esta investigación (Dragan, Dragan, Kononowicz & Wells, 2012; Teasdale, 1995; Wells, 2001) adquieren un papel mediador en el efecto que pueden tener bien el apego o bien la estructura depresiva en el desarrollo de síntomas depresivos.

Por último, y como se ha encontrado en la revisión de depresión, se ha tomado la sintomatología ansiosa como variable covariante por su elevada comorbilidad con la depresión (Bitsika & Sharpley, 2012).

Los resultados de los modelos de mediación se dividirán en dos apartados en cada grupo por presentar dos variables independientes, el apego y las estructuras depresivas.

A continuación, se analizan los resultados de dos tipos de modelos mediacionales, el primero con la variable de apego como variable independiente y el segundo con la estructura depresiva como variable independiente.

El primer modelo de mediación llevado a cabo fue el compuesto por el estilo de apego seguro (variable independiente), la atención plena y descentramiento (variable mediadora) y síntomas depresivos (variable dependiente).

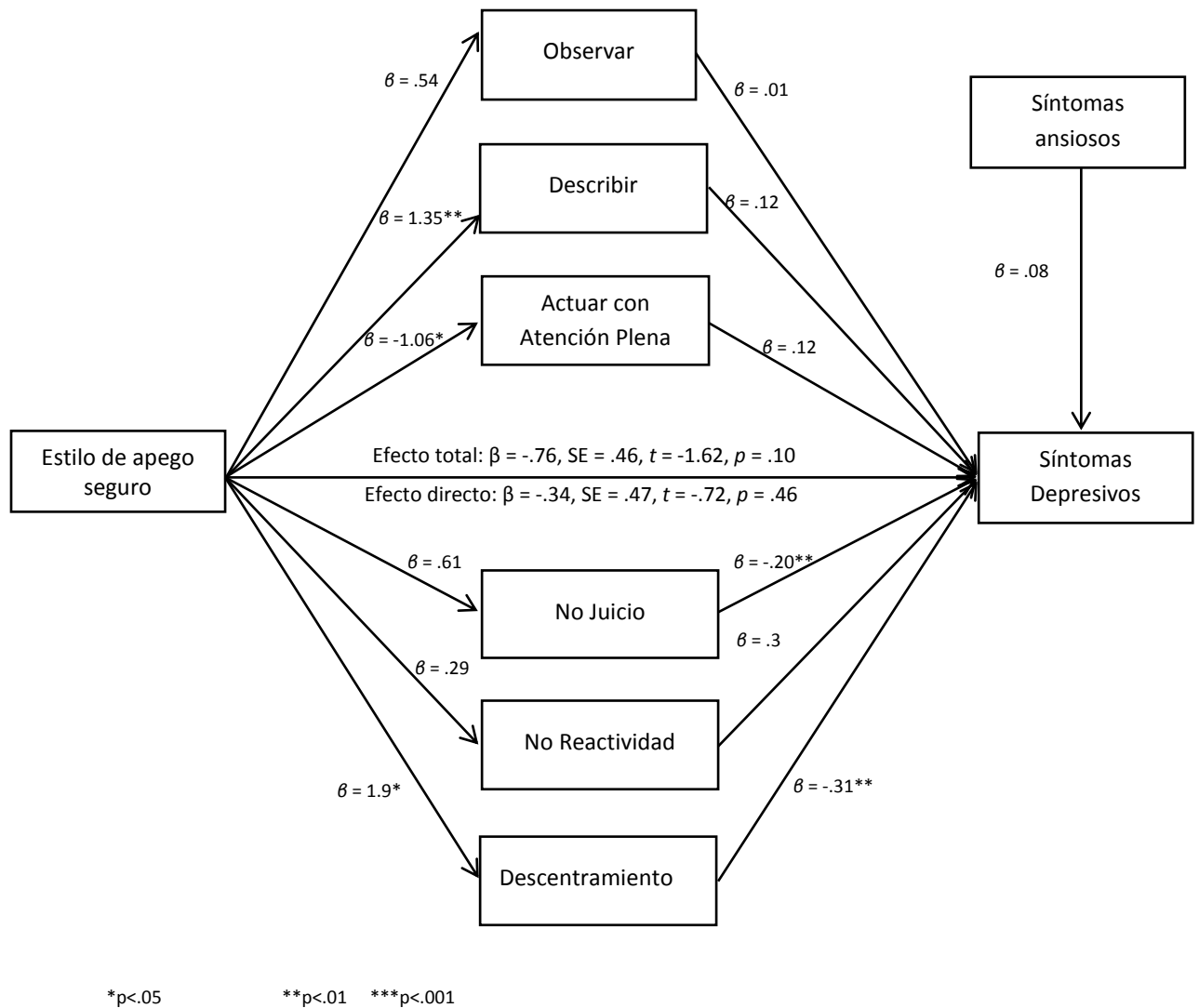


Figura 17. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego seguro y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

El rol mediador del descentramiento y la atención plena entre el estilo de apego seguro y la sintomatología depresiva fue analizado en un modelo de mediación múltiple usando el modelo macro INDIRECT en el SPSS (Preacher & Hayes, 2008). Las variables mediadoras fueron Observar, Describir, Actuar, No reactividad, No juicio y Descentramiento. Se analizó el nivel de significación de la relación entre el estilo de

apego seguro y las variables mediadoras (ruta a) y la relación entre los síntomas depresivos y las variables mediadoras. Para la relación entre estilo de apego y las variables mediadoras se encontró una relación significativa con la variable de Describir, Actuar con Atención Plena y Descentramiento. Por su parte, en la ruta b fueron las variables de No Juicio y Descentramiento las que mostraron índices de significación con los síntomas depresivos. Seguidamente, se calcularon el efecto total del estilo de apego seguro en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del estilo de apego seguro en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ninguna de estas operaciones demostró índices de significación aceptables por lo que se consideró que no había ninguna mediación de las variables metacognitivas en el modelo planteado.

A continuación se muestra el modelo de mediación para el estilo de apego inseguro evitativo.

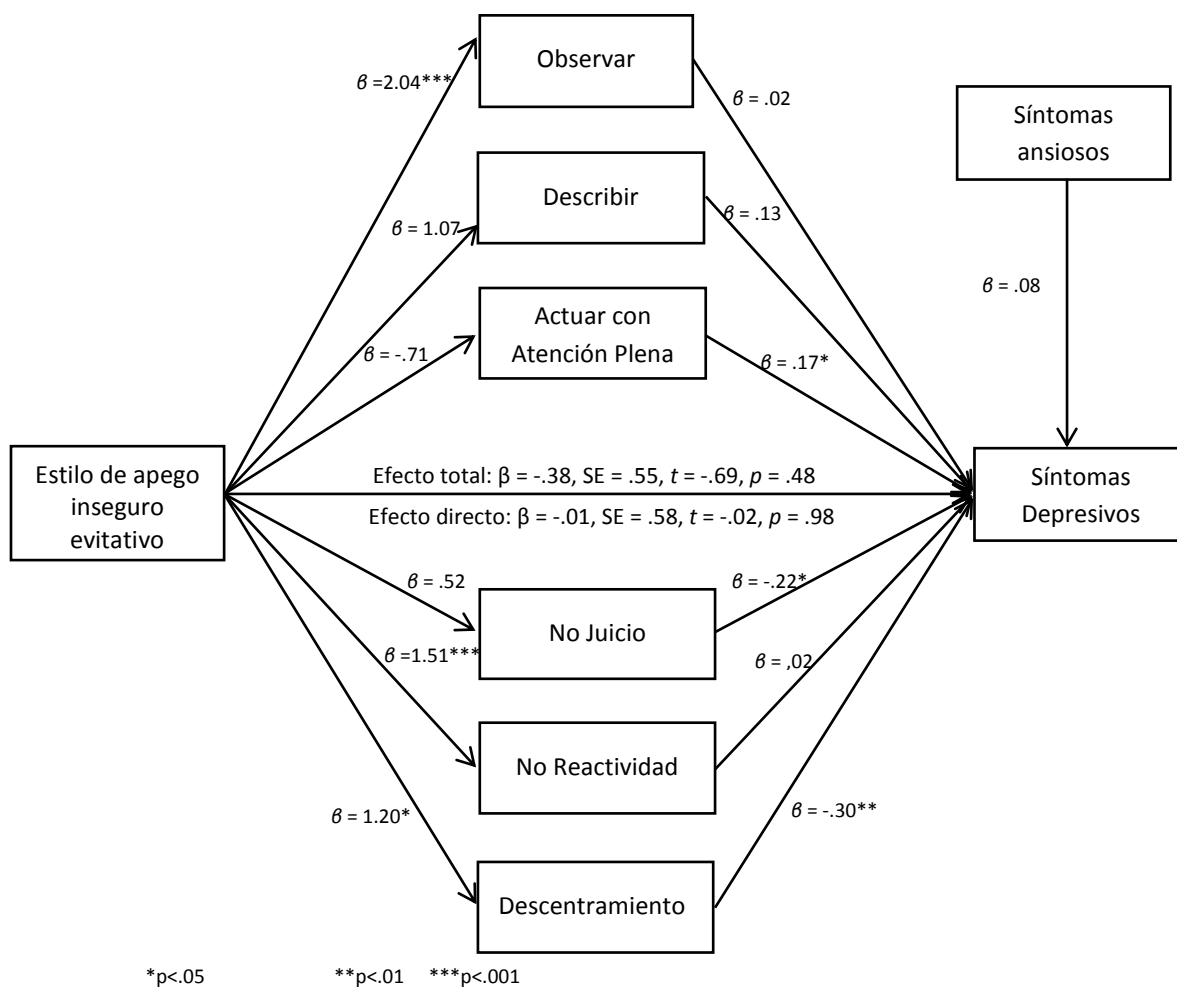


Figura 18. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro evitativo y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

A través del modelo de mediación múltiple se analizó el rol mediador del descentramiento y la atención plena entre el estilo de apego inseguro evitativo y la sintomatología depresiva. En la relación entre estilo de apego inseguro evitativo y las variables mediadoras se encontró una relación significativa con la variable de Observar, No Reactividad y Descentramiento. Por su parte, en la ruta b fueron las variables de Actuar con Atención Plena, No Juicio y Descentramiento las que mostraron una relación significativa con los síntomas depresivos. Seguidamente, se calcularon el efecto total del estilo de apego inseguro evitativo en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del estilo de apego seguro en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ninguna de estas operaciones demostró índices de significación aceptables por lo que se consideró que no había ninguna mediación en el modelo presente planteado.

El siguiente modelo que se muestra es el formado por el estilo de apego preocupado como variable independiente.

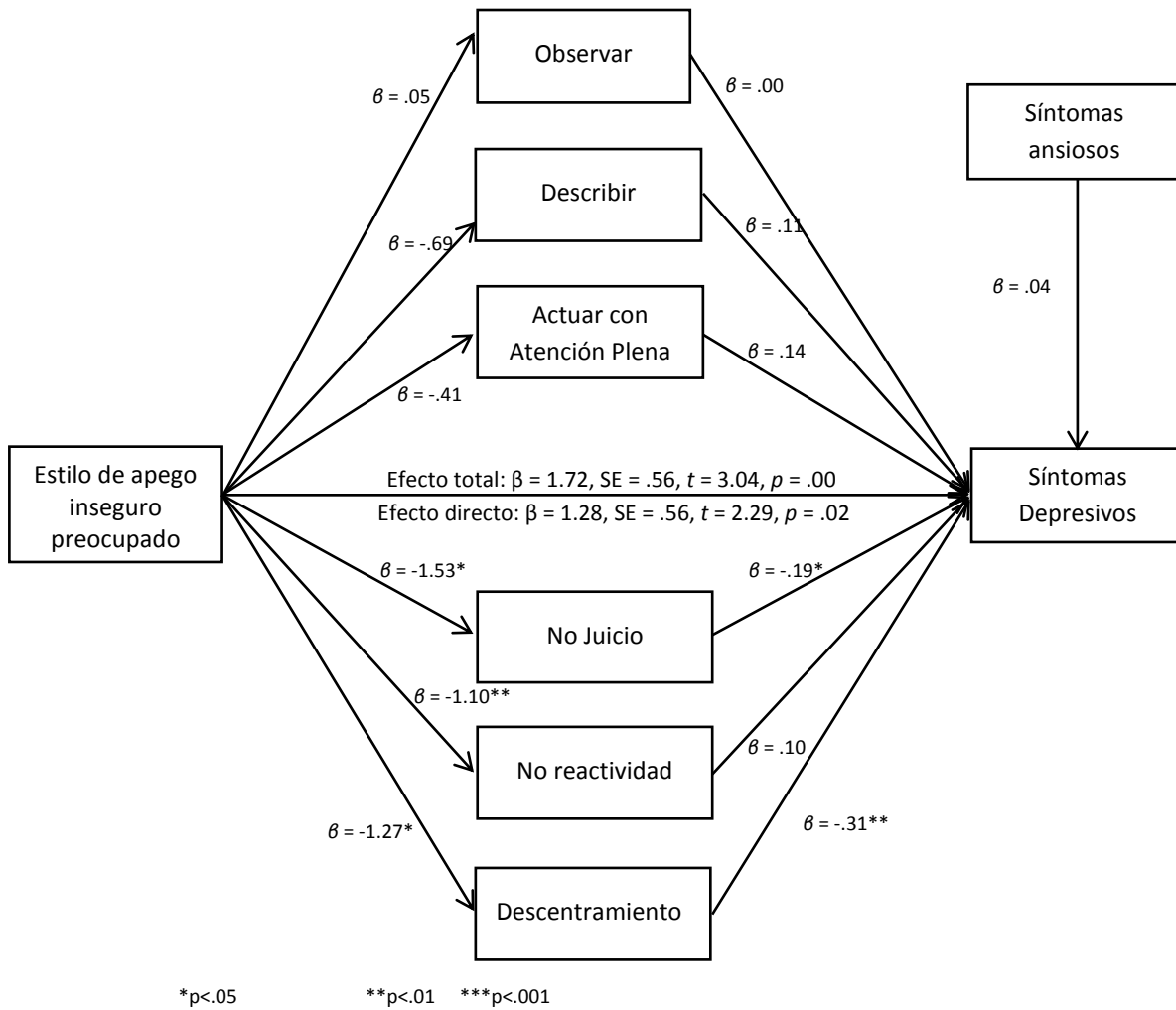


Figura 19. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro preocupado y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

En este modelo se encontraron índices de relación significativa entre el estilo de apego preocupado y las variables de No Juicio, No Reactividad y Descentramiento (ruta a) e índices de relación significativos entre las variables de No Juicio y Descentramiento con los síntomas depresivos. A continuación, se calcularon el efecto total del estilo de apego inseguro preocupado en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del estilo de apego seguro en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos mostraron niveles significativos, en el modelo de c $p = .00$ mientras que en el modelo de c' la significación fue de .01. Una vez comprobado el efecto mediador de las variables, se realizó un bootstrap. El efecto global de bootstrap fue de

.41, 95% BC CI [-.09 a 1.05]. Parece que el peso de las variables mediadoras es mayor encontrándose un efecto indirecto específico de No Juicio ($b = .29$, 95% BC CI [.03 a .74]) y Descentramiento ($b = .39$, 95% BC CI [.07 a .91]) en el modelo con síntomas depresivos.

La figura siguiente muestra los resultados del modelo de mediación con el estilo de apego temeroso como variable independiente.

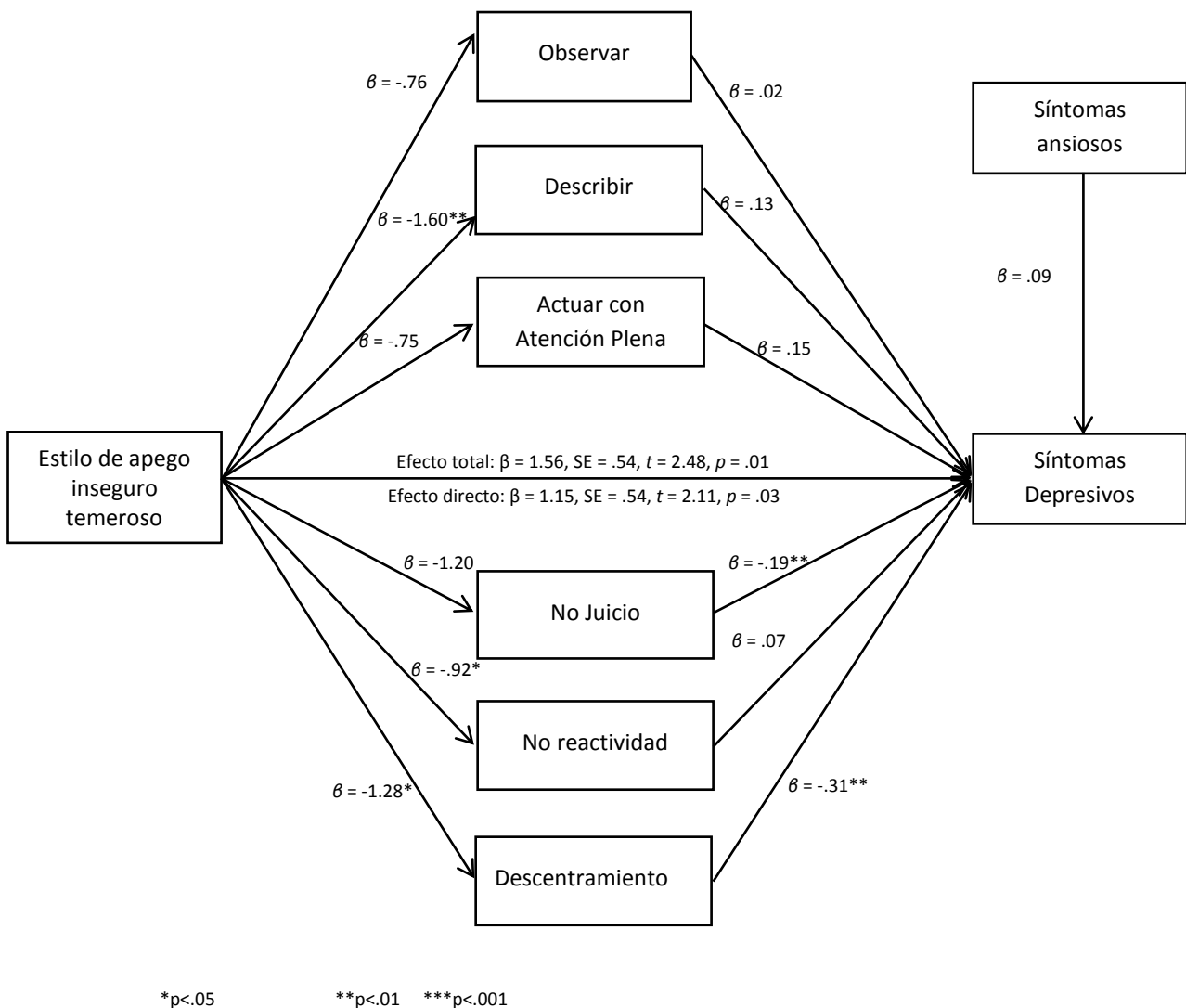


Figura 20. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro temeroso y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos entre el estilo de apego temeroso y las variables de Describir, No reactividad y

Descentramiento (ruta a). Por su parte, tanto el No juicio como la variable de Descentramiento muestran índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b). Seguidamente, se calcularon el efecto total del estilo de apego temeroso en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del apego temeroso en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos fueron significativos, por lo que se pudo aceptar la existencia de una mediación parcial de las variables metacognitivas en el modelo propuesto. El efecto global del bootstrap fue de 19, 95% BC CI [-.34 a .85]. Las variables mediadoras tienen un peso mayor en este modelo siendo su efecto indirecto a través de las variables de No Juicio ($b = .39$, 95% BC CI .00 a .69]) y Descentramiento ($b = .39$, 95% BC CI .07 a .93]) sobre los síntomas depresivos.

Una vez evaluados los modelos de mediación a través de las medidas de apego en categorías, se procede a analizar los modelos mediacionales con el apego como dimensión.

El modelo siguiente está formado por la dimensión de apego de evitación como variable independiente y las variables de atención plena y descentramiento como mediadoras para los síntomas depresivos.

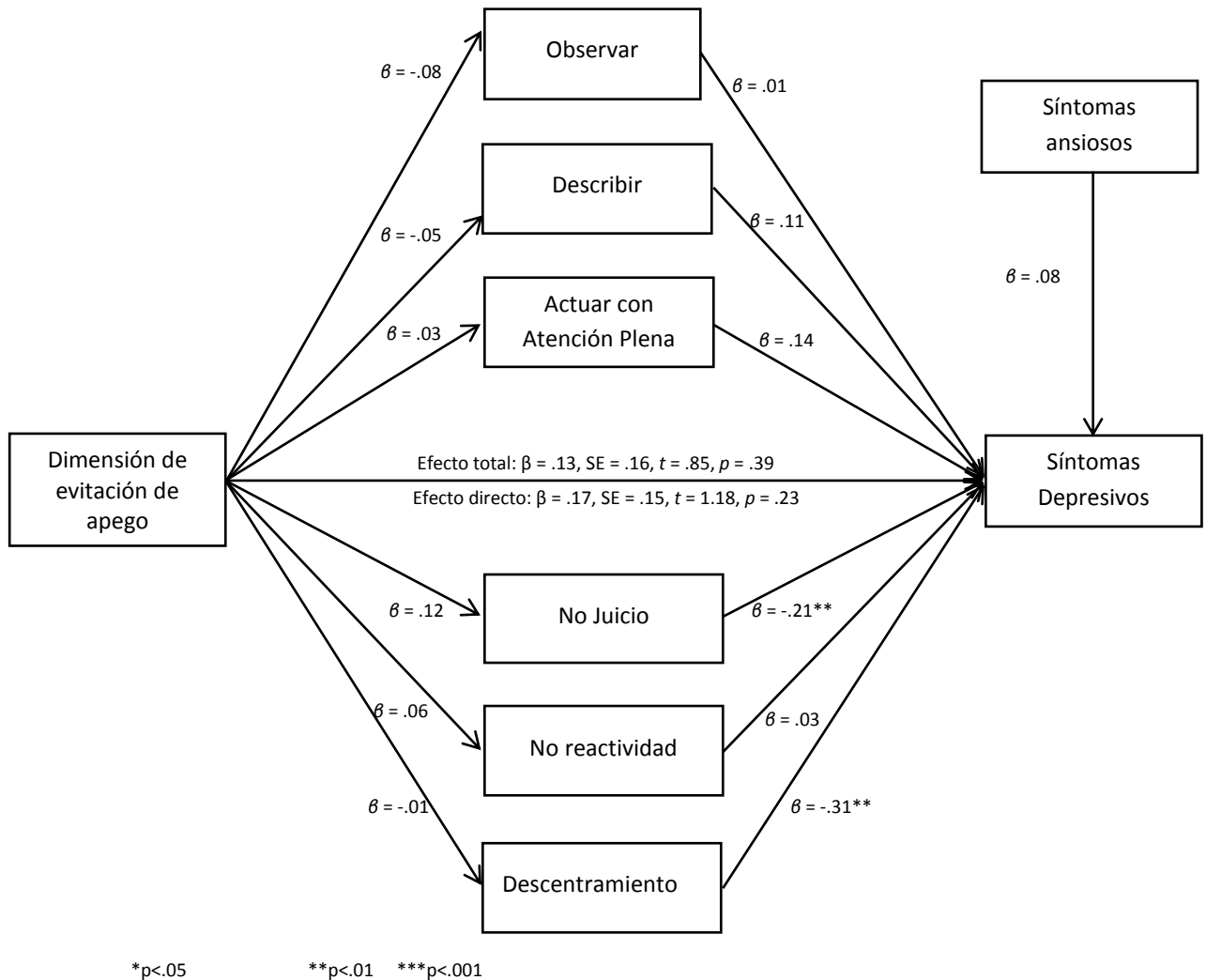


Figura 21. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión evitativa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos la variable de No juicio y la variable de Descentramiento con los síntomas depresivos (ruta b). Los resultados del efecto total de la dimensión de evitación de apego en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c') no fueron significativos. Por lo tanto en este modelo no se ha encontrado mediación entre las variables propuestas.

En la figura 16 se analiza el modelo de mediación compuesto por la dimensión ansiosa de apego como variable independiente, la atención plena y descentramiento como variable mediadora y los síntomas depresivos como variable dependiente.

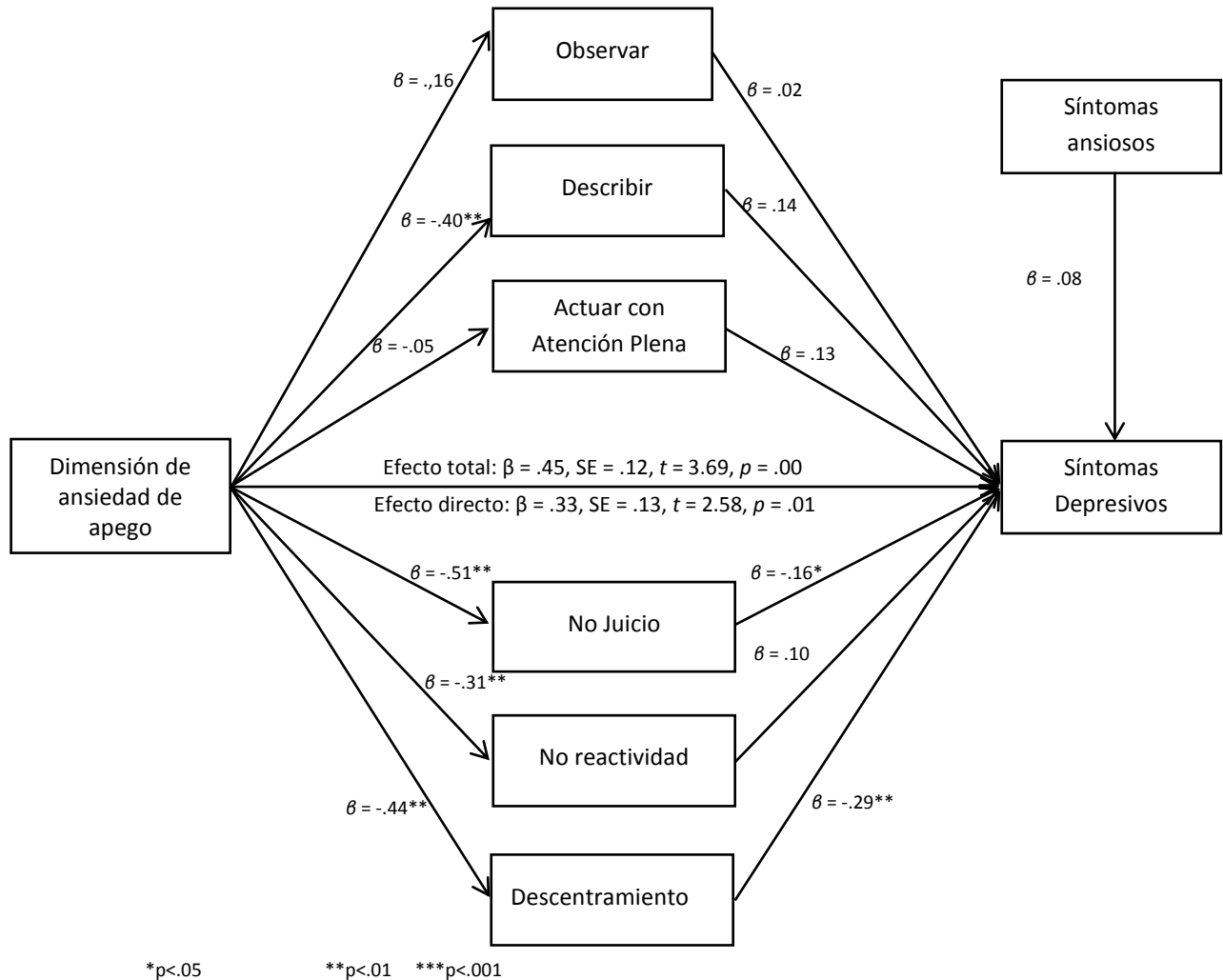


Figura 22. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión ansiosa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos entre la dimensión de ansiedad y las variables de Describir, No reactividad, No Juicio y Descentramiento (ruta a). Por su parte, tanto el No juicio como la variable de Descentramiento muestran índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b). Seguidamente, se calcularon el efecto total de la dimensión de evitación en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c'). El efecto global de bootstrap fue de .11, 95% BC CI [-.03 a .28]. A

continuación, se analizó el efecto indirecto de las variables. Estos resultados mostraron una mediación parcial de las variables de No Juicio ($b = .08$, 95% BC [CI .01 a .20]) y Descentramiento ($b = .12$, 95% BC CI [.03 a .28]).

En el siguiente apartado se procede a evaluar los modelos de mediación obtenidos a través del modelo propuesto con la estructura depresiva como variable independiente.

El primer modelo de mediación que se analiza en este apartado está formado por la estructura depresiva de Autocrítica como variable independiente.

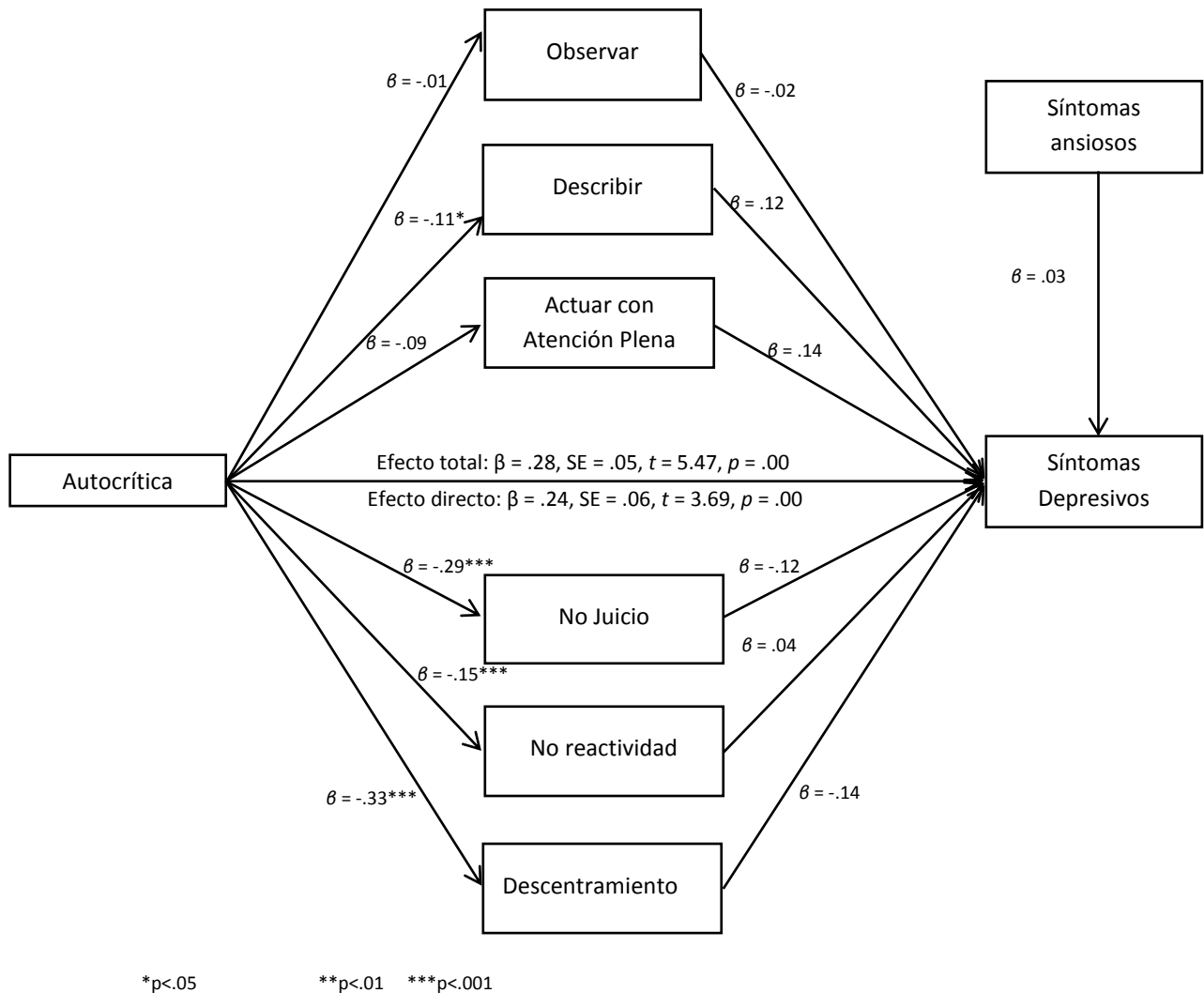


Figura 23. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de autocrítica y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos entre la estructura depresiva de Autocrítica y las variables de Describir, No reactividad, No Juicio y Descentramiento (ruta a). Ninguna variable metacognitiva ha mostrado índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b). Se calcularon el efecto total de la estructura depresiva de Autocrítica en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos fueron significativos. No obstante, los resultados del modelo de bootstrap mostraron que no existía mediación por parte de las variables metacognitivas en este modelo.

En la siguiente figura se muestra el modelo de mediación formado por la variable independiente de Dependencia.

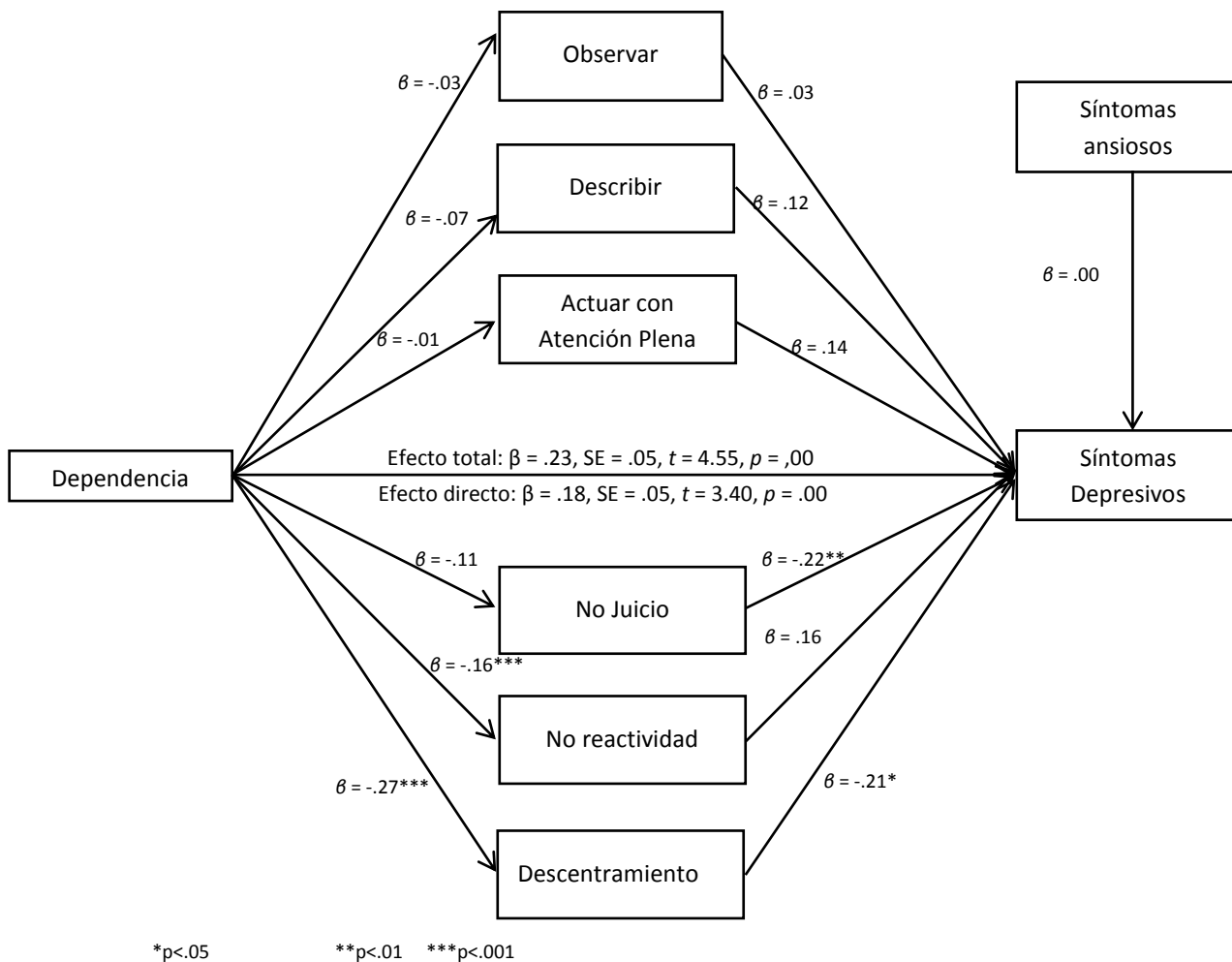


Figura 24. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de dependencia y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos entre la estructura depresiva de Dependencia y las variables de No reactividad y Descentramiento (ruta a). Por su parte, tanto el No juicio como la variable de Descentramiento muestran índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b). Se calcularon el efecto total de la estructura depresiva de Dependencia en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos fueron significativos. El efecto global del bootstrap fue de .04, 95% CI [-.02 a .11] y su efecto indirecto específico mostró una mediación parcial de la variable de Descentramiento ($b = .05$, 95% BC CI [.00 a .12]).

Por último, se analizan los resultados del modelo de mediación con la variable de Relación como variable independiente.

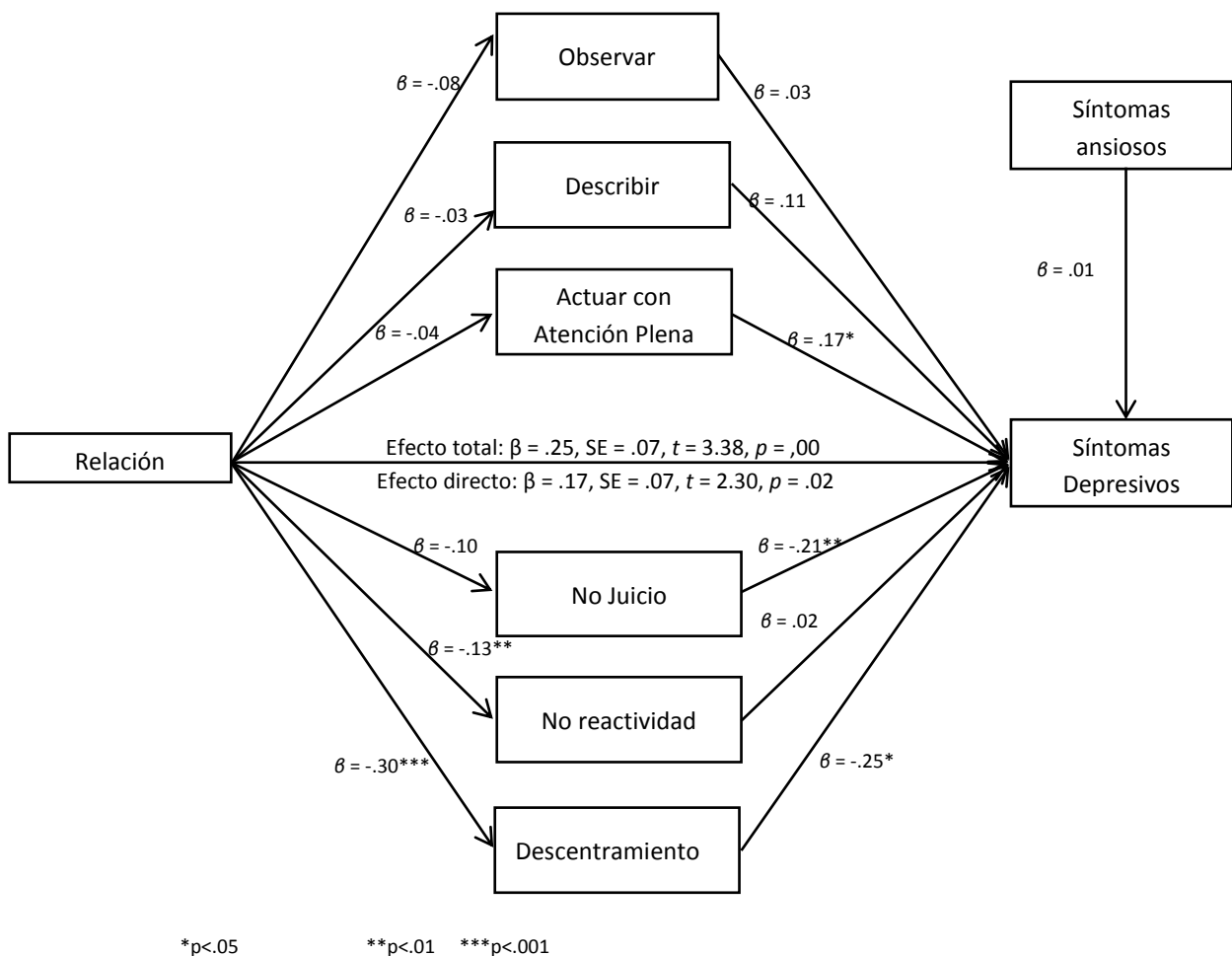


Figura 25. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de relación y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con presencia de síntomas depresivos.

Este modelo de mediación muestra índices significativos entre la estructura depresiva de Relación y las variables de No reactividad y Descentramiento (ruta a). Por su parte, tanto el No juicio como la variable de Descentramiento muestran índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b). Se calcularon el efecto total de la estructura depresiva de Relación en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos fueron significativos. Se realizó un bootstrap cuyo efecto global fue de $.08$, 95% BC CI $[-.00$ a $.18]$. Su efecto indirecto específico mostró una mediación parcial de la variable de Descentramiento ($b = .07$, 95% BC CI $.01$ a $.18]$).

A continuación, se analizan dos tipos de modelos de mediación con el grupo sin presencia de síntomas depresivos. El primer con la variable de apego como independiente y un segundo modelo en el que se analiza el rol de las variables metacognitivas en la influencia de la estructura depresiva en el desarrollo de síntomas depresivos.

El primer modelo de mediación llevado a cabo fue el compuesto por el estilo de apego seguro (variable independiente), la atención plena y el descentramiento (variable mediadora), síntomas ansiosos (variable covariante) y síntomas depresivos (variable dependiente).

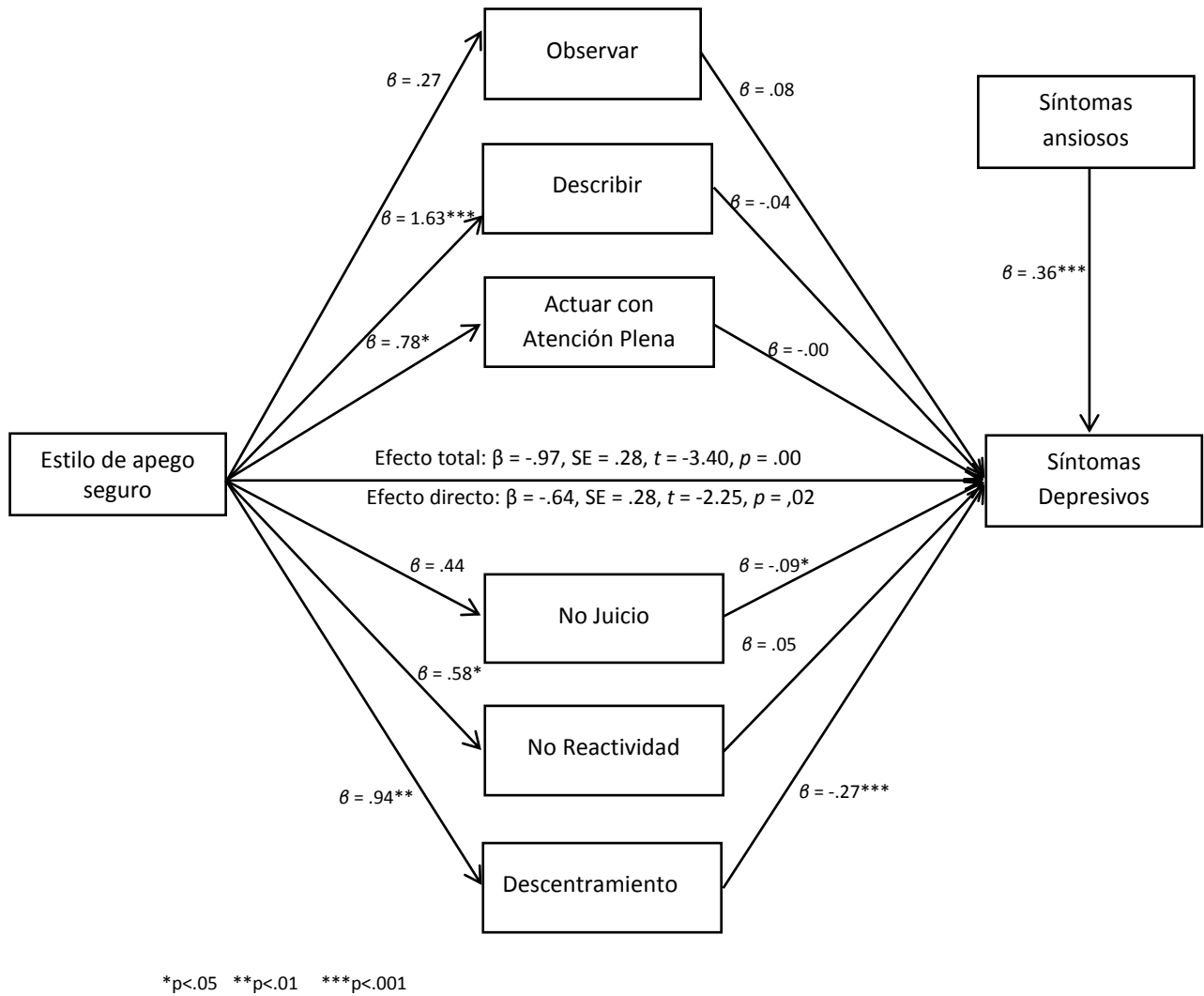


Figura 26. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego seguro y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

El rol mediador del descentramiento y la atención plena entre el estilo de apego seguro y la sintomatología depresiva fue analizado en un modelo de mediación múltiple usando el modelo macro INDIRECT en el SPSS (Preacher & Hayes, 2008). Las variables mediadoras fueron Observar, Describir, Actuar, No reactividad, No juicio y Descentramiento. Se analizó el nivel de significación de la relación entre el estilo de apego seguro y las variables mediadoras (ruta a) y la relación entre los síntomas depresivos y las variables mediadoras (ruta b). Para la relación entre estilo de apego y las variables mediadoras se encontró una relación significativa con la variable de Describir, Actuar con Atención Plena, No Reactividad y Descentramiento. Por su parte, en la ruta b fueron las variables de No Juicio y Descentramiento las que mostraron índices de significación con los síntomas depresivos. Por su parte, los síntomas

ansiosos mostraron índices significativos en relación a los síntomas depresivos. Seguidamente, se calcularon el efecto total del estilo de apego seguro en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del estilo de apego seguro en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos fueron significativos mostrando un efecto mayor el modelo que incluía las variables mediadoras. Una vez comprobado el efecto mediador de las variables, se realizó un bootstrap cuyo efecto global fue de -.33, 95% BC CI [-.63 a -.08] y cuyo efecto indirecto específico mostró el efecto mediador del Descentramiento ($b = -.25$, 95% BC CI [-.50 a -.09]) en el modelo con síntomas depresivos.

A continuación se muestra el modelo de mediación para el estilo de apego inseguro.

