

Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Efectividad de las técnicas de meditación y Mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiestan episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada, sin ideación suicida y se resisten al tratamiento farmacológico.

Autor: Juan Luis González Morales

Maestría en Intervención en Psicoterapia

Asesor: Joan Noboa

Junio, 2023

Santo Domingo, República Dominicana

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de las técnicas de meditación y mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiesten episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada, sin ideación suicida, y que no quieran asumir un tratamiento farmacológico. Se llevó a cabo a partir de estudios de caso en dos pacientes distintos, una mujer de 44 años y un hombre de 38 años, que al inicio de la intervención presentaron sintomatologías depresivas y ansiosas, respectivamente. Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] y la Escala de Ansiedad de Zung, con lo que se diagnosticó en un inicio, las sintomatología depresiva y ansiosa en ambos pacientes con niveles moderados para cada caso. Se realizaron cuatro sesiones de 60 minutos cada una, una vez a la semana consecutivamente, de manera presencial. Se presentó el plan de tratamiento al paciente, consiste en una serie de tareas y actividades como: meditación guiada de 7 minutos todas las mañanas para empezar el día, técnicas de DROP, activación sensorial, y fijación de atención y relajación muscular progresiva. A su vez, llevar un registro para ser evaluado entre sesiones, mediante el análisis funcional, para realizar una discusión cognitiva de los mismos. Luego del protocolo que se propuso para la meditación y el mindfulness durante la intervención, además de la psicoterapia con enfoque cognitivo conductual de cada sesión, en las evaluaciones finales los resultados arrojaron, en cada caso, que los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron a leves-normales, por lo que se comprobó al final de la intervención que los niveles de depresión y ansiedad tuvieron una mejoría significativa, por una acogida de la práctica de la meditación y mindfulness en la vida diaria de los pacientes.

Palabras claves: ansiedad, depresión, meditación, mindfulness, terapia cognitivo conductual, estudio de caso.

Introducción

Los casos de personas con episodios o trastornos de depresión y/o ansiedad son bastantes frecuentes en las consultas de Psicología y Psiquiatría en los últimos años. Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012), la depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan. Para el 2015, se estimaba que el número total de personas con depresión a escala mundial superaba los 300 millones, y de igual manera esta cantidad de personas sufría algún tipo de trastorno de ansiedad, según el informe Depresión y otros trastornos mentales comunes (OPS, 2017).

La ansiedad y la depresión son considerados por la salud mental como trastornos comunes, por su prevalencia en la población mundial de un amplio rango de edades y ambos sexos. Goldstein (2022) sostiene que el estudio mundial sobre carga de enfermedad del año 2019, mostró que los trastornos mentales permanecieron entre las diez principales causas de enfermedades en todo el mundo, desde la década del 1990, y específicamente los trastornos depresivos y de ansiedad permanecieron entre las principales causas de carga mundiales.

La vida moderna ha impuesto estándares sociales, laborales y culturales, que en muchas ocasiones dan al traste con el bienestar mental de las personas, que asisten cada vez más a consulta buscando ayuda especializada para tratar estos padecimientos. Por demás, la pandemia, afirma Goldstein (2022) habría provocado un aumento de los trastornos de depresión mayor (TD) y los trastornos de ansiedad (TA), en alrededor de un 27,6% en los casos de TD y un 25,6% en los casos de TA.

De acuerdo con Manual Diagnóstico DSM-IV (2015) la ansiedad se puede entender como una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan por más de 6 meses. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación, pudiendo mostrar inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño y sudoraciones, entre otros síntomas. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Por su parte, dicho manual establece que la depresión se considera cuando, por un periodo de al menos dos semanas, la persona vivencia un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Con este trastorno, la persona puede sentir estados de ánimo depresivos la mayor parte del día, disminución del interés por las cosas cotidianas, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, entre otros.

Haciendo referencia a cifras que se ofrecen en el informe del 2017 sobre los trastornos mentales comunes de la OMS, Mendoza (2022) asegura que en nuestro país, para aquel entonces, existían alrededor de un 4.7 % de la población padece de trastornos depresivos, mientras que un 5.7 % sufre de trastornos de ansiedad. No obstante, dos años después, el Ministerio de Salud Pública (2019) identificaba que aproximadamente un 20 % de la población dominicana sufría de trastornos mentales, siendo el trastorno mental más frecuente la ansiedad, con un total de 570.312 casos atendidos para ese año. De acuerdo con García Batista (2020) en los últimos 15 años estos casos se han incrementado notablemente, siendo ya la depresión la primera causa de discapacidad laboral, pues no se le da la debida importancia a estos transtornos, no son bien diagnosticados o no reciben adecuado

tratamiento lo que provoca cronicidad, aumento de la gravedad y comorbilidad, pese a que existen tratamientos eficaces para estas enfermedades.

Muchas personas que llegan a consulta, incluso de Psiquiatría, se resisten a la medicación, incluso en ocasiones no pueden acceder a ella por su costo, pero sobre todo por otros síntomas que puede traer la medicación, malas experiencias anteriores, o poca confianza en la remisión a partir del uso de estos fármacos. Según (Turbiani, 2019), aunque existen varias terapias farmacológicas para tratamientos como la ansiedad y la depresión, una porción de quienes sufren depresión -entre 10% y 30%- tienen poco o ningún efecto; esto se conoce como depresiones resistentes o refractarias. Por su parte, Tamayo, J. M. et al., (2011) considera que cuando se inicia una terapia con fármacos para estos trastornos, los clínicos deben mantener la prudencia terapéutica pues la mayoría de las personas no alcanzan la remisión con rapidez y los síntomas residuales son comunes, por lo que se debe valorar la continuación del tratamiento por un tiempo más o puede ser necesario el cambio de fármaco, la adición de otros medicamentos o como en el caso de este estudio, la utilización de técnicas alternativas y complementarias como el mindfulness.