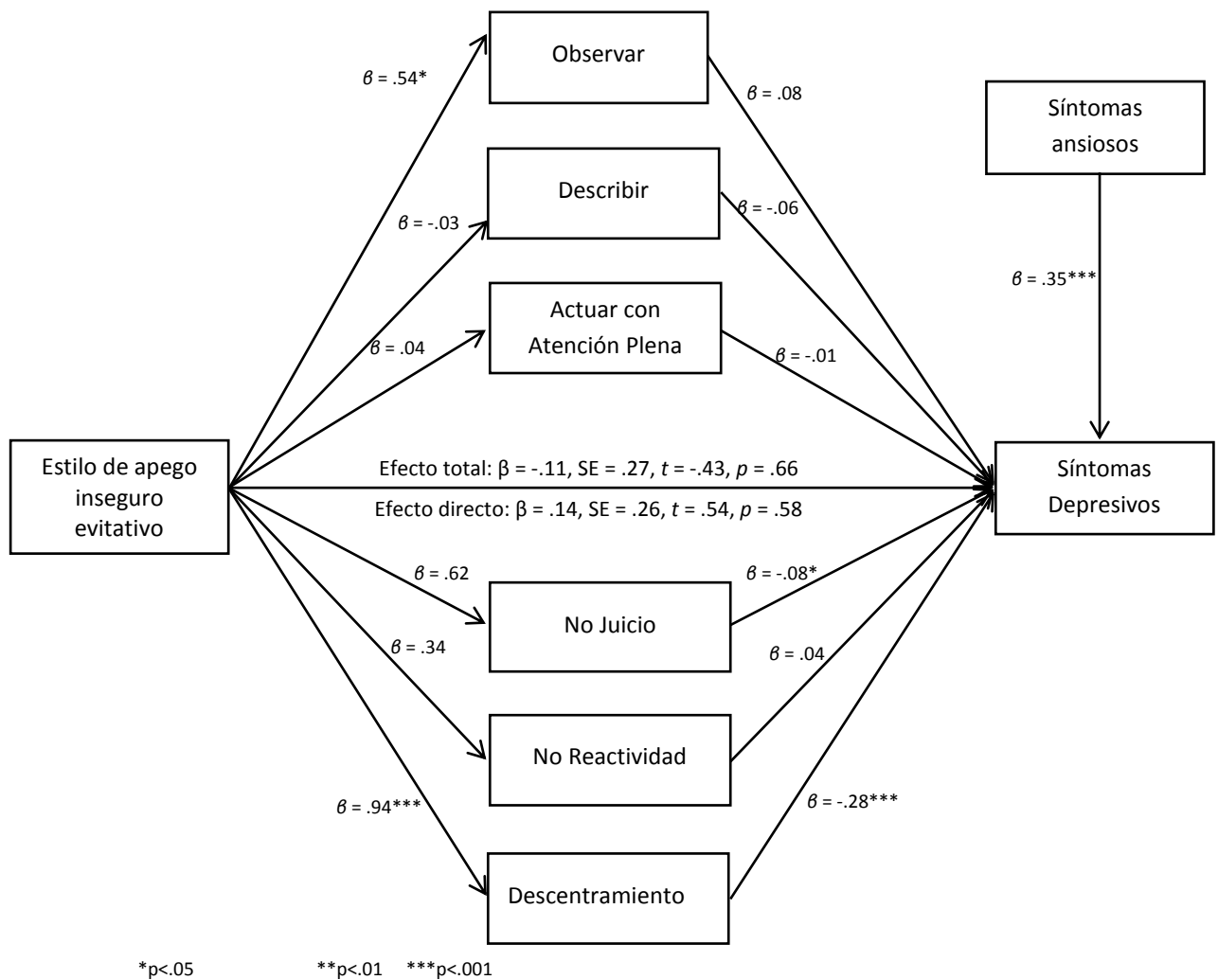


Figura 27. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro evitativo y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

A través del modelo de mediación múltiple se analizó el rol mediador del descentramiento y la atención plena entre el estilo de apego inseguro evitativo y la sintomatología depresiva. En la relación entre estilo de apego inseguro evitativo y las variables mediadoras se encontró una relación significativa con la variable de Observar y Descentramiento. Por su parte, en la ruta b fueron las variables de No Juicio y Descentramiento las que mostraron una relación significativa con los síntomas depresivos. Seguidamente, se calcularon el efecto total del estilo de apego inseguro evitativo en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del estilo de apego seguro en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ninguna de estas operaciones

demostró índices de significación aceptables por lo que se consideró que no había ninguna mediación en el modelo presente planteado.

El siguiente modelo que se muestra es el formado por el estilo de apego preocupado como variable independiente, las variables de atención plena y descentramiento como variables mediadoras y los síntomas depresivos como variable dependiente.

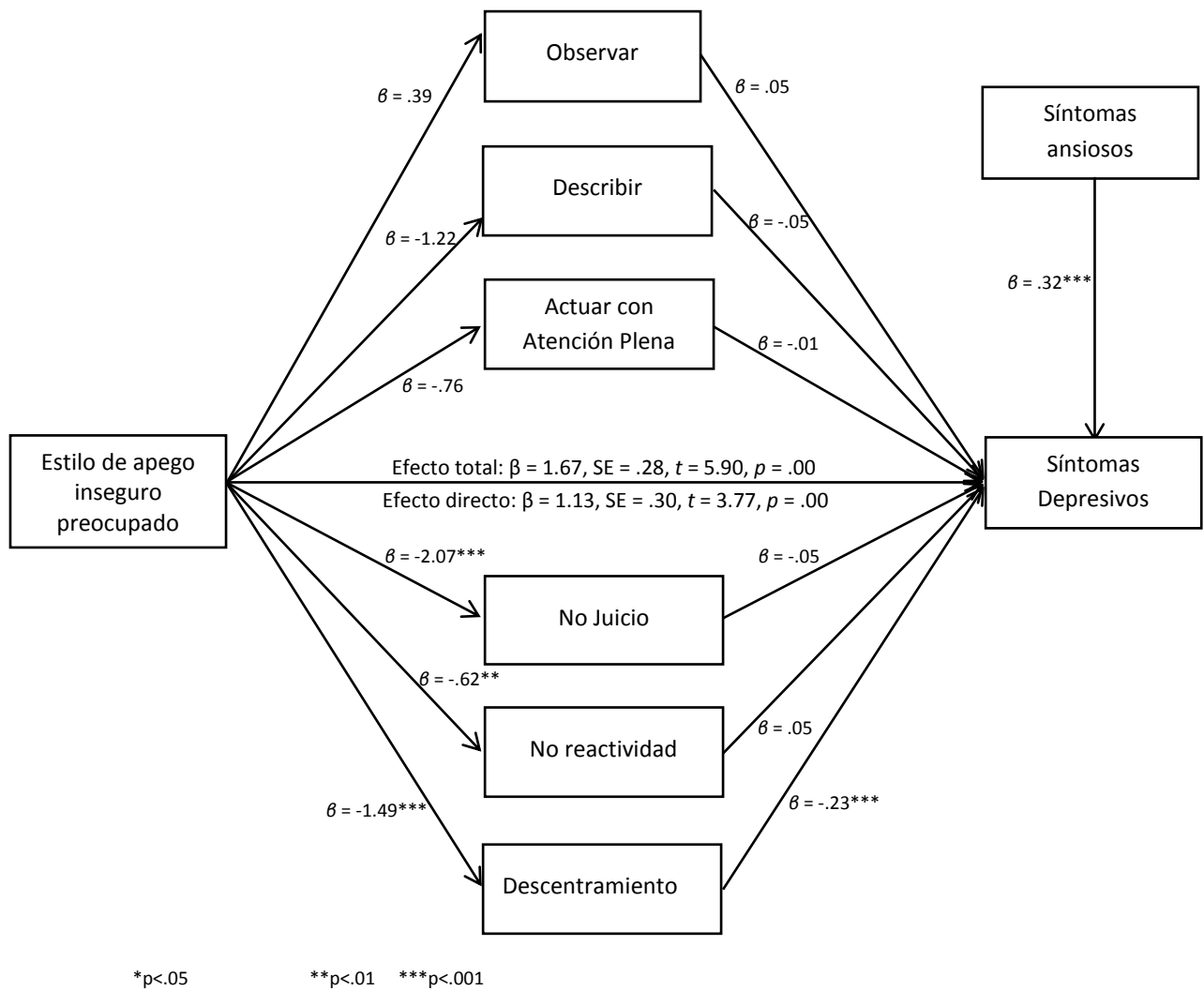


Figura 28. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro preocupado y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo se encontraron índices de relación significativa entre el estilo de apego preocupado y las variables de No Juicio, No Reactividad y Descentramiento (ruta a) e índices de relación significativos entre la variable de Descentramiento con los

síntomas depresivos. A continuación, se calcularon el efecto total del estilo de apego inseguro preocupado en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del estilo de apego seguro en la sintomatología depresiva (ruta c'). Ambos modelos mostraron niveles significativos, siendo mayor el efecto en el modelo que incluía las variables mediadoras. Una vez comprobado el efecto mediador de las variables, se realizó un bootstrap cuyo efecto global fue de .54, 95% BC CI [.29 a .83] cuyo efecto indirecto específico mostró el efecto mediador del Descentramiento ($b = .35$, 95% BC CI [.16 a .60]) en el modelo con síntomas depresivos.

A continuación, se muestran los resultados del modelo de mediación con el estilo de apego temeroso como variable independiente.

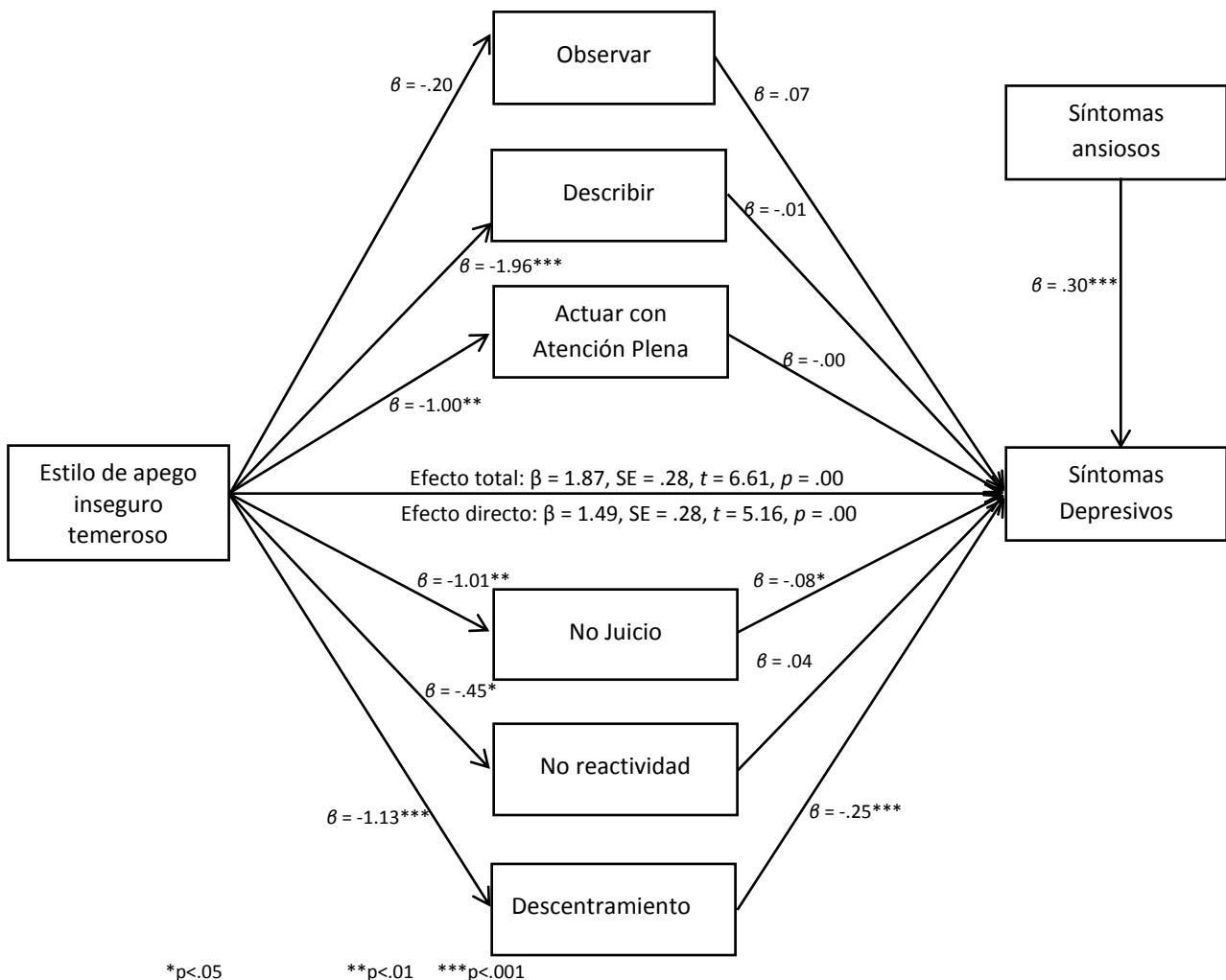


Figura 29. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre el estilo de apego inseguro temeroso y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos entre el estilo de apego temeroso y las variables de Describir, Actuar con Atención Plena, No Juicio, No reactividad y Descentramiento (ruta a). Por su parte, tanto el No juicio como la variable de Descentramiento muestran índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b). Los síntomas ansiosos mostraron índices de significación en relación a los síntomas depresivos. Seguidamente, se calcularon el efecto total del estilo de apego temeroso en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo del apego temeroso en la sintomatología depresiva (ruta c'). El modelo total fue significativo mientras que el directo no lo fue mostrando así una mediación total de las variables mediadoras. Se realizó un bootstrap cuyo efecto global fue de .38, 95% BC CI [.13 a .64. Para medir el efecto indirecto de estas variables se analizaron los resultados específicos del bootstrap encontrándose un efecto indirecto del No Juicio ($b = .09$, 95% BC CI .01 a .24]) y del Descentramiento ($b = .29$, 95% BC CI .11 a .52]) sobre los síntomas depresivos.

Una vez evaluados los modelos de mediación a través de las medidas de apego en categorías, se procede a analizar los modelos mediacionales con el apego como dimensión.

El modelo siguiente está formado por la dimensión de apego de evitación como variable independiente y las variables de atención plena y descentramiento como mediadoras para los síntomas depresivos.

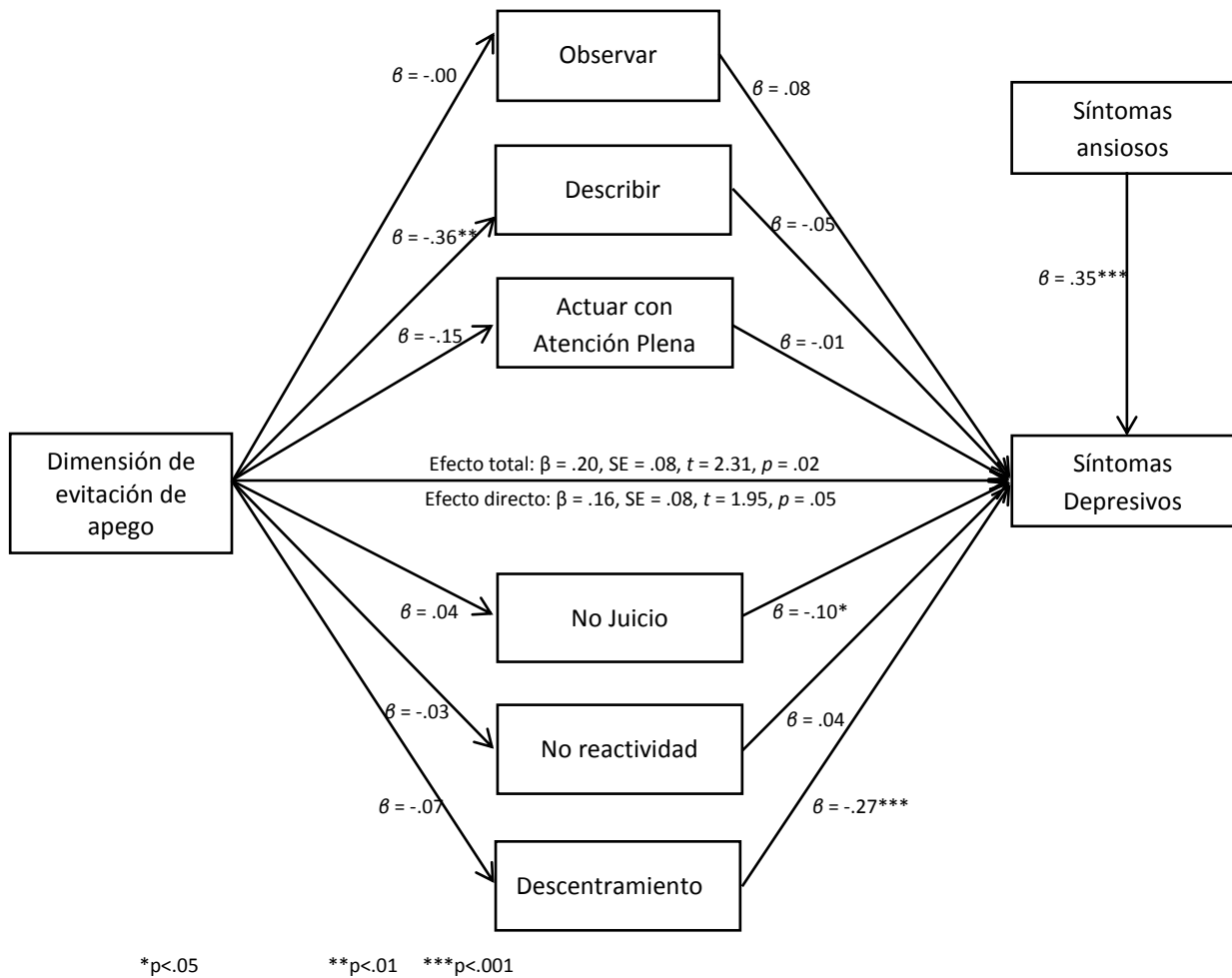


Figura 30. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión evitativa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos en la variable de Describir respecto a su relación con la dimensión evitativa de apego. Por su parte, la variable de No juicio y la variable de Descentramiento muestran índices significativos con los síntomas depresivos (ruta b). Los resultados del efecto total de la dimensión de evitación de apego en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c') mostraron que existía una mediación total por parte de las variables metacognitivas. Se realizó por lo tanto un bootstrap para medir el efecto indirecto de estas variables encontrándose que no

cumplían los parámetros requeridos para señalarlas como significativas. Por lo tanto, en este modelo no se puede afirmar que exista una mediación por parte de las variables metacognitivas entre la dimensión evitativa de apego y los síntomas depresivos.

A continuación, se analiza el modelo de mediación compuesto por la dimensión ansiosa de apego como variable independiente, la atención plena y descentramiento como variable mediadora y los síntomas depresivos como variable dependiente

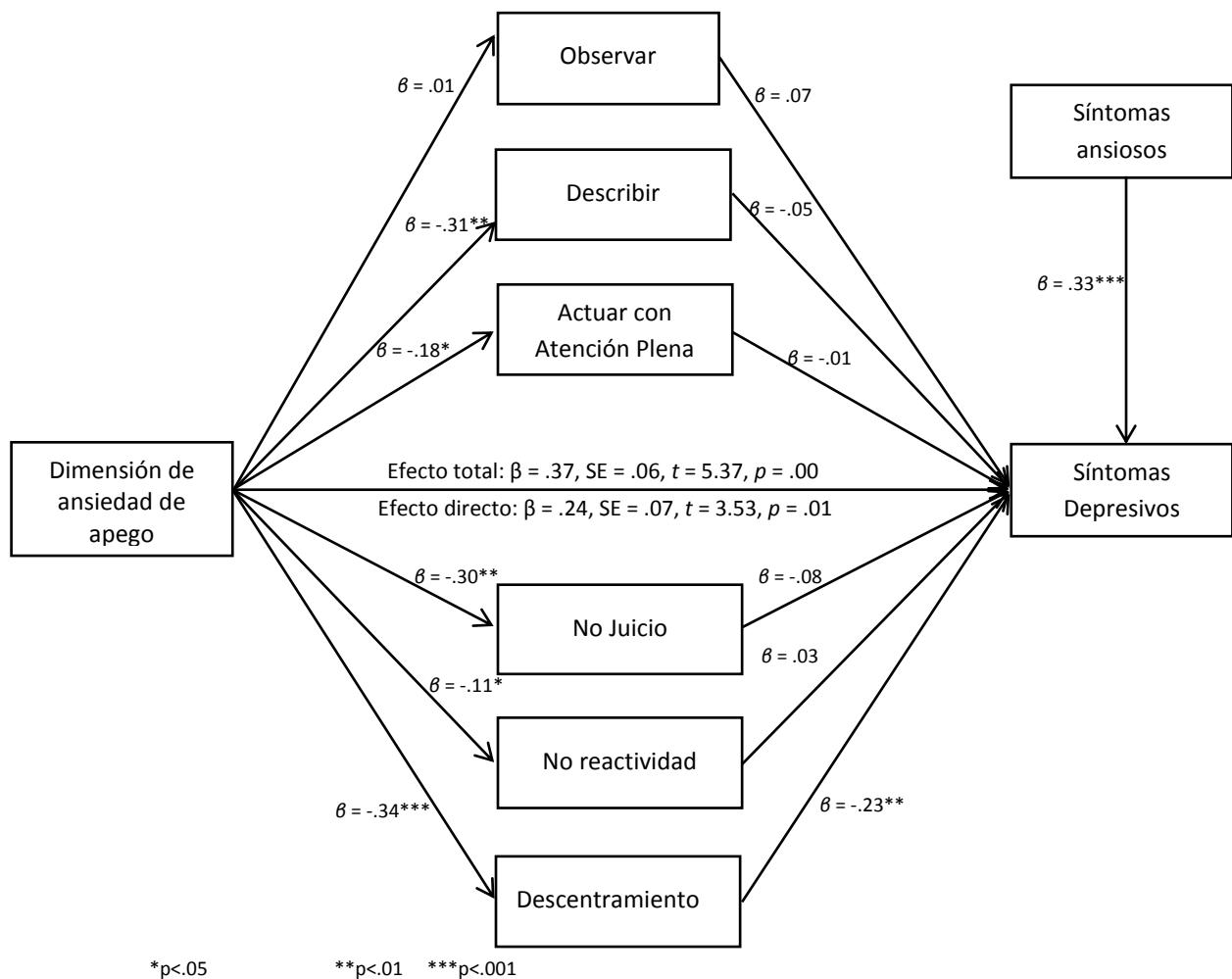


Figura 31. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la dimensión ansiosa de apego y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos entre la dimensión de ansiedad y las variables de Describir, Actuar con Atención Plena, No reactividad, No Juicio y Descentramiento (ruta a). Por su parte, la variable de Descentramiento muestra índices de relación con los síntomas depresivos (ruta b).

Seguidamente, se calcularon el efecto total de la dimensión de evitación en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c'). Se realizó un bootstrap cuyo efecto global fue de .12, 95% BC CI [.06 a .19] y cuyo efecto indirecto específico mostró una mediación parcial de las variables de No Juicio ($b = .02$, 95% BC CI [.00 a .06]) y Descentramiento ($b = .08$, 95% BC CI [.03 a .14]).

Una vez analizados los modelos mediacionales con el apego como variable independiente, se procede a analizar en el siguiente apartado los modelos mediacionales basados en las estructuras depresivas.

Seguidamente, se analizarán las tres estructuras depresivas evaluadas en esta investigación.

La siguiente figura muestra el modelo mediacional con la estructura de autocrítica como variable independiente.

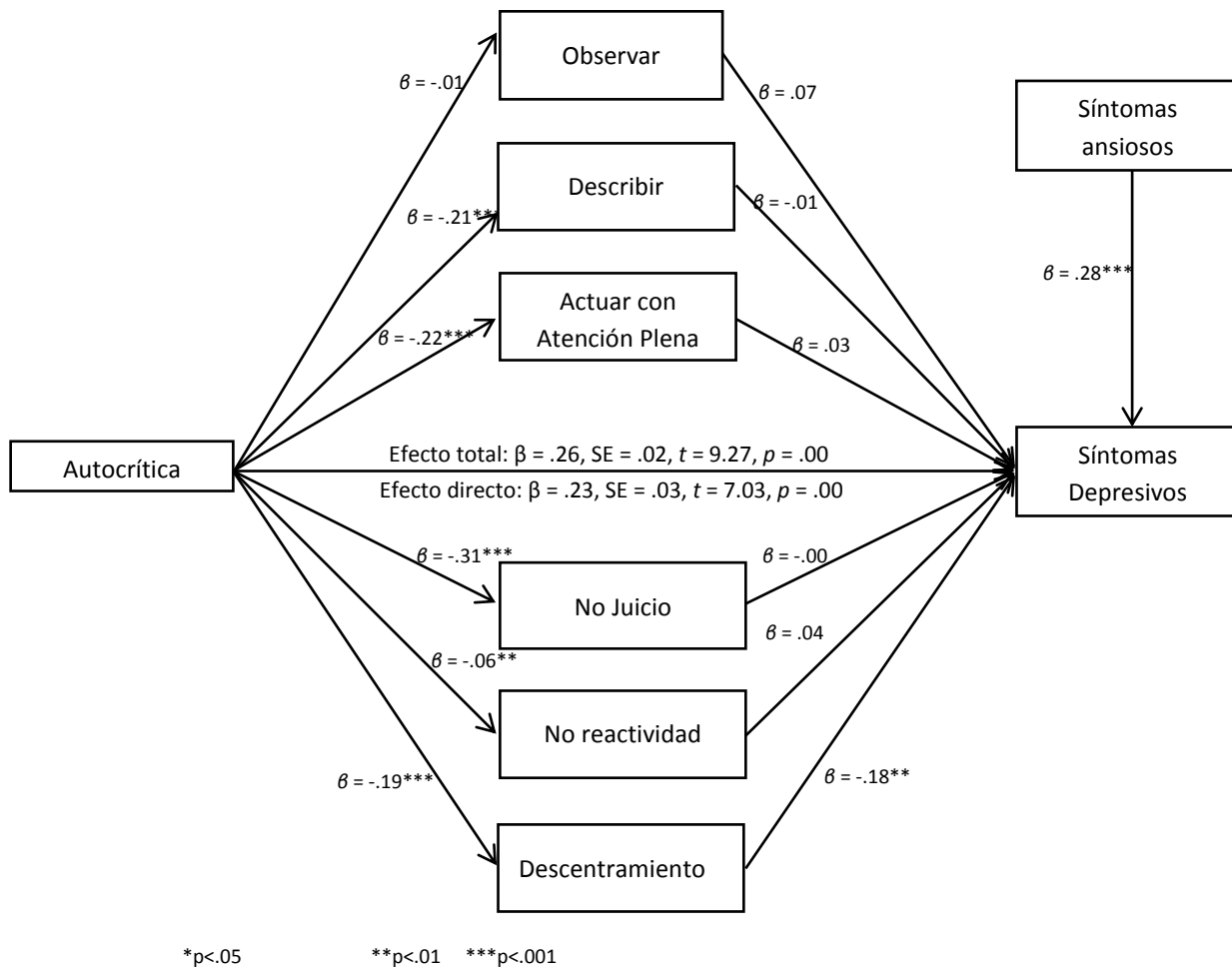


Figura 32. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de autocrítica y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se muestra una relación significativa entre la variable de autocrítica y las variables de Describir, Actuar con Atención Plena, No Juicio, No reactividad y Descentramiento (ruta a). Por su parte, tan solo la variable de Descentramiento muestra una relación significativa con los síntomas depresivos. Tanto el modelo directo como el indirecto mostraron índices significativos siendo el tamaño del efecto mayor en el modelo que incluía las variables mediadoras. Se realizó por lo tanto un bootstrap cuyo efecto global fue de .03, 95% BC CI [-.00 a .06]. Estos resultados mostraron también el efecto indirecto de las variables encontrándose un efecto de la variable de Descentramiento ($b = .03$, 95% BC CI .01 a .06) sobre los síntomas depresivos.

La siguiente estructura depresiva a evaluar es la estructura de Dependencia.

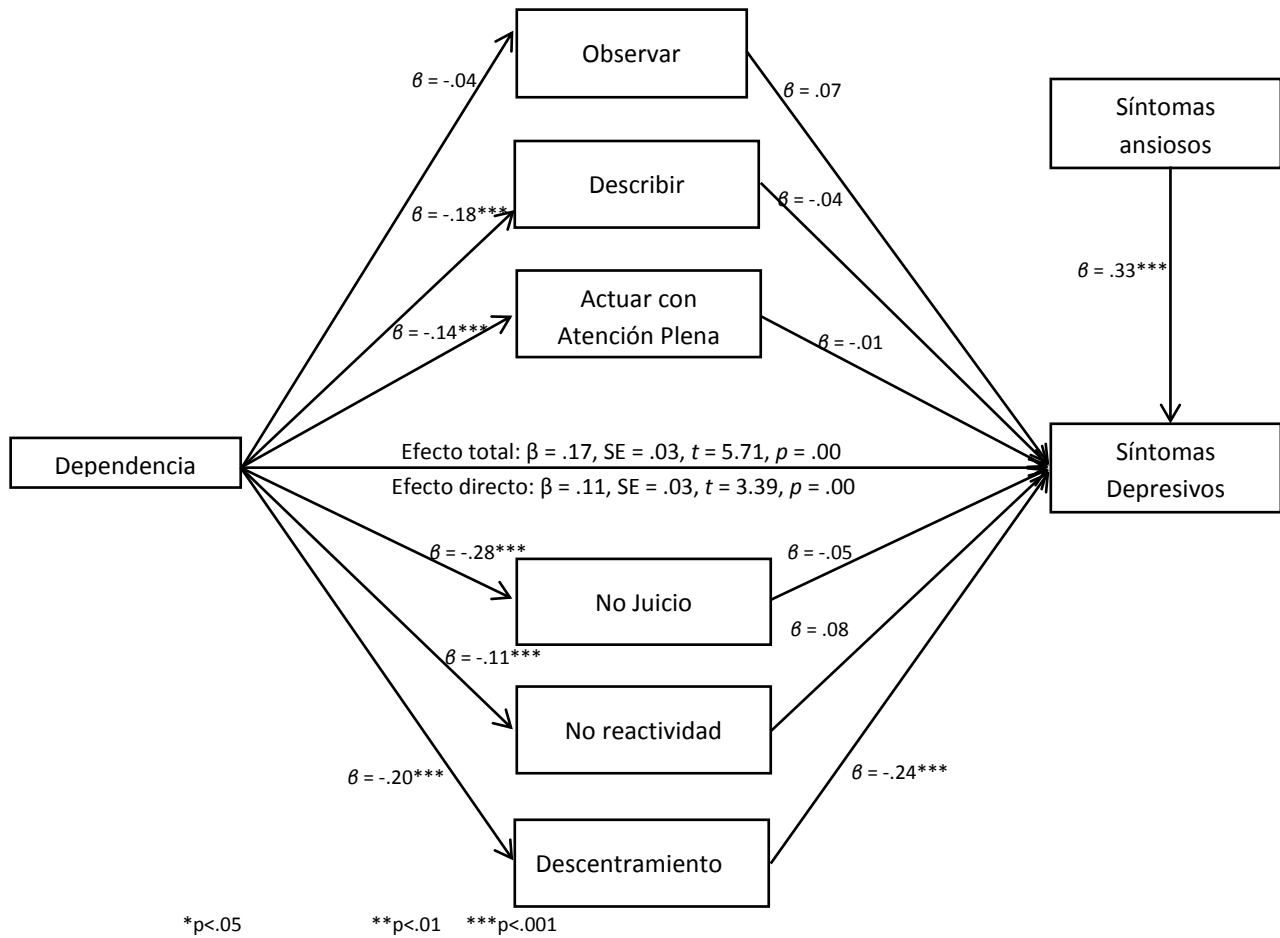


Figura 33. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de dependencia y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se pueden observar índices significativos en las variables de Describir, Actuar con Atención Plena, No Juicio, No reactividad y Descentramiento respecto a su relación con la estructura depresiva de dependencia. Por su parte, la variable de Descentramiento muestra índices significativos con los síntomas depresivos (ruta b). Los resultados del efecto total de la estructura de Dependencia en los síntomas depresivos (ruta c) y el efecto directo de esta dimensión en la sintomatología depresiva (ruta c') mostraron índices de significación en ambos modelos confirmando la existencia de una mediación parcial por parte de las variables metacognitivas. Se realizó por lo tanto un bootstrap, su efecto global fue de .06, 95% BC CI [.02 a .09]. Los resultados del efecto indirecto, mostraron un efecto de la variable de Descentramiento ($b = .05$, 95% BC CI [.02 a .08])

En la siguiente figura se muestra el modelo de mediación de la estructura depresiva de Relación.

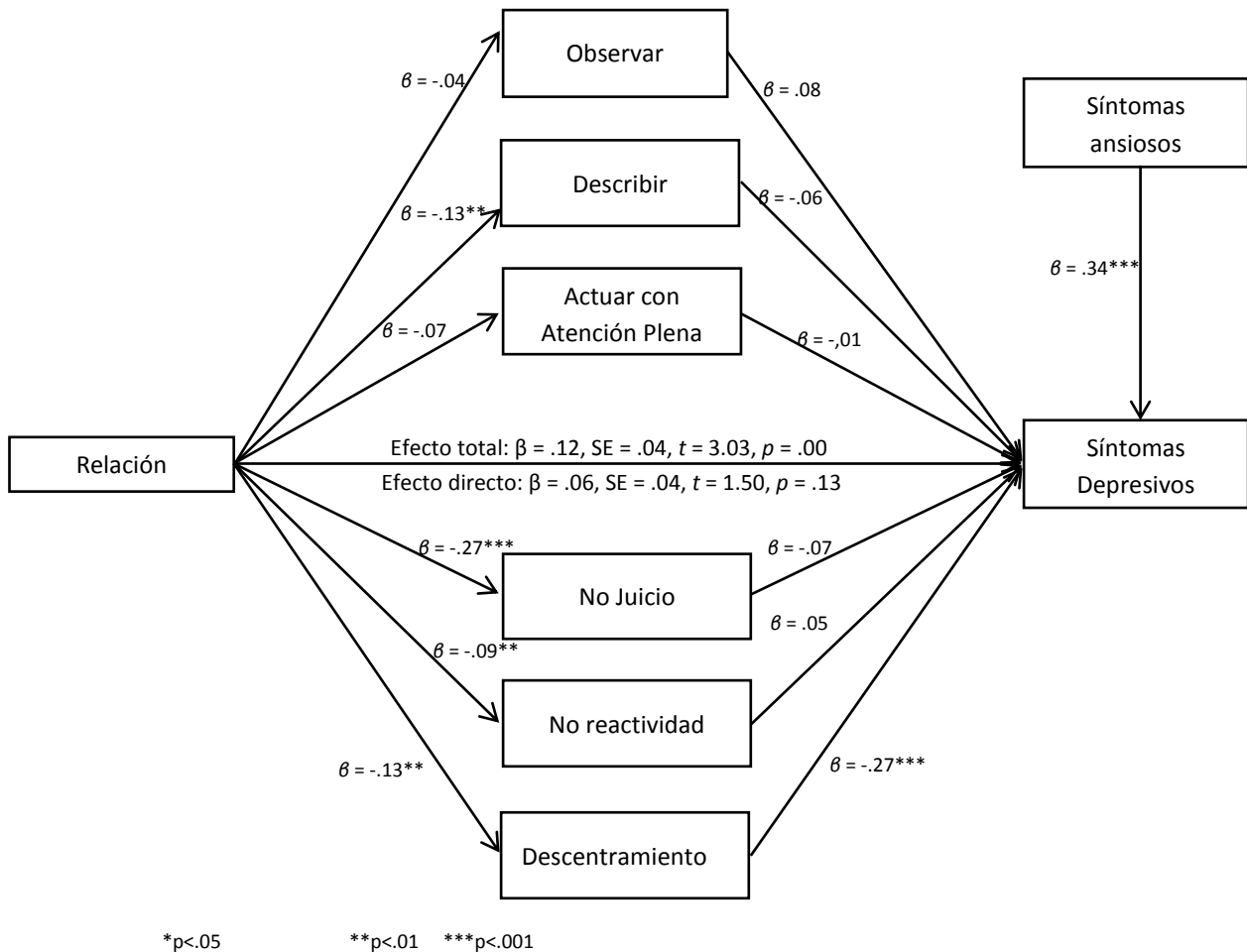


Figura 34. Modelo de mediación de las variables metacognitivas entre la estructura depresiva de relación y los síntomas depresivos con la ansiedad como covariante en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

En este modelo de mediación se observan índices significativos en las variables de Describir, No Juicio, No reactividad y Descentramiento respecto a su relación con la estructura depresiva de dependencia. Por su parte, la variable de Descentramiento muestra índices significativos con los síntomas depresivos (ruta b). Los resultados del efecto total de la estructura de Relación en los síntomas depresivos (ruta c) fueron significativos mientras que el efecto directo de la estructura en síntomas depresivos (ruta c') no fue significativo. Estos resultados indican una mediación total por parte de las variables metacognitivas en este modelo. Seguidamente, se realizó un bootstrap cuyo efecto global fue de .06, 95% BC CI [.02 a .10]. Sus resultados mostraron también un efecto indirecto de la variable de Descentramiento ($b = .03$, 95% BC CI [.01 a .07]).

5. 2. 6. Discusión

Este estudio ha tenido como objetivo analizar la relación entre la sintomatología depresiva y las variables de estilos de afrontamiento, capacidades metacognitivas, estructuras de personalidad depresivas y estilos de apego, y el papel mediador de las variables metacognitivas entre la relación de los síntomas depresivos y las estructuras depresivas de personalidad y los estilos de apego.

Para ello se trazaron una serie de hipótesis en las que se planteaba que aquellas personas con síntomas depresivos, presentarían estrategias de afrontamiento desadaptativas, bajas capacidades metacognitivas, índices elevados en estructuras depresivas y estilos de apego inseguro y/o altos índices en dimensiones de ansiedad y/o evitación de apego.

En esta línea aquellas personas sin síntomas depresivos presentarían además de estrategias de afrontamiento adaptativas, altas capacidades metacognitivas, bajos índices en estructuras depresivas y estilos de apego seguro y/o índices bajos en las dimensiones de ansiedad y evitación en apego.

Dentro de estas relaciones, se plantearon las capacidades metacognitivas como un posible factor de mediación entre la relación de los síntomas depresivos y las dos variables favorecedoras de su desarrollo: las estructuras de personalidad depresivas y los estilos de apego.

5. 2. 6. 1. Estudiar las diferencias en síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento, resiliencia, capacidades metacognitivas, estructuras depresivas y estilos de apego entre los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos. El objetivo de este apartado era estudiar las características que conformaban las personas que presentaban índices elevados en síntomas depresivos frente a aquellas que presentaban ausencia de ellos.

Los resultados obtenidos han confirmado las hipótesis planteadas y concuerdan a su vez con la literatura en la que se muestra que las personas con síntomas depresivos tienden a mostrar síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento desadaptativos (Kraaij & Garnefski, 2015), déficits metacognitivos (Getch et al., 2014),

estilos de personalidad depresivos (Blatt, 2004) y estilos de apego inseguros (Cooley et al., 2010) así como las personas sin síntomas depresivos parecen tener una disposición a presentar afrontamientos más adaptativos, ser más resilientes (Werner, 2013), tener una mejor capacidad metacognitiva y tender a relacionarse con patrones de apego seguros (Myers & Wells, 2015).

Si bien estos resultados permiten tener una mejor visión de las características de estos dos grupos y cumplir con el objetivo primero, la relación entre los síntomas depresivos y las variables escogidas en este estudio no está lo suficientemente clarificada con estos datos. Por ello, a continuación se procede a discutir los resultados del análisis de relación de los síntomas depresivos con cada variable teniendo en cuenta las posibles diferencias entre los grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

5. 2. 6. 2. Relación entre síntomas depresivos y estilos de afrontamiento y resiliencia.

El objetivo de este apartado era estudiar la relación entre los síntomas depresivos y los estilos de afrontamiento y la resiliencia.

Los resultados obtenidos han mostrado una relación negativa entre las estrategias de afrontamiento adaptativas y resilientes y la presencia de síntomas depresivos siendo la variable de Aceptación del instrumento de resiliencia la que ha mostrado una fuerza mayor a la hora de explicar la presencia de la sintomatología depresiva. Estos resultados confirman estudios anteriores que señalan la importancia de estilos de afrontamiento efectivos y resilientes para una buena regulación emocional (Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2007; Werner, 2013).

Los análisis de regresión posteriores, mostraron el papel explicativo de las estrategias de afrontamiento desadaptativas en la presencia de síntomas depresivos, siendo en esta investigación los estilos de Autoculpabilidad, Rumiación, Catastrofismo y el Culpar a Otros los más representativos. Estos resultados son coincidentes con las teorías descritas en la introducción (Abramson et al., 1989; Beck, 1995; Nolen-Hoeksema, 1991; Vasey et al., 2014) y con estudios recientes acerca de los estilos

defensivos en personas con este tipo de síntomas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Kraaij & Garnefski, 2015).

El hecho de que el instrumento de afrontamiento no haya mostrado la representatividad esperada en los modelos explicativos de la presencia de depresión ha generado dudas respecto a los constructos que mide este instrumento frente al instrumento de resiliencia. Parece que en el CERQ (instrumento para estilos de afrontamiento), existen ítems que se refieren a estilos cognitivos, como el Catastrofismo o la Autoculpabilidad, mientras que por otro lado hay aspectos que remiten más bien a capacidades metacognitivas, como la Rumiación. La discriminación entre estos dos constructos puede resultar compleja por lo que recomendamos desde esta investigación el uso de instrumentos que hayan tenido en cuenta estas dificultades o el manejo de los datos obtenidos con atención a este debate.

Otro dato interesante obtenido del análisis de los resultados de los estilos de afrontamiento y resiliencia, ha sido la asociación positiva y la presencia explicativa del estilo de afrontamiento de Aceptación con los síntomas depresivos. Los resultados han mostrado una relación positiva entre el estilo de Aceptación y los síntomas depresivos lo que se traduce a que este estilo favorece la presencia de síntomas. Los ítems que miden este estilo de afrontamiento son: "Pienso que tengo que aceptar la situación" y "Pienso que tengo que aceptar lo que me ha ocurrido". Estos dos ítems, muestran indicadores de obligatoriedad. El hecho de que el ítem incluya "Pienso que tengo..." representa una persona que no se permite el reconocimiento del largo proceso que requiere la aceptación de emociones dolorosas, como son los intentos de negación, distracción o minimización (Cebolla, 2007; Shapiro, 2006). En la práctica de la atención plena, los participantes son felicitados cuando reconocen que se han distraído o que se están enfadando con ellos mismos por no alcanzar sus expectativas. En la evaluación de este estilo de afrontamiento, todos estos aspectos están excluidos reduciéndose el ítem a una nueva obligación; tener que aceptar lo que se está sintiendo. Por su parte, la Aceptación perteneciente al instrumento de Resiliencia ha funcionado como un elemento cuya presencia explica la disminución de los índices depresivos. Algunos de sus ítems son "Soy amigo de mi mismo", "Mi vida tiene sentido" o "Suelo no insistir en cosas que no puedo cambiar". Estos ítems señalan aspectos de las personas que

parecen referirse a representaciones de uno mismo y del mundo y que contienen estilos de pensamiento carentes de la obligatoriedad que presenta el anterior instrumento.

A partir de estas interpretaciones se puede aceptar la hipótesis planteada de que las personas con síntomas depresivos mostrarán estrategias de afrontamiento desadaptativas frente a aquellas con ausencia de síntomas que mostrarán estrategias más adaptativas y resilientes. Asimismo, el factor explicativo de algunos estilos de afrontamiento y de la resiliencia de los síntomas depresivos, apuntan al importante papel preventivo que puede tener la intervención a través de estos estilos de afrontamiento en el desarrollo de sintomatología depresiva.

En el siguiente apartado se procede a interpretar los resultados obtenidos de la evaluación de la relación entre las capacidades metacognitivas y la presencia/ausencia de síntomas depresivos.

5. 2. 6. 3. Relación entre los síntomas depresivos y las capacidades de metacognición (atención plena y descentramiento)

El primer objetivo ha sido estudiar la relación entre los síntomas depresivos y las capacidades metacognitivas. Un segundo objetivo ha sido el estudio del papel mediador de la metacognición entre los estilos de apego con los síntomas depresivos y entre las estructuras depresivas con los síntomas depresivos.

Los resultados de las correlaciones muestran que la capacidad para la atención plena y el descentramiento tienen una relación negativa con los síntomas depresivos. En los análisis de los modelos de regresión posteriores, esta relación se mantiene sobre todo a través de la variable de No Juicio de la Atención Plena. Estos resultados son coincidentes con los presentados por la literatura en la que se muestra cómo las personas con síntomas depresivos muestran bajos índices en esta capacidades planteándose (Pearson, Brown, Bravo & Witkiewitz, 2014; Piet & Hougaard, 2011; Van der Velden et al., 2015).

El origen de la relación entre la presencia/ausencia de los síntomas depresivos y las capacidades metacognitivas parece residir como señala la literatura en el importante papel mediador de estas dos variables entre los factores que se plantean como precursores de la vulnerabilidad depresiva (apego y estructura depresiva) y los propios síntomas depresivos. En los resultados de este estudio se han encontrado el factor del No Juicio de la atención plena y el Descentramiento como los más representativos dentro de los modelos de mediación.

Si bien la literatura que analiza los efectos de mediación de la atención plena es escasa, sus resultados concuerdan con los encontrados en este estudio (Caldwell & Shaver, 2014; Gu, Strauss, Bond & Cavanagh, 2015). Estos estudios plantean que la atención plena puede ser un efecto mediador entre los estilos de afrontamiento característicos de los estilos de apego inseguro y la sensación de bienestar.

El efecto mediador de la atención plena y el descentramiento entre las variables explicativas (estilos de apego inseguros o las estructuras de personalidad depresivas) de la presencia de síntomas depresivos plantea el entendimiento de estas variables mediadoras como factores protectores del desarrollo de síntomas depresivos. Este papel protector puede estar abriendo líneas de trabajo no sólo en el tratamiento de síntomas sino también en la prevención de los mismos.

Si bien estos resultados concuerdan con las hipótesis y con los modelos presentados por la literatura, se han encontrado algunos resultados que se deben ser comentados.

Respecto a los resultados en atención plena, se han encontrado algunos tipos de relación opuestos a las hipótesis planteadas. Estos datos se refieren a los resultados obtenidos de los factores de Observar y Actuar con Atención plena. En lo referente al factor Observación, la literatura ya ha señalado que el significado de este difiere entre población con experiencia en meditación frente a aquella que la carece. En población no meditadora, el factor actúa de forma aislada y no combinada con el no juicio o aceptación, asemejándose a un estado de alerta o rumiación común en los estados depresivos (Walach et al., 2006). Esto mismo ocurre con el factor de Actuar con Atención plena. Este factor es comprendido por parte de los no meditadores como una

característica relacionada con el enlentecimiento y no ejecución, mientras que los practicantes lo entienden como la capacidad de actuar de manera consciente.

Estos resultados son también apoyados por la literatura que señala la necesidad de contemplar la interdependencia de los componentes de la atención plena ya que por separado pierden el significado global al que se refieren (Shapiro, 2009; Soler et al., 2012). Es importante señalar que en este estudio se ha podido perder cierta representatividad de esta variable al no ser medida de manera global. El instrumento elegido en esta investigación para medir este constructo ha sido el FFMQ el cual es uno de los más aceptados en la actualidad. No obstante, sigue mostrando algunas limitaciones a la hora de evaluar como es su estructura factorial (Aguado et al., 2015). En una revisión reciente, se señalaba que si bien los instrumentos creados para medir la variable de atención plena cumplían con una metodología adecuada no eran recomendables para la evaluación de este constructo (Park, Reilly-Spong & Gross, 2013).

Los resultados obtenidos en relación a las variables de atención plena y descentramiento permiten aceptar las hipótesis planteadas en la que se defendía que 1) las personas con síntomas depresivos presentarían déficits en estas variables y 2) aquellas personas con ausencia de síntomas depresivos presentarían índices elevados en estas variables.

5. 6. 2. 4. Relación entre los síntomas depresivos y las dimensiones de personalidad.

Uno de los objetivos de este estudio era analizar la relación entre los síntomas depresivos y las dimensiones de personalidad planteadas desde el modelo teórico de Sidney Blatt. Siguiendo el modelo teórico de estas estructuras se plantearon estas estructuras como factores indicadores de la vulnerabilidad depresiva esperándose que su presencia explicara el desarrollo de esta dolencia. El factor de Autocrítica sería el que presentaría mayores índices de relación por referirse las dos dimensiones restantes a aspectos depresivos en actual desatención por parte de los instrumentos. Asimismo, se esperaba que el factor de Relación presentara los índices más bajos de relación con los síntomas depresivos por estar considerado como el factor cuyas características corresponden a niveles de funcionamiento más maduros y adaptativos.

Los datos obtenidos han confirmado la relación de estas estructuras con la presencia de síntomas depresivos. Estos datos además de confirmar parte de la hipótesis planteada, concuerdan con la literatura actual (Blatt, 2004; Campos, 2000; Yao et al., 2009) que señala la presencia de estas estructuras en las personas con síntomas depresivos.

Por su parte, ha sido el factor de Autocrítica el que mostrado mayores índices explicativos para el desarrollo de síntomas depresivos. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis del papel de estas estructuras en el desarrollo de vulnerabilidad depresiva.

En consonancia con lo mostrado por investigaciones anteriores, es el factor de Autocrítica el que mejor representa la vulnerabilidad depresiva (Abi-Habib & Luyten, 2013; Besser, Luyten & Blatt, 2011; Lerman, Shahar & Rudich, 2012). El hecho de que las estructuras restantes no hayan mostrado mayores índices de relación con los síntomas depresivos puede referirse a la negligencia existente en la evaluación de otros subtipos de depresión (Blatt, 2004). Por último, se confirma el aspecto del factor de Relación como estructura depresiva más madura y resiliente al mostrar índices de relación más bajos respecto a los síntomas depresivos (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995).

Estos resultados clarifican el valor explicativo de las estructuras depresivas respecto al desarrollo de síntomas depresivos. Asimismo, este modelo teórico señala la necesidad de ampliar el conocimiento de los distintos subtipos de depresión.

Por último, se interpretan los resultados obtenidos de los análisis de la relación entre los estilos de apego y los síntomas depresivos.

5. 2. 6. 5. Relación entre los síntomas depresivos y los estilos de apego.

El objetivo de este estudio era analizar la relación entre los síntomas depresivos y los diferentes estilos de apego.

Como se ha señalado en la introducción, la evaluación del apego es compleja, por lo que se han empleado tres medidas distintas para un mismo constructo (RQ: dimensión y categoría, RSQ: categoría). La utilización de estas tres medidas ha

permitido realizar un estudio más exhaustivo de la relación del apego con la sintomatología depresiva encontrándose en algunos resultados una falta de consistencia que reabre el debate de la complejidad que entraña la evaluación de este constructo.

Los datos obtenidos en este estudio confirman según los esperado, la relación de los estilos de apego inseguros: temeroso y preocupado, y dimensión de apego ansiosa con la sintomatología depresiva. Estos estilos de apego inseguros muestran estrategias de hiperactivación de su sistema de apego ante la presencia de emociones negativas. Este estado de alerta favorece el desarrollo de síntomas como la rumiación, ansiedad o la propia sintomatología depresiva. Tal y como señalan estudios preliminares estos dos estilos de apego y la dimensión de apego de ansiedad sirven como factores predictivos de la presencia de síntomas depresivos (Kamkar, Doyle & Markiewicz, 2012; Marganska et al., 2013). Estos resultados han sido consistentes en las tres mediciones realizadas.

Por su parte, el estilo de apego inseguro evitativo no ha mostrado las relaciones esperadas. En su mayoría las relaciones evaluadas no han sido significativas, y aquellas en las que los índices de significación eran aceptables, el estilo de apego evitativo mostraba una relación negativa con los síntomas depresivos. Estos datos son sorprendentes, sin embargo, pueden ser explicados a partir del análisis de las estrategias de regulación del estilo de apego evitativo. Como se ha señalado en la revisión, el estilo de regulación de estas personas se caracteriza por la desactivación de su sistema de apego. Esta desactivación se lleva a cabo a través de la disociación o negación de emociones que activen el sistema de apego. En este caso, la aparición de un sentimiento de tristeza sería negado o disociado. En esta investigación, estas estrategias defensivas han podido actuar sobre los resultados minimizando o enmascarando emociones relacionadas con el malestar emocional que activaran el sistema de apego (Laplanche & Pontalis, 2004).

Por su parte, la dimensión de evitación de apego sí ha resultado ser un buen índice de presencia de síntomas depresivos confirmando la hipótesis planteada y los

resultados de estudios preliminares (Mikulincer & Shaver, 2012; Wei, Mallinckrodt, Larson & Zakalik, 2005). No obstante, al igual que ocurre con el estilo evitativo, se recomienda desde la experiencia de esta investigación el uso de técnicas proyectivas sobre todo para la evaluación de estilos cuyas defensas se caracterizan por la minimización o negación de sufrimiento.

El estilo de apego seguro ha confirmado la hipótesis planteada respecto a su relación negativa con la presencia de síntomas depresivos. Asimismo, los resultados plantean este estilo de apego como un posible factor explicativo de la ausencia de emociones positivas en consonancia con investigaciones previas (Mikulincer & Shaver, 2012; Zuroff & Blatt, 2006). En estas investigaciones se señala que los aspectos saludables del apego seguro residen más bien en las emociones positivas que favorece o acentúa (compasión, confianza o cuidado) y no tanto en que disminuya las emociones negativas. Estos análisis confirman que el estilo de apego seguro puede ser un indicador de fortalezas psicológicas que inciden sobre los síntomas depresivos.

No obstante, el instrumento validado para este estudio ha mostrado índices de apego seguro superiores en el grupo con sintomatología depresiva. Estos resultados continúan un debate que lleva ocupando la literatura desde hace tiempo, y es la dificultad de medición que presenta el estilo de apego seguro (Yáñez, 2008).

Por un lado, éste es un problema común en lo que se refiere a la psicología. Comúnmente, la psicología ha tratado dolencias clínicas por lo que cuenta con un volumen elevado de conocimiento respecto a las cualidades del malestar psíquico en las personas. No obstante, el estudio de las fortalezas psíquicas es relativamente reciente y el conocimiento sobre éstas es menor. Si bien en la actualidad, los programas preventivos y la psicología positiva cuentan con un gran apoyo, son aspectos que están aún comenzando en comparación con el estado de la psicometría en aspectos clínicos (Hervás, 2009).

Por otro lado, la riqueza y variabilidad de los estilos de apego seguro frente a los patrones más rígidos que componen los patrones de los estilos de apego inseguro ha sido reconocida por varios autores (Main, 2010). Las personas con estilo de apego

seguro se muestran flexibles y creativas en cuestión de sus emociones y comportamientos. En la entrevista de apego en adulto, el estilo de apego seguro es que el que mayores dificultades de clasificación suele generar (Gojman, 2010). Mientras, las personas con estilos de apego inseguro muestran más rigidez y dificultad para desarrollar nuevos comportamientos ya que sus niveles de estrés dificultan la tarea de experimentación y creación (Wallin, 2015). Por ello, la descripción de los estilos de apego inseguro es más sencilla y limitada, mientras que la descripción del estilo de apego seguro abarca unos comportamientos más amplios y complejos.

Asimismo, las personas con estilo de apego seguro pueden considerar que su funcionamiento en las relaciones puede tender a aspectos más evitativos o ansiosos. Es decir, estas personas tienen un insight metacognitivo (Gojman, 2010; Wallin, 2015) o una consciencia respecto a sí mismos puede favorecer que sus respuestas tiendan a tener puntuaciones en ítems referidos principalmente a estilos de apego inseguros. Sin embargo, el hecho de que respondan de esta manera no indica que funcionen a través de estas observaciones. Como se ha señalado a lo largo de esta revisión, lo que diferenciaría a estos estilos (seguro vs. inseguro) sería más la reactividad o la no consciencia respecto a sus patrones de funcionamiento que la ausencia de estilos de funcionamiento considerados problemáticos.

Por estas cuestiones, y como se ha mencionado en la interpretación de los resultados de los estilos de apego inseguro, es recomendable emplear técnicas proyectivas que sorprendan al inconsciente y que evalúen más allá de las estrategias defensivas conscientes de las personas (Wallin, 2015).

Como se ha señalado al inicio de este apartado de discusión, los resultados han sido analizados e interpretados de manera separada, en grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos. Los resultados en relación a ambos grupos no se contradicen y llevan la misma dirección en los diferentes análisis realizados. No obstante, hay un aspecto llamativo en el análisis de estos datos. La representatividad de las variables elegidas para construir este modelo teórico en el grupo con ausencia de síntomas depresivos ha sido mucho más elevada que la del grupo con síntomas depresivos. Es decir, el grupo con ausencia de síntomas ha confirmado con índices

superiores y con presencia de mayor número de variables los modelos de regresión y mediación propuestos en esta investigación. Mientras que los modelos arrojados por el grupo con ausencia de síntomas eran más simples y con índices menos representativos.

Una de las posibles razones explicativas para esta representatividad es que el grupo con síntomas depresivos pueda estar a su vez relacionado con otro tipo de dolencias como trastornos de mayor gravedad que tengan efecto sobre los modelos de regresión y mediación. Esta explicación estaría apoyada por las teorías que defienden que los síntomas depresivos pertenecen a trastornos de mayor complejidad. Esto supondría que los síntomas depresivos se plantearían como un aspecto más de trastornos de mayor gravedad (Carragher, Krueger, Eaton & Slade, 2015).. Por ello, es recomendable en este tipo de estudios el uso de instrumentos que evalúen otro tipo de patologías de mayor gravedad.

5. 3. Estudio 3: Intervención en síntomas depresivos, estilos de regulación y capacidades metacognitivas a través de un programa basado en el entrenamiento de la atención plena.

5. 3. 1. Justificación Estudio 3

Como se ha señalado en la introducción teórica, una de las propuestas más actuales y que mayores beneficios está dando para la intervención en síntomas depresivos es la intervención en atención plena (Bieling et al., 2012; Keng, Smoski & Robins, 2011, Klainin-Yobas, Cho & Creedy, 2012; Piet & Hougaard, 2011; Piet et al., 2012; Pots et al., 2014; Shorey, Gawrysiak, Anderson & Stuart, 2015; Strauss et al., 2014; Van Aalderen et al., 2012).

La atención plena permite a las personas funcionar con un insight metacognitivo que se traduce en una capacidad para observar los pensamientos y emociones como eventos pasajeros, sin identificarse con ellos y aceptándolos (Bieling, et al., 2012; Fresco et al., 2007; Getch et al., 2014; Teasdale et al., 2002).

La atención plena funciona a través de procesos atencionales y de la capacidad de descentramiento. El descentramiento se describe como la capacidad de centrarse en el presente en una postura sin prejuicios hacia los pensamientos y sentimientos con una actitud de aceptación (Fresco et al., 2007). Por ejemplo, una persona con atención plena que está en un estado de tristeza, puede observar esos sentimientos y los pensamientos que le rodean. De esta manera adquiere una perspectiva amplia del origen y características de su tristeza. Esta persona sabe que ese estado emocional va a pasar y lo acepta haciéndose cargo de él, ya sea tratándose con más cuidado o pidiendo ayuda.

Los efectos que tiene el desarrollo de este insight, pueden traducirse en aspectos que van más allá de la reducción de síntomas depresivos, como puede ser el aumento de sensación de bienestar y relajación, de estrategias de afrontamiento más adaptativas (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006; Teasdale et al., 2002) e incluso la posibilidad de que pueda emerger como factor amortiguador en el desarrollo de diferentes patologías de mayor gravedad (Pérez & Botella, 2006).

De nuevo, debido a la alta comorbilidad entre los síntomas depresivos y ansiosos, encontrada por la literatura y parcialmente apoyada por los resultados del

segundo estudio, se han evaluado los cambios producidos por la intervención también en estos síntomas.

5. 3. 2. Objetivos e hipótesis

5. 3. 2. 1. Objetivo general

Este estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de la utilización del entrenamiento en atención plena en síntomas depresivos, en los estilos de afrontamiento, resiliencia y en las capacidades de metacognición (atención plena y descentramiento).

5. 3. 2. 1. 1. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de este tercer estudio son:

- Evaluar el efecto terapéutico del entrenamiento en atención plena en los síntomas depresivos y ansiosos.
- Analizar el efecto del entrenamiento en atención plena en los estilos de afrontamiento, resiliencia y capacidades metacognitivas (capacidad para el atención plena y descentramiento).

5. 3. 2. 2. Hipótesis

- El entrenamiento en atención plena reducirá los síntomas depresivos y ansiosos y su efecto se prolongará durante tres meses.

-El entrenamiento en atención plena aumentará las capacidades metacognitivas (capacidad para el atención plena y descentramiento) y las estrategias de afrontamiento adaptativas (aceptación, refocalización positiva, refocalización en planificación, reevaluación positiva y poner en perspectiva) y resilientes (aceptación y competencias personales) y reducirá la presencia de estrategias de afrontamiento desadaptativas (autoculpabilización, rumiación, catastrofismo y culpar al otro).

5. 3. 3. Método

5. 3. 3. 1. Participantes

67 participantes españoles tomaron parte en el estudio. Los participantes eran de 20 a 67 años de edad, con una edad media de 43.80 años ($DT = 12.10$). 54 eran mujeres (83.1%), mientras que 11 (16.9%) eran hombres.

Los grupos estaban formados por profesores, administrativos y estudiantes de la Universidad de Deusto y personas externas a la universidad. La información fue enviada a través del correo de la universidad y la participación no estuvo limitada a

personas relacionadas con el centro. Los criterios de inclusión en la muestra clínica fueron tener más de 18 años. Las entrevistas fueron realizadas por la autora de esta investigación y con ayuda de una estudiante de máster formada para la realización de estas entrevistas. En aquellos casos en los que se considerara que los posibles participantes presentaban un grado de agitación alto o se encontraran consumiendo su participación quedaba descartada. Hubo un caso en el que con el acuerdo del propio participante su inclusión en el taller fue descartada.

La mayor parte de la muestra tenía estudios universitarios (84.4%), mientras que 2 de ellos (3.1%) habían completado la educación secundaria, 6 (9.4%) Formación Profesional y 1 de ellos (1,6%) Educación Primaria.

El 44,6%% de los participantes (N = 29) estaban casados, el 38.5% (N = 25) eran solteros, un 6,2% eran pareja de hecho (N=4), un 9.2% estaban divorciados y un 1,5% eran viudos.

31 participantes (48.4%) habían recibido ayuda psicológica y 35 (56.5%) tenía familiares que habían recibido tratamiento psicológico. 24 (38.7%) personas habían estado en tratamiento psicológico y tenían un familiar que había estado en tratamiento mientras que 22 (35.4%) personas nunca habían estado en tratamiento ni tenían familiares que lo hubieran estado.

Con el mismo procedimiento utilizado en el Estudio 2, la muestra fue dividida en aquellas personas que tenían ausencia/presencia de síntomas depresivos. Se clasificaron sus resultados a través de un punto de corte del instrumento de depresión, CESD (Radloff, 1977), recomendado por la literatura actual (Gempp et al., 2007). el grupo con sintomatología depresiva puntuaba ≥ 26 en síntomas depresivos y el grupo sin sintomatología puntuaba ≤ 25 en estos síntomas. La muestra total quedó dividida de la siguiente manera:

Grupo con sintomatología depresiva: ≥ 26

Grupo sin sintomatología depresiva: ≤ 25

Como consecuencia, la muestra quedó dividida de la siguiente manera; de una $n = 67$, el grupo sin síntomas depresivos quedó conformado por 46 personas suponiendo el 75,4% de la muestra mientras que el grupo con síntomas estaba formado por 15 personas suponiendo el 24.6% de la muestra.

5. 3. 3. 2. Diseño

Diseño cuasiexperimental de grupos no equivalentes aplicado a tres modalidades de intervención.

5. 3. 3. 3. Instrumentos

Estos instrumentos han sido descritos en el Estudio 2 en el apartado de instrumentos por lo que serán mencionados pero no descritos en profundidad.

Depresión: CESD-20 (Radloff, 1977).

Atención Plena: FFMQ (Cebolla et al., 2012).

Descentramiento: EQ (Soler et al., 2014).

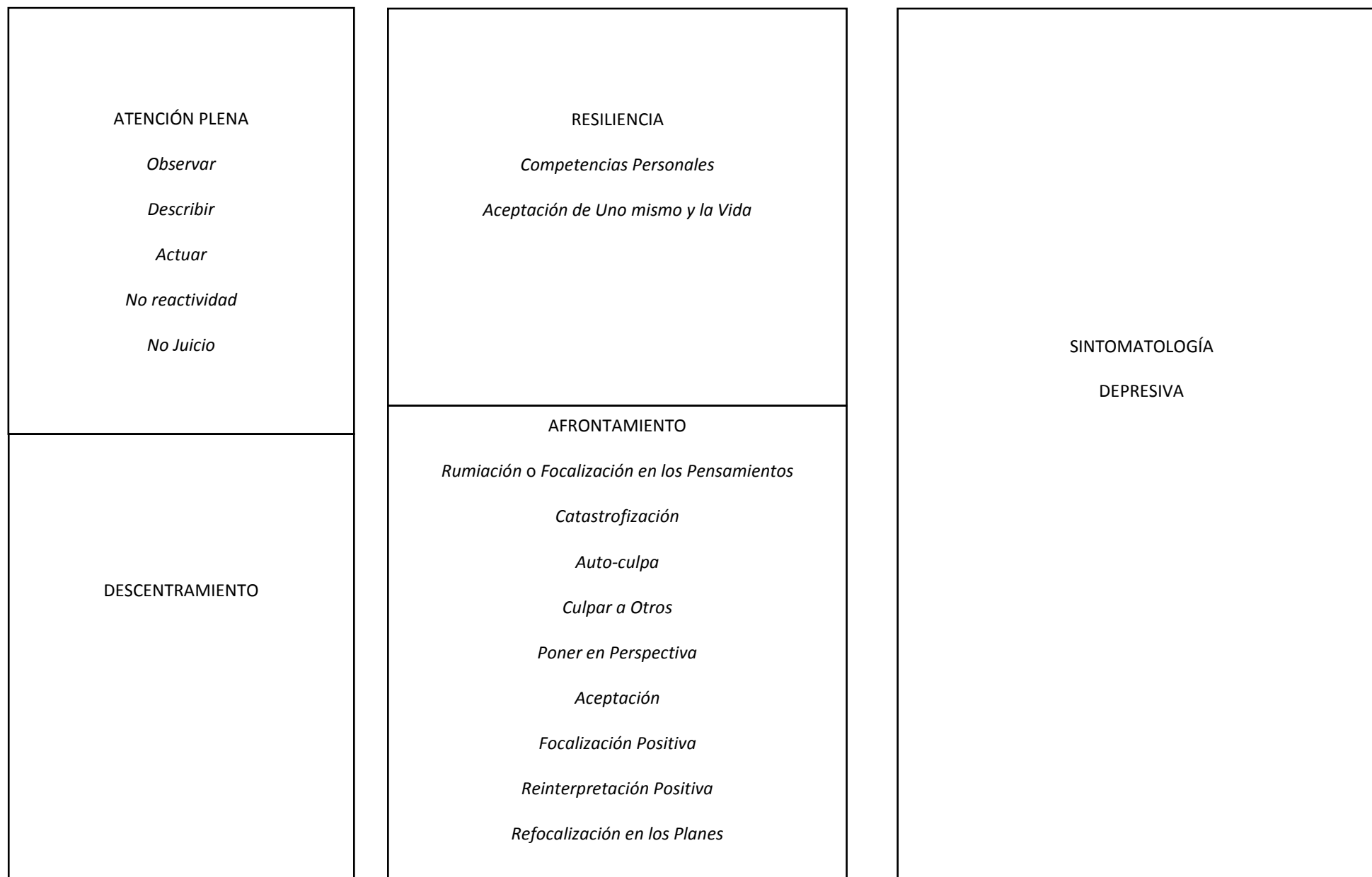
Afrontamiento: CERQ (Medrano et al., 2013).

Resiliencia: RESI (Heilemann et al., 2012).

Sintomatología ansiosa: SCL-90 (Caparrós-Caparrós et al., 2007).

En la siguiente figura, se muestran los instrumentos ordenados de mayor a menor profundidad comenzando por la izquierda.

Figura 35. Variables (metacognición, estilos de afrontamiento y síntomas depresivos) ordenados a través de los niveles del iceberg.



5. 3. 3. 4. Procedimiento

Las personas que participaron en el taller fueron contactadas a través de la difusión de un folleto informativo (Anexo 4) en el que se informaba de la intervención. Los participantes en el taller fueron citados para una entrevista previa en la que se les informaba de su compromiso de asistencia al taller así como de la evaluación que incluía la participación en el mismo. En caso de que los participantes previeran faltar a más de dos sesiones, pasaban a formar parte de la lista de espera para otras fechas del taller en las que pudieran acudir de manera continua.

Este estudio se ha llevado a cabo a través de cuatro mediciones en diferentes tiempos. En la realización de la entrevista con los participantes se les entregaba el primer paquete de cuestionarios a realizar. Esta entrevista se realizó un mes antes de la intervención en el taller. La segunda medición se realizó la semana en la que se comenzaba el taller. La entrega de este paquete de cuestionarios se hizo vía online. La tercera medición tuvo lugar el último día del taller. Tras finalizar la sesión, los participantes realizaron el tercer paquete de cuestionarios en papel. Por último, la cuarta medición tuvo lugar tres meses después de la intervención vía online.

Las evaluaciones se llevaron a cabo vía online o en papel en función de la decisión del participante ya que no se consideró la existencia de diferencias en la calidad de respuesta respecto a su formato (Herrero-Fernández, 2015).

Los instrumentos que se utilizaron para las evaluaciones fueron los mismos que en el estudio 1 solo que se descartaron las medidas más profundas ya que se consideró que su cambio necesitaba de una intervención más profunda y extensa en el tiempo. La realización de los cuestionarios llevaba de media de duración 20 minutos.

Los paquetes de evaluación en el estudio 2 quedaron de la siguiente manera:

Tabla 58. Instrumentos utilizados en los 4 tiempos de evaluación.

Pre-intervención	Semana intervención	Post-intervención	Post-tiempo
FFMQ	FFMQ	FFMQ	FFMQ
EQ	EQ	EQ	EQ
CESD-20	CESD-20	CESD-20	CESD-20
SCL	SCL	SCL	SCL
CERQ	CERQ	CERQ	CERQ
RS	RS	RS	RS

En el Anexo 5 se muestra el paquete de cuestionarios con el que se evaluó. En la tercera medición, tras finalizar el taller, los participantes rellenaron un cuestionario de satisfacción respecto al taller (Anexo 6).

La intervención de los talleres se llevó a cabo durante los años 2012, 2013 y 2014. Las fechas exactas y la ubicación de las intervenciones se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 59. Fechas y ubicación de talleres de intervención en atención plena.

<i>2012</i>			
	Ubicación	Día semana	Fecha
Taller 1	Universidad de Deusto-Bilbao	Miércoles	17, 24 y 31 de Octubre, 7, 14, 21 y 28 de Noviembre y 5 de Diciembre
<i>2013</i>			
	Ubicación	Día semana	Fecha
Taller 2	Universidad de Deusto-Bilbao	Lunes	14 y 21, de Enero; 4, 11, 18 y 25 de Febrero y 4 y 11 de Marzo
Taller 3	Universidad de Deusto	Martes	15, 22 y 29 de Enero; 5, 12, 19 y 26 de Febrero y 5 de Marzo
Taller 4	Universidad de Deusto	Miércoles	16, 23 y 30 de Enero; 6, 13, 20 y 27 de Febrero y 6 de Marzo
Taller 5	Universidad de Deusto	Lunes	15, 22 y 29 de Abril; 6, 13, 20 y 2 de Mayo y 3 de Junio
Taller 6	Universidad de Deusto-San Sebastián	Miércoles	8, 15, 22 y 29 de Mayo y 5, 12, 19 y 26 de Junio
<i>2014</i>			
	Ubicación	Día semana	Fecha
Taller7	Universidad de Deusto-Bilbao	Miércoles	14, 21 y 28 de Mayo; 4, 11, 18 y 25 de Junio; 2 de Julio
Taller 8	Universidad de Deusto-San Sebastián	Lunes	12, 19 y 26 de Mayo; 2, 9, 16, 23 y 30 de Junio

El grupo investigador respetó la ley de protección de datos empleando un código numérico que aseguró el anonimato a terceros y separando los datos obtenidos de la identificación del paciente. Esta investigación cuenta con la aprobación ética de la Universidad de Deusto y BIOEF (Anexo 2).

Los talleres fueron impartidos por la autora de esta investigación la cual se había formado con la Asociación Atención plena y Salud (Amys) en su máster de Formación Clínica en Atención plena durante el curso académico de 2011 – 2012 en Barcelona.

5. 3. 3. 4. 1. Programa de intervención: Adaptación del Programa basado en la reducción de recaídas en depresión.

A continuación se describe brevemente el programa con el que se intervino. El taller está basado en las sesiones del manual de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (Atención plena-based Cognitive Therapy; Segal, Williams & Teasdale, 2003), con ligeras modificaciones en el programa siendo la más sustancial la sustitución de los ejercicios de yoga por técnicas de meditación.

5. 3. 3. 4. 1. a. Duración y distribución horaria

Se realizaron 6 intervenciones en grupos conformados por un máximo de 12 personas.

La intervención consistía en 8 sesiones de entrenamiento en atención plena en modalidad grupal. Las sesiones tenían una duración de una hora y media lo que supone un total de 12 horas de intervención. Se realizó una sesión a la semana por lo que el taller se extendió a lo largo de 2 meses. Las fechas de las sesiones quedaban fijadas en la entrevista.

5. 3. 3. 4. 1. b. Ubicación intervención

El taller en la Universidad de Deusto-Bilbao fue realizado en las instalaciones de Deusto Psych. Deusto Psych es una unidad de la Facultad de Psicología y Educación donde se realiza investigación, se imparte formación y se realizan intervenciones de psicoeducación y psicoterapéuticas. Esta unidad está compuesta por veinticinco salas de las cuales se utilizaron, la sala de entrevista, la sala de espera y la sala experimental polivalente.

La sala de entrevista es un espacio de 6 m² para la realización de entrevistas y evaluaciones. Cuenta con un espejo bidireccional para la observación. El mobiliario de

esta sala se compone de una mesa, cuatro sillas y un sistema cámara de grabación de video y audio.

En esta sala las personas eran entrevistadas tras haber contactado con el centro por estar interesadas en la participación del taller. En esta entrevista, se les informaba de la estructura del taller (duración, normas, etc.). En este primer momento, se les ofrecía la posibilidad de participar en la intervención realizando el primer cuestionario vía online o en papel.

La segunda sala que se utilizó fue la sala de espera. Los participantes que llegaban antes de la hora al taller eran acompañados por la secretaria de la unidad de Deusto Psych hasta esta sala. La sala de espera es un espacio de 13 m² acondicionado con hilo musical, siete asientos y una mesita con revistas.

Por último, la sala donde se realizó el taller es la sala experimental polivalente. Esta sala se compone de un espacio de 34 m² con espejo bidireccional para observación desde la Sala de Observación Polivalente. Esta sala cuenta con 10 sillas, una mesa y 28 colchonetas, dos lámparas para regular la luz y un sistema de grabación de audio y video. En algunos casos, los grupos fueron superiores a las diez personas y se añadieron sillas de otras salas de la unidad.

Uno de los talleres fue impartido en la sala de meditación de la Universidad. Esta sala tiene una capacidad para quince personas y cuenta con un suelo acolchado, sillas y bancos para realizar las meditaciones. También cuenta con una lámpara para regular la luz.

En la intervención en la Universidad de Deusto-Donostia el taller fue impartido en la sala de teatro. Esta sala se encuentra en el edificio Innogune. La sala tenía una parte del suelo enmoquetado y disponía de sillas y esterillas para 20 personas y reguladores de la luz.

5. 3. 3. 4. 1. c. Normativa

En la primera sesión, la terapeuta señala que todo el material íntimo que surgiera en las sesiones era de carácter confidencial, asegurando así la protección e la intimidad de cada participante. El taller queda explicitado que no se debe confundir el mismo con una psicoterapia grupal. No obstante, se entiende que las personas van a compartir cómo se relacionan con sus pensamientos y en cierto modo verbalizan su

contenido íntimo. Por ello, se señala con claridad que los contenidos que se comparten en el grupo han de quedarse en él.

Los requisitos para acudir al programa eran cumplimentar los cuatro paquetes de cuestionarios distribuidos a lo largo de la intervención.

5. 3. 3. 4. 1. d. Estructura de las sesiones

Cada sesión comenzaba con una práctica breve de meditación de la respiración de una duración de 3 minutos. A continuación se trabajaba el tema de la sesión definido por el título que la enmarca y se realiza una dinámica que la represente. Esta dinámica podía ser una meditación informal, formal o también una dinámica grupal. Por último se cerraba con la misma meditación con la que se había comenzado y se repartían las tareas para casa. Las tareas para casa solían estar formadas por un cuento o un texto relacionado con el objetivo concreto de la sesión así como un resumen de la misma y los conceptos trabajados. También se les entregaba un CD con diferentes meditaciones para que pudieran realizar prácticas guiadas en la práctica durante la semana.

El taller en su totalidad y los materiales entregados a los participantes se encuentran en el Anexo 7.

Sesión 1: El Piloto Automático

Objetivos:

- Clarificar y compartir las expectativas y conocimientos previos de los participantes.
- Reconocer la tendencia a funcionar con el piloto automático en el día a día, cómo se obvian los aspectos más sensoriales y perceptivos de pequeñas actividades rutinarias (ducharse, limpiarse los dientes, caminar al trabajo, etc.).
- Reconocer la tendencia a definirse por el acto y no por la identidad, diferenciar entre el ser y el hacer.

Meditaciones:

- Meditación de la respiración
- Meditación de la pasa
- Meditación sentada

Materiales

- Bol de pasas

- Fichas de trabajo para la semana.

Sesión 2: Trabajar Las Barreras

Objetivos

- Analizar las dificultades con las que se han ido topando los y las participantes.
- Aumentar la consciencia corporal a través de sensaciones placenteras y displacenteras.
- Desarrollar la aceptación y reconocer el entrenamiento como un proceso de larga duración.

Meditaciones

- Escáner corporal
- Meditación de la respiración

Materiales

- Colchonetas
- Fichas de trabajo para la semana.

Sesión 3: Meditación De La Respiración

Objetivos:

- Aumentar la consciencia sensorial a través de los sonidos.
- Relacionar el ruido externo con el ruido interno, conectar con las rumiaciones.
- Observar las estrategias mentales y corporales ante estímulos displacenteros.

Meditaciones

- Meditación del caminar
- Meditación sentada

Materiales

- Fichas de trabajo para la semana.

Sesión 4: El Presente

Objetivos

- Observar la identificación con los pensamientos.
- Reconocimiento de la impermanencia de los estados mentales.
- Desconceptualizar los objetos.

Meditaciones

- Meditación del objeto
- Meditación sentada

Materiales

- Fichas de trabajo para la semana.
- Objetos (pelota, flores, vela, etc.)

Sesión 5: El Dejarlo Pasar

Objetivos

- Observar las diferencias entre aceptar, resolver y resignarse.
- Continuar con la observación de la impermanencia de las emociones y pensamientos.

Meditaciones

- Meditación de la montaña
- Meditación sentada

Materiales

- Fichas de trabajo para la semana.
- Noticias de la semana

Sesión 6: Los Pensamientos No Son Hechos

Objetivos

- Observar el poder de los pensamientos en la percepción de la realidad.
- Reconocer la subjetividad de la perspectiva (pensamientos y emociones) de uno mismo.
- Observar la identificación con los pensamientos.

Meditaciones

- Meditación sentada
- Meditación de la respiración

Materiales

- Juegos de percepción
- Fichas de trabajo para la semana.

Sesión 7: Aprender A Cuidarse

Objetivos

- Trabajar la compasión hacia uno mismo.
- Aplicar el no juicio a las emociones y a los pensamientos.

Meditaciones

- Meditación de la compasión

- Meditación sentada

Materiales

- Vídeo
- Fichas de trabajo para la semana.

Sesión 8: Repaso

En esta última sesión se revisaban los conceptos fundamentales trabajados basados en el programa de 8 sesiones de Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Atención Plena (Atención plena-based Cognitive Therapy; Segal, Williams y Teasdale, 2003). A través del recorrido de todas las sesiones se revisan las experiencias tenidas en el taller y las ideas trabajadas.

En esta sesión los participantes eligen qué técnica realizar y la terapeuta añade una que considere que es importante repetir.

Por último, se les entregaba el paquete de evaluación post intervención para que lo realicen en ese mismo momento y que no se demore su entrega.

5. 3. 4. Análisis estadísticos

En este estudio la muestra ha sido dividida para la realización de los análisis en función de si tenían presencia de sintomatología depresiva o no y, en segundo lugar, como grupo general que ha recibido tratamiento.

El motivo para dividir la muestra de esta manera era maximizar su representatividad a la hora de realizar las operaciones estadísticas. Si la muestra era dividida en dos grupos, la *n* producida por el análisis en los cuatro tiempos de evaluación no llegaba a ser representativa. Por ello se decidió que el grupo total sería analizado en los cuatro tiempos de medición y el grupo dividido en presencia/ausencia de síntomas depresivos sería evaluado en dos tiempos de medición (antes y después de realizar el taller).

De esta manera, se podría evaluar el efecto del taller en síntomas depresivos y metacogniciones a largo plazo en el grupo total. Y, por otro lado, se podría evaluar este mismo efecto y las diferencias del mismo en aquellas personas con presencia/ausencia de síntomas depresivos en dos tiempos.

Seguidamente se señalan las operaciones estadísticas realizadas en cada división de la muestra.

5. 3. 4. 1. Análisis estadísticos del grupo total

El primer análisis realizado es el análisis de los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, mínimo, máximo, asimetría y curtosis) en los cuatro tiempos. A continuación, se realizó una MANOVA de medidas repetidas en el grupo total para observar en qué aspectos existían diferencias significativas antes y después de la intervención.

El segundo análisis llevado a cabo fue una MANOVA de medidas repetidas en el grupo total en los 4 tiempos de evaluación (un mes antes de la intervención, el día de la intervención, el último día de la intervención y 3 meses después de la intervención).

5. 3. 4. 2. Análisis estadísticos del grupo dividido en presencia/ausencia de síntomas depresivos

El primer análisis realizado es el análisis de los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, mínimo, máximo, asimetría y curtosis) en los dos tiempos (pre y post) de ambos grupos (con y sin síntomas depresivos).

El segundo análisis realizado fue una MANOVA de medidas repetidas en cada grupo para observar en qué aspectos existían diferencias significativas antes y después de la intervención.

5. 3. 5. Resultados.

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos de los análisis del grupo total.

5. 3. 5. 1. Resultados de la Intervención en Atención Plena en el grupo total.

Este análisis tiene como objetivo analizar las diferencias producidas en síntomas depresivos, estilos de afrontamiento y capacidades de metacognición tras la intervención con un taller basado en el entrenamiento en atención plena.

En el siguiente apartado se muestran los estadísticos descriptivos pertenecientes a las variables de depresión, estilos de afrontamiento y capacidades metacognitivas evaluados a lo largo de los cuatro tiempos.

5. 3. 5. 1. 1. Estadísticos descriptivos en grupo total

El objetivo principal de esta investigación es la intervención en síntomas depresivos, por ello se comienza con el análisis de los estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos en cuatro tiempos de medición. A continuación se procede con el análisis en los estilos de afrontamiento y por último el análisis de los cambios producidos en las capacidades metacognitivas. Como se ve, el orden de los resultados de las variables sigue la misma línea que la figura del iceberg (síntomas, cogniciones y metacogniciones).

A continuación, se puede observar en la siguiente tabla los índices de estas evaluaciones.

Tabla 60. Estadísticos descriptivos (media, desviación típica, mínimo, máximo, asimetría y curtosis) de la sintomatología depresiva, síntomas ansiosos, estilos de afrontamiento y capacidades en 4 tiempos de medición.

	N				Máximo				Mínimo				Media				Desv. Típica				Asimetría				Curtosis			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Depresión	51	61	53	21	36	44	36	27	1	4	2	4	16.29	19.14	18.16	15.90	8.70	9.99	6.11	6.96	.543	.694	.23	-.24	-.17	-.20	.93	-1.17
Afecto deprimido	48	62	51	21	16	23	18	13	0	0	0	0	5.81	7.14	4.9	6.14	3.98	5.62	3.64	3.52	.73	1.24	1.10	-.37	-.16	.98	2.03	-.42
Falta de Afecto positivo	52	62	54	21	9	12	12	6	0	0	0	0	3.67	4.61	7.98	3.23	2.36	3.10	2.60	1.70	.26	.22	-1.04	-.07	-.74	-.42	.93	-.13
Disminución Psicomotora	52	61	51	21	11	13	8	9	1	0	0	1	5.09	5.27	4.19	4.80	2.51	3.12	2.01	2.13	.36	.50	.10	.03	.06	-.21	-.74	-.57
Dificultades Interpersonales	52	62	54	21	6	8	6	5	0	0	0	0	1.71	2.14	1.11	1.71	1.45	2.42	1.29	1.38	.72	1.17	1.34	.57	.22	.35	2.39	.11
Ansiedad	54	21	33	16	24	17	0	0	0	0	7.45	6,42	5.29	6.90	6.89	5.38	4.73	4.84	1.52	1.14	2.20	.45	2.53	1.04	6.56	-.32	54	21
Afrontamiento																												
Autoculpabilidad	53	61	53	21	9	9	10	10	2	2	2	2	4.98	5.03	4.83	4.71	1.66	1.94	1.93	1.95	.21	.26	.51	1.33	-.53	-.91	-.24	1.64
Aceptación	53	60	54	21	10	10	10	10	2	4	4	5	7.71	7.31	7.38	8.23	1.84	1.82	1.80	1.51	-.84	-.21	-.63	-.54	.80	-.84	-.23	-.37
Rumiación	53	60	52	21	10	10	10	10	2	2	3	3	6.64	6.33	6.23	6.90	1.85	1.91	1.40	1.60	-.26	-.37	.40	-.30	-.55	-.87	.08	.52
Centrarse en positivo	52	61	53	21	9	10	9	8	2	2	2	4	5.32	4.59	5.41	6.23	2.04	1.95	1.85	1.30	.06	.93	.11	-.18	-.99	.55	-1.05	-.51
Planificación	53	61	52	21	10	10	10	10	4	4	2	4	7.45	7.04	7.30	8.19	1.27	1.87	1.52	1.86	-.12	-.30	-1.06	-1.13	.39	-1.03	2.09	.61
Reevaluación Positiva	53	59	52	21	10	10	10	10	4	2	4	6	7.67	7.11	7.73	8.66	1.52	2.14	1.70	1.31	-.33	-.46	-.64	-.32	-.29	-.75	.04	-1.18
Poner en perspectiva	53	59	53	21	10	10	10	10	3	2	4	6	7.52	6.08	7.37	7.85	1.90	2.26	1.72	1.38	-.80	.06	-.42	.15	-.02	-1.02	-.59	-.84
Catastrofismo	52	60	53	21	9	9	7	7	2	2	2	2	4.73	4.78	3.79	4.33	2.00	1.88	1.64	1.52	.70	.52	.61	-.06	-.18	-.38	-.69	-1.13
Culpar a Otros	53	60	54	21	9	8	8	7	2	2	2	2	4.24	4.20	3.68	4.38	1.91	1.77	1.56	1.62	.71	.44	.82	-.15	-.24	-.64	.24	-1.28
Resiliencia																												

Competencia Personal	53	60	54	21	107	106	69	72	59	67	35	50	88.24	88.16	90.96	95.76	11.32	9.14	8.88	11.23	-.65	-.29	-.30	-.55	.14	-.49	.39	.02
Aceptación de la vida	53	61	53	21	48	45	112	114	22	25	70	69	36.77	36.24	54.29	59.52	5.52	4.95	7.33	5.71	-.50	-.37	-.11	.31	-.04	-.35	.16	-.03
Atención plena																												
Observar	52	54	54	21	12	16	38	37	38	32	17	20	24.63	25.53	28.51	28.04	6.36	4.66	4.46	3.76	-.29	-.62	-.18	-.10	-.53	-.84	.07	1.40
Describir	53	62	54	52	9	16	39	39	40	32	17	17	27.71	27.41	29.37	29.15	6.82	3.44	4.77	4.78	-.61	1.34	-.09	-.10	.44	2.10	.05	.00
Actuar con Atención Plena	52	60	54	21	12	15	34	36	33	32	17	18	22.75	26.38	24.81	25.52	5.79	4.99	4.53	4.97	-.24	-.84	.05	.31	-.78	-.52	-.71	-.88
No juicio	53	59	54	21	12	15	40	40	39	33	13	16	26.62	24.00	28.59	28.76	7.37	5.38	6.33	6.79	-.26	-.15	-.47	-.18	-.85	-1.19	.16	-.45
No Reactividad	51	60	53	21	11	13	30	28	27	29	14	19	20.50	21.93	21.15	23.09	3.82	4.34	3.67	2.36	-.51	-.21	.11	.20	-.17	-1.10	-.57	-.28
Descentramiento	53	62	54	21	22	20	51	47	47	44	27	34	34.84	33.51	38.98	40.80	5.72	5.49	5.11	3.12	-.18	-.30	-.33	-.51	-.23	-.20	.14	.96

En este primer análisis todas las variables confirman una distribución normal al ser la asimetría <3 y la curtosis <10 (Kline, 2011).

5. 3. 5. 1. 2. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos en grupo total.

Tras evaluar las diferencias presentadas por los estadísticos descriptivos en los diferentes momentos de evaluación se procede a analizar la significación y el tamaño del cambio producido.

Se evaluaron los cambios producidos por la intervención a través de la comparación de las medidas en lista de espera, post intervención y 3 meses después de la intervención con las medidas tomadas el primer día de inicio del taller (pre).

Todos los tamaños del efecto (η^2) se interpretaron de acuerdo al criterio establecido por Cohen, donde los valores que oscilan entre ,01 y ,04 corresponden a un efecto pequeño; entre ,05 y ,14 a un efecto medio; y aquellos valores por encima de ,14 corresponden a un tamaño del efecto grande (Cohen, 1988).

Las diferencias significativas señaladas en los resultados han sido evaluadas a través de la prueba Post-Hoc de Bonferroni.

De nuevo, se comienza evaluando los cambios producidos en la sintomatología depresiva. La prueba multivariante de la traza de Pillai $F(15, 129) = 3,27$, $p = ,00$, $\eta^2 = ,27$ fue significativa por lo que se realizó el análisis de contraste univariados. En la tabla siguiente se presentan los cambios producidos en los cuatro tiempos de intervención y su significación.

Tabla 61. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos de evaluación de los síntomas depresivos

	Mediciones								F	η^2
	Lista de Espera		Pre		Post		3 meses			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Depresión total	13.95	9.23	16.3	9.87	18.68	3.77	15.12	6.59	1.66	.10
Afecto deprimido	5.37	4.27	6.25	5.208	4.12	2.96	5.87	3.32	1.69	.10
Falta de Afecto positivo	3.18	2.16	3.31	2.33	9.50a	1.50	3.25a	1.84	44.47**	.74
Disminución Psicomotora	4.25	2.72	5.00	2.80	4.12	1.62	4.62	2.24	0.62	.04
Dificultades Interpersonales	1.31	1.30	1.81	2.66	.875	.806	1.37	1.02	0.91	.05
* $p < .05$ ** $p < .01$	n = 16	a = diferencia significativa con respecto al primer día de intervención								

Tras la intervención con atención plena hay una disminución significativa en la subescala de falta de afecto positivo antes y después de la intervención. El tamaño del efecto en este cambio es alto ($\eta^2 = .74$) de acuerdo con los criterios establecidos según Cohen (1988).

A continuación se realizaron el análisis de los resultados en sintomatología ansiosa en cuatro tiempos. La prueba multivariante de la traza de Pillai $F(3, 13) = 1.03$, $p = .40$, $\eta^2 = .19$ no significativa por lo que no se realizó un análisis del contraste univariado. Las diferencias en sintomatología ansiosa en los cuatro tiempos de medición no fueron significativas.

A posteriori se realizaron el análisis de los resultados en estilos de afrontamiento en cuatro tiempos. La prueba multivariante de la traza de Pillai $F(33, 93) = 1.52$, $p = .06$, $\eta^2 = .35$. Si bien la prueba no dio resultados significativos, el nivel de significación estaba al límite y como se comprobó en el análisis de contraste univariado, sí que había diferencias en los cuatro tiempos de medición. En la siguiente tabla, se muestran los resultados de los análisis de la MANOVA en las medidas de los estilos de afrontamiento.

Tabla 62. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos de evaluación de los estilos de afrontamiento

	Mediciones								F	η^2
	Lista de		Pre		Post		3 meses			
	Espera									
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Afrontamiento										
Autoculpabilidad	4.85	2.10	4.35	1.21	4.71	1.72	4.85	2.10	0.33	0.02
Aceptación	7.71	2.33	6.92	1.68	8.00	.67	8.50	1.55	2.41	0.15
Rumiación	6.92	1.94	5.92	1.97	6.64	1.27	7.14	1.65	1.40	0.09
Centrarse en lo positivo	5.50	1.99	4.50	1.82	5.42	1.82	6.50a	1.22	4.23**	0.24
Planificación	7.71	1.06	7.78	1.71	7.92	.91	8.57	1.74	1.03	0.07
Reevaluación Positiva	7.64	1.78	7.21	2.00	8.35	1.54	9.00	1.24	3.81	0.22
Poner en perspectiva	7.71	2.01	5.85	2.21	7.92	1.32	7.64	1.39	4.36	0.25
Catastrofismo	4.35	2.34	4.78	2.1	3.14a	1.61	4.28	1.38	4.18**	0.24
Culpar a Otros	4.14	2.07	4.14	1.87	3.71	1.63	4.21	1.42	0.44	0.03
Resiliencia										
Competencia Personal	92.36	10.57	92.50	9.45	94.50	10.24	96.07	9.65	2.12	0.14
Aceptación a la vida	37.50	4.87	37.71	4.32	37.85	4.62	38.92	3.31	0.53	0.04

* $p < .05$

** $p < .01$

n = 14

a = diferencia significativa con respecto al primer día de intervención

Los resultados muestran diferencias significativas entre los índices del estilo de afrontamiento de centrarse en positivo antes y al cabo de 3 meses de la intervención así como diferencias significativas entre el estilo de afrontamiento catastrofista antes y después de la intervención. El tamaño del efecto en ambas variables es alto ($\eta^2 = .24$ tanto en centrarse en positivo como en catastrofismo).

Respecto a los resultados con atención plena, la traza de Pillai $F(18, 108) = 2,46$, $p = ,00$, $\eta^2 = ,29$. La prueba fue significativa por lo que en la siguiente tabla se muestran los resultados de la Manova en las variables que miden las capacidades metacognitivas.

Tabla 63. MANOVA de medidas repetidas en cuatro tiempos de evaluación de las capacidades metacognitivas.