Además de esto, algunos pacientes tienen niveles severos de ciertas patologías, por lo que necesariamente llevan fármacos, pero también un conjunto de acciones más integrales, como el uso de las técnicas de meditación y mindfulness que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarlos a lidiar con sus sintomatologías.

Analizando este contexto actual, la presente investigación tiene como objetivo principal evaluar la efectividad de las técnicas de meditación y mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiesten episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada sin ideación suicida, y que no quieran asumir un tratamiento farmacológico. Investigación que se lleva a cabo a partir

de estudios de caso en dos pacientes distintos, que presenten una sintomatología depresiva y otra ansiosa.

La terapia conductual, desde la segunda mitad del siglo pasado, y un poco más reciente las técnicas de meditación y mindfulness que la complementan, han sido útiles herramientas para los profesionales de la salud mental en el tratamiento de estas afecciones. Vásquez-Dextre (2016) explica que el mindfulness es una técnica de meditación que enseña al individuo a observar la realidad en el momento presente, sin juicios anteriores y con plena apertura y aceptación. Ha demostrado su utilidad en el tratamiento de una variedad de trastornos mentales y físicos como estrés, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, dolor, cuadros emocionales vinculados a enfermedades, etc.

La aplicación del mindfulness en intervenciones terapéuticas ha sido ampliamente estudiada y aceptada, juntamente con la Terapia Cognitiva-Conductual, en el tratamiento de las depresiones, situaciones de estrés y ansiedad, entre otras condiciones de salud física y mental. Cettina (2019) sostiene que los pacientes que buscan una alternativa para aliviar sus malestares sin medicación, la meditación es fácil de implementar dentro de una rutina diaria y funciona bien tanto sola como con medicamentos. Al ser de muy bajo costo, la meditación hace que el cerebro entre gradualmente en un estado más relajado y guía al participante hacia un mayor crecimiento personal y desarrollo, y por tanto a disminuir los niveles de ansiedad, estrés o depresión que pueda estar sintiendo.

Además, la práctica de esta técnica, asegura Vásquez-Dextre (2016), ha demostrado efectos positivos en la relación terapéutica y la obtención de habilidades importantes para una buena práctica psicoterapéutica. Dentro de los beneficios del mindfulness se puede destacar que logra disminuir los niveles de estrés y mejorar la capacidad neuronal, mejorar la memoria, la atención y la plasticidad del cerebro, lo que permite a su vez mejorar la

concentración y el control de las emociones, incluso puede hasta mejorar el sistema inmune. También, para realizar estos ejercicios, no se necesitan utilizar recursos económicos, lo cual reduce el costo del tratamiento, y es un valor agregado para esta alternativa.

Método

Participantes de la investigación

Para la realización de esta investigación se trabajaron dos casos de estudio, uno de un paciente que presentó sintomatologías claras de depresión, luego de una evaluación médica, y otro de igual manera, pero con síntomas de ansiedad. Ambas personas que se solicitaron servicios de psicología y/o psiquiatría para adultos, en la consulta privada del investigador-terapeuta, en Santo Domingo, y que estuvieron de acuerdo consciente y voluntariamente en participar del estudio.

La selección de los participantes de este estudio se determinó a través de un muestreo no probabilístico de tipo voluntario, intencional y por conveniencia. La muestra por reclutar fue seleccionada mediante la aplicación al inicio de la intervención de las técnicas y el diagnóstico establecido para esta investigación.

Los requisitos de los participantes para ser tomados en cuenta para este estudio de caso fueron: personas entre los 25 y 55 años de edad, sin distinción de género, clase social o nivel académico, diagnosticados -un paciente- con una depresión leve a moderada, -y otro- con ansiedad en niveles leve-moderado, que no tuvieran ideación suicida activa y se resistían al uso de psicofármacos para aliviar su sintomatología, donde se evaluó la pertinencia de las técnicas de relajación y mindfulness para reducir los niveles de ansiedad y depresión presentados en un inicio del programa.

Instrumentos de investigación

Para el paciente depresivo, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda versión (BDI-II), publicado en 1996. El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10. El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. De acuerdo con el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2011), la puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos.

Para el paciente con sintomatología ansiosa se utilizó la Escala de Ansiedad de William W. K. Zung, de 1971. Según De La Ossa et al. (2009) la escala de Zung para la ansiedad es un instrumento que consta de veinte puntos que cuantifica síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos, durante los últimos treinta días. Esta escala presenta un patrón de respuesta tipo Likert que se contesta: nunca, a veces, casi siempre y siempre. A cada pregunta se da una puntuación de uno a cuatro, 50% en sentido positivo y 50% en sentido inverso. En consecuencia, el puntaje total puede oscilar entre 20 y 80 puntos. Para completar la escala en forma satisfactoria usualmente no se necesitan más de diez minutos.

Procedimientos

Cuando los posibles participantes llegaron a consulta, se les solicitó su colaboración para este estudio, quedando establecido con la firma de un consentimiento informado. Luego se procedió a aplicar las escalas determinadas y corroborar que cumplieran con las condiciones antes requeridas para el estudio.

En la consulta inicial se identificaron los antecedentes del caso, los niveles de depresión y ansiedad existentes en cada uno, se comenzó a elaborar el registro para cada caso, y se explicaron las pautas del programa a seguir. Se propusieron cuatro sesiones de trabajo, durante un mes, donde cada paciente debía cumplir tareas y hacer referimientos en consulta sobre lo vivido durante la semana.

Al finalizar el período de un mes, se le aplicaron nuevamente las mismas escalas, para obtener los resultados, luego de aplicado el programa, y se evaluó la evolución de cada caso.

Recolección de datos

Todos los registros que se utilizaron para la investigación, incluyendo las aplicaciones de las escalas al inicio y al final de la intervención, así como cuadernos, notas, observaciones o cualquier otro reporte, se registraron con seudónimos que se le asignaron a cada participante. Los datos fueron para uso exclusivo del investigador y se mantuvo la documentación en una carpeta codificada en una computadora con clave donde solo tuvo acceso el investigador.