Mediciones										
	Lista de Espera		Pre		Post		3 meses		F	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Atención plena										
Observar	24.57	7.18	25.07	4.56	29.35a	4.84	28.57	3.87	7.08**	.35
Describir	30.6429	4.78	28.21	2.57	31.42	4.12	31.14	4.07	3.01	.18
Actuar con atención	24.28	5.16	27.78	3.74	24.28	4.56	24.92	4.37	2.18	.14
No Juicio	26.42	6.51	23.35	5.71	30.00	4.83	29.35	5.34	3.62	.21
No Reactividad	20.57	2.84	23.35	3.45	21.28	2.61	22.92	2.52	3.13	.19
Descentramiento	37.21	5.59	35.21	3.82	41.78a	2.93	40.28a	2.39	9.96**	.43

* $p < .05$

** $p < .01$

n = 14

a = diferencia significativa con respecto al primer día de intervención

Los resultados muestran que existen diferencias significativas en la subescala de Observar de atención plena antes y después de la intervención ($\eta^2 = .35$). Por su parte, la capacidad de descentramiento muestra cambios significativos antes y después de la intervención manteniéndose estos cambios a lo largo del tiempo ($\eta^2 = .43$). El tamaño del efecto en ambas variables es alto (Cohen, 1988).

5. 3. 5. 2. Resultados de la Intervención en Atención Plena en grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

El programa en el que está basado el taller, está centrado en la prevención de recaídas en depresión y su uso en población con presencia/ausencia en síntomas depresivos es menos común. Por ello, se ha querido comprobar el diferente efecto de este programa en ambos grupos.

En el siguiente apartado se exploran los estadísticos descriptivos de ambos grupos en cuatro tiempos.

5. 3. 5. 2. 1. Estadísticos descriptivos en grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

Este apartado comienza con el análisis de los estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos en dos tiempos de medición. A continuación se procede con el análisis en los estilos de afrontamiento y, por último, el análisis de los cambios producidos en las capacidades metacognitivas.

El orden de los resultados de las variables es el mismo llevado a lo largo de todo el estudio siguiendo la figura del iceberg (síntomas, cogniciones y metacogniciones).

En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos de los resultados en sintomatología depresiva presentada por los dos grupos en los cuatro momentos de intervención.

Tabla 64. Estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos, ansiosos, estilos de afrontamiento y capacidades metacognitivas en grupo con presencia/ausencia en los cuatro momentos de medición.

		N				Máximo				Mínimo				Media				Desv. Típica				Asimetría				Curtosis				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Depresión	A	35	46	36	14	1	4	2	4	33	25	25	25	14.17	14.41	16.25	15.07	6.74	5.54	5	7.22	.52	-.08	-.59	-.12	.56	-.73	.77	-	
	B	11	15	15	4	2	26	13	6	36	44	36	23	18	33.66	21.93	15.5	10.89	5.49	6.45	7.14	.33	.51	.42	-.76	-.41	-.59	.03	1.62	
Afecto deprimido	A	36	46	36	14	0	0	0	0	12	8	9	9	4.94	4.39	3.66	5.42	3.12	2.28	2.61	3.63	.63	-.32	.37	-.56	.08	-.69	-	-	
	B	11	15	15	4	1	7	2	4	14	23	18	10	4.81	15.46	7.86	7	4.81	4.64	4.10	2.58	-.11	-.01	.94	.00	-.15	-.51	1.08	1.58	
Falta de Afecto positivo	A	36	46	37	14	0	0	0	0	8	12	12	6	3.47	5	7.91	3.5	2.21	2.80	2.69	1.82	.13	.51	-	1.02	-.08	-.74	.41	1.05	-.64
	B	11	15	15	4	1	0	2	0	9	9	11	4	2.65	3.33	8.40	2.5	2.65	3.77	2.38	1.73	.79	.44	-	-	.07	-	2.8	2.88	
Disminución Psicomotora	A	35	46	36	14	1	0	0	1	8	7	7	9	4.48	3.97	3.55	4.6	2.02	2.08	1.73	2.27	-.01	-.12	.14	.15	-.82	-	-.48	-.55	
	B	11	15	15	4	1	5	2	2	11		8	7	5.90	9.26	5.73	4.5	2.94	2.31	1.83	2.08	-.40	-.29	-.59	.00	.38	.35	-.32	.39	
Dificultades Interper.	A	35	46	37	14	0	0	0	0	6	64	4	5	1.40	1.04	.86	1.5	1.33	1.15	1.31	1.4	1.33	.81	2.04	1.07	2.86	-.43	5.24	1.75	
	B	11	15	15	4	0	1	0	0	4	8	4	3	1.63	5.6	1.60	1.5	1.36	2.13	1.18	1.29	.23	-.67	.32	0	-.96	-.13	-.34	-.1.2	
Ansiedad	A	36	46	37	37	0	0	0	0	19	19	10	12	5.41	5.04	3.94	6.42	4.64	4.49	2.68	3.99	1.35	1.39	.47	-.14	1.57	2.36	-.52	-	
	SD	11	15	15	4	2	3	1	2	22	23	24	16	10.72	10.66	7.66	7.5	7.21	5.83	5.69	5.97	.32	.68	1.71	1.38	-	-	4.21	2.60	
Estilos de Afrontamiento																														
Autoculpabilidad	A	36	45	36	14	2	2	2	3	9	9	10	10	5.22	5.13	4.91	5.21	1.69	2.00	1.94	2.11	-.03	.25	.44	1.14	-.42	-	.02	.45	

Capítulo 5. Estudio 3																															
Aceptación	B	11	15	15	4	2	2	2	2	8	8	8	5	4.81	4.8	4.53	3.75	1.77	1.82	1.99	1.50	.33	.09	.87	-.37	-.41	-.83	-	-		
																											1.11	3.90			
	A	36	45	37	14	2	4	4	6	10	10	10	10	7.88	7.37	7.40	8.57	1.89	1.83	1.87	1.15	-	-	-.45	-.65	-.37	1.49	-.61	-.30	.32	
																						1.06									
Rumiación	B	11	14	15	4	6	5	4	5	10	10	10	10	7.72	6.92	7.40	7.75	1.19	1.73	1.76	2.62	.20	.75	-.70	-.12	.18	-.53	.39	-		
																													5.29		
	A	36	44	35	14	2	2	3	3	10	8	9	9	6.94	6.29	6.14	6.92	1.75	1.79	1.33	1.63	-.68	-.76	-.03	-.96	.47	-.65	-.12	1.18		
	B	11	15	15	4	4	3	5	6	10	10	10	10	6.09	6.26	6.46	7.75	2.02	2.25	1.64	1.70	.55	.31	.90	.75	-.47	-	-	1.32	-.19	.34
Centrarse en lo positivo	A	36	45	36	14	2	2	2	4	9	10	9	8	5.30	4.88	5.19	6.00	2.17	2.01	1.95	1.41	.09	.89	.36	.00	-	.30	-.87	-.84		
																									1.13						
	B	10	15	15	4	3	2	3	6	8	7	8	8	5.40	3.6	5.73	7.25	1.64	1.45	1.57	.95	.50	.97	-.37	-.85	-.40	.98	-	-	-	-
																											1.40	1.28			
Planificación	A	36	45	35	14	4	4	4	4	10	10	10	10	7.44	7.24	7.34	8.07	1.29	1.93	1.25	1.77	-.16	-.38	-.51	-.99	.79	-	.30	.57		
																										1.03					
	B	11	15	15	4	5	4	2	8	9	8	10	10	7.27	6.4	7.13	9.25	1.19	1.63	2.13	.95	-.63	-.41	-	-.85	-.31	-	-	-	-	
																									1.06		1.53	1.28		1.28	
Reevaluación Positiva	A	36	43	35	14	4	2	4	7	10	10	10	10	7.41	7.44	7.60	8.57	1.55	2.08	1.51	1.22	-.12	-.75	-.65	.10	-.27	-.01	.58	-		
																														1.66	
	B	11	15	15	4	5	4	4	8	10	10	10	10	8.18	6.13	8	9.50	1.40	2.13	2.20	1.00	-.92	.36	-.83	-2	1.88	-	1.35	-.54	4	
Poner en perspectiva	A	36	43	36	14	3	2	4	6	10	10	10	10	7.33	6.51	7.13	8.07	1.86	2.06	1.72	1.54	-.60	-.03	-.22	.00	-.22	-.08	-.63	-		
																														1.37	
	B	11	15	15	4	3	2	4	6	10	10	10	8	7.72	4.80	8.06	7.50	2.19	2.45	1.57	1.00	-	1	-	-2	1.59	-.09	1.98	4	-	
																						1.58		1.25							
Catastrofismo	A	35	44	36	14	2	2	2	2	9	9	7	6	4.62	4.29	3.47	4.00	1.88	1.82	1.38	1.56	.54	.91	.71	.13	-.26	.15	-.07	-		
																														1.49	
	B	11	15	15	4	2	5	2	5	9	9	7	6	4.72	6.13	4.53	5.25	2.49	1.40	2.09	.50	.94	1.14	-.02	-.85	-.30	.38	-	-	-	-
																											1.85	1.28			
Culpar a Otros	A	36	44	37	14	2	2	2	2	8	8	7	7	4.38	3.90	3.67	4.00	1.77	1.52	1.47	1.56	.56	.53	.54	.41	-.39	-.03	-.24	-.52	-	
	B	11	15	15	4	2	2	2	2	6	8	8	6	3.36	5.2	3.86	4.50	1.50	2.11	1.84	1.91	.97	-.35	1.08	-.85	-.16	-	.57	-	-	
																											1.13	1.28			

Resiliencia	A																													
Competencia Personal	B	36	44	37	14	59	67	70	81	107	101	104	105	87.83	87.54	89.24	93.35	10.79	8.74	8.64	8.41	-.52	-.47	-.69	-.03	.30	-.46	-.15	-	
	A	11	15	15	4	75	70	86	96	102	106	112	111	89.55	89.53	95.13	104	7.60	10.52	8.04	6.27	-.20	-.43	.91	-.04	.13	-.78	.19	.53	
Aceptación de la vida	B	36	45	36	14	22	26	28	30	48	45	44	46	36.77	36.26	37.94	39.64	5.76	4.79	3.75	4.78	-.45	-.15	-.55	-.42	.02	-.65	-.00	-.42	
	A	11	15	15	4	28	25	26	36	41	44	45	39	36.72	36.26	37.33	38	4.36	5.72	5.42	1.41	-	-	-	-	.22	.30	-.33	1.50	
Atención plena																					1.24	-.86	-.55	1.41						
	A	36	45	37	14	12	16	17	21	38	32	38	37	24.61	26.04	28.75	28.78	6.69	4.70	4.60	3.92	-.28	-.91	-.49	-.03	-.56	-.35	.50	1.17	
Observar	B	10	8	15	4	17	18	23	27	34	29	37	30	24.70	22.25	28.26	28	5.71	3.15	4.30	1.41	.36	1.37	.64	1.41	-	3.48	-.42	1.50	
																									1.08					
Describir	A	36	46	37	37	15	16	17	17	40	32	39	39	28.80	27.63	30.27	29.97	6.32	3.25	4.99	5.11	-.49	-	1.64	-.35	-.40	-.28	3.40	.36	.12
	B	11	15	15	15	9	32	20	21	31	17	33	32	25.18	26.60	27.86	27	6.16	4.04	3.68	3.15	-	-	1.95	-.67	-.43	-.23	4.91	.72	-.34
Actuar con atención	A	36	45	37	14	12	16	17	18	33	32	34	36	23.22	27.15	25.37	25.42	6.12	4.90	4.84	5.31	-.33	-	1.24	-.07	.34	-.82	.33	-	-.70
	B	10	14	15	4	14	15	17	21	26	31	31	31	21.20	23.64	23.66	25	4.91	4.55	3.79	4.57	-.60	.08	-.23	.19	-	1.68	-.46	.21	-
No Juicio																														
	A	36	45	37	14	12	15	18	16	39	32	40	40	27.38	24.06	30	29.28	7.16	5.16	5.47	6.54	-.36	-.36	.02	-.23	-.59	-	1.08	-.51	-.08
No Reactividad	B	11	13	15	4	13	15	13	25	39	33	34	34	26.45	23.23	26.33	29	8.17	6.13	6.81	4.03	-.30	.54	-.69	.24	-.98	-	1.11	-.58	-
	A	36	45	36	14	11	13	16	19	26	29	30	28	20.27	22.77	21.47	22.92	3.84	4.33	3.42	2.78	-.66	-.49	.14	.35	-.19	-.86	-.50	-.79	
	B	11	14	15	4	13	15	14	22	27	24	28	25	21.54	19.42	20.33	23	4.34	3.47	4.33	1.25	-.51	.01	.33	1.12	-.30	-	1.55	-.62	2.22
Descentramiento	A	36	46	37	14	22	23	30	34	47	44	48	44	34.77	34.93	39.89	40	6.29	4.63	4.39	3.03	-.19	-.23	-.46	-.96	-.38	.09	-.06	.53	

1 = un mes antes de la intervención, 2 = primer día de la intervención, 3 = último día de la intervención, 4 = tres meses después de la intervención

ND = ausencia de síntomas depresivos SD = presencia de síntomas depresivos

En este primer análisis todas las variables confirman una distribución normal al ser la asimetría <3 y la curtosis <10 (Kline, 2011).

5. 3. 5. 2. 2. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos en grupos con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

Como se ha señalado en el apartado de análisis estadísticos, la n no llegaba a ser representativa si se evaluaban los cuatro tiempos por lo que se ha considerado adecuado evaluar antes y después de la intervención.

A continuación se muestran los resultados de la MANOVA en el grupo con presencia de síntomas depresivos antes y después de la intervención en el taller. En primer lugar se realizó la traza de Pillai $F(5, 10) = 5,28$, $p = ,01$, $\eta^2 = ,73$. Sus resultados significativos sirvieron para proceder al análisis de los cambios en cada variable.

Tabla 65. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.

Tabla 3. Medios y DT de medidas repetidas en los tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.						
	Mediciones				F	η^2
	Pre		Post			
	M	DT	M	DT		
Depresión total	33.66	5.49	21.93	6.45	26.50**	.65
Afecto deprimido	15.46	4.64	7.86	4.10	15.59**	.52
Falta de Afecto positivo	3.33	3.77	8.40	2.38	12.80*	.47
Disminución Psicomotora	9.26	2.31	5.73	1.83	20.20**	.59
Dificultades Interpersonales	5.60	2.13	1.60	1.18	29.47**	.67

* $p < .05$

** $p < .01$

n = 15

La reducción de sintomatología depresiva tras la intervención en atención plena es significativa en todas las subescalas antes y después de la intervención. El tamaño del efecto es alto en todas las variables (Cohen, 1988).

Respecto a los resultados de síntomas ansiosos, la traza de Pillai $F(1, 14) = 6,21$, $p = ,02$, $\eta^2 = ,30$ fue significativa. En la siguiente tabla se describen los resultados en sintomatología ansiosa antes y después de la intervención.

Tabla 66. ANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.

Mediciones							
		Pre		Post		F	η^2
		M	DT	M	DT		
Ansiedad		10.66	5.83	7.66	5.69	6.21*	.30
* $p < .05$	** $p < .01$	n = 15					

Tras la intervención en atención plena se produce una reducción significativa de los índices de sintomatología ansiosa. El tamaño del efecto es alto (Cohen, 1988).

A continuación se señalan los resultados tras la intervención en los estilos de afrontamiento. En primer lugar se analizó la traza de Pillai $F(11, 3) = 3,70$, $p = ,00$, $\eta^2 = ,99$ siendo esta significativa. En la siguiente tabla se muestran las variables específicas que mostraron cambios significativos tras la intervención.

Tabla 67. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los estilos de afrontamiento.

	Mediciones					
	Pre		Post		F	η^2
	M	DT	M	DT		
Afrontamiento						
Autoculpabilidad	4.78	1.88	4.714	1.93	0.05	.00
Aceptación	6.92	1.73	7.50	1.78	0.53	.03
Rumiación	6.42	2.24	6.57	1.65	0.03	.00
Centrarse en lo positivo	3.64	1.49	5.92	1.43	19.46*	.60
Planificación	6.57	1.55	7.50	1.65	2.75	.17
Reevaluación Positiva	6.28	2.12	8.28	1.97	8.66*	.40
Poner en perspectiva	4.92	2.49	8.14	1.61	16.16*	.55
Catastrofismo	6.21	1.42	4.71	2.05	7.95*	.38
Culpar a Otros	5.07	2.12	3.85	1.91	4.30	.24
Resiliencia						
Competencia Personal	89.71	10.89	95.42	8.26	7.32*	.36
Aceptación a la vida	36.00	5.84	36.85	5.28	1.42	.09

* $p < .05$ ** $p < .01$

n = 14

Los resultados muestran que se produce un aumento significativo en los estilos de afrontamiento de Centrarse en lo positivo, Reevaluación Positiva, Poner en perspectiva y Competencia Personal. Así como una disminución significativa en el estilo de afrontamiento de Catastrofismo. El tamaño del efecto en todas las variables es alto (Cohen, 1988).

Por último, se procedió al análisis de los cambios producidos en las variables de metacognición tras la intervención. En primer lugar, se realizó la traza de Pillai $F(6, 2) = 4.48$, $p = .019$, $\eta^2 = .93$. Si bien ésta no fue significativa los resultados de la prueba de contrastes univariados muestran que sí existen diferencias significativas tras la

intervención. En la siguiente tabla se muestran los resultados de la Manova y las variables en las que se producen los cambios.

Tabla 68. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los capacidades metacognitivas.

	Mediciones				F	η^2
	Pre		Post			
	M	DT	M	DT		
Atención plena						
Observar	22.25	3.15	27.12	3.64	16.87*	.70
Describir	27.87	5.08	28.12	4.35	0.04	.00
Actuar con atención	26.12	3.94	24.00	4.53	1.07	.13
No Juicio	25.12	7.12	22.25	5.84	1.26	.15
No Reactividad	19.50	4.07	18.75	3.10	0.36	.05
Descentramiento	28.50	7.74	36.12	6.37	16.96*	.70

* $p < .05$

** $p < .01$

n = 8

Estos resultados muestran que la subescala de Observación y la capacidad de Descentramiento tienen un aumento significativo tras la intervención con el programa de atención plena. El tamaño del efecto en ambas variables es alto.

Una vez evaluados los cambios en el grupo con presencia de síntomas depresivos se proceden a evaluar los cambios producidos en el grupo sin síntomas depresivos.

Respetando la organización de la investigación se comienza por el análisis de los resultados en síntomas depresivos, se continúa con los estilos de afrontamiento y se finalizan con las capacidades metacognitivas.

En primer lugar, se realizó la traza de Pillai $F(5, 31) = 5,01$, $p = ,00$, $\eta^2 = ,44$. Los índices significativos de esta prueba permitieron profundizar en el análisis de los

cambios producidos por la intervención. En la siguiente tabla, se muestran los cambios producidos por el taller.

Tabla 69. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.

Tabla 2. Medias y desviaciones repetidas en los tiempos de evaluación de los síntomas depresivos.						
	Mediciones				F	η^2
	Pre		Post			
	M	DT	M	DT		
Depresión	13.16	5.15	16.25	5.00	8.17*	.18
Afecto deprimido	4.13	2.19	3.66	2.61	1.68	.04
Falta de Afecto positivo	4.55	2.62	7.97	2.70	16.58**	.32
Disminución Psicomotora	3.58	1.84	3.55	1.73	0.01	.00
Dificultades Interpersonales	.88	1.11	.72	1.00	0.77	.02
* $p < .05$ ** $p < .01$ n = 36						

* $p < .05$

** $p < .01$

n = 36

Los índices muestran un nivel de significación $p < .001$. Los cambios producidos en sintomatología depresiva se muestran de forma significativa en las subescalas de falta de afecto positivo y en la puntuación total de sintomatología depresiva. El tamaño del efecto en ambas escalas (Depresión total y Falta de afecto positivo) es pequeño.

Seguidamente, se analizaron los cambios producidos en los síntomas ansiosos. El nivel de significación de la traza de Pillai fue de 0,25 lo que indica que no existen diferencias significativas antes y después de la intervención. Los contrastes univariados posteriores confirmaron la no significación de los cambios.

A continuación se proceden a señalar los cambios producidos en los estilos de afrontamiento antes y después de la intervención. La traza de Pillai $F(11, 15) = 0,95$, $p = ,52$, $\eta^2 = ,41$ no mostró cambios significativos tras la intervención. No obstante, un análisis posterior de contrastes univariados mostró la existencia de cambios como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 70. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de los estilos de afrontamiento.

Mediciones						
	Pre		Post		F	η^2
	M	DT	M	DT		
Afrontamiento						
Autoculpabilidad	4.46	1.70	4.84	1.75	0.96	.03
Aceptación	7.46	1.85	7.53	1.74	0.04	.00
Rumiación	6.23	1.72	6.15	1.31	0.05	.00
Centrarse en lo positivo	5.38	2.15	5.53	1.92	0.18	.00
Planificación	7.23	1.98	7.30	1.12	0.04	.00
Reevaluación Positiva	7.42	1.92	7.57	1.55	0.13	.00
Poner en perspectiva	6.38	1.72	7.03	1.58	3.23	.11
Catastrofismo	4.03	1.77	3.19	1.16	7.83*	.23
Culpar a Otros	4.07	1.64	3.73	1.48	1.18	.04
Resiliencia						
Competencia Personal	88.69	8.35	90.03	7.97	1.46	.05
Aceptación a la vida	36.76	4.90	38.15	3.89	2.30	.08

* $p < .05$ $n = 26$

Tras la intervención se encuentran cambios en el estilo de regulación emocional desadaptativo de catastrofismo mostrando un tamaño del efecto alto (Cohen, 1988).

Por último, se procedió a evaluar los cambios producidos por la intervención en las variables de metacognición. La traza de Pillai $F(6, 30) = 11,96$, $p = ,00$, $\eta^2 = ,70$. La significación de esta prueba indicó la existencia de diferencias significativas tras la intervención. En la tabla 71 se muestran los resultados de la MANOVA de medidas repetidas en las subescalas de atención plena y descentramiento para el grupo sin síntomas depresivos antes y después de la intervención en atención plena.

Tabla 71. MANOVA de medidas repetidas en dos tiempos de evaluación de las capacidades metacognitivas.

	Mediciones				F	η^2
	Pre		Post			
	M	DT	M	DT		
Atención plena						
Observar	25.55	5.06	28.75	4.668	14.78**	.29
Describir	27.77	3.30	30.05	4.8	7.28*	.17
Actuar con atención	27.02	4.95	25.22	4.82	1.59	.04
No Juicio	23.50	5.03	29.72	5.28	16.77**	.32
No Reactividad	22.50	4.46	21.47	3.42	1.22	.03
Descentramiento	34.97	4.72	39.69	4.28	27.73**	.44

* $p < .05$ ** $p < .01$

n = 36

Tras la intervención con un programa de atención plena se produjo un aumento de la capacidad de Descentramiento y de las subescalas de Observar, Describir y No Juicio siendo el tamaño del efecto en todas ellas alto (Cohen, 1988).

Tras haber comprobado los cambios en el taller en ambos grupos, se consideró clarificador aunar en una tabla el tamaño de cambio en cada variable en el grupo con presencia de síntomas depresivos y en el grupo con ausencia de síntomas depresivos.

5. 3. 5. 3. Comparación del efecto del taller en grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

A modo de resumen se muestran el tamaño del efecto del taller en las distintas variables y se compara entre cada grupo.

Tabla 72. Tamaño del efecto del taller en el grupo con presencia/ausencia de síntomas depresivos.

	Grupo con síntomas depresivos	Grupo sin síntomas depresivos
	η^2	
Depresión	.65**	.02*
Afecto deprimido	.52**	.18
Falta de Afecto positivo	.47*	.04**
Disminución Psicomotora	.59**	.32
Dificultades Interpersonales	.67**	.00
Ansiedad	.30*	.02
Afrontamiento		
Autoculpabilidad	.00	.03
Aceptación	.03	.00
Rumiación	.00	.00
Centrarse en lo positivo	.60*	.00
Planificación	.17	.00
Reevaluación Positiva	.40*	.00
Poner en perspectiva	.55	.11
Catastrofismo	.38*	.23*
Culpar a Otros	.24	.04
Resiliencia		
Competencia Personal	.36*	.05
Aceptación a la vida	.09	.08
Atención plena		
Observar	.70*	.29**
Describir	.00	.17*
Actuar con atención	.13	.04
No Juicio	.15	.32**
No Reactividad	.05	.03
Descentramiento	.70*	.44**

El tamaño del efecto de la intervención es mayor en el grupo con síntomas que en el grupo sin síntomas depresivos.

5. 3. 6. Discusión

El primer objetivo de este estudio ha sido evaluar el efecto terapéutico del entrenamiento en atención plena en los síntomas depresivos. Con esta finalidad se recogen varios resultados que permiten sacar conclusiones a este respecto.

5. 3. 6. 1. Efecto del entrenamiento en atención plena en los síntomas depresivos.

Los datos obtenidos de las operaciones estadísticas han confirmado la hipótesis de que el entrenamiento en atención plena reduciría los síntomas depresivos y su efecto se prolongaría durante tres meses. Los cambios que se han prolongado durante el tiempo han sido concretamente con los relacionados con la falta de afecto positivo en sintomatología depresiva. Estos resultados son coincidentes con estudios que demuestran que la intervención en atención plena tiene relación con el aumento de sensaciones positivas (Chang et al., 2004; Jislin-Goldberg, Tanay & Bernstein, 2012) y con la sensación de bienestar. La apertura que permite el entrenamiento en atención plena permite recuperar la consciencia respecto a sensaciones positivas que en un estado deprimido quedan disociadas debido a la propia sintomatología (Alleva, Roelofs, Voncken, Meevissen & Alberts, 2014; Mor et al., 2010).

Tal y como se ha señalado, los efectos de la intervención también se han evaluado a través de los grupos con presencia o ausencia de síntomas depresivos. Estos análisis no han permitido comprobar si los efectos del tratamiento se prolongaban a lo largo de 3 meses pero sí han permitido evaluar el efecto del programa a corto plazo en los síntomas depresivos.

Los resultados en el grupo con presencia de síntomas depresivos antes y después de la intervención muestran una reducción significativa en todas las subescalas de sintomatología depresiva en los dos tiempos de evaluación. Estos resultados son coincidentes con los estudios que muestran que la intervención con atención plena en las personas con síntomas de depresión es beneficiosa (Carmody et al., 2009; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink & Walach, 2011; McCarney et al., 2012; Pots et al., 2014; Radford et al., 2014; Strauss et al., 2014; Van Aalderen et al., 2012).

A su vez, los resultados en el grupo con ausencia de síntomas depresivos antes y después de la intervención, muestran una reducción de los síntomas en su escala total y en la subescala de falta de afecto positivo siendo el tamaño de este efecto menor que en el grupo de personas con síntomas depresivos. Estos resultados coinciden con los estudios que muestran que el entrenamiento en atención plena puede ser beneficioso también para personas que no muestren síntomas con índices elevados en depresión (Khoury, Sharma, Rush & Fournier, 2015; Van Gordon, Shonin, Sumich, Sundin & Griffiths, 2014).

Estos resultados muestran que el entrenamiento en atención plena puede ser beneficioso tanto para personas con índices elevados en depresión (Klainin-Yobas et al., 2012) como aquellas que no muestren sintomatología significativa planteándose esta técnica como una posible intervención de tratamiento y prevención de síntomas depresivos (Khoury, Lecomte, Fortin, Masse, Therien, Bouchard & Hofmann, 2013).

Por otro lado, tal y como se señalaba en la revisión teórica, la alta comorbilidad entre los síntomas depresivos y ansiosos ha planteado en ocasiones la posibilidad de que los síntomas depresivos y ansiosos pertenezcan a un mismo desorden (Mineka et al., 1998; Safren et al., 2000). Por ello se ha considerado necesario evaluar el efecto de la intervención de la atención plena en los síntomas ansiosos.

Los datos obtenidos han mostrado la efectividad del programa en el tratamiento de síntomas ansiosos en el grupo con presencia de síntomas depresivos. Estos resultados apoyan las conclusiones de investigaciones preliminares respecto a la efectividad de la atención plena en este tipo de dolencia (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005; Wells, 2011). Sin embargo, los resultados obtenidos no apoyan la hipótesis de que los síntomas ansiosos mostrarán una reducción significativa a lo largo del tiempo. Asimismo, el grupo con ausencia de síntomas depresivos tampoco mostró resultados significativos que apoyaran esta hipótesis. Estos resultados plantean la posibilidad de que la ansiedad funcione a través de otro tipo de procesos metacognitivos similares pero no iguales a los que favorecen el desarrollo de depresión. A su vez, la intervención realizada está principalmente centrada en la actuación sobre síntomas depresivos por lo que estos resultados pueden deberse a

que la intervención esté excesivamente focalizada en el tratamiento de estos síntomas y no en el entrenamiento metacognitivo de manera más global.

En segundo lugar, se planteaba al comienzo de este estudio el objetivo de analizar el efecto del entrenamiento en atención plena en los estilos de afrontamiento y capacidades metacognitivas. Las hipótesis planteaban que el entrenamiento en atención plena reduciría las estrategias de afrontamiento desadaptativas e incrementaría a su vez las capacidades metacognitivas y estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Dentro de este segundo objetivo, se discutirán, en primer lugar, los resultados relacionados con los estilos de afrontamiento continuando con la investigación por niveles propuesta a través de la figura del iceberg.

5. 3. 6. 2. Efecto del entrenamiento en atención plena en los estilos de afrontamiento, resiliencia y capacidades metacognitivas (capacidad para la atención plena y descentramiento).

Los resultados tras evaluar en cuatro tiempos al grupo total confirman parcialmente esta hipótesis respecto a los estilos de afrontamiento ya que los datos muestran que tras la intervención se producen cambios en el estilo de afrontamiento adaptativo de Centrarse en lo positivo y en el estilo de afrontamiento desadaptativo de Catastrofismo. Por su parte, en el grupo con síntomas depresivos los resultados han demostrado una reducción significativa de la estrategias desadaptativas de Catastrofismo y un aumento de las estrategias adaptativas de Centrarse en lo positivo, Reevaluación positiva, Poner en perspectiva y Competencia Personal. Por último, en el grupo sin síntomas depresivos se producen cambios en la estrategia desadaptativa de Catastrofismo.

Estos resultados son coincidentes con estudios anteriores que muestran que el entrenamiento en atención plena incide en estilos de afrontamiento relacionados con la reducción de perspectiva y permite revalorizar las experiencias desde una posición más positiva (Garland, Geschwind, Peeters & Wichers, 2015). Las personas disocian determinadas emociones porque las consideran como amenazantes. Esta disociación dificulta la construcción de una realidad más completa y favorece la presencia de

memorias generalizadas a merced del estado emocional (Hargus et al., 2010). Cuando las personas dejan de luchar contra la idea de lo que deberían sentir y dejan que las emociones aparezcan, pueden leer con mayor claridad sus sentimientos y los del otro, mejorando de forma consecuente la comunicación relacional y creando una historia de sí mismos más completa (Safran & Muran, 2005). Estas personas pueden mostrar una mayor capacidad para poner en perspectiva ya que los contenidos mentales no están disociados y la visión de sus estados mentales es global y no parcializada.

Por ejemplo, una persona puede pensar “Sentir tristeza es malo”, pero si aplica la aceptación, reevalúa la emoción y puede entender que es una emoción más de la vida. Se ha permitido conectar con otros recuerdos de bienestar y no se ha dejado imbuir por un estado que a pesar de ser placentero no es catastrófico.

Esta amplitud de consciencia puede tener relación con la ganancia en la capacidad de descentramiento. A continuación se proceden a explicar los resultados encontrados en las variables de atención plena y descentramiento.

Los resultados respecto al efecto de la intervención con atención plena en las variables metacognitivas de atención plena y descentramiento han mostrado una mejora significativa de la capacidad de observar con atención plena y en la capacidad de descentramiento tanto en el grupo total como en el grupo con síntomas depresivos. Por su parte, en el grupo sin síntomas depresivos los resultados muestran una mejora mayor respecto a los otros dos grupos mostrándose cambios en las variables de observar, describir, no juicio y descentramiento. Estos resultados confirman la hipótesis de que la intervención con atención plena mejorará ciertas habilidades metacognitivas y son coincidentes con algunos estudios que señalan el aumento del descentramiento tras la intervención en atención plena (Bieling, et al., 2012; Getch et al., 2014; Hargus et al., 2010).

El concepto de descentramiento es contrario a las estrategia de rumiación y evitación, estrategias estrechamente relacionadas con el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos (Dragan & Dragan, 2014; Getch et al., 2014). Asimismo, el descentramiento permite tomar distancia sobre las respuestas automáticas (taquicardias, crisis, ataques de pánico, entre otros) hacia los contenidos mentales y “frenar” el ciclo que se puede activar ante la percepción de estas señales (Teasdale,

Segal & Williams, 1995; Teasdale et al., 2002). Esto supone que si una persona que antes evitaba o rumiaba los contenidos mentales ahora podría observarlos, lo que ya en sí mismo construiría una nueva relación con ellos (Hayes-Stelkon & Graham, 2013). Esta presencia refuerza la teoría de la importancia de la observación para tomar consciencia del papel activador que tienen determinados recuerdos en la activación de sintomatología depresiva. Estas reactivaciones dependen de si el sujeto es capaz de dejar pasar estos pensamientos o bien de si se queda atrapado en ellos restableciéndolos (Hayes, 2004). Así pues un sujeto con la capacidad de “separarse” de sus pensamientos sean del contenido que sean demostrará una menor presencia de sintomatología depresiva (Soler et al., 2014).

Finalmente, la comparación de los cambios producidos en cada grupo (presencia/ausencia de síntomas depresivos) muestra que el efecto de la intervención es mayor en el grupo con la dolencia depresiva. No obstante, la mejora en habilidades metacognitivas es más amplia en el grupo sin depresión. Estos resultados concuerdan con estudios anteriores que señalan cómo la intervención con atención plena en personas que presentan una disposición previa a la misma, tiene un aumento mayor en comparación con aquellos con índices más bajos en estas capacidades (Shapiro, Brown, Thoresen & Plante, 2011).

Tras los resultados obtenidos y analizados el entrenamiento en atención plena se puede plantear como una posible herramienta para la reducción de síntomas depresivos a largo plazo. Asimismo, siendo una intervención grupal y de duración corta (2 meses) esta técnica puede plantearse como una herramienta de bajo coste y eficaz de tratamiento complementario para esta dolencia.

Por su parte, esta investigación plantea el posible efecto preventivo del entrenamiento en atención plena por su efecto en variables relacionadas con la reducción a la vulnerabilidad de sintomatología depresiva como son la capacidad de descentramiento o las estrategias de afrontamiento adaptativas.

CAPÍTULO 6.

Limitaciones, líneas futuras y conclusiones finales.

Limitaciones, líneas futuras y conclusiones finales

En este último capítulo, se resumen algunas de las limitaciones, las conclusiones más reseñables y las líneas futuras de investigación.

6. 1. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de esta investigación se encuentran algunas comunes a los tres estudios.

En primer lugar el uso de instrumentos de autoinforme limita los resultados. Estas herramientas no evalúan aspectos inconscientes que subyacen a la consciencia. En casos en los que los constructos evaluados pertenecen a aspectos del psiquismo tan alejados de la consciencia como pueden ser algunos de los aspectos de la metacognición o del apego la evaluación queda muy limitada. Hubiera sido deseable la posibilidad de utilizar instrumentos proyectivos como la AAI (Main et al., 1985) para la que la presente investigadora estaba cualificada a realizar o el MACAM (Moore et al., 1996). Sin embargo, por cuestiones económicas y de tiempo se optó por la utilización de instrumentos de autoinforme.

A su vez, a estos cuestionarios habría que añadir la de deseabilidad social de las respuestas. Algunos de los ítems de estos cuestionarios presentan reflexiones sobre uno mismo con las que la propia persona puede estar en conflicto como " Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí" o "Suelo no insistir en cosas que no puedo cambiar".

Por otra parte, la mayoría de los participantes se encuadran en una edad de 17 a 67 años siendo la media de edad de 27 años. Esta muestra que pertenece a una población postadolescente lo que puede estar alterando los datos por cuestiones como la labilidad emocional representativa de esta franja de edad.

Otro aspecto común a los estudios 2 y 3 es la división de la muestra en grupo con presencia o ausencia de síntomas depresivos. El hecho de haber realizado esta división a través de un solo cuestionario de screening no ha permitido estructurar los resultados en diferentes grupos de intensidad de síntomas así como tampoco ha permitido diagnosticar a los participantes con trastorno depresivo. El hecho de haber evaluado un aspecto tan central de la investigación con un solo cuestionario ha podido limitar los resultados de este estudio. En esta línea, hubiera sido adecuado añadir un instrumento que evaluara la presencia de trastornos de mayor gravedad.

Por otro lado, en el estudio 1, en la validación del Cuestionario de Experiencias Depresivas se utilizó la misma muestra con la que se han realizado los estudios 2 y 3. El utilizar una muestra diferente a la recopilada durante estos años de investigación suponía un coste muy elevado por lo que se optó por utilizar la misma muestra a pesar de no ser lo recomendado por la literatura.

En el tercer estudio, se realizaron mediciones un mes antes de la intervención y tres meses después de la misma los efectos longitudinales del taller. Estos efectos longitudinales son los mínimos requeridos en la literatura por lo que pueden señalarse críticas acerca del corto plazo de tiempo pasado tras la intervención.

En este mismo estudio, otro de los aspectos que puede generar limitaciones es la ausencia de un grupo control y un grupo con una intervención en otra técnica terapéutica como podrían ser técnicas de relajación que permitieran hacer de comparativa con el grupo en intervención. Si bien la ausencia del grupo control quedó solventada con la evaluación a los participantes un mes antes de la intervención, un grupo con el que comparar las particularidades de la técnica en atención plena hubiera sido deseable.

6. 2. Líneas futuras

En cuanto a los subtipos de depresión sería interesante estudiar la posible negligencia a la hora de diagnosticar tipos de depresión como la anaclítica y utilizar el instrumento del DEQ para evaluar a personas que no respondan a la expresión sintomática de depresión al uso.

Por su parte, la relación entre los estilos de apego y atención plena plantea la posibilidad de intervenir con esta técnica en padres como prevención y desarrollo de habilidades metacognitivas cruciales para la crianza de los bebés. Las posibilidades de este taller y su aplicación a población ajena al contexto clínico abre una línea de prevención y fortalecimiento psicológico en múltiples campos.

Otra posible línea de estudio es la importancia a la hora de manejar constructos que funcionan a través de metacogniciones como el constructo de aceptación. Es necesario distinguir con claridad la manera en la que se evalúan conceptos tan complejos. En esta línea, es necesario continuar con el desarrollo de instrumentos que midan la atención plena de manera global con el fin de facilitar su uso en investigaciones de este tipo.

A su vez, los objetivos de esta investigación podrían ampliarse al estudio de otros factores psicológicos como pueden ser trastornos de personalidad o conductas adictivas que podrían presentar déficits en las variables evaluadas.

Sería interesante la realización de intervenciones en atención plena y estudiar sus efectos a largo plazo con el fin de poder clarificar su posible carácter preventivo.

Por último, la relación entre el entrenamiento en atención plena y las capacidades metacognitivas abre un nuevo campo de formación para los terapeutas. Los profesionales de la salud mental que intervengan en psicoterapia se pueden encontrar a través de estas investigaciones con nuevos conceptos y formas de entrenamiento que les permitan desarrollar una buena capacidad metacognitiva con la que hacer de función de cuidador/a adecuado/a con sus pacientes.

6. 3. Conclusiones finales

Para finalizar este trabajo, se presentan aquí algunas de las conclusiones más destacadas a las que se ha llegado ordenando estas por los estudios realizados.

En primer lugar, se han validado dos instrumentos. El primer instrumento validado ha sido el *Cuestionario de Experiencias Depresivas* el cual permite la evaluación de dos subtipos de depresión así como la clarificación del funcionamiento intra e interpersonal de las personas. En esta línea, se ha validado un segundo

instrumento únicamente centrado en la evaluación de los modelos internos de trabajo con respecto al apego; RSQ. Este instrumento ha mostrado cualidades psicométricas adecuadas sin embargo desde esta investigación señalamos la necesidad de continuar con el desarrollo de instrumentos más complejos para poder evaluar el estilo de apego seguro con exactitud.

El segundo estudio de esta investigación ha permitido crear una descripción de las variables que rodean el desarrollo de síntomas depresivos así como aquellas que parecen disminuir su aparición. Desde este estudio se abre la posibilidad de plantear que un gran número de dolencias pueden residir en la presencia de déficits metacognitivos y que parte del origen de su desarrollo comienza en las primeras interacciones. Este estudio permite extraer que:

- Las personas con síntomas depresivos muestran estilos de afrontamiento desadaptativos, déficits en sus capacidades metacognitivas y estilos de apego inseguros.
- Las personas con ausencia de síntomas depresivos muestran estilos de afrontamiento adaptativos, altas capacidades metacognitivas y un estilos de apego seguro.
- Los estilos de apego inseguros, las estructuras de personalidad de Autocrítica y las estrategias desadaptativas favorecen la presencia de síntomas depresivos.
- Los estilos de afrontamiento adaptativos y las capacidades metacognitivas explican la ausencia de síntomas depresivos.
- Las capacidades metacognitivas sirven de mediador ante los efectos de las estructuras depresivas en la presencia de síntomas depresivos.
- Las capacidades metacognitivas sirven de mediador ante los efectos de los estilos de apego inseguros en la presencia de síntomas depresivos.

Por último, el tercer estudio de esta investigación ha mostrado que la intervención con atención plena en síntomas depresivos es efectiva y que puede ser una intervención grupal complementaria de bajo coste para el tratamiento de esta dolencia. Desde el estudio 3 se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La intervención con atención plena puede ser una herramienta eficaz para el tratamiento de síntomas depresivos.
- La técnica de atención plena se plantea como una herramienta de prevención para población que no presente síntomas clínicos mostrándose como una posible herramienta preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Abela, J. R., Aydin, C., & Auerbach, R. P. (2006). Operationalizing the “vulnerability” and “stress” components of the hopelessness theory of depression: A multi-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1565-1583. doi: 10.1016/j.brat.2005.11.010
- Abela, J. R., Hankin, B. L., Haigh, E. A., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 182-192. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_17
- Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J., & Honig, A. (2002). Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics*, 43(5), 386-393. doi:10.1176/appi.psy.43.5.386
- Abi-Habib, R., & Luyten, P. (2013). The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 921-925. doi:10.1016/j.paid.2013.07.466
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness depression. En G. M. Buchanan, & M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp.113-134). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Aguado, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J., & García-Campayo, J. (2015). Bifactor analysis and construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in non-clinical Spanish samples. *Frontiers in Psychology*, 6, 404. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00404
- Agudelo-Vélez, D. M., CasaDiegos, C. P., & Sánchez-Ortiz, L. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Univeristas. Psicológica*, 8(1), 87-104.

- Ahmad, I., & Soenens, B. (2010). Perceived Maternal Parenting as a Mediator of the Intergenerational Similarity of Dependency and Self-Criticism: A Study With Arab Jordanian Adolescents and Their Mothers. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 756–765. doi: 10.1037/a0021508.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276. doi: 10.1037/a0023598
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Alford, B. A., & Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guildford Press.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. USA: American Psychiatric Pub.
- Allewaert, J., Roelofs, J., Voncken, M., Meevissen, Y., Alberts, H. (2014). On the Relation Between Mindfulness and Depressive Symptoms: Rumination as a Possible Mediator. *Mindfulness*, 5(1), pp. 72-79. doi: 10.1007/s12671-012-0153-y
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ..., & Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 47-54. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P.R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14, 45–63. doi: 10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x

- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P. R., & Yáñez, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal relationships*, 9(4), 479-490.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Black, D. O., Keck Jr., P. E., Nolen, W. A., Frye, M. A., Suppes, T., Grunze, H., Kupka, R. W., Leverich, G. S., McElroy, S. L., Walden, J., Mintz, J. (2006). Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: Results of a large, multisite study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1551-1560.
- Alonso-Arbiol, I. (2000). *Atxikimendu insegurua eta genero rola pertsonarteko mendekotasunaren korrelatu gisa*. Tesis doctoral, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: 5th edition. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: 4th edition revised. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Amutio, A., Franco, C., Pérez-Fuentes, M. D. C., Gázquez, J. J., & Mercader, I. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in Psychology*, 5, 1572. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01572
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(6), 449-463. doi: 10.1002/cpp.544
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.
- Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 365-371. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071191

- Bäckström, M., & Holmes, B. M. (2001). Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(1), 79-86. DOI: 10.1111/1467-9450.00216
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366–73. doi:10.1016/j.brat.2009.01.019
- Barnhofer, T., Duggan, D. S., & Griffith, J. W. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 958–962. doi:10.1016/j.paid.2011.07.032
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178. doi: 10.1177/0265407590072001
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1970). *Depression, causes and treatment*. Philadelphia: University Press.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton, & J. E. Barnett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (265–290). New York: Raven Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., & Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 478. doi: 10.1037/1040-3590.3.3.478
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford. New York.
- Beevers, C. G., Wells, T. T., & Miller, I. W. (2007). Predicting response to depression treatment: The role of negative cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 422.
- Behling, O., & McFillen, J. M. (2000) *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. Sage: London
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2011). *Manual de psicopatología (Volumen I y II)*. Edición revisada. Madrid: McGraw-Hill.
- Bentler, P. M. (2005). *EQS 6.1: Structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.

- Bentler, P. M., & Bonnet, D. G. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bermudez, D., Benjamin, M. T., Porter, S. E., Saunders, P. A., Myers, N. A. L., & Dutton, M. A. (2013). A qualitative analysis of beginning mindfulness experiences for women with post-traumatic stress disorder and a history of intimate partner violence. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(2), 104-108. doi:10.1016/j.ctcp.2013.02.004
- Besser, A., Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Do humor styles mediate or moderate the relationship between self-criticism and neediness and depressive symptoms?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 757-764. doi: 10.1097/NMD.0b013e31822fc9a8
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The sociotropy–autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 763-780. doi: 10.1023/A:1005599714224
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., MacQuenn, G. M., & Segal, Z. V. (2012). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 365–72. doi:10.1037/a0027483
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796-805. doi: 10.1007/s00127-006-0101-z
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 50-59. doi: 10.1007/s127-002-8215-0
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. C., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed

- operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Bitsika, V., & Sharpley, C. F. (2012). Comorbidity of anxiety-depression among Australian university students: Implications for student counsellors. *British Journal of Guidance and Counselling*, 40(4), 385-394. doi: 10.1080/03069885.2012.701271.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. (2003). Intervención de S. Blatt posterior a la Conferencia Joseph Sandler. *Aperturas Psicoanalíticas*, 14, 1-5.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 72, 47-91. doi: 10.1016/0272-7358(92)90091-L
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (4), 383-9.
- Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished Manual, Yale University, New Haven, CT.

- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zuroff, D. C. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 449-454. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.449
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 319– 339.
- Blatt, S., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and Self-Criticism: Psychological Dimensions of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 113-124. doi: 10.1037/0022-006X.50.1.113
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_11
- Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 14. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000245&a=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>
- Bohart, A. (1983). *Detachment: a variable common to many psychotherapies? Paper presented at the 63rd Annual Convention of the Western Psychological Association*, San Francisco, CA.
- Bowen, S., & Enkema, M. C. (2014). Relationship between dispositional mindfulness and substance use: Findings from a clinical sample. *Addictive Behaviors*, 39(3), 532-537. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.10.026
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

- Brennan, Kelly A. Clark, Catherine L. Shaver, & Phillip R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En Simpson, J. A. (Ed.), Rholes, W. S. (Ed.). *Attachment theory and close relationships*. New York, NY, US: Guilford Press,. pp. 46-76.
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and Coping with Dysphoric Mood: Contrasts with Rumination and Distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 501–510. doi:10.1007/s10608-005-3888-0
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 292-327).
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599. doi: 10.1037/0021-843X.110.4.585
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing fit. In K. A. Bollen (Ed.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Sage: Newbury Park, CA.
- Boucher, S., Cyr, M., & Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des expériences dépressives. *Canadian*

- Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 38(3), 230–237. doi: 10.1037/cjbs2006010
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1(1), 11-34. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.025
- Caldwell, J. G., & Shaver, P. R. (2014). Promoting attachment-related mindfulness and compassion: A wait-list-controlled study of women who were mistreated during childhood. *Mindfulness*, 6(3), 624-636. doi: 10.1007/s12671-014-0298-y
- Calvete, E., & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190.
- Cámara, M. (2009). *Vulnerabilidad cognitiva al estrés en estudiantes universitarios*. Tesis doctoral inédita. Departamento de Psicología. Universidad de Deusto.
- Campos, R. C. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 18(3), 285– 309.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. doi:10.1177/1073191107311467
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An Empirical Study of the Mechanisms of Mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program, 65(6), 613–627. doi:10.1002/jclp
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental

- disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 339-350. Doi: 10.1007/s00127-014-1004-z
- Carrasco, M. Á., Moral, V. S., Ciccotelli, H., & del Barrio, M. V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica [. *Acción Psicológica*, 2(2), 149-161. doi: 10.5944/ap.2.2.528
- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Cebolla, A., & Miró, M. T. (2009). The effects of mindfulness-based cognitive therapy : a qualitative approach. *Psychology in Spain*, 13(1), 9–16.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455. doi: 10.1348/014466508X314891
- Chambers, R. H., Lo, B. C. Y., & Allen, N. A. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303–322. doi: 10.1007/s10608-007-9119-0
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., ..., & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health*, 20(3), 141-147. doi: 10.1002/smi.1011
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008) Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127 – 35. doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360

- Chopik, W. J., Edelstein, R. S., & Fraley, R. C. (2013). From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. *Journal of Personality*, 81(2), 171-183. doi: 10.1111/j.1467-6494.2012.00793.x
- Clark, D. A. (1989). Cognitive-affective interaction: A test of the “specificity” and “generality” hypotheses. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 607-623. doi: 10.1007/BF01173749
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810–832. doi: 0022-3514/96/S3.00.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.282
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87
- Cordon, S. L., & Finney, S. J. (2008). Measurement invariance of the Mindful Attention Awareness Scale across adult attachment style. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40(4), 228.
- Cordon, S. L., Brown, K. W., & Gibson, P. R. (2009). The role of mindfulness-based stress reduction on perceived stress: Preliminary evidence for the moderating role of attachment style. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 258-269. doi: 10.1891/0889-8391.23.3.258
- Cooley, E. L., Buren, A., & Cole, S. P. (2010). Attachment styles, social skills, and depression in college women. *Journal of College Counseling*, 13(1), 50-62. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2010.tb00047.x

- Creasey, G., & Ladd, A. (2005). Generalized and specific attachment representations: Unique and interactive roles in predicting conflict behaviors in close relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1026–1038. doi: 10.1177/0146167204274096
- David, A. S., Bedford, N., Wiffen, B., & Gilleen, J. (2012). Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1594), 1379-1390. doi: 10.1098/rstb.2012.0002
- Da Silva Lima, A. F. B., & De Almeida Fleck, M. P. (2007). Subsyndromal depression: an impact on quality of life?. *Journal of Affective Disorders*, 100(1), 163-169. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.010
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The what and the why of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Deikman, A. J. (1982). *The observing self*. Beacon Press, Boston
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. En M. E. Maruish, (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Vol. 3: Instruments for adults* (3rd ed.). (pp. 1–41). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20(2), 253–61. doi:10.1177/1073191110397274

- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). *Attachment and psychopathology in adulthood. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). , (pp. 718-744). New York, NY, US: Guilford Press
- Dragan, M., & Dragan, W. (2014). Temperament and anxiety: the mediating role of metacognition. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 246-254. doi: 10.1007/s10862-013-9392-z
- Dragan, M., Dragan, W., Kononowicz, T., & Wells, A. (2012). On the relationship between temperament, metacognition, and anxiety: independent and mediated effects. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(6), 697-709.
- Estévez, A., & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*, 25(1), 27-35.
- Falkenström, F., Solbakken, O.A., Möller, C., Lech, B., Sandell, R., Holmqvist, R. (2014). Reflective functioning, affect consciousness, and mindfulness: Are these different functions?. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 26-40. doi: 10.1037/a0034049
- Fava, M., Rush, A. J., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., & Shores-Wilson, K. (2006). What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(13), 823-835.
- Fechner-Bates, S., Coyne, J.C., & Schwenk, T.C., (1994). The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 550–559. doi: 10.1037/0022-006X.62.3.550
- Feeney, J.A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. En J. Cassidy, & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 355-377). New York: Guilford Press.

- Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult attachment* (Vol. 14). Sage Publications.
- Feeney, J. A., & Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships, 8*, 21–39. doi: 10.1111/j.1475-6811.2001.tb00026.x
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(3), 177-190. doi: 10.1007/s10862-006-9035-8
- Fernández-Rey, J., Madrid, H. M., & Pardo-Vázquez, J. L. (2004). Sesgos de procesamiento de información emocional en individuos sociotrópicos. *Psicothema, 16*(2), 235-240.
- Ferster, C. B. (1965). Classification of behaviour pathology. En U. Krasner (Eds.), *Research in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(2), 102-119. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist, 34*(10), 906-911.
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 21*(2), 119-138.
- Flett, G. L., Besser, A., & Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, Ego Defense Styles, and Depression: A Comparison of Self-Reports Versus Informant Ratings. *Journal of Personality, 73*(5), 1355-1396. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00352.x
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgumbe, R., Kennedy, H., & Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *The Psychoanalytic Study of the Child, 48*, 9-48.

- Forsythe, S. M. (2013). Integrating mindfulness and cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A theoretically-based treatment manual. Tesis doctoral. Universidad de Oregon.
- Fraley, R. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2, 123-151.
- Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 878–890. doi: 10.1177/0146167204264289
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(3), 447. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.447
- Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy* 38, 234–246. doi: 10.1016/j.beth.2006.08.003
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1948). *El Yo y el Superyó*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fontanil, Y., Ezama, E., & Alonso, Y. (2013). Validation of the scale of preferences and expectations in close interpersonal relationships (EPERIC) [Validación de la escala de preferencias y expectativas en las relaciones interpersonales cercanas (EPERIC)]. *Psicothema*, 25(2), 275-281. doi: 10.7334/psicothema2012.125
- Fuentealba, R. G., Bravo, C. A., & Urrutia, C. M. (2004). Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*, 22(2), 145-156.

- García-Alba, C. (2004). Anorexia and depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(01), 40-52. doi: :10.1017/S113874160000473X
- Garland, E.L., Geschwind, N., Peeters, F., Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: Multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in Psychology*, 6(15). doi: 10.3389/fpsyg.2015.00015
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669. doi:10.1016/j.paid.2005.12.009
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403-420. doi:10.1006/jado.2002.0507
- Gatz, M., Pedersen, N.S., Plomin, R., Nesselroade, J.R., & McClearn, G.E. (1992). Importance of shared genes and shared environments for symptoms of depression in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 701-708. doi: 10.1037/0021-843X.101.4.701
- Gauntlett-Gilbert, J., & Connell, H. (2012). Coping and acceptance in chronic childhood conditions. *Paediatric Psychology*, 25(3), 198-201.
- Gempp, R., & Thieme, C. (2010). Efecto de diferentes métodos de puntuación sobre la fiabilidad, validez y puntos de corte de la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Terapia Psicológica*, 28(1), 5-12. doi: 10.4067/S0718-48082010000100001

- Germer, C. K. (2005). Teaching mindfulness in therapy. *Mindfulness and Psychotherapy*, 113-129.
- Getch, J, Kessel, R., Forkmann, T., Gaugel, S., Drueke, B., Scherer, A., & Mainz, V. (2014). A mediational model of mindfulness and decentering: sequential psychological constructs or one and the same?. *Biomedcentral Psychology*, 2(18), 1-13. doi:10.1186/2050-7283-2-18
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 20-28. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.20
- Gomez-Beneyto, M., Pedros, A., Tomas, A., Aguilar, K., & Leal, C. (1993). Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 252-255. doi: 10.1007/BF00788745
- González de Rivera, J. L. (1992). El tratamiento de los trastornos afectivos. *Psiquis*, 13(1), 49-60.
- González-Torres, M. A., & Mirapeix, C. (2010). *Una Experiencia de Formación Integradora. Psicoterapia Multicomponente para los Trastornos de la Personalidad*. Trabajo presentado en 11º Congreso virtual de Psiquiatría.
- Goodall, K., Trejnowska, A., & Darling, S. (2012). The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 622-626. doi: 10.1016/j.paid.2011.12.008
- Griffin, D.W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445. doi: 10.1037/0022-3514.67.3.430
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7

- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive Therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.006
- Guédeney, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). [Construct validation study of the Relationship Scales Questionnaire (RSQ) on an adult sample]. *L Encéphale*, (36), 69-76.
- Hammen, C., & Rudolph, R. D. (2003). Childhood mood disorders. En E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 233-278). New York: Guilford.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796. doi: 10.1037//0033-2909.127.6.773
- Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R., & Adams, P. (2007). Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1), 29-63. doi: 10.1521/jscp.2007.26.1.29
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 1, 34-42. doi: 10.1037/a0016825
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codonoy, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. doi: 10.1157/13086324
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416. doi: 10.1023/A:1016085112981

- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W., Shafran R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524. doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive–behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262. doi: 10.1093/clipsy/bph080
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes-Skelton, S., & Graham, J. (2013). Decentering as a Common Link among Mindfulness, Cognitive Reappraisal, and Social Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 317-328. doi: 10.1017/S1352465812000902
- Heilemann, M.V., Lee, K., & Kury, F.S. (2003). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11 (1), 61-72. doi: 10.1891/jnum.11.1.61.52067

- Hepburn, S. R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Fennell, M., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 209-215. doi: 10.1348/014466509X414970
- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of Internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 20*(1), 1-15.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 66*, 23-41.
- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*(1), 81. doi: 10.1037/a0026355
- Hjemdal, O., Stiles, T., & Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(2), 59-65. doi: 10.1111/sjop.12010
- Holmes, J. (2014). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. London: Routledge.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1–16. doi:10.1016/j.cpr.2007.09.003
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537–559. doi:10.1177/1745691611419671
- Huppert, F. A., & Johnson, D. M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology, 5*(4), 264–274. doi:10.1080/17439761003794148

- Huprich, S. K. (2003). Depressive personality and its relationship to depressed mood, interpersonal loss, negative parental perceptions, and perfectionism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(2), 73-79.
- Huss, D. B., & Baer, R. A. (2007). Acceptance and Change The Integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Into Ongoing Dialectical Behavior Therapy in a Case of Borderline Personality Disorder With Depression. *Clinical Case Studies*, 6(1), 17-33. doi: 10.1177/1534650106290374
- Ingram, R. E. (2003). Origins of Cognitive Vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77-88. doi: 10.1023/A:1022590730752
- Instituto Nacional de Salud. (2013). Notas de Prensa. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Jislin-Goldberg, T., Tanay, G., & Bernstein, A. (2012). Mindfulness and positive affect: cross-sectional, prospective intervention, and real-time relations. *The Journal of Positive Psychology*, 7(5), 349-361. doi:10.1080/17439760.2012.700724
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., & Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1411-1417. doi: 10.1176/ajp.153.11.1411
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Piadkus.
- Kamkar, K., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2012). Insecure attachment to parents and depressive symptoms in early adolescence: Mediating roles of attributions and self-esteem. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 3-18.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107-117. doi: 10.1016/j.cpr.2013.12.003
- Kelley, T. L. (1935). *Essential Traits of Mental Life, Harvard Studies in Education* (Vol. 26). Cambridge: Harvard University Press.

- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Klainin-Yobas, P., Cho, M.A.A., Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 109-121. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2), 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Koster, E. H. W., De Lissnyder, E., & De Raedt, R. (2013). Rumination is characterized by valence-specific impairments in switching of attention. *Acta Psychologica*, 144(3), 563-570.
- Kertz, S., Woodruff-Borden, J. (2013). The role of metacognition, intolerance of uncertainty, and negative problem orientation in children's worry. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(2), 243-248. doi: 10.1017/S1352465812000641
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135-146. doi: 10.2307/1130395
- Korn, O., Korn, J., & Schweiger, U. (2014). Metacognitive therapy in the treatment of depression. *Nervenheilkunde*, 33(4), 259-264. doi: 10.1055/s-0034-1367055
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009

- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2015). Cognitive, Behavioral and Goal Adjustment Coping and Depressive Symptoms in Young People with Diabetes: A Search for Intervention Targets for Coping Skills Training. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1-9. doi: 10.1007/s10880-015-9417-8
- Kraus, S., & Sears, S. (2009). Measuring the immeasurables: Development and initial validation of the self-other four immeasurables (SOFI) scale based on buddhist teachings on loving kindness, compassion, joy, and equanimity. *Social Indicators Research*, 92(1), 169-181. doi: 10.1007/s11205-008-9300-1
- Kurdek, L. A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19, 811–834. doi: 10.1177/0265407502196005
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barret, B., Bying, R., Evans, R, Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966–78. doi:10.1037/a0013786
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D., & Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work?. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. Cited 133 times. doi: 10.1016/j.brat.2010.08.003
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 734-744. doi: 10.1007/s10608-008-9190-1
- Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(4), 497-506. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.09.002
- Lanza, G. (2010). Poner en palabras, mentalización y psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 36. Recuperado de

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000670&a=Poner-en-palabras-mentalizacion-y-psicoterapia>

- Lanza, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 39. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=722&a=La-mentalizacion-su-arquitectura-funciones-y-aplicaciones-practicas>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona. Labor.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Baker, T., Shapiro, S., & Carmody, J. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and Validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445.
- Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of clinical child & Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231. doi: 10.1080/15374410802698396
- Lerman, S. F., Shahar, G., & Rudich, Z. (2012). Self-criticism interacts with the affective component of pain to predict depressive symptoms in female patients. *European Journal of Pain*, 16(1), 115-122. doi: 10.1016/j.ejpain.2011.05.007
- Lewinshon, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(2), 345. doi: 10.1037/0021-843X.109.2.345
- Liao, K. Y. H., & Wei, M. (2015). Insecure attachment and depressive symptoms: Forgiveness of self and others as moderators. *Personal Relationships*, 22(2), 216-229. doi: 10.1111/pere.12075
- Lim, L., Jin, A.-Z., & Ng, T.-P. (2012). Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1047–53. doi:10.1007/s00127-011-0420-6
- Linehan, M. M., Heard, H., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240055007
- Linehan, M. (2003) Disentangling Emotion Processes in Borderline Personality Disorder: Physiological and Self-Reported Assessment of Biological Vulnerability, *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531–544.
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 283. doi: 10.1037/0022-0167.47.3.283
- Lopez, F. G., Mauricio, A. M., Gormley, B., Simko, T., & Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 459-464. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01993.x
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38(1), 88-91.
- Luciano, M. C., & Sonsoles, M. (2007) La Terapia de Aceptación y Compromiso (Act). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27 (2), 79-91.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639-657. doi: 10.1007/s10608-006-9100-3

- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S.J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586-596. <http://doi.org/10.1002/da>
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 52–68. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.003
- Lynch, S., Gander, M., & Kohls, N. (2011). Mindfulness-based Coping with University Life: A Non-randomized Wait-list-controlled Pilot Evaluation. *Stress and Health*, 27(5), 365-375. doi:10.1002/smi.1382
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., & Beattie, N. (2006). Effects of cognitive behavioral therapy and vocational rehabilitation on metacognition and coping in schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 25-30. doi: 10.1007/s10879-005-9003-8
- Lysaker, P.H., Leonhardt, B.L., Brüne, M., Buck, K.D., James, A., Vohs, J., Francis, M., Hamm, J.A., Salvatore, G., Ringer, J.M., Dimaggio, G. (2014) Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219(1), 79-85.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of personality and social psychology*, 69(1), 176-190. doi: 0022-3514/95/\$3.00
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40. doi:10.1037/0022-006X.72.1.31
- Malik, N. M., Boris, N. W., Heller, S. S., Harden, B. J., Squires, J., Chazan-Cohen, R., Beeber, L. S., & Kaczynski, K. J. (2007). Risk for maternal depression and child

- aggression in Early Head Start families: A test of ecological models. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 171-191. doi: 10.1002/imhj.20128
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172, 428-444. doi:10.1016/j.jad.2014.10.007
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. En Parkes, Colin Murray (Ed); Stevenson-Hinde, Joan (Ed); Marris, Peter (Ed). *Attachment across the life cycle*. (pp. 127-159). New York, NY, US: Tavistock/Routledge.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. En Ed. S. Goldber, R. Muir, & J. Kerr. Hillsdale, *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, (pp. 407-474). New Jersey: Analytic Press.
- Main, M. (1999). Epilogue. Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. En Cassidy, & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 407-474). New York: Guildford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104. doi: 10.2307/3333827
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003). *Sistemas de Clasificación y Clasificación de la Entrevista de Apego Adulto*. Manual no publicado. Traducción al Español. Gojman, S. (2010)
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Marchand, J. F., Schedler, S., & Wagstaff, D. A. (2004). The role of parents' attachment orientations, depressive symptoms, and conflict behaviors in children's

- externalizing and internalizing behavior problems. *Early Childhood Research Quarterly*, 19, 449–462. doi:10.1016/j.ecresq.2004.07.003
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141. doi: 10.1111/ajop.12001
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marshall, T. C., Bejanyan, K., & Ferenczi, N. (2013). Attachment styles and personal growth following romantic breakups: The mediating roles of distress, rumination, and tendency to rebound. *PLoS ONE*, 8(9). doi: 10.1371/journal.pone.0075161
- Martin, R. J., Usdan, S., Cremeens, J., & Vail-Smith, K. (2014). Disordered gambling and co-morbidity of psychiatric disorders among college students: an examination of problem drinking, anxiety and depression. *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*, 30(2), 321–33. doi:10.1007/s10899-013-9367-8
- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psyke*, 14(1), 181-191. doi: 10.4067/S0718-22282005000100014
- Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74(2), 197-212. doi: 10.1348/000711201160911
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24(1), 69-93. doi: 10.1177/0145445500241004
- McCarney, R.W., Schulz, J., & Grey, A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(3), 279-299. doi: 10.1080/13642537.2012.713186

- McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219–242. doi: 10.1007/s10608-005-3166-1
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186–193. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.006
- Medrano, L. A., Moretti, L., & Ortiz, Á. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba. *Psykhé*, 22, 83–96. doi:10.7764/psykhe.2013.22.09
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. doi:10.1016/j.brat.2004.08.008
- Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83–100.
- Michalska-Leśniewicz, M., & Gruszczyński, W. (2004). Psychological factors in depression. *Psychiatry*, 7(3), 95–103.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77–102. doi: 10.1023/A:1024515519160
- Mîndrilă, D. (2010). Maximum Likelihood (ML) and Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal of Digital Society*, 11(1), 60–66.

- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*, 17(3), 192-200. doi:10.1016/0163-8343(95)00025-M
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*, 49(1), 377-412. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad, & depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1–14.
- Moore, R. G., Hayhurst, H., & Teasdale, J. D. (1996) *Measure of awareness and coping in autobiographical Memory Instructions for administering and coding*. Texto no publicado.
- Mor, N., Doane, L. D., Adam, E. K., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Griffith, J. W., Craske, M. G., Water, A., & Nazarian, M. (2010). Within-person variations in self-focused attention and negative affect in depression and anxiety: A diary study. *Cognition and Emotion*, 24(1), 48–62. doi:10.1080/02699930802499715.
- Mosquera, D. (2004) *Diamantes en Bruto: Manual Psicoeducativo y de Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: Programa estructurado para profesionales*. Madrid: Pléyades.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19-30.

- Myers, S. G. & Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety, Stress and Coping*, 1-16 doi: 10.1080/10615806.2015.1009832
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 132-142. doi: 10.1521/ijct.2009.2.2.132
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. DOI: 10.1080/15298860309027
- Nyklíček, I., Mommersteeg, P., Van Beugen, S., Ramakers, C., & Van Boxtel, G. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: a randomized controlled trial. *Health Psychology*, 32(10), 1110. doi: 10.1037/a0032200
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259–282. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.259
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes, *Journal of Abnormal Psychology*, 4. 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5, 55. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055
- Organización Mundial de la Salud (2003). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del*

Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Centro de prensa. Notas descriptivas. Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x

Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2014), Metacognition-oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: Methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 465-473. doi: 10.1002/cpp.1850

Overbeek, T., Schruers, K., Vermetten, E., & Griez, E. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1106-1112.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273. doi: 10.1023/A:1023962332399

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160–164.

Park, T., Reilly-Spong, M., & Gross, C. R. (2013). Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of Life Research*, 22(10), 2639-2659. doi: 10.1007/s11136-013-0395-8

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 107-115.

- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
- Paul, N. A, Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J., & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 56–64. doi:10.1093/scan/nss070
- Pearson, M. R., Brown, D. B., Bravo, A. J., & Witkiewitz, K. (2014). Staying in the moment and finding purpose: the associations of trait mindfulness, decentering, and purpose in life with depressive symptoms, anxiety symptoms, and alcohol-related problems. *Mindfulness*, 1-9.
- Penberthy, J. K., König, A., Gioia, C. J., Rodríguez, V. M., Starr, J. A., Meese, W., Worthington-Stoneman, D., Kersting, K., & Natanya, E. (2013). Mindfulness-based relapse prevention: History, mechanisms of action, and effects. *Mindfulness*, 6(2), 151-158. doi: 10.1007/s12671-013-0239-1
- Pérez, M. A, & Botella, L. (2006) Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120.
- Perls, F. (2009). *Sueños y existencia (Gestalt Therapy Verbatim)*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Permuy, B., Merino, H., & Fernandez-Rey, J. (2010). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology*, 45(1), 21-27. DOI: 10.1080/00207590903165059
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1007–20. doi:10.1037/a0028329

- Piet, J, & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Pietromonaco, P. R, & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?. *Review of General Psychology*, 4(2), 155. doi: 10.1037/1089-2680.4.2.155
- Pots, W. T. M., Meulenbeek, P. A. M., Veehof, M. M., Klungers, J, & Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(10), 1-12. doi: 10.1371.
- Radford, S., Eames, C., Brennan, K., Lambert, G., Crane, C., Williams, J.M.G., Duggan, D.S, & Barnhofer, T. (2014). Trait mindfulness as a limiting factor for residual depressive symptoms: An explorative study using quantile regression. *PLoS ONE*, 9(7), doi: 10.1371/journal.pone.0100022
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 623–7. doi:10.1016/j.brat.2009.03.007
- Rahmani, S., Talepasand, S, & Ghanbary-Motlagh, A. (2014). Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 7(4), 184-196.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E, & Mcquaid, J. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients With Past

- Depression. *Cognitive therapy and research*, 28(4), 433–455. doi: 10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2006). *A first course in structural equation modelling*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 419-432. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.08.006
- Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 144-149. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.05.005
- Robles, J. I., Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 1-19
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: the mediating role of early maladaptive schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377-385. doi: 10.1007/s10826-012-9589-x
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R.D., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1295-1305. doi: 10.1016/j.brat.2006.10.005
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52-57. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.006
- Roeser, R. W., Schonert-Reichl, K. a., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., Oberle, E., Thomson, K., Taylor, C., & Harrison, J. (2013). Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology*, 105(3), 787–804. doi:10.1037/a0032093

- Roisman, G.I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R.C., Clausell, E, & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and Self-Reports of Attachment Style: An Empirical Rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 678-697. doi: 10.1037/0022-3514.92.4.678.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S, & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 607-616.
- Rose, D. T., & Abramson, L. Y. (1992). Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on depression* (pp. 323-350). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Ruiz, R., de la Vega, R., Poveda, J., Rosado, A., & Serpa, S. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 143-151.
- Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., Corsino, M.A, & Pini, S. (2003). Subthreshold psychiatric disorders in primary care: Prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), 171-181. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00087-3
- Rush, A. J., & Nowels, A. (1994). Adaptation of cognitive therapy for depressed adolescents. En T. C. R. Wilkes, G. Belsher, A. J. Rush, & E. Frank (Eds.). *Cognitive Therapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D, & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: D.D.B.
- Safran, J. D, & Segal, Z. V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Lerner, J., Henin, A., Warman, M, & Kendall, P. C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor

- structure of the anxious self-statements questionnaire and the automatic thoughts questionnaire-revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 327-344. doi: 10.1023/A:1005515421103
- Sahdra, B. K., MacLean, K. A., Ferrer, E., Shaver, P. R., Rosenberg, E. L., Jacobs, T. L., Zanesco, A. P., King, G. B., Aichele, S. R., Bridwell, D., Mangun, G., Wallace, A., Lavy, S, & Saron, C. D. (2011). Enhanced response inhibition during intensive meditation training predicts improvements in self-reported adaptive socioemotional functioning. *Emotion*, 11(2), 299. doi: 10.1037/a0022764
- Santelices, M. P., Garrido, L., Fuentes, M., Guzmán, M., & Lizano, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychologica*, 8(2), 413-422.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C, & Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 145– 163. doi: 10.1207/s15327752jpa6901_8
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 223-234. doi: 10.1080/09515070410001728253
- Seear, K. H., & Vella-Brodrick, D. A. (2013). Efficacy of positive psychology interventions to increase well-being: Examining the role of dispositional mindfulness. *Social Indicators Research*, 114(3), 1125-1141. doi: 10.1007/s11205-012-0193-7
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147–162. doi: 10.1037/0033-2909.103.2.147
- Shaver, P. R., Belsky, J, & Brennan, K. A. (2000). Comparing measures of adult attachment: An examination of interview and self-report methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.

- Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 561-573. doi: 10.1002/jclp.20543
- Segal, Z., Teasdale, J., & Williams, M. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1973). Fall into helplessness. *Psychology Today*, 7, 43-48.
- Semerari, A. (1999) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave: Metacognizione e Relazione Terapeutica*. Milan: Raffaello Cortina.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi: 10.1002/cpp.362.
- Shapiro, S. L. (2009). The Integration of Mindfulness and Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 555—560.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 267-277. doi: 10.1002/jclp.20761
- Shapiro, S. L., Carlson L. E., Astin J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. doi: 10.1002/jclp
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(1), 9-20. doi: 10.4067/S0717-92272002000500002.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366. doi: 10.1007/s10608-006-9100-3

- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 7(66-67), 5-30
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Dispositional mindfulness, spirituality, and substance use in predicting depressive symptoms in a treatment-seeking sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 334-345. doi: 10.1002/jclp.22139.
- Shaver, P. R, & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. DOI: 10.1080/14616730210154171
- Shaver, P. R., Lavy, S., Saron, C. D., & Mikulincer, M. (2007). Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry*, 18(4), 264-271. doi: 10.1080/10478400701598389
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Dispositional mindfulness, spirituality, and substance use in predicting depressive symptoms in a treatment-seeking sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 334-345. doi: 10.1002/jclp.22139
- Simms, L. J., Prisciandaro, J. J., Krueger, R. F., & Goldberg, D. P. (2012). The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychological Medicine*, 42(1), 15–28. doi:10.1017/S0033291711000985
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434–446. doi: 10.1037/0022-3514.62.3.434
- Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., Bennett, K. L., et al. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and other pancultural constructs? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 367-402. doi: 10.1177/0022022104266105

- Snyder, R., Shapiro, S., & Treleaven, D. (2012). Attachment theory and mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 709-717. DOI: 10.1007/s10826-011-9522-8
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R., Demarzo, M., Baños, R., Pascual, J. C., & Portella, M. J. (2014). Assessing Decentering: Validation, psychometric properties, and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behaviour Therapy*, 45, 863-871. doi: 10.1016/j.beth.2014.05.004
- Spada, M. M., Georgiou, G. A., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 64-71. doi: 10.1080/16506070902991791
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199
- Starr, L. R., Hammen, C., Connolly, N. P., & Brennan, P. A. (2014). Does relational dysfunction mediate the association between anxiety disorders and later depression? testing an interpersonal model of comorbidity. *Depression and Anxiety*, 31(1), 77-86. doi: 10.1002/da.22172.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 9 (4), doi: 10.1371/journal.pone.0096110.
- Tanay, G., & Bernstein, A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): development and initial validation. *Psychological Assessment*, 25(4), 1286. doi: 10.1037/a0034044
- Tas, C., Brown, E.C., Aydemir, O., Brüne, M., Lysaker, P.H. (2014). Metacognition in psychosis: Comparison of schizophrenia with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 219(3), 464-469. doi:10.1016/j.psychres.2014.06.040
- Tate, S. R., Wu, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M, & Brown, S. A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: role of life stress

- and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 47. doi: 10.1037/0893-164X.22.1.47
- Teasdale, J. D. (1999a). Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53–S78. doi:10.1016/S0005-7967(99)00050-9
- Teasdale, J.D. (1999b) Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155
- Teasdale, J. D. (1997). Assessing cognitive mediation of relapse prevention in recurrent mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 145–156.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S, & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275. doi: 10.1037//0022-006X.70.2.275
- Teasdale, J. D, & Barnard, P. J. (1995). *Affect, cognition, and change: Re-modelling depressive thought*. Psychology Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z, & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39. doi: 0005-7967/95 \$7.00 + 0.00
- Schmidt, N. B., Joiner Jr, T. E., Young, J. E, & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. Doi: 10.1007/BF02230402
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. doi:10.1037//0022-006X.68.4.615

- Thimm, J. C. (2010). Relationships between early maladaptive schemas and psychosocial developmental task resolution. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 219-230. doi: 10.1002/cpp.647
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59
- Tops, W., Callens, M., Desoete, A., Stevens, M., & Brysbaert, M. (2014) Metacognition for spelling in higher education students with dyslexia: Is there evidence for the dual burden hypothesis? *PLoS ONE*, 9 (9), 1-8.
- Tully, P. J, & Cosh, S. M. (2013). Generalized anxiety disorder prevalence and comorbidity with depression in coronary heart disease: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 18(12), 1601-1616. doi: 10.1177/1359105312467390.
- Van Aalderen, J. R., Donders, a R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989–1001. doi:10.1017/S0033291711002054
- Van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Overby, L., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical psychology review*, 37, 26-39. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.001
- Van der Oord, S., Bögels, S. M, & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 139-147. doi: 10.1007/s10826-011-9457-0
- Van Gordon, W., Shonin, E., Sumich, A., Sundin, E. C., & Griffiths, M. D. (2014). Meditation awareness training (MAT) for psychological well-being in a sub-

- clinical sample of university students: a controlled pilot study. *Mindfulness*, 5(4), 381-391. doi: 10.1007/s12671-012-0191-5
- Vasey, M. W., Harbaugh, C. N., Lonigan, C. J., Phillips, B. M., Hankin, B. L., Willem, L., & Bijttebier, P. (2013). Dimensions of temperament and depressive symptoms: Replicating a three-way interaction. *Journal of Research in Personality*, 47(6), 908-921. doi: 10.1016/j.jrp.2013.09.001
- Vázquez, F.L., Blanco, V., & López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 247-252. doi: 10.1016/j.psychres.2006.03.004
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8, 417-449.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Urbiola, I. (2014). *Violencia Recibida, Ejercida y Percibida en las Relaciones de Noviazgo de Jóvenes y adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad de Deusto.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wagnild, G., & Young, H. (1987). *The Resilience scale*. Manuscrito no publicado.
- Walach, H., Buchheld, N., Battenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.025
- Wallin, D. J. (2015). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Publications.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 1-8. doi:10.1016/j.jad.2003.10.006

- Watkins, E, & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(2), 353.
- Warren, K., Creswell, J, & Ryan, R. (2015). *Handbook of Mindfulness: Theory, Research, and Practice*. New York: Guildford.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S., & White, L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5–13. doi: 10.1037/0022-3514.53.1.5
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, depressive symptoms, and validation from self versus others. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 368–377. doi: 10.1037/0022-0167.52.3.368
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology, 52*(1), 14.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association, 281*(18), 1707-1713. doi: 10.1001/jama.281.18.1707
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 18-25.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(03), 301-320.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press.
- Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 186-201. doi: 10.1521/ijct.2013.6.2.186

- Wells, A., & Carter, K. (2002). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32(1), 85-102. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80045-9
- Wells, A, & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212. doi:10.1016/j.jbtep.2005.07.002
- Wells, A, & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00050-2
- Wells, A, & Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive-behaviour therapy: a special issue. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 71-72. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<71::AID-CPP186>3.0.CO;2-G
- Wells, A, & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307-318. doi:10.1016/j.jbtep.2004.07.001
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C.R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300. doi: 10.1007/s10608-007-9178-2
- Wenzlaff, R. M, & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293-308. DOI: 10.1023/A:1023966400540
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies?. In *Handbook of resilience in children* (pp. 87-102). Springer US.
- Wernick, P, & Goldschmidt, J. (2007). Experiencias depresivas. Reseña. Blatt, 2004. *Aperturas psicoanalíticas*, 25. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000433>

- Wheaton, B., Muthén, B., Alwil, D., & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. In D. R. Heise (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 84-136). San Francisco: Jossey-Bass.
- Whitaker, R. C., Dearth-Wesley, T., Gooze, R. A., Becker, B. D., Gallagher, K. C., & McEwen, B. S. (2014). Adverse childhood experiences, dispositional mindfulness, and adult health. *Preventive Medicine*, 67, 147-153. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.07.029
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721–733. doi:10.1007/s10608-008-9204-z
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge.
- Wisner, B. L., Jones, B., & Gwin, D. (2010). School-based meditation practices for adolescents: A resource for strengthening self-regulation, emotional coping, and self-esteem. *Children & Schools*, 32(3), 150-159.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362. doi: 10.1037/a0019172
- World Health Organization (2012). Fact sheet N°369. Depression. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Wright, M.O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59-68. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Wu, W.-L., & Liu, X.-H. (2006). Relationship between adult attachment styles of social anxiety disorder and its personality characters. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 10 (14), 18-22. doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202

- Wupperman, P., Neumann, C. S, & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties?. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466-482. doi: 10.1521/pedi.2008.22.5.466
- Yarnoz, S. (2008). *La teoría del apego en la clínica: Evaluación y clínica*. Madrid: Psimática.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X, & Zuroff, D. C. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety*, 26(10), 930–7. doi: 10.1002/da.20465
- Yilmaz, A.E., Gençöz, T., & Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *Journal of General Psychology*, 142(1), 23-33. doi: 10.1080/00221309.2014.964658
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (2nd edition)*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition)*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X, & Zuroff, D. C. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety*, 26(10), 930–7. doi: 10.1002/da.20465
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M, & Sainz de Murieta, L. M. (2001) Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17(2), 159-170
- Yárnoz, S, & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85. doi: 10.5944/ap.8.2.191

- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 130. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.130
- Zuroff, D. C., Igreja, I, & Mongrain. M. (1990). Dysfunctional attitudes. Dependency, and Selfcriticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 315– 326. doi: 10.1007/BF01183999
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D., Wielgus, M. S., Powers, T. A, & Franko, D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality, 17*(2), 226–241. doi: 10.1016/0092-6566(83)90033-8

ANEXOS

ANEXO 1

Paquete de evaluación de Estudio 1

SEXO: ☐ Mujer ☐ Hombre

EDAD:

ESTUDIOS: ☐ Sin estudios ☐ Estudios primarios ☐ Estudios Secundarios
☐ FP ☐ Universitarios

ESTADO CIVIL: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Pareja de hecho
☐ Separado/a/Divorciado/a ☐ Viudo/a

PROFESIÓN: _____

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL: _____

¿HAS RECIBIDO ASISTENCIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?: ☐ SI ☐ NO

INDICA RAZÓN _____

¿HA RECIBIDO ALGÚN FAMILIAR TUYO ASISTENCIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?: ☐ SI ☐ NO

INDICA RAZÓN _____

¿HAS RECIBIDO ALGÚN CONOCIDO TUYO ASISTENCIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?: ☐ SI ☐ NO

INDICA RAZÓN _____

PARTE 1:

Indica en **qué medida de acuerdo o desacuerdo te describen los siguientes ítems**. Anota las respuestas marcando una cruz sobre la que consideres que es más adecuada para cada caso guiándote por la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Fijo mis metas y objetivos lo más alto posible.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sin el apoyo de quienes quiero me sentiría incapaz.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a sentirme satisfecho(a) con mis metas en vez de aspirar por metas más altas.	1	2	3	4	5	6	7
4. A veces me siento enorme y otras veces muy pequeño(a).	1	2	3	4	5	6	7
5. En mis relaciones íntimas, nunca siento celos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Necesito urgentemente de cosas que solamente otras personas pueden proveer.	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente me ocurre que no cumplo mis propias metas o ideales.	1	2	3	4	5	6	7
8. Siento que siempre pongo a uso todo mi potencial.	1	2	3	4	5	6	7
9. La falta de relaciones humanas no me afecta.	1	2	3	4	5	6	7
10. Si fallo en obtener mis metas me siento indigno(a).	1	2	3	4	5	6	7
11. Muchas veces me siento incapaz.	1	2	3	4	5	6	7
12. Raramente me preocupo que me critiquen por cosas que haya hecho o dicho.	1	2	3	4	5	6	7
13. Hay una diferencia considerable entre lo que ahora soy y como me gustaría ser.	1	2	3	4	5	6	7
14. Disfruto del competir intensamente contra otros.	1	2	3	4	5	6	7
15. Siento que tengo muchas responsabilidades que cumplir.	1	2	3	4	5	6	7
16. Hay momentos durante los cuales me siento vacío.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tiendo a no estar satisfecho(a) con lo que tengo.	1	2	3	4	5	6	7

18. No me importa si no alcanzo las metas que otros esperan de mí.	1	2	3	4	5	6	7
19. Me da mucho miedo el encontrarme solo(a).	1	2	3	4	5	6	7
20. Si perdiera una amistad íntima sentiría como si perdiera una parte de mi mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

21. Estoy seguro(a) que los demás me apreciarán aunque haya cometido muchos errores.	1	2	3	4	5	6	7
22. Tengo dificultad en romper relaciones que me hacen sentir infeliz.	1	2	3	4	5	6	7
23. Frecuentemente pienso lo difícil que sería el perder a alguien a quien aprecio.	1	2	3	4	5	6	7
24. Otros esperan mucho de mí.	1	2	3	4	5	6	7
25. Cuando estoy en compañía de otros me devalúo a mí mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7
26. No me preocupa lo que otros piensen de mí.	1	2	3	4	5	6	7
27. No importa lo íntima que una relación sea siempre existen muchos conflictos y cosas inesperadas.	1	2	3	4	5	6	7
28. Soy muy susceptible al rechazo.	1	2	3	4	5	6	7
29. Es muy importante para mi familia que yo triunfe.	1	2	3	4	5	6	7
30. A menudo siento que he desilusionado a los demás.	1	2	3	4	5	6	7
31. Si alguien me enoja se lo hago saber.	1	2	3	4	5	6	7
32. Constantemente trato y me esmero en ayudar o complacer a quienes estimo.	1	2	3	4	5	6	7
33. Tengo muchas habilidades y recursos.	1	2	3	4	5	6	7
34. Me es muy difícil decir "no" a mis amistades.	1	2	3	4	5	6	7
35. Nunca me siento seguro(a) en mis relaciones íntimas.	1	2	3	4	5	6	7
36. Me siento constantemente diferente. A veces me siento extremadamente bien, otras veces me siento muy mal, como si	1	2	3	4	5	6	7

fuese un(a) fracasado(a).							
37. A menudo me incomoda el hecho de que las cosas cambien.	1	2	3	4	5	6	7
38. Aunque la persona más allegada a mí se fuera, yo continuaría solo(a).	1	2	3	4	5	6	7
39. Uno debe de ganarse el afecto de otros. En otras palabras, el afecto debe de ser ganado.	1	2	3	4	5	6	7
40. Soy muy consciente de como mis palabras o conducta afectan a los demás.	1	2	3	4	5	6	7
41. Frecuentemente me culpo por cosas que haya dicho o hecho a los demás.	1	2	3	4	5	6	7
42. Soy una persona muy independiente.	1	2	3	4	5	6	7
43. Normalmente me siento culpable.	1	2	3	4	5	6	7
44. Pienso que soy una persona muy compleja, con muchas facetas.	1	2	3	4	5	6	7
45. Me preocupo mucho de ofender o herir a quienes estimo.	1	2	3	4	5	6	7
46. El odio me espanta.	1	2	3	4	5	6	7
47. Lo que cuenta no es quien uno sea, sino lo que uno haya logrado.	1	2	3	4	5	6	7
48. Triunfe o fracase, me siento bien conmigo mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7
49. Puedo fácilmente apartarme de mis sentimientos y problemas y dirigir mi atención hacia los sentimientos y problemas de otros.	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

50. Si alguien a quien yo le tengo afecto se enoja conmigo, tendría temor que el/ella me abandonara.	1	2	3	4	5	6	7
51. Me siento incomodo(a) cuando me dan responsabilidades importantes.	1	2	3	4	5	6	7
52. Después de pelear con un(a) amigo(a), siento que debo de hacer las paces lo más pronto posible.	1	2	3	4	5	6	7
53. Me es muy difícil aceptar debilidades en mí mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7
54. Para mí es más importante disfrutar de mi trabajo que otros aprueben de este.	1	2	3	4	5	6	7
55. Después de discutir me siento muy solo(a).	1	2	3	4	5	6	7
56. En mis relaciones con los demás me importa mucho lo que otros aporten.	1	2	3	4	5	6	7
57. Raramente pienso en mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
58. Muy frecuentemente, mis sentimientos hacia personas allegadas cambian: a veces me siento completamente enojado(a) y otras veces siento mucho cariño hacia dichas personas.	1	2	3	4	5	6	7
59. Lo que hago y digo afecta a quienes me rodean.	1	2	3	4	5	6	7
60. A veces pienso que soy especial.	1	2	3	4	5	6	7
61. Me crié en una familia muy unida.	1	2	3	4	5	6	7
62. Estoy muy satisfecho(a) conmigo mismo y mis logros.	1	2	3	4	5	6	7
63. Espero mucho de aquellos con quienes me relaciono.	1	2	3	4	5	6	7
64. Tiendo a criticarme mucho.	1	2	3	4	5	6	7
65. El estar solo(a) no me molesta en lo absoluto.	1	2	3	4	5	6	7
66. Muy frecuentemente me comparo con los estándares	1	2	3	4	5	6	7

establecidos.

PARTE 2:

Elija en cada ítem la **alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo** con cada uno(a) de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5	
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad	
1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse.	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento.	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan.	1	2	3	4	5

21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras..	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar.	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta.	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

PARTE 3:

A continuación, tienes una recopilación de **afirmaciones sobre tu experiencia diaria** durante los últimos 15 días. Utilizando la escala de 1-5, por favor indica con que frecuencia tienes estas experiencias. Contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

1	2	3	4	5
Nunca o	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

1. Soy más capaz de aceptarme a mí mismo como soy.	1	2	3	4	5
2. Puedo enlentecer mi pensamiento en momentos de estrés.	1	2	3	4	5
3. Me doy cuenta de que no me tomo las dificultades de forma tan personal.	1	2	3	4	5
4. Puedo separar mis pensamientos y sentimientos de mí mismo.	1	2	3	4	5
5. Puedo tomarme tiempo para responder a las dificultades.	1	2	3	4	5
6. Me puedo tratar de forma amable.	1	2	3	4	5
7. Puedo observar sentimientos desagradables sin ser arrastrado hacia ellos.	1	2	3	4	5
8. Tengo la sensación de que soy completamente consciente de lo que está sucediendo a mi alrededor y dentro de mí.	1	2	3	4	5
9. Veo que, en realidad, no soy mis pensamientos.	1	2	3	4	5
10. Soy consciente de sentir mi cuerpo como un todo.	1	2	3	4	5
11. Veo las cosas desde una perspectiva más amplia.	1	2	3	4	5

PARTE 4:

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, **rodea con un círculo el párrafo que mejor se adecue a tu forma de relacionarte afectivamente** de entre los cuatro siguientes:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en las que tengo confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los no me acepten no me trastorna.
2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

Ahora, por favor, deberás **rodear con un círculo el número que refleje mejor tu grado de acuerdo** con la idea que se expresa en cada párrafo, según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

desacuerdo			en desacuerdo				
1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en las que tengo confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los no me acepten no me trastorna.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.	1	2	3	4	5	6	7
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, lee cada una de las siguientes afirmaciones y **califica el grado en que crees que cada frase describe tus sentimientos acerca de las relaciones íntimas**. Sigue, por favor, el siguiente criterio:

Esta afirmación describe mis sentimientos acerca de las relaciones íntimas...

1	2	3	4	5	
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente	
1. Me resulta difícil depender de otras personas.	1	2	3	4	5
2. Es muy importante para mí sentirme independiente.	1	2	3	4	5
3. Me resulta fácil estar emocionalmente cercano a los demás.	1	2	3	4	5
4. Quiero unirme completamente con otra persona.	1	2	3	4	5
5. Me preocupa que vaya a ser lastimado si me permito acercarme demasiado a los demás.	1	2	3	4	5
6. Me siento cómodo sin relaciones emocionales cercanas.	1	2	3	4	5
7. No estoy seguro de poder contar siempre con que los demás estén ahí cuando los necesito.	1	2	3	4	5
8. Quiero tener total intimidad emocional con otras personas.	1	2	3	4	5
9. Me preocupa estar solo.	1	2	3	4	5

10. Me siento cómodo dependiendo de otras personas.	1	2	3	4	5
11. Con frecuencia me preocupa que mis parejas románticas realmente no me amen.	1	2	3	4	5
12. Me resulta difícil confiar en los demás completamente	1	2	3	4	5
13. Me preocupa que los demás se acerquen demasiado a mí.	1	2	3	4	5
14. Quiero tener relaciones emocionalmente cercanas.	1	2	3	4	5
15. Me siento cómodo cuando otras personas dependen de mí	1	2	3	4	5
16. Me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo les valoro.	1	2	3	4	5
17. Las personas nunca están ahí cuando las necesitas.	1	2	3	4	5
18. Mi deseo de unirme completamente a veces ahuyenta a la gente.	1	2	3	4	5
19. Es muy importante para mí sentirme autosuficiente.	1	2	3	4	5
20. Estoy nervioso cuando alguien se acerca demasiado a mí.	1	2	3	4	5
21. Con frecuencia me preocupa que mis parejas románticas no quieran quedarse conmigo	1	2	3	4	5
22. Prefiero que las personas no dependan de mí	1	2	3	4	5
23. Me preocupa ser abandonado	1	2	3	4	5
24. Estoy un poco incómodo estando cerca de los demás.	1	2	3	4	5
25. Me parece que los demás son reacios a acercarse tanto como a mí me gustaría.	1	2	3	4	5
26. Prefiero no depender de los demás.	1	2	3	4	5
27. Yo sé que los demás estarán ahí cuando los necesite.	1	2	3	4	5
28. Me preocupa que los demás no me acepten.	1	2	3	4	5
29. A menudo la gente quiere que sea más cercano de lo que a mí me resulta cómodo.	1	2	3	4	5
30. Me resulta relativamente fácil acercarme a los demás.	1	2	3	4	5

PARTE 5:

Piense en una situación difícil que haya vivido recientemente y responda a cada una de las siguientes afirmaciones.