No se utilizaron procedimientos estadísticos en la investigación, solo se calificaron las escalas de ansiedad y depresión como lo establece la aplicación de estas pruebas.

Resultados

Caso 1: E.C

Presentación del caso

E. C es un adulto de 38 años de edad, dominicano, casado desde hace 7 años, padre de 3 hijos. Médico de profesión, actualmente se encuentra laborando en el sector privado y como profesor de universidad. Se le dificultaba llevar un estilo de vida más relajado y saludable, refiriendo que no tiene mucho tiempo para sí mismo y que debe priorizar el trabajo y la atención de los hijos. Describió ser un hombre con una buena relación con su esposa, hijos y padres. Refirió que para él ya es necesario empezar a modificar su esquema de vida, porque comentó que cada vez se siente más agotado y sobrecargado.

Al llegar a consulta se estableció un acuerdo con el cliente de participación anónima, sellado con la firma del consentimiento informado, adjuntado en los anexos de este trabajo.

Antecedentes

Refirió no tener ningún antecedente patológico, y no estar llevando ningún tratamiento farmacológico. Comentó que desde joven y sobre todo cuando estaba en la universidad, sentía sintomatologías ansiosas por épocas, como las que está sintiendo ahora, por la presión que le generaban los estudios y exámenes, pero siempre pudo controlar estos momentos y salir adelante.

Evaluación inicial

Los resultados en la primera evaluación de E.C indicaron puntuación normal en la escala de Depresión de Beck con un 8 (depresión ausente), a diferencia de la escala de Ansiedad de Zung, que arrojó una calificación bruta de 40, y se traduce en un índice de ansiedad de 50 (mínima-moderado).

Formulación del caso

E. C refirió que llevaba tres meses en los cuales sentía dificultad para respirar, sensación de ahogo, por momentos taquicardia, y por las noches se le dificultaba conciliar el sueño. Refirió tener situaciones estresantes tanto en su práctica de médico como de profesor, y que últimamente estaba sobre pensando mucho algunas de estas situaciones, por ejemplo, comentó que, en la universidad, estaba teniendo dificultades porque necesitaba disminuir las clases semanales que imparte, pero la institución no le facilitaba este proceso. Pensaba mucho en eso y en cómo pudiera solucionarlo, refiriendo que le costaba dejar a un lado este tipo de pensamientos, por momentos se veía pensando de manera constante si realmente le gusta lo que hace y si debería o no de dejarlo. A su vez, se encontraba pensando repetidamente cómo podría sustentar mejor económicamente a su familia, al pensar que no era suficiente lo que aportaba a la casa.

También, E.C presentaba pensamientos dicotómicos distorsionados, tales como: “nadie me ayuda”. Pensaba que, por temas de logística, se ocupaba mucho más de sus hijos que su esposa, en la cotidianidad, y entendía que él está haciendo un esfuerzo que le generaba mucho desgaste. Refirió que, tanto en un pasado, como en la actualidad, nunca ha pensado en hacerse daño o acabar con su vida y que no quería un tratamiento farmacológico para contrarrestar sus molestias y desequilibrio emocional.

Tratamiento y curso

Debido a que el paciente se mostró resistente hacia el tratamiento farmacológico, refiriendo que esto le generaba aún más preocupación por los posibles efectos secundarios y las consecuencias que esto le podría ocasionar en su actividad como médico, se le presentó un tratamiento y abordaje utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual,

enfocándonos en él mindfulness y en técnicas de respiración y meditación, las cuales pueden modificar las manifestaciones y sensaciones físicas producto del malestar emocional.

A su vez, técnicas dentro de la Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) como la automonitoreo del pensamiento, para afrontar de manera más adaptativas las situaciones en las cuales se ve sobre pensando lo ocurrido, tanto en su práctica médica como de profesor y algunas otras técnicas como los juegos de roles y el entrenamiento en habilidades. Con la intención de disputar y debatir sus pensamientos, se utilizó el dialogo socrático, las preguntas pragmáticas, empíricas y lógicas. También la técnica de la flecha descendente, caracterizada por buscar localizar las creencias nucleares y más profundas del paciente, de tal modo que podamos hacer conscientes dichas creencias y trabajarlas en el caso de que resulten desadaptativas, ejercicios de ataque de vergüenza, biblioterapia y tareas.

Se realizaron cuatro sesiones de 60 minutos cada una, una vez a la semana consecutivamente, de manera presencial. En la primera intervención, se tomó toda la historia clínica, se realizaron las escalas, y se le presentó el plan de tratamiento al paciente, explicándole que, durante los próximos 30 días, debería de realizar una serie de tareas y actividades y mantener comunicación con el profesional tratante.

Dentro de las actividades de protocolo sugerido para el programa se encontraban: meditación guiada de 7 minutos todas las mañanas para empezar el día, aplicar las técnicas de DROP, activación sensorial, y fijación de atención y relajación muscular progresiva. A su vez, llevar un registro para ser evaluado entre sesiones, mediante el análisis funcional, para realizar una discusión cognitiva de los mismos.

Resultados de la intervención

Sesión #1

El objetivo de la sesión fue dar a conocer el programa y consentimiento informado, empezar con la recopilación de información, pasar las escalas, psicoeducación y explicar las técnicas terapéuticas y herramientas que se utilizarían durante toda la intervención.

En el relato inicial, el paciente expresó que pensaba que nadie le ayudaba y debía asumir la responsabilidad de todo respecto a sus hijos y casa. En ese sentido la primera técnica utilizada fue el dialogo socrático y preguntas pragmáticas.

Ej:

-E.C: A mí nadie me ayuda

-Dr: ¿En serio nadie te ayuda?

-E.C: Si, hago la mayoría de las cosas yo.

-Dr: Entonces, según entiendo, sí recibes ayuda en algunas otras cosas, ¿cierto?