1	2	3	4	5
(Casi) nunca	Algunas veces	Regularmente	A menudo	(Casi) siempre

1. Siento que soy el/la responsable de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
2. Pienso que básicamente la causa debería de recaer en mí.	1	2	3	4	5
3. Pienso que tengo que aceptar lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
4. Pienso que tengo que aceptar la situación.	1	2	3	4	5
5. A menudo pienso sobre cómo me siento acerca de lo que he vivido.	1	2	3	4	5
6. Estoy preocupado/a con lo que pienso y siento sobre lo que he vivido.	1	2	3	4	5
7. Pienso en cosas agradables que no tienen nada que ver con lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
8. Pienso en algo agradable en vez de lo que me ocurrió.	1	2	3	4	5
9. Pienso en cómo puedo cambiar la situación..	1	2	3	4	5
10. Pienso en una plan de lo que puedo hacer mejor.	1	2	3	4	5
11. Pienso que puedo aprender algo de la situación.	1	2	3	4	5
12. Pienso que puedo llegar a ser una persona fuerte como resultado de lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
13. Creo que no ha sido demasiado malo comparado con otras cosas.	1	2	3	4	5
14. Me digo que existen peores cosas en la vida.	1	2	3	4	5
15. Sigo pensando en lo que terrible que ha sido lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
16. Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación.	1	2	3	4	5
17. Siento que otras personas son culpables de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
18. Siento que básicamente el motivo recae en otras personas.	1	2	3	4	5

PARTE 6:

Indica **con qué frecuencia experimentaste** cada una de las siguientes vivencias durante el **último mes**. Anota las respuestas marcando una cruz sobre la que consideres que es más adecuada para cada caso, según la siguiente escala:

0	1	2	3
Prácticamente nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

1. Sentí que no podía salir de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia y amigos.	0	1	2	3
2. Sentí que era tan bueno(a) como otras personas.	0	1	2	3
3. Me sentí molesto(a) por cosas que habitualmente no me molestan.	0	1	2	3
4. Las personas eran poco amistosas.	0	1	2	3
5. Tuve dificultades en concentrarme en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentí deprimido(a).	0	1	2	3
7. Me sentí esperanzado(a) respecto al futuro.	0	1	2	3

8. No me apetecía comer. Mi apetito era pobre.	0	1	2	3
9. Sentí que no gustaba a la gente.	0	1	2	3
10. Sentí que mi vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
11. Me sentí solo(a).	0	1	2	3
12. Fui feliz.	0	1	2	3
13. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
14. Sentí miedo.	0	1	2	3
15. Tuve ganas de llorar.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Mi sueño fue agitado o inquieto.	0	1	2	3
18. Hablé menos de lo habitual.	0	1	2	3
19. Me sentí triste.	0	1	2	3
20. Sentí que no podía continuar.	0	1	2	3

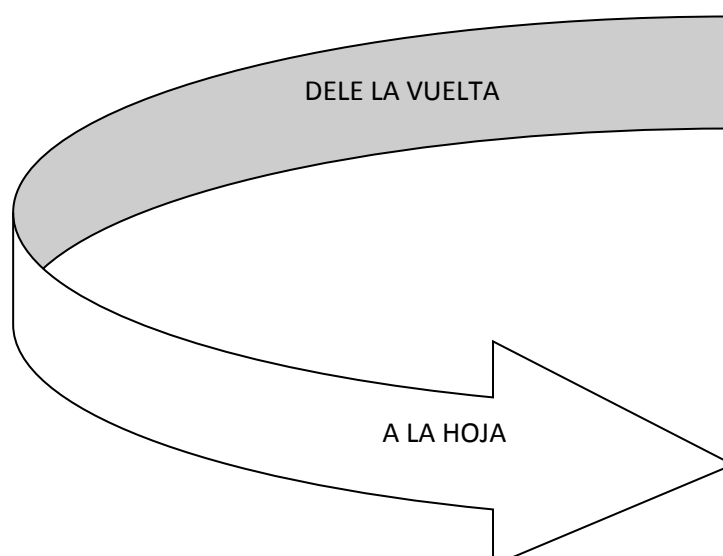
Parte 7:

A continuación aparece una lista de problemas y molestias que a veces presenta la gente. Lea cada uno de ellos y rodee con un círculo el número de la escala que describa mejor LOS PROBLEMAS QUE LE HAYAN PREOCUPADO O MOLESTADO DURANTE ESTA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Con que frecuencia se ha preocupado o molestado por:

0	1	2	3	4
Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Extremadamente

1. Nerviosismo o inquietud interior	0	1	2	3	4
2. Temblores.	0	1	2	3	4
3. Sentirse repentinamente asustado sin razón alguna.	0	1	2	3	4
4. Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
5. Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3	4
6. Sensación de tensión o excitación.	0	1	2	3	4
7. Tener momentos de terror o pánico..	0	1	2	3	4
8. Sentirse tan inquieto que no podría permanecer sentado.	0	1	2	3	4
9. La sensación de que algo malo va a ocurrirle.	0	1	2	3	4
10. Pensamientos e imágenes atemorizantes.	0	1	2	3	4



PARTE 8:

Por favor, lea las afirmaciones que siguen. A su derecha se encuentra siete números que van desde "1" (muy en desacuerdo) y "7" (Muy de acuerdo). Hacer un círculo alrededor del número que mejor describe su posición en la afirmación.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Cuando me planteo planes, sigo adelante con ellos.	1	2	3	4	5	6	7
2. De alguna u otra forma puedo resolver problemas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Puedo depender de mí más que nadie.	1	2	3	4	5	6	7
4. Para mí es importante mantener el interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo afrontar problemas yo solo, si es necesario.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber superado problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Suelo afrontar problemas con calma.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mi mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varios problemas a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido.	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez pienso en el porqué de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Realizo las cosas a su debido tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo lidiar con situaciones difíciles, porque he pasado por dificultades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Soy disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tiendo a mantener el interés por las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general, encuentro muchas razones para reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. Creer en mí mismo me ayuda a superar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En caso de emergencia, soy alguien en quien pueden confiar el resto de la gente.	1	2	3	4	5	6	7
19. Por lo general, veo una misma situación de diversas formas.	1	2	3	4	5	6	7
20. A veces me obligo a hacer cosas que no se si quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Suelo no insistir en cosas que no puedo cambiar.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando me encuentro en una situación difícil, por lo general suelo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo energía suficiente para hacer lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. No hay problema si hay gente que no es de mi agrado.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2

Informe del comite ético de investigación

412012120



INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DE EUSKADI (CEIC-E)

D^a Iciar Alfonso Farnós como Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **"Mindfulness y Trastornos Depresivos"**,

Versión del Protocolo: Versión 1 de 4 de Octubre de 2012

Versión de la HIP:

GENERAL / Versión 1 de 4 de Octubre de 2012

VOLUNTARIOS SANOS/Versión 1 de 4 de Octubre de 2012

Y que este Comité reunido el día **18 de Diciembre de 2012** (recogido en acta **12/2012**) ha decidido emitir **Informe Favorable** a que dicho proyecto sea realizado por los siguientes investigadores:

Miren Aldecoa *Centro de Salud Bombero Etxaniz* ;
Ana Estévez *Universidad de Deusto*; Marian Moreno *CS Mental Ercilla*;
Dr. Ander Retolaza Balsategui *Unidad de Investigación Atención Primaria de Bizkaia*;
Juan Sanz *CS Mental Baracaldo*;
José Antonio de la Rica *Centro de Salud Algorta*;
Salvador Álvarez *CS Mental Ajuriaguerra*

Lo que firmo en Vitoria, a 8 de Enero de 2013

Fdo:



OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO

08 ENE 2013

Euskadiko Ikerketen Klinikoetarako Batzorde Etikoa
Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E)

Dra. Iciar Alfonso Farnós

Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)

ANEXO 3

Consentimiento informado



Yo (nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (nombre del investigador).....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha: Fecha:

Yo (nombre y apellidos)en calidad de.....(relación con el participante) de.....(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (nombre del investigador).....

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

- En mi presencia se ha dado a.....(nombre del participante) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar. Presto mi conformidad para que(nombre del participante) participe en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del representante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha: Fecha:

Yo.....(nombre y apellidos del testigo) declaro bajo mi
responsabilidad que(nombre y apellidos del participante)

Ha leído (ó se le ha leído, en el caso en que el paciente no pueda leer), la hoja de información
que se le ha entregado.

Ha podido hacer preguntas sobre el estudio.

Ha recibido suficiente información sobre el estudio.

Ha hablado con: . (nombre del investigador).....

Comprende que su participación es voluntaria.

Comprende que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

- Ha expresado libremente su conformidad para participar en el estudio en este estudio y da
para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de
información.

Firma del testigo:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha: Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el
paciente

ANEXO 4

Hoja informativa taller

- El mindfulness, la atención plena o conciencia plena es definida como la conciencia que surge como resultado de centrar la **atención** en el **momento presente y sin valorar** las experiencias desarrolladas **momento a momento**". Los efectos terapéuticos encontrados hasta el momento tras la aplicación de esta técnica son la **clarificación** de contenidos mentales, el desarrollo de la **autorregulación emocional**, así como una consecuente sensación de **relajación**.
-
- Las personas tendemos a mirar las cosas que nos causan conflicto con mucho cuidado y atención, desterrando las cosas que nos puedan distraer. "*Voy a mirar con cuidado en qué me equivoqué*" "*Si me focalizo en aquella conversación, seguro que saco algo en claro*" "*Analizaré parte por parte mi relación para saber qué ocurrió*". No obstante, no se nos ha ocurrido inventar un zoom que nos permita alejar nuestra visión del panorama... "*Si me doy un paseo tal vez me aclare*" "*A lo largo de nuestra relación tuvimos más de una conversación*" "*No puedo controlar todo*" "*También he tenido muchos aciertos*"
 - Puede parecernos un poco paradójico que el hecho de alejarnos de las cosas nos permita entenderlas. Pero ¿no es eso lo que hacemos muchas veces cuando no podemos ver nada más? Cuando la situación lo permite hay personas que se toman un tiempo para poder mirar las cosas con perspectiva y distinguirlas de ellas mismas. Esto, no es otra cosa que mindfulness.
 - **DÓNDE:** Universidad de Deusto Donosti. Aula de teatro-Sala Antzokia.
 - **CUÁNDO:** El taller está compuesto por **8 sesiones de 1 hora y media** de duración cada una y con una frecuencia **semanal. Miércoles: 18:30-20:00**
 - **FECHAS:** Grupo Miércoles: **8, 15, 22, y, 29 de Mayo y 5, 12, 19 y 26 de Junio**. En caso de que le sea imposible acudir en estas fechas y horarios, contacte con nosotros para entrar en lista de espera.
 - **CUÁNTO:** El taller es gratuito. El participante se compromete a su asistencia así como a la **realización de tres cuestionarios en tres tiempos diferentes**. El primer cuestionario previo a la experiencia será entregado en una entrevista previa informativa para la posibilidad de participación en el taller.
 - **CONTACTO:** Eva García Teléfono: 944 139 085

ANEXO 5

Paquete de evaluación de Estudio 2

SEXO: ☐ Mujer ☐ Hombre

EDAD:

ESTUDIOS: ☐ Sin estudios ☐ Estudios primarios ☐ Estudios Secundarios
☐ FP ☐ Universitarios

ESTADO CIVIL: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Pareja de hecho
☐ Separado/a/Divorciado/a ☐ Viudo/a

PROFESIÓN: _____

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL: _____

¿HAS RECIBIDO ASISTENCIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?: ☐ SI ☐ NO

INDICA RAZÓN _____

¿HA RECIBIDO ALGÚN FAMILIAR TUYO ASISTENCIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?: ☐ SI ☐ NO

INDICA RAZÓN _____

¿HAS RECIBIDO ALGÚN CONOCIDO TUYO ASISTENCIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?: ☐ SI ☐ NO

INDICA RAZÓN _____

PARTE 1:

Elija en cada ítem la **alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo** con cada uno(a) de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse.	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento.	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan.	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras	1	2	3	4	5

adecuadas.					
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras..	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar.	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta.	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

PARTE 2:

A continuación, tienes una recopilación de **afirmaciones sobre tu experiencia diaria** durante los últimos 15 días. Utilizando la escala de 1-5, por favor indica con que frecuencia tienes estas experiencias. Contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

1	2	3	4	5
Nunca o	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre

1. Soy más capaz de aceptarme a mí mismo como soy.	1	2	3	4	5
2. Puedo enlentecer mi pensamiento en momentos de estrés.	1	2	3	4	5
3. Me doy cuenta de que no me tomo las dificultades de forma tan personal.	1	2	3	4	5
4. Puedo separar mis pensamientos y sentimientos de mí mismo.	1	2	3	4	5
5. Puedo tomarme tiempo para responder a las dificultades.	1	2	3	4	5
6. Me puedo tratar de forma amable.	1	2	3	4	5
7. Puedo observar sentimientos desagradables sin ser arrastrado hacia ellos.	1	2	3	4	5
8. Tengo la sensación de que soy completamente consciente de lo que está sucediendo a mi alrededor y dentro de mí.	1	2	3	4	5
9. Veo que, en realidad, no soy mis pensamientos.	1	2	3	4	5
10. Soy consciente de sentir mi cuerpo como un todo.	1	2	3	4	5
11. Veo las cosas desde una perspectiva más amplia.	1	2	3	4	5

PARTE 3:

Piense en una situación difícil que haya vivido recientemente y responda a cada una de las siguientes afirmaciones.

1	2	3	4	5
(Casi) nunca	Algunas veces	Regularmente	A menudo	(Casi) siempre

1. Siento que soy el/la responsable de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
2. Pienso que básicamente la causa debería de recaer en mí.	1	2	3	4	5
3. Pienso que tengo que aceptar lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
4. Pienso que tengo que aceptar la situación.	1	2	3	4	5
5. A menudo pienso sobre cómo me siento acerca de lo que he vivido.	1	2	3	4	5
6. Estoy preocupado/a con lo que pienso y siento sobre lo que he vivido.	1	2	3	4	5
7. Pienso en cosas agradables que no tienen nada que ver con lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
8. Pienso en algo agradable en vez de lo que me ocurrió.	1	2	3	4	5
9. Pienso en cómo puedo cambiar la situación..	1	2	3	4	5
10. Pienso en una plan de lo que puedo hacer mejor.	1	2	3	4	5
11. Pienso que puedo aprender algo de la situación.	1	2	3	4	5
12. Pienso que puedo llegar a ser una persona fuerte como resultado de lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
13. Creo que no ha sido demasiado malo comparado con otras cosas.	1	2	3	4	5
14. Me digo que existen peores cosas en la vida.	1	2	3	4	5
15. Sigo pensando en lo que terrible que ha sido lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
16. Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación.	1	2	3	4	5

17. Siento que otras personas son culpables de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
18. Siento que básicamente el motivo recae en otras personas.	1	2	3	4	5

PARTE 4:

Indica **con qué frecuencia experimentaste** cada una de las siguientes vivencias durante el **último mes**. Anota las respuestas marcando una cruz sobre la que consideres que es más adecuada para cada caso, según la siguiente escala:

0	1	2	3
Prácticamente nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

1. Sentí que no podía salir de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia y amigos.	0	1	2	3
2. Sentí que era tan bueno(a) como otras personas.	0	1	2	3
3. Me sentí molesto(a) por cosas que habitualmente no me molestan.	0	1	2	3
4. Las personas eran poco amistosas.	0	1	2	3
5. Tuve dificultades en concentrarme en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentí deprimido(a).	0	1	2	3
7. Me sentí esperanzado(a) respecto al futuro.	0	1	2	3
8. No me apetecía comer. Mi apetito era pobre.	0	1	2	3
9. Sentí que no gustaba a la gente.	0	1	2	3
0	1	2	3	
Prácticamente nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi todo el tiempo	

10. Sentí que mi vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
11. Me sentí solo(a).	0	1	2	3
12. Fui feliz.	0	1	2	3
13. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
14. Sentí miedo.	0	1	2	3
15. Tuve ganas de llorar.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Mi sueño fue agitado o inquieto.	0	1	2	3
18. Hablé menos de lo habitual.	0	1	2	3
19. Me sentí triste.	0	1	2	3
20. Sentí que no podía continuar.	0	1	2	3

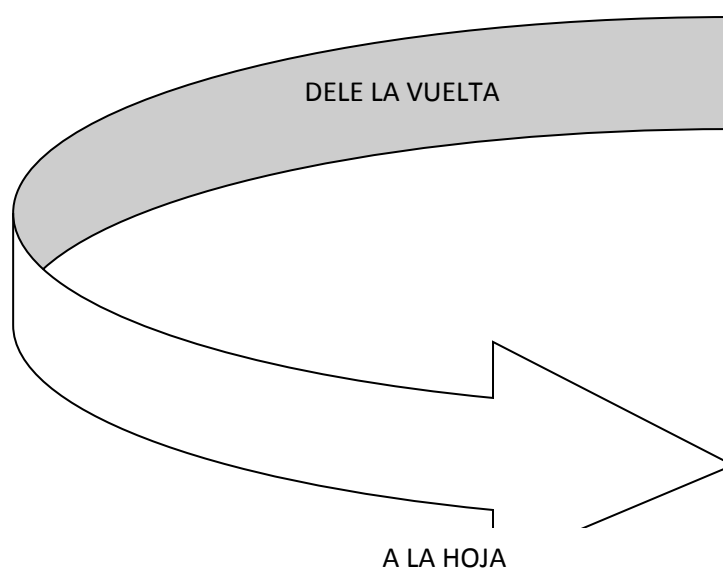
Parte 5:

A continuación aparece una lista de problemas y molestias que a veces presenta la gente. Lea cada uno de ellos y rodee con un círculo el número de la escala que describa mejor LOS PROBLEMAS QUE LE HAYAN PREOCUPADO O MOLESTADO DURANTE ESTA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Con qué frecuencia se ha preocupado o molestado por:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Extremadamente	
1. Nerviosismo o inquietud interior	0	1	2	3	4
2. Temblores.	0	1	2	3	4
3. Sentirse repentinamente asustado sin razón alguna.	0	1	2	3	4
4. Sentirse temeroso.	0	1	2	3	4
5. Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3	4
6. Sensación de tensión o excitación.	0	1	2	3	4
7. Tener momentos de terror o pánico..	0	1	2	3	4
8. Sentirse tan inquieto que no podría permanecer sentado.	0	1	2	3	4
9. La sensación de que algo malo va a ocurrirle.	0	1	2	3	4
10. Pensamientos e imágenes atemorizantes.	0	1	2	3	4



PARTE 6:

Por favor, lea las afirmaciones que siguen. A su derecha se encuentra siete números que van desde "1" (muy en desacuerdo) y "7" (Muy de acuerdo). Hacer un círculo alrededor del número que mejor describe su posición en la afirmación.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Cuando me planteo planes, sigo adelante con ellos.	1	2	3	4	5	6	7
2. De alguna u otra forma puedo resolver problemas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Puedo depender de mí más que nadie.	1	2	3	4	5	6	7
4. Para mí es importante mantener el interés en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo afrontar problemas yo solo, si es necesario.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber superado problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Suelo afrontar problemas con calma.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mi mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varios problemas a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido.	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez pienso en el porqué de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Realizo las cosas a su debido tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo lidiar con situaciones difíciles, porque he pasado por dificultades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Soy disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tiendo a mantener el interés por las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general, encuentro muchas razones para reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. Creer en mí mismo me ayuda a superar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En caso de emergencia, soy alguien en quien pueden confiar el resto de la gente.	1	2	3	4	5	6	7
19. Por lo general, veo una misma situación de diversas formas.	1	2	3	4	5	6	7
20. A veces me obligo a hacer cosas que no se si quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Suelo no insistir en cosas que no puedo cambiar.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando me encuentro en una situación difícil, por lo general suelo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo energía suficiente para hacer lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. No hay problema si hay gente que no es de mi agrado.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 6

Cuestionario de satisfacción de personas usuarias de Deustopsych

Procedimiento:

Nada

Mucho

La información previa del taller	1	2	3	4	5
Los horarios y fechas han sido adecuados	1	2	3	4	5
La duración del curso ha sido adecuada	1	2	3	4	5

Instalaciones:

Nada

Mucho

La sala era adecuada para las necesidades del curso	1	2	3	4	5
La accesibilidad del curso era adecuado (ubicación)	1	2	3	4	5

Ponente

Nada

Mucho

Ha mostrado conocimientos técnicos sobre el curso	1	2	3	4	5
Ha mostrado claridad expositiva					
Ha mantenido una actitud de escucha y reflexión					

Contenidos:

Nada

Mucho

Los contenidos han sido adecuados con los objetivos.	1	2	3	4	5
Lo aprendido ha sido de utilidad en mi vida diaria.					
La presentación de los contenidos ha sido didáctica.					

Muy
baja

Muy
alta

VALORACIÓN GLOBAL	1	2	3	4	5
--------------------------	---	---	---	---	---

¿Recomendarías este taller a otras personas?

SI NO Por qué?

¿Quieres hacer alguna sugerencia respecto al curso?

.....

ANEXO 7

Manual de intervención en atención plena

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 1: EL PILOTO AUTOMÁTICO

1. Introducción:

1.1. Establecer la orientación de las clases.

Meditación

Tareas

Dinámica

Meditación

1.2. Reglas:

Confidencialidad.

No es un grupo de terapia.

No es un aprendizaje intelectual si no de práctica.

1.3. Presentación de los participantes.

1.4. Expectativas y conocimientos previos de los participantes.

Se evalúan las expectativas de los usuarios del taller. Qué conocimientos y expectativas traen y qué esperan conseguir experimentar con el taller.

¿Qué es lo que consideráis por técnicas de meditación terapéutica?

¿Qué expectativas tenéis?

Verificar si los participantes se presentan incluyendo las expectativas, con mucha suavidad, se trata de activar el chip de alarma, de atención. Si yo me defino con mis expectativas, y mis expectativas se frustran...¿Yo me frustró?

2. Práctica de 3 minutos de respiración sin el comentario de aceptar y no juzgar (Cebolla, transmisión oral).

Recoger práctica.

Repetir práctica con el no juicio y la aceptación (Segal, Teasdale, Williams, Kabat-Zinn; 2002).

1. Nos situamos en una posición confortable. Sea cual sea dejamos que la respiración fluya libre.

2. Ponemos la espalda recta pero no tensa. Posamos los pies firmemente sobre el suelo sin cruzarlos. Cerramos los ojos suavemente.

3. Tómate un tiempo para tomar contacto con el movimiento de tu respiración y con la sensación de tu cuerpo. Cuando estés preparado, trae tu atención hacia las sensaciones de tu cuerpo, especialmente hacia esas sensaciones de contacto o presión, donde el cuerpo hace contacto con la silla y el suelo.

4. Ahora trae tu atención a los patrones cambiantes de las sensaciones físicas en la parte baja de tu abdomen, en cómo actúa la respiración sobre esta zona al salir y entrar. (En principio ayuda el posar la mano sobre esta zona para mantener la atención sobre ella aún más)

5. Centra tu atención en las sensaciones concretas que se producen en tu abdomen. Tanto cuando este se infla con la inspiración como cuando se desinfla en la espiración. LO mejor que puedas, sigue el recorrido interno del aire cuando inspiras, y el recorrido interno del aire cuando espiras. Notando tal vez, pequeñas pausas o pequeñas respiraciones entrecortadas en las inspiraciones y espiraciones.

6. No hay ninguna necesidad de controlar la respiración de ningún modo - simplemente deja que la respiración respire-. Lo mejor que puedas, ponte en actitud de ser consciente de la experiencia completa en sí. No hay nada que arreglar u ordenar. Como puedas, deja a la experiencia ser experiencia, no hay necesidad de que sea nada más.

7. Tarde o temprano, tu mente tratará de huir hacia pensamientos, fantasías, quehaceres, culpas-lo que sea. Está bien así, es lo que hace la mente. No es un fallo o un error. Lo importante es que te das cuenta de ello y vuelves a traer a la mente al momento presente. Lo has hecho bien, estás atento porque te has dado cuenta de que te has ido. Anota si lo deseas de qué se componían tus pensamientos, y vuelve a traer a tu mente de nuevo aquí. Focalízate de nuevo en la parte baja del abdomen, en la inspiración y en la espiración.

8. A pesar de que tu mente “escape” una y otra vez, felicítate cada vez que te vayas, porque en el momento en el que percibas esto estarás volviendo a concentrarte. Trae tu atención a la respiración a los cambios físicos implicados en la inspiración y en la espiración.

9. Recicla cada momento de huída de tu mente como un aprendizaje para el desarrollo de tu paciencia.

10. Continúa durante unos minutos aferrándote a tu respiración. Simplemente estate atento al momento presente. Sigue la respiración.

2. Dinámica: Ejercicio de la pasa (Segal, Teasdale, Williams, Kabat-Zinn; 2002).

“Voy a ir alrededor de la clase y entregaros a cada uno una serie de objetos. Ahora, lo que me gustaría que hicieras es concentraros en uno de los objetos e imaginar que nunca antes habíais visto algo así. Imaginándonos que acabamos de aterrizar de Marte y que nunca antes en tu vida habías visto algo así.

(10 seg. De reposo)

Tomando el objeto en la palma de nuestra mano, o entre tus dedos. (Pausa)

Prestando atención para verlo (Pausa).

Mirándolo cuidadosamente, como si nunca antes hubieras visto algo así.

(Pausa)

Girándolo entre tus dedos (Pausa).

Explorando su textura entre tus dedos. (Pausa)

Examinando los reflejos de la luz en él, sus brillos, sus sombras... (Pausa)

Dejando que tus ojos exploren cada parte de él, como si nunca antes hubieras visto algo así (Pausa).

Si mientras hacemos esto, pensamientos como “Qué cosa más rara estoy haciendo” o “¿Para qué servirá esto” acuden a tu cabeza, anótalos y vuelve a llevar tu atención al objeto (Pausa).

Y ahora, oliendo el objeto, sujetándolo bajo tu nariz, inspira, y en cada inspiración estás percatándote del olor del objeto (Pausa).

Ahora, vuelve a mirarlo (Pausa).

Y ahora, lentamente, toma el objeto y llévalo a tu boca, percatándote cómo tu mano y brazo saben exactamente dónde ponerlo, y tal vez percatándote también de cómo tu boca empieza a salivar a medida que acercas el objeto (Pausa).

Y ahora suavemente posando el objeto sobre la boca, notando cómo es recibido sin ser mordido aún, sólo explorando la sensación de tenerlo dentro de la boca (Pausa).

Cuando estés preparado, muy conscientemente, toma un mordisco y percatándote del sabor que se libera (Pausa).

Lentamente, masticándolo, percibiendo la saliva en tu boca, el cambio en la consistencia del objeto (Pausa).

Entonces cuando te sientes preparado para tragarlo , aprecia la intención de tragar incluso antes de que ocurra (Pausa).

Finalmente, siguiendo las sensaciones de tragarlo, cómo se va moviendo tu estómago, y notando cómo tu cuerpo es ahora una pasa más pesado (Pausa).

3. Recogida del ejercicio.

¿Quiere alguien decir algo sobre la experiencia?

¿Qué pensamientos han aparecido?

¿Han aparecido asociaciones a la pasa que te sacaban de la experiencia que te descentraban de ella misma?

4. HACER vs. SER:

Cuántas veces, vamos conduciendo por la carretera y a pesar de disponer de unos enormes paneles que nos avisan de la existencia de radares a unos 100 metros, “olvidamos” su existencia y continuamos a la misma velocidad. Hemos visto estos carteles, pero no los hemos mirado ni leído con consciencia.

Cuántas veces, vamos con prisa a la hora de salir de casa, y lo único que nos falta por coger para salir son las llaves. Las buscamos en el lugar de siempre y... ¡no están! Cada vez pasa más tiempo y se nos hace más tarde, y las buscamos por toda la casa pero no aparecen. Finalmente pedimos ayuda a nuestro compañero de piso y éste las encuentra en 2 minutos en la mesa de la cocina, un lugar por el que habíamos pasado 3-4 veces y donde no las habíamos visto.

Estos dos casos ejemplifican el pésimo uso de nuestras habilidades sensoriales. La mente funciona por un lado, y el cuerpo por otro.

Esta atrofia sensorial hace que no veamos las piedras con las que tropezamos, ni las opciones más efectivas a la hora de tomar una decisión, ni los pensamientos que verdaderamente nos preocupan. Hace en definitiva que nuestra mente esté en una dimensión (llegaré tarde, he de hacer los recados...) y nuestro cuerpo esté en otro lado (la búsqueda de las llaves, la carretera...) La concentración implica unión. Una atención dispersa se sostiene en una identidad dispersa. Una atención unificada se sostiene sobre un cuerpo unificado.

Observación-percepción-sensación-reacción. Todo esto deshaciendo automatismos. Ejemplo: *Hoy hemos tenido un día muy ajetreado y estresante. Llegamos a casa y nos preparamos algo para comer sin dejar de pensar en lo que nos ha dicho nuestro jefe esta mañana. Suena el teléfono y respondemos mientras comenzamos a comer. Nuevos pensamientos aparecen mientras seguimos comiendo. De pronto paramos de comer y nos preguntamos si hemos comido suficiente o si el sabor de la comida nos satisface. No estamos seguros y decidimos comer otra cosa.*

Las dificultades forman parte de la vida. La cuestión está en cómo las manejemos y la actitud con la que nos enfrentemos a ellas. Reaccionamos ante la experiencia de tres tipos de formas, desconectando, aferrándonos o haciendo que pasen. Estar más atento respecto de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales evocadas nos permite ser más conscientes de las situaciones y decidir con mayor efectividad.

Estoy estudiando para un examen. Es un examen muy importante y si no lo apruebo tendré que esperar un año para poder repetirlo. Ya lo he suspendido una vez, y estoy muy frustrado. Pienso que lo más probable es que lo vuelva a suspender y entonces me sentiré realmente mal. Siento miedo y no puedo dejar de pensar en lo que me pueda pasar el día del examen. El resultado es que me es imposible concentrarme. No consigo retener nada y esto es para mí la prueba de que es demasiado difícil y que no lo conseguiré.

5. Práctica de meditación sentada (Segal, Teasdale, Williams y Kabat-Zinn; 2002):

1. Cuando te sientas establecido en la atención a tu respiración, lleva intencionalmente tu atención hacia el resto de sensaciones físicas en todo tu cuerpo. Mientras estés aún alerta, en los movimientos de la parte baja de tu abdomen, cambia tu atención focalizada, así te volverás atento al sentido del cuerpo en toda su unicidad y sus patrones cambiantes de sensación alrededor del cuerpo. Puedes encontrar que notas los movimientos de la respiración en distintas partes del cuerpo, como si el cuerpo respirara.

2. Si lo deseas, puedes combinar tu atención a la respiración y a tu cuerpo completo con una atención más local, las sensaciones particulares de tu cuerpo en aquellas zonas en las que hace contacto con la silla o el suelo. Sensaciones de contacto

o de presión de las rodillas, los pies sobre el suelo, donde las manos se apoyan sobre los muslos. Lo mejor que puedas, recoge estas sensaciones en un espacio más amplio de tu atención.

3. La mente querrá huir repetidamente de estas sensaciones corporales y de la respiración. Esto es natural y esperable, y de ningún modo es un error o un fallo. Cada vez que te des cuenta de que tu atención se ha ido hacia otras sensaciones del cuerpo, felicítate por haberte dado cuenta. Anota con cuidado dónde se ha ido tu mente y vuelve a traerla de nuevo hacia la respiración y la sensación corporal de unicidad.

4. Lo mejor que puedas, simplifica las cosas, atiende a las sensaciones actuales a través de tu cuerpo poco a poco.

5. Al estar sentado, algunas sensaciones pueden ser particularmente intensas, como dolores en la espalda, en las rodillas o en los hombros y tú puedes encontrar tu atención yendo repetidamente hacia ahí y lejos de la sensación de unicidad o de la respiración. Puedes intentar usar estos momentos para experimentar, ¿Qué estoy sintiendo exactamente? ¿Dónde exactamente están estas presiones? ¿Cambian durante el tiempo? No se trata de que pienses mucho en la respuesta sino que la sientas.

6. Dondequiera que te encuentres llevado por la intensidad de las sensaciones, reconecta con el aquí y ahora con los movimientos de la respiración o la sensación del cuerpo total. Cuando estés situado en este punto, deja que tu atención se expanda una vez más, así incluimos todas las sensaciones corporales.

6. Recogida de la práctica.

7. Ejercicios para la semana:

CD con escáner corporal.

Mindfulness en la vida diaria

Este ejercicio está pensado para ayudarte a encontrarte contigo mismo si te sientes disperso o <fuera de juego>. Hace pasar la mente rápidamente de los pensamientos al mundo de las sensaciones que le rodea. Se puede hacer en cualquier lugar y en cualquier momento. Es fácil de practicar cuando se está en actividad, mientras:

- ◆ Se cepilla los dientes
- ◆ Limpia la habitación

- ◆ Se prepara para salir
- ◆ Compra en el supermercado

Ejemplo 1:

Pregúntate: “¿Dónde estoy?” y cambia tu mente de pensamientos a sensaciones.

Observa de qué forma su atención va de un punto a otro: al sostener el cepillo de dientes, abrir el grifo, oír el sonido del agua que sale, sentir el movimiento del brazo al alzarlo, el picor de la pasta de dientes en la lengua...

Fíjate también en el tono emocional: de gusto o no gusto, apresurado, inquieto, de disfrute, cansado, nervioso. Observa estos tonos con igual desapego mientras desfilan delante de ti.

Observa que la mente puede volver rápidamente al mundo de los pensamientos. Tráela enseguida a cualquier sensación inmediata, por trivial que sea.

Observa pasivamente las sensaciones y emociones que van y vienen mientras lo desee. No pienses ni analices. Cuando notes lo que está haciendo, podrás observar que sus movimientos se han vuelto más armoniosos.

Ejemplo 2:

Te vas a duchar. Antes de entrar en la ducha haz tres respiraciones profundas. Ponte bajo la ducha. Nota cómo el agua choca contra tu cuerpo (cabeza, hombros, pecho...) y cómo luego cae en diminutos regueros a lo largo del cuerpo. Fíjate en cómo tu piel queda salpicada de pequeñas gotas de agua. Observa cómo te colocas para que el agua salpique tu cuerpo de forma uniforme. Observa la temperatura del agua. Observa la sensación cuando centras la atención en distintas zonas en el lavado. Observa cada una de estas sensaciones y cómo te aplicas el champú. Observa qué piensas.

Distribuir cintas y hojas de tareas.

MATERIALES PARTICIPANTES

DEFINICIÓN DE MINDFULNESS

Mindfulness significa estar atento de una forma particular:

Con intención,

En el momento presente,

Y sin juzgar.

Jon Kabat-Zinn

FASES DE LA PRÁCTICA DE MINDFULNESS:

Obsérvalo.

Hazte consciente de ello.

Permite que ocurra.

Aplicale compasión.

Suéltalo, déjalo pasar.

Vuelve al presente.

(Alonso, M. 2012)

Lo que **NO** es mindfulness:

1. **No es dejar la mente en blanco:** no se trata de no pensar en nada sino de que nuestros conetnidos mentales no nos perturben aunque acontezcan.
2. **No es buscar el éxtasis o la iluminación,** ni apartarse de la via: mindfulness no entra en conceptos religiosos o místicos. Es una práctica laica que permite no tener que escapar ni huir de nuestra realidad presente. No significa estar en trance, no se trata de alterar o abandonar la experiencia en este momento; en su lugar intentamos ser uno con ella.
3. **No es escapar del dolor,** sino de la resistencia psicológica ante él, la cual provoca una intensificación del mismo convirtiéndolo en sufrimiento.
4. **No es suprimir emociones** sino aceptarlas y tratarlas con bondad amorosa.
5. **No es una técnica de control:** se trata de alcanzar un estado mental más allá del miedo en el que no hay necesidad de controlar permanentemente.
6. **No es una técnica de relajación:** Aunque con la práctica va surgiendo la calma y la serenidad, lo que se persigue es una conciencia incrementada que permite no reaccionar conforme a los automatismos habituales.
7. **No es pensamiento positivo:** vamos más allá de cualquier pensamiento y juicio de valor. Los pensamientos sean del signo que sean son tratados como meros eventos mentales pasajeros.
8. **No es autorreferencial:** se puede ser muy consciente de sí mismo y no estar practicando mindfulness, el cual se realiza sin juicio ni expectativas. Los momentos de mindfulness no son conceptuales, no son verbales y no se enjuicia la experiencia. De hecho, a medida que se gana concienciay presencia, uno se hace más amoroso, atento y compasivo con todo lo que le rodea.

(Alonso, M. 2012)

MATERIALES PARTICIPANTES

Resumen sesión:

El piloto automático, o más bien el cuerpo presente con la mente ausente. En nuestro día a día nos aferramos a una rutina de acción en la que activamos este método de actuación y apenas somos conscientes de lo que hacemos. Conducir, fregar, en incluso comer forman parte de nuestra vida sin casi ser parte de ella.

Estos automatismos llevan intrínsecas formas de pensamiento que se han quedado obsoletas, que no favorecen nuestro crecimiento. ¿Cuántas veces hemos tropezado con la misma piedra y sólo tras haber caído al suelo hemos sido conscientes de su presencia? Tal vez, si estuviéramos más centrados en el momento y más atentos a nuestro alrededor la habríamos visto sin dificultad.

Por ello, el hacernos conscientes de esas actividades reactivará nuestras nuevas formas de pensamiento pudiendo sustituir aquellas que son disfuncionales y que se encuentran escondidas y arraigadas en este tipo de actividades diarias. Este objetivo, que puede parecer pretencioso para una primera sesión se sustenta sobre algo que todos sabemos hacer, observar. Por ello, me gusta utilizar un código con el que recordar cómo hemos de actuar en el día a día: SODA, que significa, Si Observas, Desconectas la Automaticidad.

MATERIALES PARTICIPANTES

1. Práctica de la meditación corporal anotando en la tabla lo que surja. 6 veces antes de la segunda sesión. Es

2. Tener una comida con consciencia. Repitiendo la experiencia de la pasa con cualquier otro alimento.

3. Escuchar las grabaciones y anotar lo que surja.

4. Mindfulness en el día a día:

Este ejercicio está pensado para ayudarte a encontrarte contigo mismo si te sientes disperso o <fuera de juego>. Hace pasar la mente rápidamente de los pensamientos al mundo de las sensaciones que le rodea. Se puede hacer en cualquier lugar y en cualquier momento. Es fácil de practicar cuando se está en actividad, mientras: Se cepilla los dientes, limpia la habitación, se prepara para salir, compra en el supermercado...

Orientaciones para cualquier actividad:

Transforma la actividad en un punto de meditación, asignándole un principio y un fin. Añade un minuto o dos más, para no tener prisa. Realiza todos los movimientos un poco más lentamente.

Presta atención al ritmo al que camina, te das la vuelta, te sientas, levantas objetos. Por lo demás, actúa de forma natural.

Observa cuando tienes prisa y estás nervioso, cuando estás suave y relajado. ¿Respiras con facilidad? ¿O aguantas la respiración?

Disfruta conscientemente de las sensaciones que experimentas: el agua que corre por su cara, el sabor de la tostada, la textura de su camisa, el sonido de la llave cuando cierra la puerta...

Mantén la mente presente. Si tu mente se ausenta y se pierde en pensamientos, regresa a las sensaciones del momento presente.

Cuando termines el ejercicio, quédate quieto durante diez segundos y observa cómo te sientes. Practica la misma actividad cuatro días seguidos y observa los cambios que se producen.

Ir más lentamente: *“Durante unos pocos minutos, conscientemente, haz todo con un poco más de lentitud.”*

Este ejercicio ayuda a ver la velocidad a la que vamos habitualmente. Cuando estamos tensos suele ser más rápida y espasmódica de lo necesario. Este ejercicio te ayudará a reducir el ritmo metabólico. La instrucción es sencilla.

Día	Practica:	Comentarios
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Domingo		
Lunes		
Martes		
Miércoles		

MATERIALES PARTICIPANTES

MOMO:

Aun cuando alguien tiene muchos amigos, suele haber entre ellos unos pocos a los que se quiere todavía más que a los demás. También en el caso de Momo era así.

Tenía dos grandes amigos que iban a verla cada día y que compartían con ella todo lo que tenían. Uno era joven y otro viejo.

Momo no habría sabido decir a quién de los dos quería más.

El viejo se llamaba Beppo el Barrendero. Seguro que en realidad tendría otro apellido, pero como era barrendero de profesión y todos le llamaban así, él también decía que ése era su nombre.

Beppo Barrendero vivía en una choza que él mismo se había construido, cerca del anfiteatro, a base de ladrillos, latas y cartón embreado. Era extraordinariamente bajo e iba siempre un poco encorvado, por lo que apenas sobrepasaba a Momo. Siempre llevaba su gran cabeza, sobre la que se erguía un mechón de pelos canosos, un poco torcida, y sobre la nariz unas pequeñas gafas.

Algunos opinaban que a Beppo Barrendero le faltaba algún tornillo. Lo decían porque ante las preguntas se limitaba a sonreír amablemente y no contestaba. Pensaba. Y cuando creía que una respuesta era innecesaria, se callaba. Pero cuando la creía necesaria, pensaba sobre ella. A veces tardaba dos horas en contestar, pero otras tardaba todo un día. Mientras tanto, el otro, claro está, había olvidado qué había preguntado, por lo que la respuesta de Beppo le sorprendía.

Sólo Momo sabía esperar tanto y entendía lo que decía. Sabía que se tomaba tanto tiempo para no decir nunca nada que no fuera verdad. Pues en su opinión, todas las desgracias del mundo nacían de las muchas mentiras, las dichas a propósito, pero también las involuntarias, causadas por la prisa o la imprecisión.

Cada mañana iba, antes del amanecer, en su vieja y chirriante bicicleta, hacia el centro de la ciudad, a un gran edificio. Allí esperaba, con sus compañeros, en un patio, hasta que le daban una escoba y le señalaban una calle que tenía que barrer.

A Beppo le gustaban estas horas antes del amanecer, cuando la ciudad todavía dormía. Le gustaba su trabajo y lo hacía bien. Sabía que era un trabajo muy necesario.

Cuando barría las calles, lo hacía despaciosamente, pero con constancia; a cada paso una inspiración y a cada inspiración una barrida. Paso-inspiración-barrida.

Paso-inspiración-barrida. De vez en cuando, se paraba un momento y miraba pensativamente ante sí. Después proseguía paso-inspiración-barrida.

Mientras se iba moviendo, con la calle sucia ante sí y la limpia detrás, se le ocurrían pensamientos. Pero eran pensamientos sin palabras, pensamientos tan difíciles de comunicar como un olor del que uno a duras penas se acuerda, o como un color que se ha soñado. Después del trabajo, cuando se sentaba con Momo, le explicaba sus pensamientos. Y como ella le escuchaba a su modo, tan peculiar, su lengua se soltaba y hallaba las palabras adecuadas.

-Ves, Momo- le decía, por ejemplo-, las cosas son así: a veces tienes ante ti una calle larguísima. Te parece tan terriblemente larga, que nunca crees que podrás acabarla.

Miró un rato en silencio a su alrededor; entonces siguió:

-Y entonces te empiezas a dar prisa, cada vez más prisa. Cada vez que levantas la vista, ves que la calle no se hace más corta. Y te esfuerzas más todavía, empiezas a tener miedo, al final estás sin aliento. Y la calle sigue estando por delante. Así no se debe hacer.

Pensó durante un rato. Entonces siguió hablando:

-Nunca se ha de pensar en toda la calle de una vez, ¿entiendes? Sólo hay que pensar en el paso siguiente, en la inspiración siguiente en la siguiente barrida. Nunca nada más que en el siguiente.

Volvió a callar y reflexionar, antes de añadir:

-Entonces es divertido; eso es importante, porque entonces se hace bien la tarea. Y así ha de ser.

Después de una nueva y larga interrupción, siguió:

-De repente se da uno cuenta de que, paso a paso, se ha barrido toda la calle. Uno no se da cuenta cómo ha sido, y no se está sin aliento.

Asintió en silencio y dijo, poniendo punto y final:

-Eso es importante

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 2: TRABAJAR LAS BARRERAS

1. Escáner corporal (Segal, Teasdale, Williams, Kabat-Zinn; 2002)

1. Túmbate, ponte cómodo, dejando tu espalda sobre la esterilla en el suelo o incluso en tu cama, un lugar templado y en el que no serás molestado. Deja que tus ojos se cierren suavemente.

2. Tómate un tiempo para tomar contacto con el movimiento de tu respiración y con la sensación de tu cuerpo. Cuando estés preparado, trae tu atención hacia las sensaciones de tu cuerpo, especialmente hacia esas sensaciones de contacto o presión, donde el cuerpo hace contacto con el suelo o la cama. En cada espiración déjate llevar hundiéndote un poco más profundamente en la esterilla o cama.

3. Recuerda la intención de esta práctica. Su objetivo no es sentir algo distinto, relax o calma; esto podría ocurrir o no. De hecho, la intención de esta práctica es traer, lo mejor que puedas, tu atención hacia cualquier sensación que detectes a medida que te focalices por turnos en cada parte del cuerpo.

4. Ahora trae tu atención hacia las sensaciones físicas en la parte baja del abdomen, siendo consciente de los cambios de sensación en el abdomen mientras inspiras y expiras. Toma unos minutos para sentir las sensaciones mientras inspiras y expiras.

5. Una vez has conectado con las sensaciones en el abdomen, trae el foco de tu atención en la parte baja de tu pierna izquierda, en el pie izquierdo y en los dedos del pie izquierdo. Concéntrate en cada uno de los dedos de tu pie izquierdo, trayendo una curiosidad para investigar la calidad de las sensaciones que encuentras, percatándote tal vez de la sensación de contacto entre los dedos, de cosquilleo, calor, o tal vez nada.

6. Una vez estés preparado, en una inspiración, imagina o siente la respiración entrando en tus pulmones, pasando luego bajo el abdomen, en la pierna izquierda, en el pie izquierdo, y a través de los dedos del pie izquierdo. Entonces, en la espiración, imagina o siente la respiración saliendo por el camino que ha entrado, por el pie, por la pierna, por el abdomen, por el pecho y a través de la nariz. Lo mejor que puedas,

continúa con estas respiraciones unos minutos más, respirando hasta los pies, y volviendo desde ellos.

7. Ahora, cuando estés preparado, en una espiración, deja tu atención en los pies, y tráela hacia las sensaciones en la parte superior de tu pie izquierdo - con suavidad, investiga atentamente la planta del pie, el empeine, el talón. Experimentando las sensaciones con la respiración – siendo consciente de la respiración en su origen, como en principio, explora las sensaciones del pie.

8. Ahora permite a tu atención expandirse hacia el resto del pie- al tobillo, a la punta del pie, y directo a los huesos y articulaciones. Entonces, tomando ligeramente una respiración más profunda, y dirigiéndola dentro de todo pie izquierdo, según la respiración va en la espiración, la dejamos ir por el pie izquierdo completamente, dejando focalizar la atención moverse en las partes más bajas del pie izquierdo- la pantorrilla, la espinilla, el tobillo, etcétera, por turnos.

9. Continua trayendo tu atención, con curiosidad suave, hacia las sensaciones físicas del cada parte del resto del cuerpo por turnos- desde la parte superior de la pierna izquierda, los dedos derechos, el pie derecho, la pierna derecha, la zona de la pelvis, la espalda, el abdomen, la cadera, los dedos, las manos, los brazos, los hombros, el cuello, la cabeza y la cara. En cada área, lo mejor que puedas, trae la misma atención detallada y el nivel de curiosidad cuidadoso a las sensaciones corporales presentes. Según vayas dejando cada área, respira dentro de la respiración, y “relaja” esa área en la espiración.

10. Cuando estés atento de esa tensión, o de otras sensaciones intensas de cualquier parte particular del cuerpo, puedes respirar sobre ella- usando la inspiración para traer la atención hacia esa sensación concreta y lo mejor que puedas, tener la sensación de que se va o decrece con la espiración.

11. La mente inevitablemente se escapará de la respiración y del cuerpo de vez en cuando. Esto es totalmente normal. Es lo que hace la mente. Cuando te des cuenta de ello, analízalo, dándote cuenta de dónde se ha ido, y suavemente trayéndola de nuevo a esa parte del cuerpo donde pretendes concentrarte.

12. Una vez has escaneado el cuerpo completo de este modo, toma unos minutos estando atento a cada sensación del cuerpo, y a la respiración flotando libre dentro y fuera del cuerpo.

13. Si encuentras tu cuerpo cayendo dormido, puedes encontrar ayuda en alzar tu cabeza sobre una almohada, abriendo tus ojos, o practicando sentado en vez de tumbado.

2. Recogida de la práctica del escáner corporal.

El análisis del cuerpo es un ejercicio de atención. Esta atención corporal permite cómo mejorar el manejo de emociones.

¿Qué has sentido?

¿Han aparecido pensamientos en tu cabeza mientras lo hacías?

¿Te ha costado?

¿Te has enfadado contigo mismo?

3. Recogida de las tareas.

Posibles “barreras”:

- ❖ Creer que las condiciones tienen que ser las adecuadas.
- ❖ “No pude encontrar tiempo para practicar”.
- ❖ “Me aburrí, me irrité”.
- ❖ “Me relajé, me dormí”.
- ❖ “Creo que lo estoy intentando pero todavía no lo he conseguido”.
- ❖ “Me deprimí, me sentí mal”.
- ❖ “Mi mente no podía estar quieta”.
- ❖ Circunstancias que no son adecuadas.

“LO MÁS DIFÍCIL ES EL PRIMER MINUTO”

4. Ejercicio pensamientos y emociones:

Vas andando por la calle, y en el otro lado de la acera ves a alguien que conoces.

Le sonríes y saludas. La persona no parece darse cuenta y se va.

¡¡¡RÁPIDO ESCRIBIR EN UN PAPEL LO QUE SE LES OCURRA!!!

Recogida ejercicio pensamientos y emociones:

Ya empezamos a trabajar el ser MÁS conscientes, en MÁS momentos. Pero ¿cuál es la mayor dificultad que nos encontramos en dejar la mente en blanco para sentir de verdad? El susurro, esos pensamientos anticipatorios o del pasado que cargados de culpa, ansiedad o ensoñación positiva que no hacen otra cosa más que alejarnos de la realidad presente. La mente nos ha convertido en sus súbditos, llevándonos de aquí para allá a su antojo.

Estos pensamientos no son más que JUICIOS. Prejuicios o juicios anticipatorios que acaban condicionando nuestros actos y por lo tanto nuestras sensaciones sobre ellos. En el momento en el que estos se dejen pasar sin prestarles atención podremos decidir de forma efectiva, con total amplitud mental y nos quedaremos tranquilos sabiendo conscientemente que nuestro pensamiento es un pensamiento atento y focalizado.

Podemos conseguir superar estas “barreras” si simplemente tomamos nota de la actual situación. No hay otra meta que llevar la atención a las sensaciones, pensamientos y sentimientos en el momento en que surgen a través de los ejercicios que estemos haciendo; no se pretende ningún estado de relajación, sólo trabajar la atención.

Los efectos de este esfuerzo no se van a notar al principio, sino con el tiempo. Ya estarás familiarizado con este patrón de funcionamiento con la medicación, con la que consigues el efecto beneficioso pasado un tiempo tras el uso continuado de la medicación. De igual forma, la mejoría que puedas notar con la meditación requiere un espíritu de paciencia y persistencia, comprometiéndote contigo mismo practicar mientras aceptas, con paciencia, que los frutos de tu esfuerzo pueden no ser inmediatos.

Eventos placenteros y displacenteros ¿Cómo reaccionamos a ellos?

7. Establecer las tareas.

8. Meditación de la respiración de 2-3 minutos (Segal, Teasdale, Williams, Kabat-Zinn; 2002).

2-3 minutos para centrarse en la respiración. Los usuarios se centrarán con la espalda recta y las piernas con un ángulo en dirección hacia el suelo dejando el flujo de la respiración libre. Se trata de calmar lo removido en la sesión y apreciar las sensaciones corporales al dejar entrar y salir el aire.

MATERIALES PARTICIPANTES

Resumen de la sesión: Trabajar con las barreras.**Barreras:****El Bambú Japonés:**

No hay que ser agricultor para saber que una buena cosecha requiere de una buena semilla, buen abono y riego constante. También es obvio que quien cultiva la tierra no se para impaciente frente a la semilla sembrada y grita con todas sus fuerzas: “crece maldita seas”. Algo muy curioso sucede con el bambú japonés, que lo transforma en no apto para pacientes: Siembras las semillas, lo abonas y te ocupas de regarla constantemente. Durante los primeros meses no sucede nada apreciable. En realidad no pasa nada con la semilla durante los primeros siete años, a tal punto que un agricultor inexperto estaría convencido de haber comprado semillas estériles. Sin embargo, en el séptimo año, en un período de sólo seis semanas, la planta de bambú crece más de 30 metros. ¿Tardó sólo seis semanas en crecer? No. La verdad es que le tomó 7 años y 6 semanas el desarrollarse. Durante los primeros 7 años de aparente inactividad, este bambú estaba generando un complejo sistema de raíces que le permitía sostener el crecimiento que iba a tener después.

Sin embargo, en la vida cotidiana, muchas personas tratan de encontrar soluciones rápidas, triunfos apresurados sin entender que el éxito es simplemente resultado del crecimiento interno y que éste requiere tiempo. Quizás por la misma impaciencia, muchos de aquellos que aspiran a resultados a corto plazo, abandonan súbitamente, justo cuando ya estaba a punto de conquistar la meta. Es tarea difícil convencer al impaciente que sólo logran el éxito aquellos que luchan en forma perseverante y saben esperar el momento adecuado. Es necesario entender que en muchas ocasiones estaremos frente a situaciones en las que creemos que nada está sucediendo. Y esto puede ser extremadamente frustrante. En esos momentos (que todos tenemos), debemos recordar el ciclo de maduración del bambú japonés, y entender que no deberemos bajar los brazos, ni abandonar la lucha por no ver el resultado que esperamos, pues sí está sucediendo algo dentro de nosotros: estamos creciendo, madurando.

Quienes no se rinden, van gradual y progresivamente creando los hábitos y el temple que les permitirá sostener el éxito cuando éste al fin se materialice. El triunfo no es más que un proceso que lleva tiempo y dedicación. Un proceso que exige aprender nuevos hábitos y nos obliga a descartar otros.

MATERIALES PARTICIPANTES

Vamos pues, a trabajar con esas barreras. Ya empezamos a trabajar el ser MÁS conscientes, en MÁS momentos. Pero ¿cuál es la mayor dificultad que nos encontramos en dejar la mente en blanco para sentir de verdad? El susurro, esos pensamientos anticipatorios o del pasado que cargados de culpa, ansiedad o ensoñación positiva que no hacen otra cosa más que alejarnos de la realidad presente. La mente nos ha convertido en sus súbditos, llevándonos de aquí para allá a su antojo.

Estos pensamientos no son más que JUICIOS. Prejuicios o juicios anticipatorios que acaban condicionando nuestros actos y por lo tanto nuestras sensaciones sobre ellos. En el momento en el que estos se dejen pasar sin prestarles atención podremos decidir de forma efectiva, con total amplitud mental y nos quedaremos tranquilos sabiendo conscientemente que nuestro pensamiento es un pensamiento atento y focalizado.

MATERIALES PARTICIPANTES

Consejos para practicar Mindfulness:

Ahora todo parece más sencillo, en el taller, rodeado del grupo, casi todo parece factible. Pero todos sabemos que el aula es como un lago, un remanso estático frente al oleaje del día a día. Por eso, vamos a ensayar entre todos un ejercicio de reubicación, es fácil acumular tensión durante el día, pero rara vez nos damos tiempo para relajarnos. Esta meditación está pensada para relajarnos un poquito, para perder el 20 por ciento de tensión. No hace falta que funcionemos al máximo nivel de adrenalina todo el día. Los momentos ocasionales de descanso nos hacen más eficientes en general.

Instrucciones:

- ◆ Date la orden de “congelarse”.
- ◆ Mantén la postura, pero no la respiración.
- ◆ Puedes estar sentado a la mesa de trabajo, lavando los platos o haciendo cola.
- ◆ Repasa tu cuerpo lentamente hacia arriba, observando las áreas con exceso de tensión.
- ◆ No cambies nada todavía.
- ◆ Observa como respira.
- ◆ Cuando estés a tono consigo mismo, diga “descongelar”.
- ◆ Permite que la tensión se afloje.
- ◆ Realiza pequeños ajustes cuando se apropiado: siéntate más recto o póngase de pie más erguido, afloja los hombros, cuello, ojos, estómago, manos.
- ◆ No pares, se sistemático.
- ◆ Disfruta al realizar ajustes cada vez más precisos.
- ◆ Respira profundamente y suspira al soltar el aire.
- ◆ Siéntete respirar.
- ◆ ¿Puedes darle más espacio y libertad a la respiración?
- ◆ Observa cómo cambia su humor.

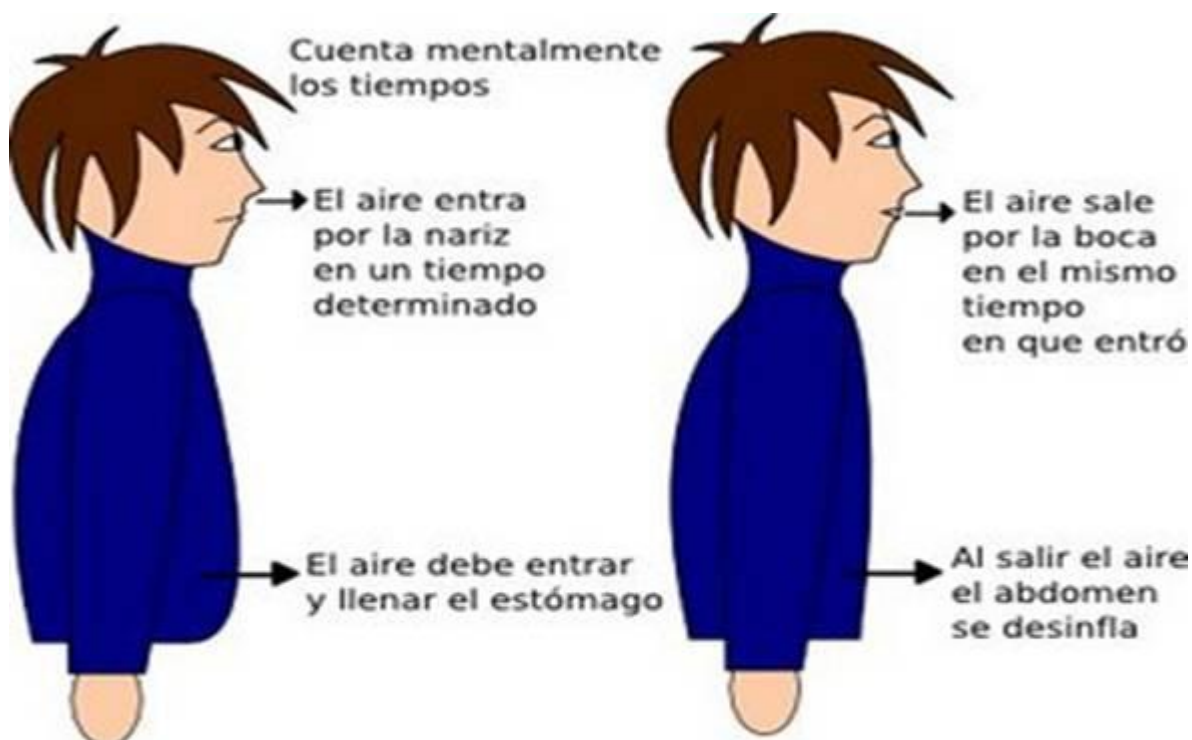
- ◆ Retoma su anterior actividad cuando estés preparado, manteniendo la conciencia del cuerpo.

Consejos para el escáner corporal.

- Transforma la actividad en un punto de meditación, asignándole un principio y un fin. Añade un minuto o dos más, para no tener prisa. Realiza todos los movimientos un poco más lentamente.
- Presta atención al ritmo al que camina, te das la vuelta, te sientas, levantas objetos. Por lo demás, actúa de forma natural.
- Observa cuando tienes prisa y está nervioso, cuando estás suave y relajado. ¿Respiras con facilidad? ¿O aguantas la respiración?
- Disfruta conscientemente de las sensaciones que experimentas: el agua que corre por su cara, el sabor de la tostada, la textura de su camisa, el sonido de la llave cuando cierra la puerta...
- Mantén la mente presente. Si su mente se ausenta y se pierde en pensamientos, regresa a las sensaciones del momento presente.
- Cuando termines el ejercicio, quédate quieto durante diez segundos y observa cómo te sientes. Practica la misma actividad cuatro días seguidos y observa los cambios que se producen.

MATERIALES PARTICIPANTES

La respiración. Entendiendo la respiración.

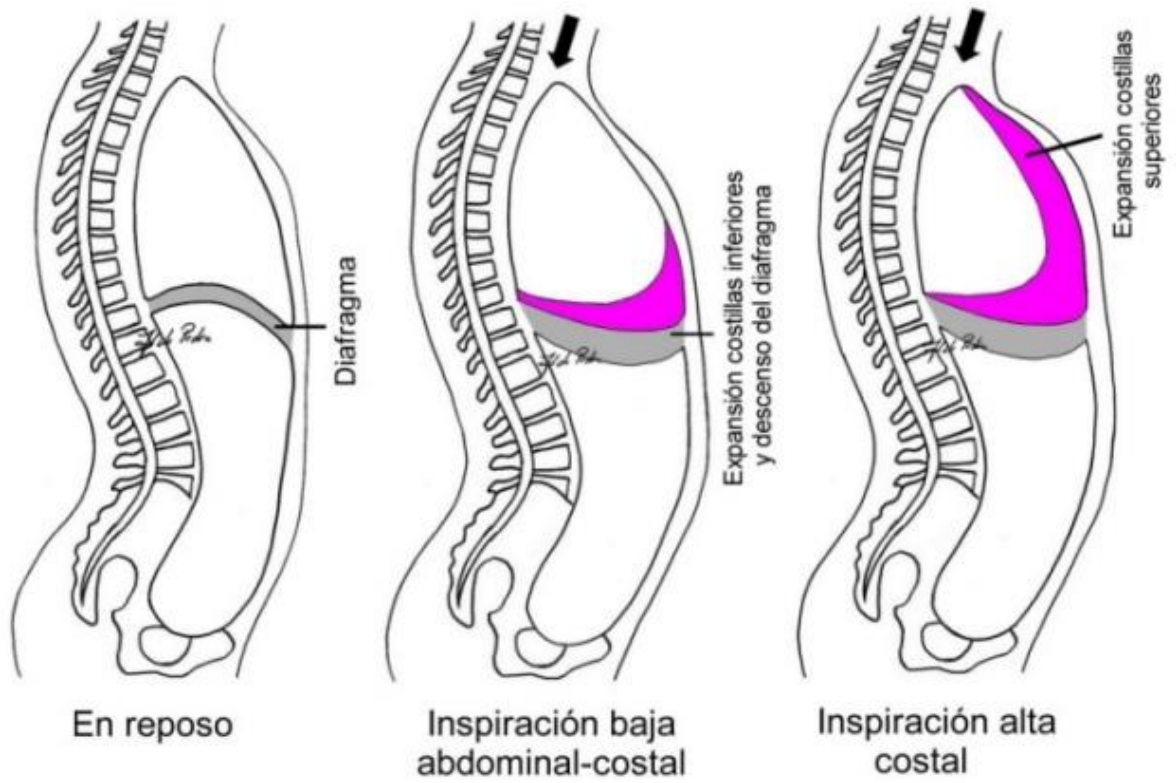


INSPIRACIÓN



ESPIRACIÓN





Ejercicios:

- 1. Usar el escáner corporal durante 6 días y anotar sensaciones en la tabla.**
- 2. 10-15 minutos de la meditación sentada diarios.**
- 3. Completar el calendario de Eventos Placenteros.**
- 4. Elegir una nueva rutina en la que centrarse con ATENCIÓN PLENA.**
- 5. Situación: Las situaciones serán dadas para analizarlas durante la semana.**
Está sentado en un parque.

Siéntate en una postura cómoda. Primero haz tres respiraciones. Céntrate en lo que ves, árboles, bancos arbustos, observa las diferencias y semejanzas de estos objetos. Nota las sensaciones corporales que experimentas, frío, calor...Observa a las personas, o que hacen, detente a observar los pensamientos que se te cruzan por la mente, nótalos, obsérvalos...

EXPERIENCIA	¿ESTABAS ATENTO ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS MIENTRAS OCURRÍA?	¿CÓMO SENTISTE TU CUERPO EN DETALLE DURANTE LA EXPERIENCIA?	¿QUÉ SENSACIONES, SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS ACOMPAÑARON ESTE EVENTO?	¿QUÉ PENSAMIENTOS HAY AHORA EN TU CABEZA MIENTRAS ESCRIBES ESTO?
Lunes				
Martes				
Miércoles				

Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 3: MEDITACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

1. 30-40 minutos de meditación sentada (Segal, Teasdale, Williams, Kabat-Zinn; 2002).

1. Practicamos meditación de la respiración.

2. Cuando te sientas establecido en la atención a tu respiración, lleva intencionalmente tu atención hacia el resto de sensaciones físicas en todo tu cuerpo. Mientras estés aún alerta, en los movimientos de la parte baja de tu abdomen, cambia tu atención focalizada, así te volverás atento al sentido del cuerpo en toda su unicidad y sus patrones cambiantes de sensación alrededor del cuerpo. Puedes encontrar que notas los movimientos de la respiración en distintas partes del cuerpo, como si el cuerpo respirara.

3. Si lo deseas, puedes combinar tu atención a la respiración y a tu cuerpo completo con una atención más local, las sensaciones particulares de tu cuerpo en aquellas zonas en las que hace contacto con la silla o el suelo. Sensaciones de contacto o de presión de las rodillas, los pies sobre el suelo, donde las manos se apoyan sobre los muslos. Lo mejor que puedas, recoge estas sensaciones en un espacio más amplio de tu atención.

4. La mente querrá huir repetidamente de estas sensaciones corporales y de la respiración. Esto es natural y esperable, y de ningún modo es un error o un fallo. Cada vez que te des cuenta de que tu atención se ha ido hacia otras sensaciones del cuerpo, felicítate por haberte dado cuenta. Anota con cuidado dónde se ha ido tu mente y vuelve a traerla de nuevo hacia la respiración y la sensación corporal de unicidad.

5. Lo mejor que puedas, simplifica las cosas, atiende a las sensaciones actuales a través de tu cuerpo poco a poco.

6. Al estar sentado, algunas sensaciones pueden ser particularmente intensas, como dolores en la espalda, en las rodillas o en los hombros y tú puedes encontrar tu atención yendo repetidamente hacia ahí y lejos de la sensación de unicidad o de la respiración. Puedes intentar usar estos momentos para experimentar, ¿Qué estoy

sintiendo exactamente? ¿Dónde exactamente están estas presiones? ¿Cambian durante el tiempo? No se trata de que pienses mucho en la respuesta sino que la sientas.

7. Dondequiera que te encuentres llevado por la intensidad de las sensaciones, reconecta con el aquí y ahora con los movimientos de la respiración o la sensación del cuerpo total. Cuando estés situado en este punto, deja que tu atención se expanda una vez más, así incluimos todas las sensaciones corporales.

Nos centramos en el presente y vamos ocupando con nuestra atención el espacio ocupado por los pensamientos de rumiación. Lo ocupamos haciendo caso a la respiración. No la controlaremos, simplemente seremos conscientes de ella.

2. Recogida de las tareas.

Escáner corporal durante 6 días y anotar sensaciones en la tabla, 10-15 minutos de la meditación sentada diarios, el calendario de Eventos Placenteros, elegir una nueva rutina en la que centrarse con ATENCIÓN PLENA.

3. Dinámica: Meditación de los sentidos: Ejercicio de mirar o escuchar.

Entrenando la atención.

Tacto:

Oído: Oigo música.	Escucho música.
Vista: Veo las cosas.	Miro las cosas.
Gusto: Como alimentos	Saboreo alimentos.
Olfato: Huelo flores	Olfateo flores.

En vez de ver cosas, miramos las formas, los colores, la situación de las cosas.

En vez de oír lo que nos dicen, las palabras, escuchamos la duración crujir de la silla, la intensidad de la respiración del de al lado, el tono de su tos.

Cada vez que la mente se vaya traerla simplemente a la acción de escuchar o mirar.

1. Practica la meditación corporal y de la respiración descrita anteriormente hasta que te sientas razonablemente asentado. (Anexo 2 y anexo 6)

2. Deja que tu atención se focalice hacia las sensaciones corporales de la escucha. Trae tu atención a los oídos y deja que tu estado de alerta se expanda y se abra, así estarás más receptivo a los sonidos según lleguen desde donde sea.

3. No hay necesidad de ir buscando sonidos o escuchar ruidos particulares. De hecho, trata de simplemente abrir tu mente para que sea receptiva a los sonidos de todas las direcciones según van llegando-sonidos que están cerca, que están lejos, que están delante, que están detrás...Ábrete a todo el espacio alrededor tuyo. Estate atento a los sonidos obvios, a los sepultados, al espacio entre los sonidos y al silencio.

4. Lo mejor que puedas, toma los sonidos simplemente como sensaciones. Cuando descubras que estás pensando sobre los sonidos, reconecta lo mejor que puedas con ellos, con atención directa de sus cualidades sensoriales (patrones de tono, timbre, volumen y duración) antes que sus significados o implicaciones.

5. Cada vez que notes que tu atención no está centrada en los sonidos del momento, suavemente anota dónde ha ido tu mente, y vuélvela a traer hacia los sonidos que pasan momento a momento.

6. La meditación del sonido puede ser una práctica valiosa practicada de forma autónoma, una forma de expandir la atención y dar un espacio más abierto y de mayor calidad sea o no la práctica precedida por la atención en los sonidos, o seguida, como se ve en lo siguiente, por la atención en los pensamientos.

7. Cuando estés preparado, deja marchar tu atención de los sonidos y reconducirla de forma que ahora se apoye en tus pensamientos como si fueran eventos de tu mente. Así, como con los sonidos, centrabas tu atención en los sonidos que surgían, los anotabas y los dejabas pasar, ahora lo mejor que puedas, trae tu atención a los pensamientos, centrando tu atención según pasan por el espacio mental y desaparecen. No hay necesidad de que fuerces que surjan los pensamientos. Simplemente déjalos surgir de forma natural, de la misma forma que lo hiciste con los sonidos. Al ser los pensamientos algo abstracto puede ser útil imaginarlos como en una pantalla de cine por la que van desfilando y tú esperas sentado a ello.

Consejos: Vaciar la mente

Cuando “vaciamos la mente” no nos concentramos en nada, excepto en el proceso de dejarse ir. Todo lo que tenemos que hacer es vigilar y descartar cualquier cosa que aparezca en la mente. Por lo tanto, nos concentramos en dejarse ir, dejarse ir, dejarse ir. Continuamente tratamos de desconectar y vaciar la mente.

Unas imágenes pueden servir para ilustrar este proceso: esta meditación es como barrer el patio en un día de viento. Cuando barremos las hojas muertas de nuestros pensamientos de un lugar, aparecen otras de otro lado.

Otra imagen es considerar la mente como una corriente de conciencia, en la que nuestros pensamientos son las hojas y las ramas que pasan flotando. En cuanto note que ha pescado un pensamiento de esos y lo ha rescatado de la corriente, vuelva a tirarlo al agua.

También podemos pensar en la mente como un espejo. En sí es perfectamente claro, pero en cambio, refleja todos los detalles de las nubes que le pasan por delante. Tratamos de identificarnos con el espejo (la mente que observa) y no con las nubes (nuestros pensamientos).

Dado que en esta meditación estamos continuamente vaciando la mente, pueden aparecer sensaciones inusuales, conocimientos y recuerdos que normalmente no llegarían a la conciencia. Dejar todo eso de lado puede ser un reto considerable, porque en cuanto sacamos algo de la corriente ya hemos perdido la meditación.

Recogida de la práctica.

4. Como las vacas...

Cuando tenemos una experiencia potente nos cuesta tragarla...

Cuando tenemos varias experiencias levemente potentes se nos acaban quedando en la garganta...

Y hacemos como las vacas, tragamos, retomamos el alimento y volvemos a tragar...Básicamente rumiamos.

Y claro, por mucho que una vaca rumie hierro no lo va a poder digerir.

Pero es que no todas las experiencias son digeribles.



5. Meditación del caminar (Segal, Teasdale, Williams, Kabat-Zinn; 2002).

1. Busca un lugar en el que puedas caminar hacia delante y hacia atrás sin que te sientas molesto de que la gente vea lo que haces. Puede ser en un sitio cerrado o abierto.

2. Para en un momento de tu caminar, con tus pies paralelos y tus rodillas relajadas. Deja que tus brazos caigan suavemente por tus lados, o sino sujeta tus manos por delante de tu cuerpo. Dirige tu mirada, suavemente, hacia el centro.

3. Trae tu atención hacia la parte final de tus pies, tomando contacto directo de la sensación del pie al estar en contacto con el suelo, el peso de tu cuerpo sobre la planta de los pies y las piernas. Puedes encontrar de ayuda flexionar un poco las rodillas para tomar contacto más claro del poder de las piernas.

4. Cuando estés preparado, pasa el peso del cuerpo a la pierna derecha, apreciando los cambios en las sensaciones físicas en las piernas y en los pies, cómo la pierna izquierda se queda “vacía” y la pierna derecha soporta todo el peso del cuerpo.

5. Con la pierna izquierda “vacía”, deja que el talón izquierdo se levante del suelo, percibiendo las sensaciones en la pantorrilla mientras lo haces, y continua dejando a todo el pie izquierdo que se levante ligeramente hasta que sólo los dedos estén en contacto con el suelo. Atento a las sensaciones físicas del pie y de la pierna, suavemente alza el pie izquierdo del todo, y suavemente muévelo hacia delante, sintiendo cómo la pierna y el pie cruzan el aire en el movimiento, y entonces posa el pie en el suelo. Deja que el pie se apoye sobre el suelo mientras transfieres el peso del cuerpo al pie izquierdo, atento al aumento de sensaciones físicas del pie izquierdo y al “vaciado” del pie derecho.

6. Con el peso totalmente transferido al pie izquierdo, deja que se eleve al pie derecho, y suavemente muévelo hacia delante, atento a las sensaciones físicas del pie y de la pierna. Focaliza tu atención en el talón derecho mientras lo posas ya en el suelo, transfiere el peso en el pie derecho, ya en el suelo, atendiendo a los cambios de las sensaciones físicas en ambas piernas y pies.

7. De esta manera, muévete dando paseos con el mismo ritmo y conciencia con la que acabamos de hacer estos pasos inmóviles pero esta vez desplazándote, atendiendo a las sensaciones del suelo, de la liberación del peso, del aire...

8. Al final de tus pasos, gírate suavemente, atendiendo y apreciando el complejo patrón de movimientos que atraviesa el cuerpo, en el pie, en el talón, en los músculos de la pierna, mientras se giran.

9. Camina hacia delante estando atento lo mejor que puedas, a las sensaciones físicas de la pierna y el pie. Mantén tu mirada fija.

10. Cuando te des cuenta que la mente se aleja de tu atención a las sensaciones, tráela de nuevo suavemente a las sensaciones del pie y de las piernas, usando el contacto del pie con el suelo como anclaje para reconectar con el momento presente, tal y como usamos la respiración la otra vez.

11. Continúa caminando 10 o 15 minutos más.

12. Para empezar, camina más despacio de lo usual, para darte una oportunidad de ser totalmente consciente de tus sensaciones. Cuando estés cómodo en el nuevo ritmo de caminar, pues experimentar también con ritmos más rápidos de caminar, guiándote un poco por el ritmo con tu ritmo medio de caminar. Si te sientes particularmente agitado, puede ayudarte el caminar rápido, con atención, y suavemente vuelve a tu ritmo natural.

13. Cada vez que puedas, trae la atención que hayas cultivado paseando a tus experiencias del caminar de tu día a día.

6. Recogida.

7. Establecer las tareas.

8. Meditación de la respiración de 2-3 minutos.

MATERIALES PARTICIPANTES

Consejos para la meditación:

◆ Puedes comenzar haciendo una práctica de meditación cualquiera. Cuando tu mente esté tan clara que nada la distraiga, deja el objeto de lado y permite que la mente se abra y sea como un espejo.

◆ Disfruta del espacio y permite que cualquier cosa pase por él: emoción, pensamiento, sensación, memoria. No demuestres interés por nada, pero estate atento a la más mínima atracción o aversión. Decir la afirmación "dejarlo ir" mientras respira, para centrarse, le puede servir de ayuda.

◆ Mira a cada pensamiento, emoción y sensación de igual manera, sin preferencias: un tic en la oreja, un recuerdo de infancia, un sentimiento de pena, el ruido del tránsito, un pensamiento sobre mañana, una gran revelación.

◆ Si aparecen muchos fenómenos similares (una cadena de recuerdos, por ejemplo, o puras sensaciones físicas), es que estás seleccionando inconscientemente. Realmente estás desconectado si lo que aparece es diverso y pasa en un instante.

◆ Si sospechas que estás perdido, entonces es que lo está. Pare inmediatamente y reestablezca la concentración en un objeto. No vaya de un lado a otro.

◆ Ajústate a los espacios entre pensamientos y siente la conciencia detrás de los contenidos de su mente. Cuando acabes esta práctica, tu mente se sentirá imperturbable, espaciosa y tranquila.

MATERIALES PARTICIPANTES

Consejos para la respiración:

1. Atención.

¿Qué estoy experimentando ahora? Pensamientos, emociones, sensaciones....

2. Reunión.

Todo se dirige a la respiración. Puedes utilizarla como anclaje para volver cada vez que te hayas ido.

3. Expandirse.

Expande tu atención desde la respiración a todo tu cuerpo, incluyendo tu postura, tu expresión facial...

MATERIALES PARTICIPANTES

Ejercicios:

- 1. Usar el escáner corporal durante todos días y anotar sensaciones en la tabla.**
- 2. 15-20 minutos de la meditación todos los días.**
- 3. Completar el calendario de Eventos Dis-Placenteros.**
- 4. 3-4 minutos de respiración 3 veces al día.**

EXPERIENCIA	¿ESTABAS ATENTO ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS MIENTRAS OCURRÍA?	¿CÓMO SENTISTE TU CUERPO EN DETALLE DURANTE LA EXPERIENCIA?	¿QUÉ SENSACIONES, SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS ACOMPAÑARON ESTE EVENTO?	¿QUÉ PENSAMIENTOS HAY AHORA EN TU CABEZA MIENTRAS ESCRIBES ESTO?
Lunes				
Martes				
Miércoles				

Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 4: EL PRESENTE

1. Espacio de respiración.

Lo primero que vamos a hacer en esta práctica es coger una postura muy definida ya que es muy corta y queremos llegar al momento rápidamente. Esta postura, relajada, con la espalda recta, dejando que nuestros cuerpos expresen la sensación presente y de despertar...

Ahora cerrando los ojos, si lo sientes adecuado para ti, el primer paso es sentirse atento, realmente atento, de qué es lo que está pasando aquí y ahora contigo. Ser consciente de qué es lo que pasa por tu cabeza. ¿Cuáles son los pensamientos que surgen? Aquí, una vez más anota los pensamientos como hechos mentales...Los anotamos, y entonces anotamos los sentimientos de alrededor en este momento...en particular dirigiéndonos hacia cualquier sentido de displacer o desagrado. Preferiblemente antes que empujarlos o evitarlos, acógelos, tal vez diciendo “Ah, aquí estáis, así es como son las cosas ahora.” Y compáralas con las sensaciones corporales. ¿Hay sensaciones de tensión? Una vez más sé consciente de ellas.

Tenemos entonces la sensación de lo que ahora ocurre. Hemos parado el piloto automático. El segundo paso es recoger nuestra tensión centrándonos en un solo objeto- los movimientos de la respiración. Así ahora que tenemos nuestro ser realmente unido, centramos nuestra atención en esa parte baja del abdomen, movimiento a movimiento, respiración a respiración...estamos un minuto centrándonos en la respiración abdominal. Ahora que sabes cómo la respiración se está moviendo hacia dentro o hacia fuera. Céntrate en esos movimientos y aférrate a ellos para estar centrado en el presente.

Y ahora, una vez que hemos unido nuestras personas, dejamos que nuestra atención se expanda. Trayendo la atención de la respiración, también incluimos la sensación del cuerpo enteramente. Así conseguimos más espacio para la conciencia. Una sensación corporal de unicidad, incluyendo cualquier sensación relacionada con tirantez en los hombros, en el cuello, en la espalda...siguiendo la respiración como si tu

cuerpo entero estuviera respirando. Sosteniéndolo suavemente en un espacio de la atención más amplio...

Y entonces, cuando estés preparado, deja que tus ojos se abran suavemente.

2. Recogida de la práctica.

3. Revisión de las tareas.

4. Dinámica: Análisis de objeto:

Yo soy fontanero. Yo hago fontanería.

Estamos en el hacer en vez de en el ser.

Yo soy triste. Yo estoy triste.

Cuadro con frases (escribir en parejas lo que creéis que cambia estar en el hacer, ser, o estar.)

SER	HACER	ESTAR
		Yo estoy guapo
Yo soy listo		
Yo soy un desastre		
		Yo estoy contenta
	Yo hago la comida	
	Yo trabajo	

Práctica de identificación con los estados.

YO ESTOY TRISTE

YO SOY TRISTE

¿Qué diferencia hay entre estas dos afirmaciones?

“Es mi cumpleaños. He invitado a mi casa a unos cuantos amigos. Estoy preparando la cena y he preparado un succulento bizcocho en el horno. Al ir a sacarlo, me quemo con la bandeja y se me cae el postre quedando destrozado en el suelo. ¡Soy un desastre!”

¿Cómo te quedas con esta afirmación?

¿Qué es un desastre? ¿El bizcocho, la cena o yo?

¿Me dejarán de querer por lo del bizcocho?

desastre

1. m. Gran desgracia, suceso infeliz y lamentable:
los vertidos del buque provocaron un desastre ecológico.
2. Cosa de mala calidad, mala organización, mal resultado, etc.:
estas reformas en el edificio son un verdadero desastre.
3. Persona con mala suerte, sin habilidad y llena de imperfecciones:
siempre le toca perder a ella, es un desastre.
4. En la guerra, derrota, pérdida muy grave:
desastre de Annual.

Análisis de objeto:

Cuando algo nos llama la atención la mente momentáneamente se concentra en ello y los demás pensamientos desaparecen. Esto sucede muchas veces al día. Esta meditación transforma este hecho natural en una práctica formal.

Esta meditación suele realizarse con diversos objetos sobre una mesa: una vela, una figura de cerámica, un trozo de madera, una pieza de fruta, un pañuelo de seda multicolor, etc. Es importante que pueda elegir algo que le resulte personalmente atractivo.

1. Practica la meditación corporal y de la respiración descrita anteriormente hasta que te sientas razonablemente asentado. (Anexo 2 y anexo 6)

2. Deja que tu atención se focalice hacia las sensaciones corporales del tacto. Trae tu atención a las sensaciones en tus manos y deja que tu estado de alerta se expanda y se abra, así estarás más receptivo a las sensaciones según lleguen desde donde sea.

3. No hay necesidad de ir buscando tactos particulares. De hecho, trata de simplemente abrir tu mente para que sea receptiva a las sensaciones. Ábrete a todo el espacio alrededor tuyo. Estate atento a los tactos obvios, a los sepultados.

4. Lo mejor que puedas, toma los tactos simplemente como sensaciones. Cuando descubras que estás pensando sobre lo que estás tocando, reconecta lo mejor que puedas con ellos, con atención directa de sus cualidades sensoriales Áspero, aterciopelado, blando, caluroso, deformado, delicado, duro, fino, flexible, frío, húmedo, liso, macizo, pastoso, pegajoso, pesado, pulimentado, refrescante, rígido, rugoso, seco, sedoso, suave, tibio, untuoso... antes que sus significados o implicaciones.

5. Cada vez que notes que tu atención no está centrada en el tacto del momento, suavemente anota dónde ha ido tu mente, y vuélvela a traer hacia el tacto que pasan momento a momento.

6. Deja que tu atención se focalice hacia las sensaciones corporales del olfato. Trae tu atención a las sensaciones en tu nariz y deja que tu estado de alerta se expanda y se abra, así estarás más receptivo a las sensaciones según lleguen desde donde sea.

7. No hay necesidad de ir buscando olores particulares. De hecho, trata de simplemente abrir tu mente para que sea receptiva a las sensaciones. Ábrete a todo el espacio alrededor tuyo. Estate atento a los olores obvios, a los sepultados.

8. Lo mejor que puedas, toma los olores simplemente como sensaciones. Cuando descubras que estás pensando sobre lo que estás oliendo, reconecta lo mejor que puedas con ellos, con atención directa de sus cualidades sensoriales Agradable, apestoso, aromático, asqueroso, delicioso, desagradable, embriagador, excitante, fétido, fragante, hediondo, hediente, maloliente, mefítico, oloroso, odorífero, penetrante, pestilente, pestífero, refrescante, subyugante...antes que sus significados o implicaciones.

9. Cada vez que notes que tu atención no está centrada en el olor del momento, suavemente anota dónde ha ido tu mente, y vuélvela a traer hacia los olores que pasan momento a momento.

10. Podemos observar el objeto fríamente, considerando su forma y color, pero a medida que nos vamos relajando aparecen espontáneamente recuerdos y asociaciones. Por ejemplo, nos podemos encontrar imaginando la textura, el gusto y la estructura interna de una naranja. Todo esto contribuye a ahondar nuestro sentimiento de empatía y unión con el objeto.

11. Abre los ojos. Mantén los músculos flojos y suaves. Los ojos pueden estar casi desenfocados. Posa los ojos sobre el objeto y explórelo.

12. Di el nombre del objeto en silencio, cada vez que suelta el aire. Sin esfuerzo y sin fijar la mirada, familiarízate con el objeto. Nota su color, sombras, textura, etc. Amarillo, anguloso, azul, blanco, circular, cuadrado, grande, minúsculo, negro, pequeño, redondo, verde, violeta, rojo, triangular...

13. Usa tu imaginación si lo deseas. Imagina que lo estás tocando o sosteniendo, que estás <metiéndote dentro> del objeto, o transformándote en él, o permite que afloren las asociaciones.

14. Si lo deseas, cierra los ojos y explora el objeto en tu imaginación. Sigue diciendo la palabra para evocar la imagen. Los detalles pueden cambiar ligeramente. Si pierdes la imagen del todo, abre los ojos otra vez.

De vez en cuando repasa todo el cuerpo para asegurarte de que estás relajado. Si notas que te estás poniendo tenso, mantén los ojos cerrados un rato. Si notas que empiezas a soñar, abre los ojos. Medita sobre el objeto con los ojos abiertos o cerrados, como quieras. Al final de la meditación, observa cómo se siente tu cuerpo.

Recogida práctica.

Recogida respiración.

6. Distribuir tareas.

7. Respiración de 3 minutos.

MATERIALES PARTICIPANTES

En esta sesión aprenderemos a estar atentos cuando el cuerpo actúa en disonancia con la mente. Esto es cuando no estamos en el momento presente y los pensamientos se disparan llevando nuestra mente a otro lugar. Esto disminuye nuestra efectividad ante las situaciones presentes puesto que si sólo estamos de cuerpo presente actuaremos con automatismos, automatismo que muchas veces se han quedado obsoletos. Mientras que si resituamos nuestra mente en el momento, podremos crear nuevas formas de actuación mucho más funcionales.

La mente viaja continuamente hacia el pasado o hacia el futuro evitando o escapando del presente. El Mindfulness enseña cómo mantenernos en el presente para poder tener una perspectiva más real y abierta de lo que sucede. Nos enseña en definitiva, a mantenernos en el AHORA.

MATERIALES PARTICIPANTES

En la práctica del mindfulness el Presente tiene un sentido diferente al usado habitualmente.

Es importante no confundir el Presente con lo que sucede en el presente: lo que sucede en el presente es una forma y es temporal. El Presente en mindfulness es el espacio contenedor en el cual las formas mentales surgen y se mueven en ese mismo instante.

Para estar en el Presente es necesario separarse de la voz que habla en nuestra mente. En el instante en el que cesamos de perdernos o identificarnos con un pensamiento surge ese estado en nosotros.

Estar atento es estar presente, estar en el Ahora: Entrar en el flujo del Ahora a través de lo que percibimos. Esta calidad de atención es mindfulness.

Al principio ese estado de atención puede confundirse con la concentración, que todavía es un estado mental muy dirigido y tiene una finalidad, un objetivo. Eso ya hace que se esté proyectando al futuro y no en el Presente, generando cierta tensión.

La atención de la que hablamos no es concentración, es relajada es periférica y abraza toda la percepción. Es un estado vigilante de curiosidad, sin razón alguna, como un niño cuando escucha algo por primera vez.

(Alonso, 2012).

MATERIALES PARTICIPANTES

VIVE

Vive, dices, en el presente,

Vive sólo en el presente.

Pero yo no quiero el presente, yo quiero la realidad;

Quiero las cosas que existen, no el tiempo que las mide.

¿Qué es el presente?

Es una cosa relativa al pasado y al futuro.

Es una cosa que existe en virtud de otras que existen.

Yo quiero sólo la realidad, las cosas sin presente.

No quiero incluir al tiempo en mi esquema.

No quiero pensar las cosas como presentes; quiero pensar en ellas como cosas.

No quiero separarlas de sí mismas, tratándolas de presentes.

Yo ni por reales las debería tratar.

Yo no las debería de tratar de nada.

Yo debería verlas, apenas verlas;

Verlas hasta no poder pensar en ellas,

Verlas sin tiempo, ni espacio,

Ver pudiendo prescindir de todo menos de lo que se ve.

Es ésta una ciencia de ver, que no es ninguna.

MATERIALES PARTICIPANTES

- 1. Usar el escáner corporal durante los días 2, 4 y 6 y anotar sensaciones en la tabla.**
- 2. 15-20 minutos de la meditación todos los días.**
- 3. 3-4 minutos de respiración 3 veces al día.**

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 5: EL DEJARLO PASAR

1. Respiración.

Sensaciones corporales, sonidos, respiración...

Lo primero que vamos a hacer en esta práctica es coger una postura muy definida ya que es muy corta y queremos llegar al momento rápidamente. Esta postura, relajada, con la espalda recta, dejando que nuestros cuerpos expresen la sensación presente y de despertar...

Ahora cerrando los ojos, si lo sientes adecuado para ti, el primer paso es sentirse atento, realmente atento, de qué es lo que está pasando aquí y ahora contigo. Ser consciente de qué es lo que pasa por tu cabeza. ¿Cuáles son los pensamientos que surgen? Aquí, una vez más anota los pensamientos como hechos mentales...Los anotamos, y entonces anotamos los sentimientos de alrededor en este momento...en particular dirigiéndonos hacia cualquier sentido de displacer o desagrado. Preferiblemente antes que empujarlos o evitarlos, acógelos, tal vez diciendo “Ah, aquí estáis, así es como son las cosas ahora.” Y compáralas con las sensaciones corporales. ¿Hay sensaciones de tensión? Una vez más sé consciente de ellas.

Tenemos entonces la sensación de lo que ahora ocurre. Hemos parado el piloto automático. El segundo paso es recoger nuestra tensión centrándonos en un solo objeto- los movimientos de la respiración. Así ahora que tenemos nuestro ser realmente unido, centramos nuestra atención en esa parte baja del abdomen, movimiento a movimiento, respiración a respiración...estamos un minuto centrándonos en la respiración abdominal. Ahora que sabes cómo la respiración se está moviendo hacia dentro o hacia fuera. Céntrate en esos movimientos y aférrate a ellos para estar centrado en el presente.

Y ahora, una vez que hemos unido nuestras personas, dejamos que nuestra atención se expanda. Trayendo la atención de la respiración, también incluimos la sensación del cuerpo enteramente. Así conseguimos más espacio para la conciencia. Una sensación corporal de unicidad, incluyendo cualquier sensación relacionada con tirantez en los hombros, en el cuello, en la espalda...siguiendo la respiración como si tu

cuerpo entero estuviera respirando. Sosteniéndolo suavemente en un espacio de la atención más amplio...

Y entonces, cuando estés preparado, deja que tus ojos se abran suavemente.

Recogida práctica.

2. Revisión tareas.

Usar el escáner corporal durante los días 2, 4 y 6 y anotar sensaciones en la tabla, 10-15 minutos de la meditación los días 1,3 y 5, 3-4 minutos de respiración 3 veces al día y el poema.

3. Dinámica: Afrontamiento:

La distinción entre aceptar y arreglar es difícil ya que muchas veces cuando aceptamos algo es porque éste es positivo, es lo que nos molesta lo que requiere “esfuerzo”. Aceptar no es más que dejar que las cosas sobre las que no hay control sigan su curso. Sea lo que sea, lo voy a sentir.

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que si no aceptamos algo no podremos observarlo, y mucho menos trabajar sobre ello. “No es posible observar la ansiedad, si uno no observa que está ansioso”. “Debemos aprender a mantenernos en calma en medio de la actividad y a estar llenos de vida cuando descansamos.” Indira Gandhi.

La casa de los huéspedes: La experiencia de la mente humana es como la de alguien que en su casa de huéspedes será visitado por numerosos “huéspedes” a lo largo del día: emociones, pensamientos y estados mentales. Éstos llegan e intentan quedarse, obtener algo del dueño e interferir en sus cosas. Son muy diferentes entre ellos; pero el dueño de la casa los trata a todos por igual, se limita a saludarlos, observarlos y dejarlos ir amablemente sin quedarse con ninguno. Sin aferrarse ni enfrentarse a ninguno y sin dejar que interfieran.

3. Meditación sentada:

1. Practicamos meditación de la respiración.

2. Cuando te sientas establecido en la atención a tu respiración, lleva intencionalmente tu atención hacia el resto de sensaciones físicas en todo tu cuerpo. Mientras estés aún alerta, en los movimientos de la parte baja de tu abdomen, cambia tu atención focalizada, así te volverás atento al sentido del cuerpo en toda su unicidad y sus patrones cambiantes de sensación alrededor del cuerpo. Puedes encontrar que

notas los movimientos de la respiración en distintas partes del cuerpo, como si el cuerpo respirara.

3. Si lo deseas, puedes combinar tu atención a la respiración y a tu cuerpo completo con una atención más local, las sensaciones particulares de tu cuerpo en aquellas zonas en las que hace contacto con la silla o el suelo. Sensaciones de contacto o de presión de las rodillas, los pies sobre el suelo, donde las manos se apoyan sobre los muslos. Lo mejor que puedas, recoge estas sensaciones en un espacio más amplio de tu atención.

4. La mente querrá huir repetidamente de estas sensaciones corporales y de la respiración. Esto es natural y esperable, y de ningún modo es un error o un fallo. Cada vez que te des cuenta de que tu atención se ha ido hacia otras sensaciones del cuerpo, felicítate por haberte dado cuenta. Anota con cuidado dónde se ha ido tu mente y vuelve a traerla de nuevo hacia la respiración y la sensación corporal de unicidad.

5. Lo mejor que puedas, simplifica las cosas, atiende a las sensaciones actuales a través de tu cuerpo poco a poco.

6. Al estar sentado, algunas sensaciones pueden ser particularmente intensas, como dolores en la espalda, en las rodillas o en los hombros y tú puedes encontrar tu atención yendo repetidamente hacia ahí y lejos de la sensación de unicidad o de la respiración. Puedes intentar usar estos momentos para experimentar, ¿Qué estoy sintiendo exactamente? ¿Dónde exactamente están estas presiones? ¿Cambian durante el tiempo? No se trata de que pienses mucho en la respuesta sino que la sientas.