-E.C: Bueno sí, en algunas sí.

Luego de utilizada la técnica, se dio cuenta de que realmente la situación real no era como la pensaba, y que debía ser más justo con su esposa, pues esta también se encargaba de muchas otras cosas.

Se acordó para siguiente semana, que estaría atento a las actividades y responsabilidades que asumía su esposa, independientemente de las que él realiza, para reforzar el pensamiento nuevo de que su esposa realmente sí se involucra, por ende, él no estaba solo y tenía ayuda en el día a día. Se le enseñaron algunas de las técnicas del protocolo, cómo debía llevarlas a cabo, se le explicaron los beneficios que podría obtener a partir de la práctica de estas, y se le indicaron realizarlas durante la semana, para en la siguiente sesión obtener retroalimentación de todas las tareas orientadas.

Sesión #2

El objetivo de la sesión fue en primera instancia, hacer una evaluación de sintomatología ansiosa y revisar si hubo incrementos en síntomas o adición de nuevos. En segundo lugar, se indagó sobre las tareas indicadas en el encuentro anterior. En este sentido, E.C reconoció que había prestado atención a las funciones y actividades que su esposa realizaba en la casa y con la familia, dándose cuenta de que las actividades estaban divididas y que ella realizaba muchas de ellas, lo que pasa es que son tres hijos, y son muchas las tareas que hay que hacer a diario en el hogar, pero él no las hacía todas, ni solo.

En relación con el protocolo sugerido del programa para las técnicas de mindfulness y meditación, refirió que los primeros días fueron difíciles, pues no lograba concentrarse para realizar todo lo indicado en la meditación matutina, y que necesitó adaptar algunas rutinas de su día para poderlas hacer, pero que su esposa lo ayudó acompañándolo y se le hizo más fácil, sintiéndose cada día un poco mejor en cuanto a la práctica y su preparación para el día de trabajo. Refirió que le funcionaban muy bien los ejercicios de respiración cuando sentía que se estaba poniendo ansioso o muy preocupado por alguna cuestión o suceso en particular.

Sesión #3

El objetivo de este encuentro fue hacer una evaluación de sintomatología ansiosa y revisar si hubo incrementos en síntomas o adición de nuevos y se le dio seguimiento al programa de prácticas y actividades indicadas desde la primera sesión. Esta semana continuó realizando los ejercicios de respiración cuando lo consideró necesario, la esposa se mantuvo en la meditación conjunta matutina, incluso, E.C obtuvo tantos beneficios con la meditación en las mañanas que decidió terminar el día con ella, haciéndolo en las noches, antes de dormir.

En esta oportunidad E.C estaba más tranquilo, pero tenía una preocupación sobre su vida laboral, a la que se le dedicó gran parte de la sesión, pues tenía un conflicto ambivalente entre sus dos trabajos, puesto que la docencia le da mucho placer profesional, pero la medicina le da mucha más rentabilidad económica. Los dos trabajos le toman mucho tiempo, tenía mucho cansancio físico y profesional, y necesita mejorar su distribución del tiempo cotidiano y no sabía qué decisión tomar.

Mediante la técnica de la Flecha Descendente se fueron localizando las creencias más arraigadas y se pudo reflexionar sobre todos sus condicionamientos. En este caso refería estar atormentado porque el trabajo en la universidad le quita tiempo para ganar dinero en la clínica médica y por eso consideraba dejarlo. Sin embargo, luego de las preguntas de la técnica comprendió que el trabajo docente lo hacía por vocación y pasión. Luego de esta intervención, E.C comprendió que sus dos ocupaciones se complementaban una con la otra, no se contraponen, aportando desde cada una a su crecimiento personal, profesional y económico, e hizo las paces con eso, decidiendo quedarse con los dos trabajos, la clínica por el sustento para él y su familia, y la docencia universitaria porque lo apasiona y le daba felicidad.

Sesión #4

Como en sesiones anteriores, se revisó la sintomatología ansiosa en busca de incrementos, disminuciones de los síntomas iniciales o adicción de nuevos. También se le dio seguimiento al programa de prácticas y actividades indicadas desde la primera sesión, cuales son las técnicas que más le gustaban, las que no y con cual obtenía mayores beneficios emocionales.

Para esta semana E.C relató que también había utilizado la técnica del DROP, presentada en la primera sesión, cuando sintió que se estaba acelerando en dos ocasiones,

una en su trabajo y otra en la casa, donde logró detenerse por algunos instantes, hacer una pausa breve para enfocarse en su respiración, darse cuenta de lo que estaba pensando en ese momento de manera distorsionada, hacer conciencia de lo que estaba pasando, respirar con calma y continuar con la actividad. E.C refirió que esta técnica la había estado utilizando frecuentemente y que le daba muy buenos resultados para calmarse.

Además, en esta ocasión, E.C abordó un tema familiar que le preocupaba y le creaba ansiedad: su padre sufre de demencia, y él por ser médico se ha ido quedando a cargo de todo lo relacionado con su atención. Con esta situación se siente frustrado porque sus hermanas se han ido alejando del cuidado de padre, dejando a E.C a cargo, y no se ocupaban mucho ni participaban del cuidado del padre, y no lo ayudaban. Se evidenció, además, que a E.C le costaba trabajo comunicar sus pensamientos y emociones a sus hermanas y pedir ayuda.

Para afrontar esta situación se llevó a cabo un juego de roles para este contexto, donde comprendió que tenía la capacidad y las herramientas para tener una conversación sana con sus hermanas, pedir ayuda y distribuir funciones, y terminó la sesión más relajado y confiado.

Por último, se le aplicó nuevamente las escalas iniciales, para evaluar los avances obtenidos en el programa y se le recomendó seguir haciendo diariamente todo el protocolo de tareas y actividades del mindfulness y la meditación orientadas durante este programa, según lo considerara oportuno, al igual que el seguimiento terapéutico.

Resultados cuantitativos

Prueba aplicada	Resultados iniciales	Resultados post intervención	Interpretación final
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Ausente (PD=8)	Ausente (PD=8)	Se mantuvo ausente la sintomatología depresiva.
Escala de Ansiedad de Zung	Mínima-Moderado (PD=50)	Normal (PD=44)	Disminuyeron los niveles de sintomatología ansiosa, por lo que el paciente llegó a consulta y fue estudiado.

Caso 2: A.P

Presentación del caso

A.P, mujer de 44 años, soltera, economista. Actualmente se encuentra laborando en una institución bancaria, en un buen puesto de trabajo con muchas responsabilidades, las cuales refiere logra cumplir sin esfuerzo alguno. Describió que tiene hipertensión arterial controlada y medicada desde hace 5 años, sin más complicaciones. No tiene hijos, ni ha estado casada, siente que siempre ha puesto su trabajo y profesión antes que todo, y que ha sido elección de ella no tener hijos. Refirió que lleva una buena relación con su madre y su única hermana, su padre falleció hace 3 años por Covid-19 a inicios de la pandemia. Se caracterizó como una persona activa físicamente y deportista.

A.P expresó que llevaba algunos meses sintiéndose desganada con respecto a su trabajo, y que le costaba mucho realizar sus ejercicios físicos como de costumbre. También, a raíz de la muerte de su padre, había empezado a ver su realidad de vida desde otra

perspectiva, y expresó sentir temor por si en un futuro pudiera ser una carga para su hermana y su familia, debido a que ella no tiene hijos. Dijo que ya no lograba dormir la misma cantidad de horas que antes, y que su productividad en el trabajo había disminuido, aunque entiende ella, nadie se había dado cuenta de eso. Refirió que estaba anotando todo, porque se le olvidaban fácilmente las cosas.

Antecedentes

A.P nunca había sentido lo que estaba sintiendo al llegar a consulta, desde joven fue alguien independiente y sin temores en la vida. Siempre ha sido alguien muy decidida y enfocada. Relató que una vez en su adultez temprana realizó un tratamiento con antidepresivos por un cuadro ansioso agudo, a raíz de cambio de carrera universitaria, pero que no lo cumplió ya que no toleró la medicación, y se solucionó con el tiempo.

Evaluación Inicial

Los resultados en la primera evaluación de A.P indicaron puntuaciones normales en la escala de Ansiedad de Zung, para una calificación bruta de 33, lo cual arrojó un índice de ansiedad de 41 (Normal), a diferencia de la escala de Depresión de Beck, que arrojó una puntuación de 20 (Moderado).

Formulación del Caso

A.P refirió que este cuadro empezó alrededor de hace mes y medio. Dentro de los síntomas que presentó se encontraba un sentimiento de tristeza que surgió luego de que una amiga dejó el trabajo. A pesar de identificar este último elemento como estímulo activador y la consecuencia emocional que este generó, la paciente aún no conseguía identificar el pensamiento que mantenía dicho síntoma. Dice que esa tristeza fue lo primero que sintió, y

después empezó la alteración del sueño, con dificultad para conciliarlo. Refirió que tomó la decisión de acudir a consulta, debido a que ha estado llorando muy a menudo y no solía identificarse con eso. Expresó que, tanto en un pasado, como en la actualidad, nunca había pensado en hacerse daño o acabar con su vida.

Tratamiento y curso

Debido a que la paciente comentó sentir temor a la medicación, por una experiencia previa hace muchos años, mostró resistencia hacia el tratamiento farmacológico. Se negó al mismo, pidiendo alternativas de tratamiento, porque en ocasiones anteriores había mejorado sin ayuda de fármacos, por lo que se le presentó un tratamiento y abordaje utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual, enfocado en el mindfulness y en técnicas de respiración y meditación, las cuales pueden modificar las manifestaciones y sensaciones físicas producto del malestar emocional.

A su vez, herramientas como el modelo ABC, para afrontar de manera más adaptativas las situaciones en las cuales se ve sobre pensando lo ocurrido, tanto en su práctica médica como de profesor. Algunas otras técnicas como el REBT como: automonitoreo de los pensamientos CBA, juegos de roles, entrenamiento en habilidades. Con la intención de disputar y debatir sus pensamientos, se utilizó el dialogo socrático, las preguntas pragmáticas, empíricas y lógicas. También la técnica de la flecha descendente, caracterizada por buscar localizar las creencias nucleares y más profundas del paciente, de tal modo que podamos hacer conscientes dichas creencias y trabajarlas en el caso de que resulten desadaptativas, ejercicios de ataque de vergüenza, biblioterapia y tareas.

Se realizaron cuatro sesiones de 60 minutos cada una, una vez a la semana consecutivamente, de manera presencial. En la primera intervención, se tomó toda la historia clínica, se realizaron las escalas, y se le presentó el plan de tratamiento al paciente,

en lo cual se le explicó que, durante los próximos 30 días, debería de realizar una serie de tareas y actividades, mantener comunicación con el profesional tratante.

Dentro de las actividades se encontraban: meditación guiada de 7 minutos todas las mañanas para empezar el día, aplicar las técnicas de DROP, activación sensorial, relajación muscular progresiva y fijación de atención. A su vez, llevar un registro ABC para ser evaluado entre sesiones, mediante el análisis funcional, para realizar una discusión cognitiva.

Resultados de la intervención

Sesión #1

En la primera sesión se hizo el diagnóstico inicial para A.P y se le presentaron las características generales del programa a seguir durante las 4 sesiones. Además, se procedió a firmar el consentimiento informado para la participación en esta investigación, se aplicaron las escalas iniciales, y se comenzó con la psicoeducación y las orientaciones para la práctica de las técnicas terapéuticas.