7. Dondequiera que te encuentres llevado por la intensidad de las sensaciones, reconecta con el aquí y ahora con los movimientos de la respiración o la sensación del cuerpo total. Cuando estés situado en este punto, deja que tu atención se expanda una vez más, así incluimos todas las sensaciones corporales.

Nos centramos en el presente y vamos ocupando con nuestra atención el espacio ocupado por los pensamientos de rumiación. Lo ocupamos haciendo caso a la respiración. No la controlaremos, simplemente seremos conscientes de ella.

4. Práctica de efectividad:

Se traerá un periódico del día de hoy. Cada usuario elegirá una noticia que le preocupe especialmente. Se escribirá la noticia de cada uno en el tablón. Ej:

LA CATÁSTROFE DE JAPÓN.

Es necesario que sean noticias actuales y concretas, evitar cosas del tipo: la guerra en el mundo, o el hambre en el mundo. Es preferible que se escoja un titular concreto.

A continuación, se pondrán en común las emociones que producen estas noticias a cada uno. Ej:

LA CATÁSTROFE DE JAPÓN.

DESASOSIEGO, TRISTEZA...

Han de ser emociones concretas.

Después, se preguntarán cada uno cómo se enfrenta a estas emociones, a estos titulares.

LA CATÁSTROFE DE JAPÓN. DESASOSIEGO LEER MÁS SOBRE ELLO

¿Qué te produce este afrontamiento?

¿Es algo eficaz para tu situación actual?

¿Te planteas que no puedes hacer nada por tu enfermedad?

1. Presta atención a nuestra relación con la información que recibimos. ¿Cuántos periódicos y revistas leemos? ¿Cómo nos sentimos después? ¿Cuándo solemos leerlos? ¿Es ése un buen momento para hacerlo? ¿Actuamos conforme a la información que recibimos? ¿Cómo? ¿Somos conscientes de que nuestra necesidad de noticias e información podría clasificarse de adictiva? ¿De qué manera se ve afectado nuestro comportamiento por nuestra necesidad de ser estimulados y bombardeados con información? ¿Mantenemos encendida la radio o la televisión

todo el tiempo, aunque no le prestemos atención? ¿Nos pasamos horas leyendo el periódico sólo para matar el tiempo?

2. ¿Cómo utilizamos la televisión? ¿Qué solemos mirar? ¿Qué tipo de necesidades satisface en nosotros? ¿Con qué frecuencia la miramos? ¿Cuál es el estado mental que nos lleva a encenderla? ¿y a apagarla?

3. ¿Qué efectos tiene en nosotros la absorción de malas noticias e imágenes violentas? Fíjate si nos sentimos impotentes o deprimidos ante estas cosas.

4. Intentemos identificar cuáles son los principales temas que nos preocupan y averigüemos cómo, si trabajásemos en ellos. El mero hecho de hacer algo por “pequeño” que sea puede ayudarnos a sentir que nuestros.

"Imagina que estás caminando bajo lluvia - que está realmente lloviendo a cántaros y te estás mojando. Tienes un largo camino por recorrer y no tienes paraguas. Hace frío! Te sientes cansado y miserable.

Respecto a la situación. ¿Qué tipo de postura física llevarías? Trata de hacerla. Siente realmente lo que esta postura te hace sentir en tu cuerpo.

Ahora imagina que estás en la misma tormenta, igual de mojado, pero esta vez tu actitud es -

"OK, me estoy mojando. No hay nada que puede hacer al respecto. Oh, bueno! Ojalá hubiera traído mi paraguas... sí, me estoy empapando.

Respecto a la situación. ¿Qué tipo de postura física llevarías? Trata de hacerla. Siente realmente lo que esta postura te hace sentir en tu cuerpo.

No siempre escogemos lo que sucede en la vida, pero podemos elegir la forma en que nos relacionamos con él

5. Meditación de la montaña

Imagina una montaña pasando por, los cambios estacionales.

Primavera Imagina eres una montaña. Eres muy grande y muy sólido, y has estado en ese lugar durante mucho tiempo, mucho tiempo. Por supuesto, como todas las cosas, cambia, pero cambia muy lentamente, en el tiempo geológico. En este momento es primavera. Hay vida por todas partes. Los árboles tienen nuevas hojas, las flores están en flor y los insectos voladores se aproximan. Los animales cuidan de sus crías, las aves están de vuelta de sus migraciones. Cada día es diferente, a veces está nublado, frío, y llueve, otras veces es cálido y soleado. Cuando la noche se convierte en

día y el día en noche, te sientes allí, experimentando la vida se desarrolla en todas partes. A medida que pasan los días, poco a poco se hacen más largos y las noches se hacen más cortas. Cada una es diferente. Usted sigue siendo sólida y aun así, experimentando todos los cambios en y alrededor de usted.

(Cierra los ojos por unos minutos ahora y ver cómo se siente ser una montaña en la primavera, dándose cuenta de toda la actividad en y alrededor d usted.)

Verano: Los días continúan siendo más largos, y ahora la luz se queda hasta muy tarde. A veces es muy caliente, y los animales buscan la sombra. Los insectos estan ahora en todas partes, rastreros y voladores alrededor. Los animales jóvenes se aventuran por su cuenta. A veces todavía hay bastante aire y el sol es brillante. Otras veces, violentas tormentas rugen a través, los rayos y la lluvia cae a cántaros. A veces el corrientes de chorro y se caían a los lados, otras veces son casi seco. Toda esta actividad se desarrolla al mismo tiempo usted se sienta allí, muy sólido, observando todo. A medida que pasan los días se observa que son poco cada vez más cortos, aunque siguen siendo bastante caliente. Tú sigues siendo estable, teniendo todo adentro

(Cierra los ojos por unos minutos ahora para experimentar el verano.)

Otoño

El sol se está ocultando notablemente antes, y las noches a partir de ahora son más frescas. Ves que las hojas comienzan a cambiar de color y los animales se están preparando para el invierno. Los pájaros están empezando a salir. Cada día es diferente, algunos son soleados y cálidos, pero ahora algunos están fríos. Cuando el día se convierte en noche y la noche al día, las hojas siguen al cambio, algunos se hicieron de brillante color. A veces llueve con suavidad, a veces es tiempos tormentosos, otros que es tranquilo y pacífico. Los días se siguen acortando hasta que realmente oscurece temprano, y el noches son realmente frías. Te das cuenta ahora que muchos de los árboles tienen dejado caer sus hojas y las plantas han pasado de verde a marrón. Si bien todo en usted y sobre usted se transforma, que siguen siendo relativamente quieto y que no cambia.

(Cierra los ojos ahora para estar con el otoño.)

Invierno La primera nieve ha llegado. Todo se transforma. Los arroyos son congelados, todo está cubierto de blanco. Ves a los animales sólo ocasionalmente-

sobre todo a cuenta de sus huellas. Muy pocas son las aves alrededor, y los insectos parecen haber desaparecido. Algunos días son soleados y más cálido, mientras que otros son bastante fríos. Fuertes tormentas vienen a través de la cegadora nieve y el viento cortante. Eres capaz de sentarte firmemente, sin miedo, teniendo todo adentro. Cuando la noche se convierte en día y el día a la noche se observa que los días están empezando a ser más largos de nuevo. Algunos días realmente cálidos la nieve comienza a fundirse y las corrientes comienzan a fluir, pero otros días todo se vuelve a congelar. Finalmente, hay más días cálidos que fríos y se empieza a ver el suelo desnudo. Notas los primeros brotes de las plantas jóvenes y te das cuenta de que la primavera ya casi está aquí.

(De nuevo cierra los ojos para estar con la experiencia.)

Recogida de la experiencia.

Aprender a relacionarse con la realidad de forma diferente conlleva el trasladar a la experiencia un sentido de “permitir” hacerla de forma diferente. Muchas personas expresan el temor de que la meditación sea tan solo un escape a la realidad. Está claro que cuando nos relajamos nuestros pensamientos y nuestros sentimientos cambian, incluso nuestra forma diferente de ver la realidad puede ser desconcertante aunque sea positiva. Podemos incluso preguntarnos “¿Me estoy volviendo frío e insensible?”.

En general, reaccionamos a la experiencia de 3 modos:

1. **Alejándonos** del presente en dirección a otro lugar en nuestras mentes.
2. **Quedándonos** atrapados en los sucesos que ocurren en nuestras mentes, no dejándonos llevar por la experiencia del aquí y el ahora.
3. **Deseando que pase**, que nos liberemos de la experiencia desagradable o intentando prevenir experiencias futuras no deseadas.

¡¡¡REACCIONAMOS!!!

EVITAMOS, HUIMOS...”COMO SI NADA”...

Si “estar en contacto con la realidad” es preocuparse por cosas que todavía no han sucedido, obsesionarse por cosas que no se pueden cambiar o reaccionar con pánico ante sucesos diarios, entonces la respuesta es “sí”, la meditación es un escape a todo eso.

¿Por qué no intentar hacer como la montaña?

PARADOJA

Decimos estar en el presente, luego dejar pasar....¿encaja todo esto?

1. El aprendizaje de mindfulness **no puede forzarse**; es un proceso de tolerancia, descubrimiento y revelación, que se abre a medida que lo practicamos.
2. La conciencia que uno va creando **no intenta cambiar nada**. Primero sucede la aceptación y el cambio llega más tarde como consecuencia de la primera, y es guiado por la conciencia.
3. Es muy probable que realices cambios significativos en la gestión del miedo, la ansiedad y el pánico, pero sólo **lo lograrás una vez que hayas atravesado profundamente esas experiencias con conciencia plena y compasión**.
4. La aceptación y la apertura a cuanto acontece en el momento presente **sin controlar, sin evitar, sin aferrarse, sin zafarse de nada, de forma ecuánime** es la clave que nos permite alcanzar el equilibrio emocional.

(Alonso, M. 2012)

6. Repartir tareas.

7. Espacio para la respiración.

MATERIALES PARTICIPANTES

VIAJERO: ¿Qué tiempo vendrá hoy?

PASTOR: El tiempo que a mí me gusta.

VIAJERO: ¿cómo sabe que hará el tiempo que a usted le gusta?

PASTOR: Habiendo descubierto que no siempre puedo tener lo que a mí me gusta, he aprendido a gustar siempre de lo que recibo. Por ello, estoy seguro de que tendremos el tiempo que a mí me gusta.

MATERIALES PARTICIPANTES

La casa de huéspedes (Rumi)

El ser humano es una casa de huéspedes.
Cada mañana un nuevo recién llegado.
Una alegría, una tristeza, una maldad,
que viene como un visitante inesperado.
¡Dales la bienvenida y recíbelos a todos!
Aun si son un coro de penurias que vacían tu casa violentamente.
Trata a cada huésped honorablemente,
él puede estar creándote el espacio para una nueva delicia.
El pensamiento oscuro, la vergüenza, la malicia,
Recíbelos en la puerta sonriendo
e invítalos a entrar.
Agradece a quien quiera que venga,
Porque cada uno ha sido enviado
 Como una guía del más allá.

PARADOJA

Decimos estar en el presente, luego dejar pasar....¿encaja todo esto?

1. El aprendizaje de mindfulness **no puede forzarse**; es un proceso de tolerancia, descubrimiento y revelación, que se abre a medida que lo practicamos.
2. La conciencia que uno va creando **no intenta cambiar nada**. Primero sucede la aceptación y el cambio llega más tarde como consecuencia de la primera, y es guiado por la conciencia.
3. Es muy probable que realices cambios significativos en la gestión del miedo, la ansiedad y el pánico, pero sólo **lo lograrás una vez que hayas atravesado profundamente esas experiencias con conciencia plena y compasión**.
4. La aceptación y la apertura a cuanto acontece en el momento presente **sin controlar, sin evitar, sin aferrarse, sin zafarse de nada, de forma ecuánime** es la clave que nos permite alcanzar el equilibrio emocional.

(Alonso, M. 2012)

MATERIALES PARTICIPANTES

Tareas:

6 días prácticas de la meditación sentada.

3 minutos de espacio para respirar 3 veces al día.

3 minutos de Espacio para respirar como forma de afrontamiento cada vez que notes una experiencia displacentera.

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 6: LOS PENSAMIENTOS NO SON HECHOS

Lo primero que vamos a hacer en esta práctica es coger una postura muy definida ya que es muy corta y queremos llegar al momento rápidamente. Esta postura, relajada, con la espalda recta, dejando que nuestros cuerpos expresen la sensación presente y de despertar...

Ahora cerrando los ojos, si lo sientes adecuado para ti, el primer paso es sentirse atento, realmente atento, de qué es lo que está pasando aquí y ahora contigo. Ser consciente de qué es lo que pasa por tu cabeza. ¿Cuáles son los pensamientos que surgen? Aquí, una vez más anota los pensamientos como hechos mentales...Los anotamos, y entonces anotamos los sentimientos de alrededor en este momento...en particular dirigiéndonos hacia cualquier sentido de displacer o desagrado. Preferiblemente antes que empujarlos o evitarlos, acógelos, tal vez diciendo “Ah, aquí estáis, así es como son las cosas ahora.” Y compáralas con las sensaciones corporales. ¿Hay sensaciones de tensión? Una vez más sé consciente de ellas.

Tenemos entonces la sensación de lo que ahora ocurre. Hemos parado el piloto automático. El segundo paso es recoger nuestra tensión centrándonos en un solo objeto- los movimientos de la respiración. Así ahora que tenemos nuestro ser realmente unido, centramos nuestra atención en esa parte baja del abdomen, movimiento a movimiento, respiración a respiración...estamos un minuto centrándonos en la respiración abdominal. Ahora que sabes cómo la respiración se está moviendo hacia dentro o hacia fuera. Céntrate en esos movimientos y aférrate a ellos para estar centrado en el presente.

Y ahora, una vez que hemos unido nuestras personas, dejamos que nuestra atención se expanda. Trayendo la atención de la respiración, también incluimos la sensación del cuerpo enteramente. Así conseguimos más espacio para la conciencia. Una sensación corporal de unicidad, incluyendo cualquier sensación relacionada con tirantez en los hombros, en el cuello, en la espalda...siguiendo la respiración como si tu cuerpo entero estuviera respirando. Sosteniéndolo suavemente en un espacio de la atención más amplio...

Y entonces, cuando estés preparado, deja que tus ojos se abran suavemente.

1. Práctica de la meditación sentada.

1. Practicamos meditación de la respiración.

2. Cuando te sientas establecido en la atención a tu respiración, lleva intencionalmente tu atención hacia el resto de sensaciones físicas en todo tu cuerpo. Mientras estés aún alerta, en los movimientos de la parte baja de tu abdomen, cambia tu atención focalizada, así te volverás atento al sentido del cuerpo en toda su unicidad y sus patrones cambiantes de sensación alrededor del cuerpo. Puedes encontrar que notas los movimientos de la respiración en distintas partes del cuerpo, como si el cuerpo respirara.

3. Si lo deseas, puedes combinar tu atención a la respiración y a tu cuerpo completo con una atención más local, las sensaciones particulares de tu cuerpo en aquellas zonas en las que hace contacto con la silla o el suelo. Sensaciones de contacto o de presión de las rodillas, los pies sobre el suelo, donde las manos se apoyan sobre los muslos. Lo mejor que puedas, recoge estas sensaciones en un espacio más amplio de tu atención.

4. La mente querrá huir repetidamente de estas sensaciones corporales y de la respiración. Esto es natural y esperable, y de ningún modo es un error o un fallo. Cada vez que te des cuenta de que tu atención se ha ido hacia otras sensaciones del cuerpo, felicítate por haberte dado cuenta. Anota con cuidado dónde se ha ido tu mente y vuelve a traerla de nuevo hacia la respiración y la sensación corporal de unicidad.

5. Lo mejor que puedas, simplifica las cosas, atiende a las sensaciones actuales a través de tu cuerpo poco a poco.

6. Al estar sentado, algunas sensaciones pueden ser particularmente intensas, como dolores en la espalda, en las rodillas o en los hombros y tú puedes encontrar tu atención yendo repetidamente hacia ahí y lejos de la sensación de unicidad o de la respiración. Puedes intentar usar estos momentos para experimentar, ¿Qué estoy sintiendo exactamente? ¿Dónde exactamente están estas presiones? ¿Cambian durante el tiempo? No se trata de que pienses mucho en la respuesta sino que la sientas.

7. Dondequiera que te encuentres llevado por la intensidad de las sensaciones, reconecta con el aquí y ahora con los movimientos de la respiración o la sensación del

cuerpo total. Cuando estés situado en este punto, deja que tu atención se expanda una vez más, así incluimos todas las sensaciones corporales.

Nos centramos en el presente y vamos ocupando con nuestra atención el espacio ocupado por los pensamientos de rumiación. Lo ocupamos haciendo caso a la respiración. No la controlaremos, simplemente seremos conscientes de ella.

2. Recogida de la práctica.

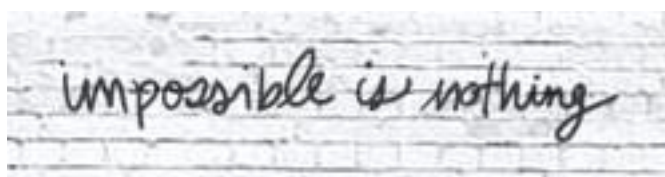
3. Revisión de las tareas.

4. Dinámica: Análisis de la publicidad.

Como se ve el mundo depende de nuestro estado mental. El estado relajado y consciente que nos permite la meditación nos enseña otra forma de reaccionar a pensamientos y sentimientos desagradables, dejándolos pasar y manteniéndolos como una radio de fondo mientras estamos centrados en nuestra experiencia presente.

Para desarrollar una mente clara capaz de observar los sucesos de nuestro mundo interior y también del exterior sin ataduras, primero meditamos sobre sencillos objetos sensoriales y actividades cotidianas: una flor, la música, caminar... Antes de darnos cuenta, también estaremos desarrollando conciencia de algo más: de nuestros pensamientos, emociones y patrones automáticos con los que respondemos.

Práctica: Análisis publicidad.



Recogida práctica.

DEFUSIÓN COGNITIVA

1. Aquello que temes, te preocupa o te ansía **son contenidos internos pasajeros.**

2. Los pensamientos, emociones, recuerdos, imágenes, sensaciones **son sólo fenómenos, objetos, eventos mentales.**

3. Si no haces nada por alimentar todos esos objetos mentales, verás cómo simplemente **“pasan” de largo.**

4. Alimentar esos objetos, significa **cualquier acción de resistencia que ejerzamos sobre ellos:** evitarlos, intentar disolverlos, aferrarse a ellos, negarlos, intentar controlarlo, etc.

5. Esos objetos mentales **“no son Yo”**. O dicho de otro no soy mis pensamientos, emociones, sensaciones...siempre cambiantes” “Yo no soy los fenómenos que pasan por mi conciencia”. Yo “sigo ahí” mientras los contenidos transitan y pasan.

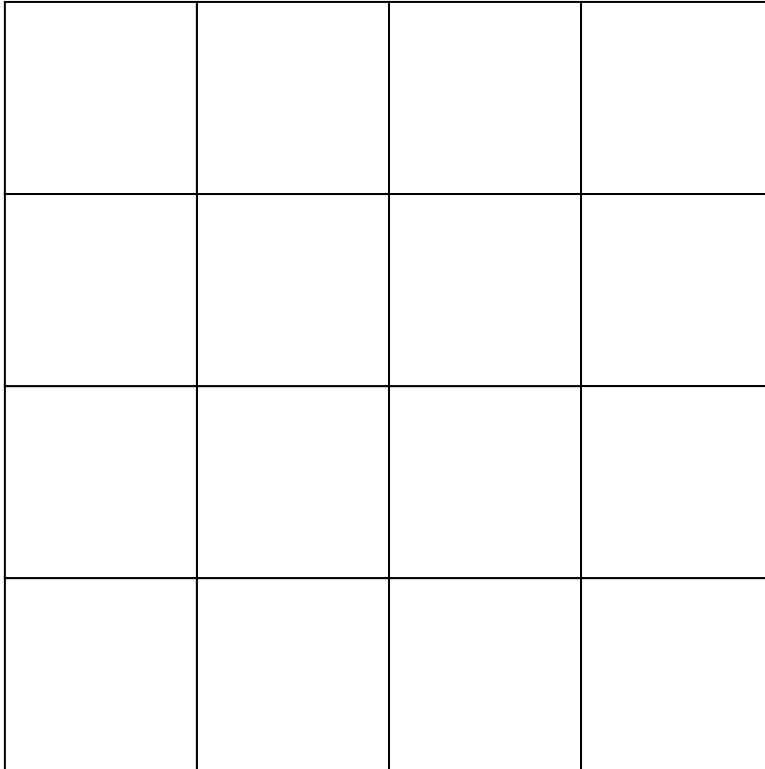
(Alonso, M. 2012)

EL MINDFULNESS SERÍA UNOS PRISMÁTICOS QUE FUNCIONAN AL REVÉS, EN VEZ DE MIRAR LAS COSAS DE CERCA, LAS MIRAMOS DESDE UNA PERSPECTIVA AMPLIADA

5. Meditación de la respiración.

6. Dinámica: perspectivismo:

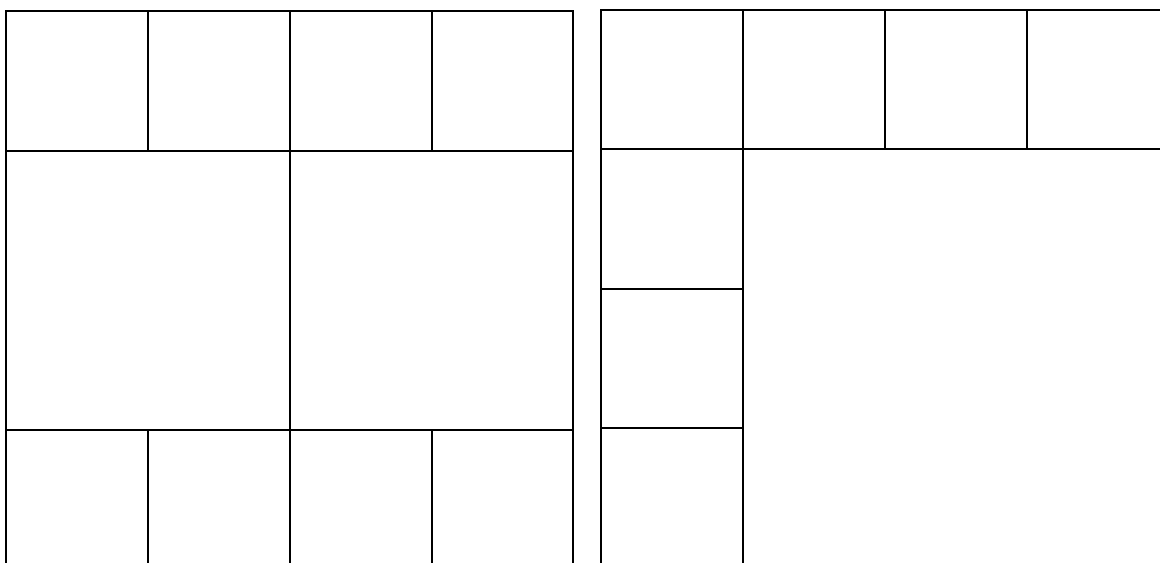
¿Cuántos cuadrados hay?



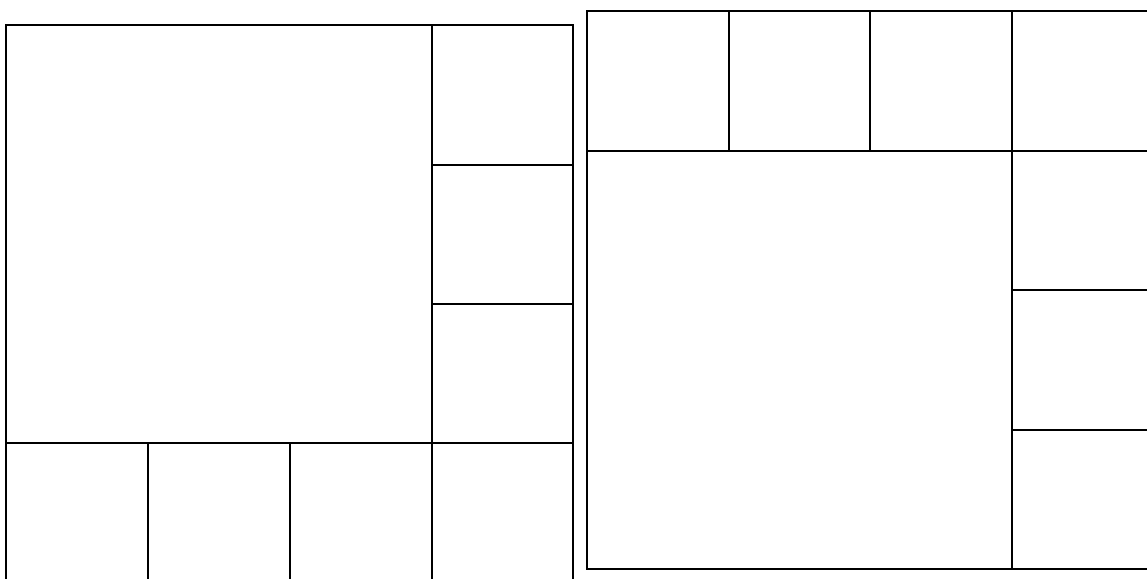
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

$$16 + 4$$

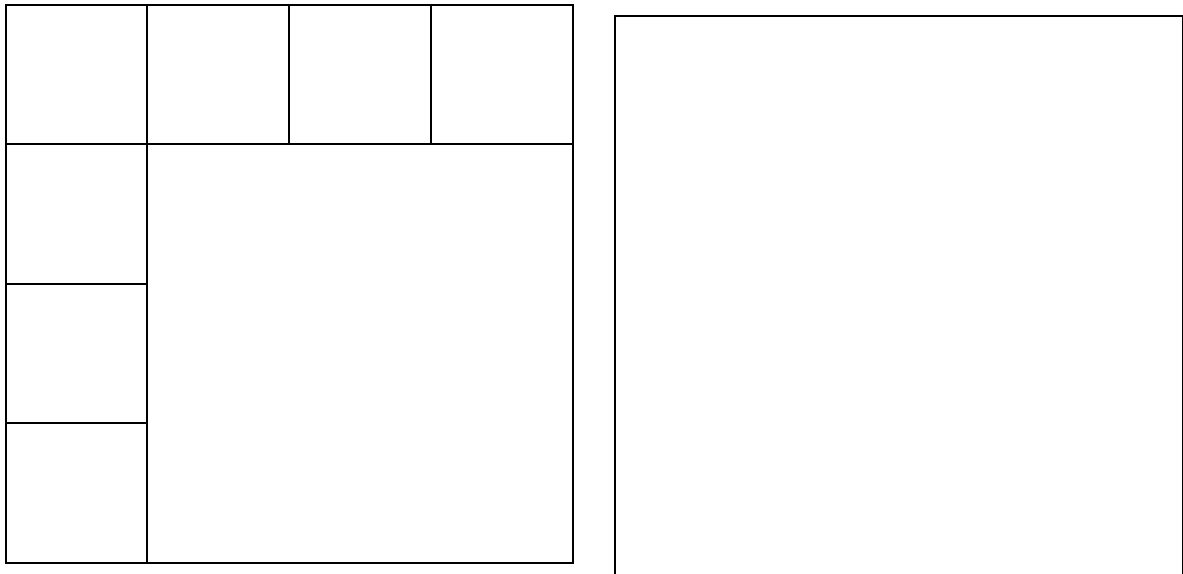
$$2 + 1$$



$$2 + 1$$



$$1 + 1$$



$$1 + 1$$

Son 30 cuadrados, 16 de 1×1, 9 de 2×2, 4 de 3×3 y 1 de 4×4

¿Cuánto te ha costado ver los otros cuadros?

¿Qué has sentido cuando no has visto todos?

¿Cuántas cosas crees que te pierdes cuando te quedas en el primer vistazo?

Práctica de 3-4 minutos de respiración.

¿SABEMOS VER AL LA OPINIÓN DEL OTRO (AL OTRO)?

¿¿¿QUÉ VES???



Se muestra esta imagen durante 3 segundos y escriben rápidamente y de forma personal qué ven en esta imagen.

Se espera que o bien vean una anciana o una joven.

¿Quién ve la imagen correcta?

¿Quién tiene razón?

A continuación se muestra la imagen y se demuestra que todos tienen razón y que simplemente son diferentes perspectivas.

PERCEPCIÓN:

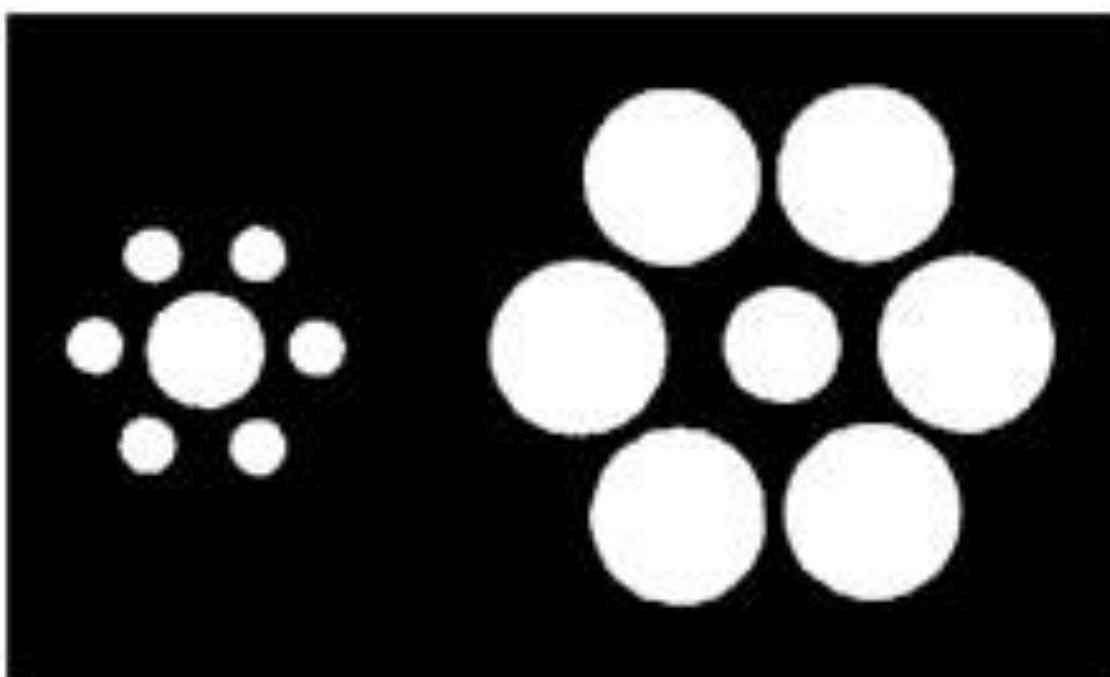
Estamos condicionados a lo que queremos ver.

Tenemos tendencia a juzgar las imágenes que vemos.

Reaccionamos emocionalmente a las interpretaciones y suposiciones (no a los hechos).

3-4 minutos de espacio para la respiración.

¿QUÉ CÍRCULO CENTRAL ES MÁS GRANDE?



Los dos círculos son iguales.

¿Cómo crees que está condicionada nuestra percepción en función de lo que nos rodea?

Por ejemplo, antes de mi enfermedad me gustaba andar en bici, ahora con mi trastorno no me gusta nada.

Círculo central: bici

Círculos pequeños: problemas de antes del trastorno.

Círculos grandes: problemas del trastorno.

¿Crees que ahora te gusta menos andar en bici? ¿Crees que andar en bici es más pequeño que antes?

Cambio de perspectiva:

"Imagina que estás caminando bajo lluvia - que está realmente lloviendo a cántaros y te estás mojando. Tienes un largo camino por recorrer y no tienes paraguas. Hace frío! Te sientes cansado y miserable.

Respecto a la situación. ¿Qué tipo de postura física llevarías? Trata de hacerla. Siente realmente lo que esta postura te hace sentir en tu cuerpo.

Ahora imagina que estás en la misma tormenta, igual de mojado, pero esta vez tu actitud es -

"OK, me estoy mojando. No hay nada que puede hacer al respecto. Oh, bueno! Ojalá hubiera traído mi paraguas... sí, me estoy empapando.

Respecto a la situación. ¿Qué tipo de postura física llevarías? Trata de hacerla. Siente realmente lo que esta postura te hace sentir en tu cuerpo.

6. Distribuir tareas.**7. Espacio para la respiración.**

MATERIALES PARTICIPANTES

El arte de la meditación es observar cualquier cosa que aparezca en nuestra conciencia. Con la práctica, aprenderemos a hacernos a un lado y observar la interminable corriente de pensamientos, sensaciones y sentimientos que pasa por dentro nuestro sin sentirnos implicados. Si logramos dejar que todo fluya, nada nos quedará en la mente a no ser que nosotros queramos y nada será una amenaza o una tentación. Puede haber serenidad en medio del caos.

Los pensamientos pueden tener mucha presencia en nuestros sentimientos y actos. Muchas veces parecen actuar como profecías en nuestras actuaciones. Por ello, si nos mantenemos atentos adquirimos perspectiva y distancia sobre ellos. “No somos lo que pensamos”.

MATERIALES PARTICIPANTES

DEFUSIÓN COGNITIVA

1. Aquello que temes, te preocupa o te ansía **son contenidos internos pasajeros**.

2. Los pensamientos, emociones, recuerdos, imágenes, sensaciones **son sólo fenómenos, objetos, eventos mentales**.

3. Si no haces nada por alimentar todos esos objetos mentales, verás cómo simplemente **“pasan” de largo**.

4. Alimentar esos objetos, significa **cualquier acción de resistencia que ejerzamos sobre ellos**: evitarlos, intentar disolverlos, aferrarse a ellos, negarlos, intentar controlarlo, etc.

5. Esos objetos mentales **“no son Yo”**. O dicho de otro no soy mis pensamientos, emociones, sensaciones...siempre cambiantes” “Yo no soy los fenómenos que pasan por mi conciencia”. Yo “sigo ahí” mientras los contenidos transitan y pasan.

(Alonso, M. 2012)

MATERIALES PARTICIPANTES

¿SOY TIERNO/CUIDADOSO CON LOS OTROS/CONMIGO?

Desde el momento de nuestro nacimiento, estamos bajo el cuidado y la ternura de nuestros padres y más tarde en nuestra vida cuando estamos presionados por la enfermedad y envejecemos, estamos de nuevo dependientes de la ternura del otro. Si desde el principio y al final de nuestras vidas somos tan dependientes de la ternura del otro, ¿Cómo puede ser que en su mitad desatendamos la ternura hacia los demás y hacia nosotros?

MATERIALES PARTICIPANTES

Tareas:

7 días prácticas de la meditación sentada.

3 minutos de espacio para respirar 3 veces al día.

3 minutos de Espacio para Respirar como forma de afrontamiento cada vez que notes una experiencia displacentera.

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA

SESIÓN 7: APRENDER A CUIDARSE

1. 40 minutos de la meditación del caminar.

1. Busca un lugar en el que puedas caminar hacia delante y hacia atrás sin que te sientas molesto de que la gente vea lo que haces. Puede ser en un sitio cerrado o abierto.

2. Para en un momento de tu caminar, con tus pies paralelos y tus rodillas relajadas. Deja que tus brazos caigan suavemente por tus lados, o sino sujeta tus manos por delante de tu cuerpo. Dirige tu mirada, suavemente, hacia el centro.

3. Trae tu atención hacia la parte final de tus pies, tomando contacto directo de la sensación del pie al estar en contacto con el suelo, el peso de tu cuerpo sobre la planta de los pies y las piernas. Puedes encontrar de ayuda flexionar un poco las rodillas para tomar contacto más claro del poder de las piernas.

4. Cuando estés preparado, pasa el peso del cuerpo a la pierna derecha, apreciando los cambios en las sensaciones físicas en las piernas y en los pies, cómo la pierna izquierda se queda “vacía” y la pierna derecha soporta todo el peso del cuerpo.

5. Con la pierna izquierda “vacía”, deja que el talón izquierdo se levante del suelo, percibiendo las sensaciones en la pantorrilla mientras lo haces, y continua dejando a todo el pie izquierdo que se levante ligeramente hasta que sólo los dedos estén en contacto con el suelo. Atento a las sensaciones físicas del pie y de la pierna, suavemente alza el pie izquierdo del todo, y suavemente muévelo hacia delante, sintiendo cómo la pierna y el pie cruzan el aire en el movimiento, y entonces posa el pie en el suelo. Deja que el pie se apoye sobre el suelo mientras transfieres el peso del cuerpo al pie izquierdo, atento al aumento de sensaciones físicas del pie izquierdo y al “vaciado” del pie derecho.

6. Con el peso totalmente transferido al pie izquierdo, deja que se eleve al pie derecho, y suavemente muévelo hacia delante, atento a las sensaciones físicas del pie y de la pierna. Focaliza tu atención en el talón derecho mientras lo posas ya en el suelo, transfiere el peso en el pie derecho, ya en el suelo, atendiendo a los cambios de las sensaciones físicas en ambas piernas y pies.

7. De esta manera, muévete dando paseos con el mismo ritmo y conciencia con la que acabamos de hacer estos pasos inmóviles pero esta vez desplazándote, atendiendo a las sensaciones del suelo, de la liberación del peso, del aire...

8. Al final de tus pasos, gírate suavemente, atendiendo y apreciando el complejo patrón de movimientos que atraviesa el cuerpo, en el pie, en el talón, en los músculos de la pierna, mientras se giran.

9. Camina hacia delante estando atento lo mejor que puedas, a las sensaciones físicas de la pierna y el pie. Mantén tu mirada fija.

10. Cuando te des cuenta que la mente se aleja de tu atención a las sensaciones, tráela de nuevo suavemente a las sensaciones del pie y de las piernas, usando el contacto del pie con el suelo como anclaje para reconectar con el momento presente, tal y como usamos la respiración la otra vez.

11. Continúa caminando 10 o 15 minutos más.

12. Para empezar, camina más despacio de lo usual, para darte una oportunidad de ser totalmente consciente de tus sensaciones. Cuando estés cómodo en el nuevo ritmo de caminar, pues experimentar también con ritmos más rápidos de caminar, guiándote un poco por el ritmo con tu ritmo medio de caminar. Si te sientes particularmente agitado, puede ayudarte el caminar rápido, con atención, y suavemente vuelve a tu ritmo natural.

13. Cada vez que puedas, trae la atención que hayas cultivado paseando a tus experiencias del caminar de tu día a día.

Recogida de la práctica.

2. Recogida tareas.

5. Meditación de la autocompasión.

Tradicionalmente hay seis categorías de gente con las que nos podemos entrenar en el arte de la compasión. La idea es comenzar con una persona fácil, desarrollar el hábito de la compasión y generalizar entonces a personas cada vez más difíciles.

Uno mismo – Tu identidad personal, habitualmente localizada dentro de la propia piel.

El benefactor – Alguien que te hace sonreír de forma consistente, como un maestro, un niño, un guía espiritual, una mascota o un aspecto de la naturaleza.

Un amigo - Una persona que te ayuda y que te inspira confianza y sentimientos positivos.

Un ser neutro. - Cualquier ser viviente a quien no conoces y que, por lo tanto, ni te agrada ni te desagrada.

Una persona difícil - Alguien que te ha causado dolor, o hacia el que tienes sentimientos negativos.

Grupos - Cualquier grupo de seres vivientes, por ejemplo, todos los listados arriba, o todos los compañeros de trabajo, o todas las personas que viven en tu comunidad o en tu ciudad.

A ti mismo:

Por favor, dedica 20 minutos a la tarea de tratarte a ti mismo/a de manera bondadosa. Siéntate en una postura cómoda, razonablemente erguido y relajado. Cierra los ojos y lleva la atención a tu cuerpo, a la región del corazón. Y respira tres veces, lenta y suavemente, desde el corazón.

Imagínate a ti mismo sentado. Percibe tu postura en la silla como si te miraras desde afuera. Nota las sensaciones de tu cuerpo al estar sentado.

Recuerda que todos los seres vivientes quieren vivir felices y en paz. Conecta con este sentimiento profundo: 'Igual que todos los seres desean ser felices y no sufrir, qué yo sea feliz y quede libre de todo sufrimiento'. Permítete sentir la calidez de esta intención cariñosa.

Ahora, manteniendo la imagen de ti mismo sentado en la silla y sintiendo la buena voluntad en tu corazón, repite las frases siguientes, en silencio y con suavidad:

Qué no me pase nada malo

Qué yo sea feliz

Qué yo tenga salud

Qué me vaya bien en la vida

Deja que cada frase adquiriera su verdadero significado. Si es necesario, repite una frase varias veces en aras de la claridad. También puedes repetir sólo una palabra de una frase – feliz... feliz... feliz... - para hacer consciente su significado.

Tómate tiempo. Mantén una imagen de ti mismo en tu mente, disfruta de tu corazón amable y saborea el significado de las palabras. Cuando notes que tu mente se ha extraviado, cosa que sucederá a los pocos segundos, repite otra vez las frases. Si las

palabras pierden su sentido, vuelve a visualizarte en la silla y a ofrecerte de nuevo las frases. Si tanto la imagen como las palabras se difuminan o se desenfocan, pon la mano en el corazón y recuerda tu intención de llenarte a ti mismo de bondad amorosa: 'Igual que todos los seres desean ser felices, qué yo sea feliz y quede libre de sufrimiento'. Después vuelve a las frases. Siempre que te sientas perdido, vuelve a las frases.

Haz el ejercicio con ligereza. No te esfuerces demasiado. La bondad amorosa es la cosa más natural del mundo. Siempre aparecerán distracciones y cuando te des cuenta, déjalas pasar y vuelve a las frases. Si tu atención se despista, vuelve a darte amor a ti mismo. Sentarse contigo mismo es como sentarse con un amigo que no se encuentra bien; puede que no lo cures, pero le ofreces el cariño que ella o él se merecen.

Ahora, suavemente, abre los ojos.

El benefactor

Representa con claridad en tu mente la imagen del benefactor y percibe lo que sientes en presencia de esa persona. Permítete disfrutar de su compañía. Asimismo, reconoce la vulnerabilidad de tu benefactor que, como tú, está sujeto a la enfermedad, el envejecimiento y la muerte.

Dite a ti mismo, 'Igual que yo deseo ser feliz y estar libre de sufrimiento, qué tu seas feliz y quedes libre de todo sufrimiento'.

Repite, suave y amablemente, sintiendo la importancia de las palabras:

Qué no te pase nada malo

Qué seas feliz

Qué tengas salud

Qué te vaya bien en la vida

Si notas que tu mente se ha extraviado, vuelve a las palabras y a la imagen del benefactor. Entretén cualquier sentimiento de calidez que aparezca. Ves despacio. Si quieres volver a ti mismo, hazlo en cualquier momento y retorna al benefactor cuando estés en condiciones de hacerlo.

Tras unos 20 minutos y antes de acabar la meditación, puedes decir:

Qué yo y todos los seres nos librems del mal

Qué yo y todos los seres seamos felices

Qué yo y todos los seres tengamos salud

Qué a mí y a todos los seres nos vaya bien en la vida

Abre los ojos con suavidad.

La persona difícil

Esta meditación durará también 20 minutos. Prepárate para la meditación de la misma manera que antes y comienza a repetir las frases de metta para ti mismo y para tu benefactor (en cualquier orden) durante unos 5 minutos.

Trae la imagen de tu ‘persona difícil’ a la mente. Recuerda que la persona difícil está luchando para encontrar su camino en la vida y que, al hacerlo, te ocasiona dolor. Dite a ti mismo, ‘Igual que yo deseo estar en paz y libre de sufrimiento, qué tu también encuentres la paz interior’.

Repite las frases lentamente, manteniendo la imagen de la persona difícil en tu mente, al mismo tiempo que asimilas el significado de tus palabras:

Qué te libres de todo mal,

Qué seas feliz,

Qué tengas salud

Qué te vaya bien en la vida.

Pronto aparecerán sentimientos de rechazo, disgusto, enfado, culpa, vergüenza o tristeza. Las frases de metta pueden sonar vacías junto a estas emociones. Etiqueta la emoción que sientes (‘tristeza’, ‘enfado’) y practica compasión contigo mismo (‘Qué yo sea feliz ...’). Cuando te sientas mejor, prueba otra vez con tu persona difícil.

Alterna entre tu mismo (o tu benefactor) y la persona difícil. Asegúrate de que la experiencia de buena voluntad predomina en el conjunto de la meditación.

Antes de terminar, deja a la persona difícil y di:

Qué yo y todos los seres nos librems del mal

Qué yo y todos los seres seamos felices

Qué yo y todos los seres tengamos salud

Qué a mí y a todos los seres nos vaya bien en la vida.

Abre los ojos con suavidad.

Meditación de acoger y acunar las emociones:

1. Centrarse en el presente, practicando la atención focalizada en la respiración durante 5 minutos.
2. Traer a la memoria un suceso emocional: emociones recientes y no muy intensas. Cuando la práctica ya resulte familiar pueden incluso evocarse situaciones de trauma, pero eso llevará muchas sesiones y mucha práctica.
3. Revivir la emoción de aquel suceso lo más detalladamente posible n primera persona y luego como observador mindful, viéndolo desde fuera o en perspectiva.
4. Aceptar el suceso, las consecuencias emocionales de aquel suceso, el estado emocional de aquel suceso.
5. Trabajar la compasión hacia la emoción: Se utiliza la metáfora de una madre (el sujeto) y su bebé (la emoción). Se trata de mecer la emoción en los brazos, darle cariño, acogerla como si fuéramos una madre y la emoción fuera nuestro bebé, hasta que ese bebé se serene de forma natural.
6. Recomendable, darnos compasión a nosotros mismos.
7. Soltar el suceso y volver al presente practicando la respiración.

(Alonso, M. 2012)

**DESDE EL MOMENTO QUE NACEMOS,
ESTAMOS BAJO EL CUIDADO Y LA BONDAD DE NUESTROS PADRES
Y MÁS TARDE EN NUESTRA VIDA CUANDO SOMOS OPRIMIDOS
POR LA ENFERMEDAD Y ENVEJECEMOS,
SOMOS DE NUEVO DEPENDIENTES DE LA BONDAD DE LOS OTROS.
DESDE EL PRINCIPIO Y EN EL FIN DE NUESTRAS VIDAS SOMOS
DEPENDIENTES DE LA BONDAD DE LOS OTROS,
¿CÓMO PODEMOS OLVIDAR LA BONDAD HACIA LOS OTROS?**

MATERIALES PARTICIPANTES

Una meditación del caminar al día y una de autocompasión.

3 minutos de espacio para respirar 3 veces al día.

3 minutos de Espacio para Respirar como forma de afrontamiento cada vez que notes una experiencia displacentera.

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA**SESIÓN 8: REPASO**

1. Meditación favorita del grupo.**2. Repaso en parejas.**

Lo que hacemos diariamente tiene una gran influencia en nuestro bienestar general. Han pasado unas cuantas sesiones, tenemos la capacidad de observación entrenada como para poder distinguir entre conductas favorables e insanas. Indagamos sobre aquellas que nos hacen bien como fuente de inspiración para el día a día.

Repasar todo lo dado durante el curso con el fin de aclarar la necesidad de mantener lo aprendido.

3. Dinámica: Meditación con plastilina y acuarelas.

En esta sesión se trabajará con plastilina y acuarelas. Primero, se comienza con una relajación y empezamos a trabajar con la plastilina. ¿Cuáles son las sensaciones? ¿Con qué situaciones las relacionáis?

Después se pasa a la acuarela. ¿Cuáles son las sensaciones? ¿Con qué situaciones las relacionáis?

Se trata de ver, qué técnicas han quedado mejor o peor integradas. ¿Qué técnica te hace sentir como una parte de plastilina en tí? ¿Qué técnica te hace sentir como una parte de acuarela en tí?

Puesta en común.**4. Meditación del caminar.****5. Poesía de despedida:****6. Pasación cuestionario.**