En este encuentro se destacó una preocupación inicial, A.P relató que a pesar de que su fue su decisión, ella sentía ahora tristeza por no tener una estructura familiar, por no haber creado una familia, y por ende no tener quien la cuide a ella en un futuro. Su hermana y su mamá cuidaron de su papá cuando tenía Covid-19, hasta que falleció, y desde entonces ella había tenido pensamientos recurrentes y negativos de que será una carga para su hermana y eso la hace sentir muy mal. Se conversó sobre esta situación y se le orientó que utilizará un registro de pensamiento, dándole las indicaciones de cómo hacerlo, para analizarlo en la siguiente sesión. También se le indicaron las prácticas para la meditación y relajación.

Sesión #2

Iniciando la sesión, se revisó la sintomatología depresiva en busca de incrementos, disminuciones de los síntomas iniciales o adicción de nuevos. También se le dio seguimiento al programa de prácticas y actividades indicadas desde la primera sesión, explorando cómo le fue con su práctica, si se le hizo fácil o complicada la meditación diaria, y si consideró utilizar alguna otra herramienta orientada con la que obtuvo mayores beneficios emocionales y calma para sus síntomas.

Al respecto, expresó que se sentía más tranquila, funcionando mejor en sus actividades diarias y de paso se revisó el registro que ella hizo durante la semana, evidenciándose algunos pensamientos distorsionados que se trabajaron en las siguientes sesiones.

Además, contó que tuvo una experiencia antes de llegar a consulta, porque venía un poco retrasada, lo que le causaba mucha molestia porque suele ser muy puntual, y cuando sintió que su angustia la arropaba decidió aplicar una de las técnicas de relajación enseñadas en el protocolo de consulta: la activación de los sentidos. De esta manera, comenzó a enfocarse en tres cosas que escuchaba, tres cosas que veía y tres elementos que sentía, con lo que poco a poco fue encontrando alivio y sosiego, pudiendo llegar más tranquila a la consulta, aunque fuera un poco más tarde. A.P destacó estar muy satisfecha con esta técnica, lo que había sucedido y su reacción.

Sesión #3

En esta sesión, como es habitual, se comenzó revisando la sintomatología y los signos depresivos y cómo le iba con el programa la meditación y todo lo orientado hasta el momento.

En esta ocasión, A.P refirió que había retomado su rutina de ejercicios físicos, acompañada de una amiga del trabajo y que se había estado sintiendo más energética. En este sentido se aprovechó para psicoeducar acerca de los beneficios de la actividad física para contrarrestar la depresión y otros malestares emocionales y mejorar el estado de ánimo.

Además, A.P refirió que había adoptado una de las estrategias del mindfulness en las mañanas, antes de comenzar el día, que la estaba ayudando mucho para prepararse para su jornada laboral. Al momento de bañarse en las mañanas, en vez de hacerlo de forma automática, empezó a utilizar todos los sentidos para realizar esta actividad, o sea, al bañarse estaba pendiente del agua cayendo, de la espuma del jabón, de la temperatura del agua, y dejó de ser una actividad rutinaria para convertirse en un proceso más consciente, disfrutarlo, y comenzar el día de una forma más calmada.

Sesión #4

En la cuarta y última sesión, se inicia con el protocolo de las anteriores, revisión de la sintomatología y del programa indicado. En esta ocasión se apreció una mejoría de la sintomatología depresiva, pues A.P relató en su registro semanal, indicado en la primera sesión, como todo el proceso vivido le había permitido darse cuenta de que, a pesar de no tener una estructura familiar que se ocupe de ella, en caso de que le pasara algo en un futuro, ella había trabajado toda su vida para poder sustentarse y buscar soluciones a eso, con ahorros importantes y un plan de salud y pensión que le permitirán tener acceso a médicos, enfermeros y personal de asistencia que puedan ayudarla. Así no molestar a nadie de su familia, ni convertirse en una carga para ellos. Aunque A.P y su hermana son muy unidas, y no es que su familia se desentenderá de ella, hay todo un plan para cuando ocurra algún suceso de esta naturaleza, y refirió sentirse mucho más tranquila al darse cuenta de todo esto, que lo había perdido de vista por sus pensamientos distorsionados y negativos.

Para finalizar la sesión, se le aplicaron nuevamente las escalas de ansiedad y depresión y se le recomendó seguir haciendo diariamente todo el protocolo de tareas y actividades del mindfulness y la meditación orientadas durante este programa, según lo considerara oportuno, al igual que el seguimiento terapéutico.

Resultados cuantitativos

Prueba aplicada	Resultados iniciales	Resultados post intervención	Interpretación final
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Moderado (PD = 20)	Leve (PD=13)	Disminuyó la sintomatología depresiva, por la que la paciente llegó a consulta y fue estudiada.
Escala de Ansiedad de Zung	Normal (PD=41)	Normal (PD=43)	Aunque el puntaje aumentó ligeramente, se mantuvieron los niveles normales de sintomatología.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de las técnicas de meditación y mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiesten episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada, sin ideación suicida, y que no quisieran someterse a un tratamiento farmacológico. La “Atención Plena” o “Mindfulness”, explica Prieto (2018), tiene sus orígenes en la meditación budista, donde se busca que la persona preste total atención a lo que está viviendo en el presente, sin juicios previos y con aceptación. En psicoterapia este tipo de técnicas se utiliza para enseñar al paciente a enfrentar determinada situación con herramientas como la respiración consciente, el escaneo corporal, caminar, comer o beber con conciencia plena y movimiento corporal con atención plena.

Esta investigación se llevó a cabo a partir de estudios de caso en dos pacientes distintos, uno que presentó sintomatología depresiva y otro un episodio ansioso, para comprobar al final de la intervención que los niveles de depresión y ansiedad tuvieran una disminución significativa, por una acogida de la práctica de la meditación y mindfulness en su vida diaria.

Para la realización de este trabajo se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] (Beck et al., 1996) y la Escala de Ansiedad de Zung, (Zung, 1971), con lo que se diagnosticó en un inicio, las sintomatología depresiva y ansiosa en ambos pacientes, para luego de la intervención medir nuevamente los niveles de trastornos presentados. Se obtuvo en el diagnóstico inicial niveles de ansiedad y depresión moderados para cada respectivo caso. De acuerdo con IMSS México (2016), la depresión moderada se presenta en la baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito, pensamientos negativos y aislamiento familiar,

afectando las actividades de la vida diaria, tal y como relató sentirse el caso de esta investigación con puntuación 20 en la Escala de Depresión de Beck.

Por su parte, la ansiedad moderada evidenciada en uno de los pacientes, presentó los síntomas típicos de un episodio ansioso. Al respecto, Puerta Polo & Padilla Díaz (2011), explican que una persona con niveles de ansiedad moderados tiene síntomas más frecuentes o persistentes que una persona con ansiedad leve. Dentro de los encontrados en este paciente y, que corrobora lo planteado por Polo y Díaz (2011) se encuentran: ser incapaz de relajarse y preocuparse en exceso, sudoración, dificultad para respirar, y la persona se centra solo en las preocupaciones inmediatas, con una marcada disminución del campo de percepción.

Luego del protocolo que se propuso para la meditación y el mindfulness durante la intervención, además de la psicoterapia con enfoque cognitivo conductual de cada sesión, los niveles de ansiedad y depresión obtenidos en las evaluaciones finales arrojaron, en cada caso, la disminución de los niveles de sintomatologías respectivos a leves-normales. Esto fue sido corroborado por López Montoyo (2020) en sus estudios, afirmando que las terapias de tercera generación, especialmente mindfulness, se están implementando cada vez más en diferentes áreas y trastornos, por lo que los estudios de eficacia que utilizan intervenciones basadas en mindfulness en pacientes con depresión y ansiedad presentan buenos resultados.

En ese sentido, dentro de los beneficios del mindfulness que se pueden destacar, Castro (2023) considera que estas técnicas aportan a las personas que las practican mejor control y gestión emocional, mejora de la capacidad de concentración y de memoria, aumento de la relajación, reducción del insomnio, disminución del estrés y la ansiedad, favorece el autoconocimiento. Sin embargo, es importante destacar que la psiquitría y los profesionales de esta área, por lo general, no están supuestos a dominar y aplicar estas

técnicas como la meditación y el mindfulness en sus consultas y en los procesos terapéuticos que desarrollan con los pacientes, como también hay pacientes que exigen o necesitan imperantemente de medicación, aunque se apliquen herramientas alternativas. Como bien afirman Barceló-Soler, A. et al., (2018) el minfulness ha mostrado eficacia en atención primaria en el tratamiento de enfermedades mentales como la ansiedad y depresión, que analizamos en este trabajo, pero también para enfrentar el suicidio, estrés o adicciones, y también físicas como la hipertensión, enfermedades coronarias, diabetes, cefaleas, dolor crónico y fibromialgia.

En cualquier caso, este estudio ha podido aportar un ejemplo para que las intervenciones terapéuticas en psiquiatría, puedan asumir tratamientos más integrales, como estos de tercera generación, y sería recomendable la inserción de estas técnicas y tratamientos en los programas de formación de los profesionales de la psiquiatría, incluso para el mismo bienestar y autocuidado del profesional en su quehacer clínico.

Definitivamente el propósito de esta investigación se cumplió, al evidenciarse una disminución de los niveles de depresión y ansiedad presentados por los casos de estudios al inicio de la intervención. Es importante destacar que funcionó de manera similar para ambos padecimientos, y que se evidenció, que, a pesar de no contar con un tratamiento psicofarmacológico, se logró una adecuada imbricación entre la meditación y el mindfulness y la terapia cognitivo conductual, pues provee un tratamiento integral y con mejores resultados. Además, como beneficio extra, el aprendizaje de las técnicas de meditación y mindfulness trasciende el proceso y el período terapéutico, para formar parte de la cotidianidad de las personas que lo continúan practicando cuando terminan sus tratamientos, aportándoles a una mejor calidad de vida.

Limitaciones

Por ser un estudio de caso, la muestra no es representativa y no puede ser generalizada, por tanto, se recomienda realizar la investigación con una cantidad de pacientes más grande y representativa.

De igual manera el tiempo de terapia puede variar según el caso, por lo que no podemos generalizar estos resultados para una terapia que requiera una duración distinta, y los resultados deberían ser corroborados mediante otras técnicas cualitativas, además de las escalas aplicadas.

Por último, los pacientes aquí estudiados tenían niveles de ansiedad y depresión moderados, sin aún gran afectación en su vida cotidiana. Sería necesario comprobar esta eficacia del mindfulness y la meditación con pacientes que presenten mayores niveles de ansiedad o depresión, y con otras afecciones.

Referencias bibliográficas

- Barceló-Soler, A. et al. (diciembre de 2018). *Mindfulness aplicado a la atención primaria*.
Obtenido de FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria:
<https://www.fmc.es/es-mindfulness-aplicado-atencion-primaria-articulo-S1134207218301907>
- Beck, A. et al. (1996). Inventario de Depresión. BDI-II. *Segunda*.
- Castro, S. (13 de abril de 2023). *Beneficios del Mindfulness según la ciencia*. Obtenido de Instituto Europeo de Psicología Positiva: <https://www.iepp.es/beneficios-mindfulness-ciencia/>
- Cettina, L. A. (9 de mayo de 2019). *Meditación en lugar de medicación para mitigar la ansiedad*.
Obtenido de Revista Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-meditacion-lugar-medicacion-mitigar-ansiedad-S021253821930069X>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*.
Madrid, España: Pearson Educación, S.A. Obtenido de
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- De La Ossa et al. (2009). *Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad*. Cartagena, Colombia: Escuela de Psicología de la Universidad del Sinú. Obtenido de
<https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/629/852#:~:text=La%20escala%20de%20Zung%20para%20ansiedad%20es%20un%20instrumento%20que, veces%2C%20casi%20siempre%20y%20siempre.>
- García Batista, Z. E. (13 de octubre de 2020). *Salud mental en República Dominicana: retos y oportunidades*. Obtenido de PUCMM:
<https://investigacion.pucmm.edu.do/noticias/Lists/EntradasDeBlog/Post.aspx?List=56eb4e50-9bb6-4d80-8f5d-3386abaae4b0&ID=68&Web=3f3045bd-995e-46ab-bb0d-bebfcf5f5e2a>
- Goldstein, E. (septiembre de 2022). *Carga mundial de los trastornos de salud mental. Evolución pre-pandemia y efectos de la aparición de COVID-19*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile:
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33592/2/BCN__Carga_mundial_de_Salud_Mental__FINAL_repos.pdf

- IMSS México. (15 de febrero de 2016). *Depresión*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>
- López Montoyo, A. (noviembre de 2020). *Ansiedad*. Obtenido de <https://www.neuraxpharm.com/es/enfermedades/ansiedad>
- Manual Diagnóstico DSM-IV TR. (2015). Colegio de Psicólogos de Misiones. Obtenido de <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- Méndez Jorge, M. (12 de octubre de 2021). *Análisis de la salud mental desde la colectividad*. Obtenido de Diario Salud Estudiantil: <https://www.diariosalud.do/estudiantil/analisis-de-la-salud-mental-desde-la-colectividad/>
- Mendoza, C. (4 de septiembre de 2022). *¿Se ofrece atención a la salud mental en el sistema público de RD?* Obtenido de Periódico El Caribe: <https://www.elcaribe.com.do/panorama/el-caribe-en-contexto/se-ofrece-atencion-a-la-salud-mental-en-el-sistema-publico-de-rd/>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022*. Santo Domingo: MSP.
- Obaya Prieto, C. (julio de 2018). *Eficacia de la terapia Psicoeducativa grupal de reducción de estrés en “Atención Plena /Mindfulness en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión*. Obtenido de Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA): <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6861647>
- OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (9 de octubre de 2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Puerta Polo, J., & Padilla Díaz, D. (agosto de 2011). *Terapia cognitiva-conductual como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte*. Obtenido de Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

- Redacción MundoPsicologos. (16 de junio de 2021). *Mindfulness para la ansiedad, el estrés y la depresión: ¿Cómo realizarlo?* Obtenido de <https://www.mundopsicologos.com/articulos/la-tecnica-mindfulness-para-abordar-la-ansiedad-y-el-estres>
- Tamayo, J. M. et al. (junio de 2011). *Definición e impacto de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento*. Obtenido de Revista Salud Mental: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300008
- Turbiani, R. (10 de octubre de 2019). *Depresión resistente: por qué los antidepresivos no siempre funcionan y qué alternativas ofrece la ciencia en esos casos*. Obtenido de BBC News Brasil: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-50000374>
- Vásquez-Dextre, E. R. (enero de 2016). *Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*. Obtenido de Revista de Neuro-Psiquiatría: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006
- Zung, W. (1971). *Escala de Autoevaluación de la Ansiedad. Versión en español*.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Le agradecemos su interés en participar en nuestro estudio **“Efectividad de las técnicas de meditación y Mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiestan episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada, sin ideación suicida y se resisten al tratamiento farmacológico.”**. La presente investigación es conducida por Juan Luis González, médico psiquiatra y estudiante de término de la especialidad en Intervenciones en Psicoterapia en la Universidad Iberoamericana (UNIBE) y la Universidad de Salamanca (USAL). Antes de continuar, nos gustaría proporcionarle información sobre el estudio y sus procedimientos para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación.

Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la efectividad de las técnicas de meditación y Mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en pacientes que manifiestan episodios de depresión y de ansiedad, y se niegan a ser medicados. Se llevará a cabo de manera presencial. La duración del estudio es de 1 mes, serán 4 encuentros semanales de una hora cada uno, y consistirá en primero completar unas escalas para medir niveles de ansiedad y depresión, previo al seguimiento e instrucciones y luego pasar las mismas escalas al finalizar.

Al participar en este estudio, se le pedirá que llene la escala y siga las instrucciones para realizar los ejercicios de meditación con una frecuencia diaria, también se le pedirá que complete la historia clínica utilizada en este tipo de evaluaciones psiquiátricas. Se solicitará también, que participe de los seguimientos semanales, los cuales tienen como función evaluar el progreso, alertar cualquier incremento de sintomatología y aclarar cualquier duda sobre las técnicas de meditación.

Es importante resaltar que cualquier información que se recoja durante el estudio se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación. Se le garantiza la privacidad y se protegerá su identidad en todo momento.

La participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Si decide participar, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento informado. Al firmar, indica que ha leído y entendido la información proporcionada y que está de acuerdo en participar en el estudio.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el estudio, puede ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento. Para esto, puede contactar al investigador principal al correo: **juangm29@gmail.com**

Gracias por su consideración en participar en nuestro estudio.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Aprobación del Comité de Ética de UNIBE

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2023-11
Nombre del Estudiante #1 Juan Luis Gonzalez Morales
Matrícula del Estudiante #1 100109

Nombre del Proyecto de Investigación

Efectividad de las técnicas de meditación y Mindfulness, dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes que manifiestan episodios de depresión y de ansiedad leve-moderada, sin ideación suicida y se resisten al tratamiento farmacológico.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Monday, March 27, 2023

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

Anexo 3. Escala de ansiedad de Zung

Escala de Ansiedad de William W. K. Zung (1971)

No. de Record: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lea cuidadosamente cada frase y marque en la columna de la derecha, la frecuencia que mejor describa cómo se ha sentido en la última semana.

	Descripciones sobre el estado general	Nunca o por poco tiempo	Algunas veces	Buena parte del tiempo	Casi todo el tiempo
1	Me siento más nervioso y ansioso que lo usual	1	2	3	4
2	Tengo temores sin ningún motivo	1	2	3	4
3	Me decepciono fácilmente y siento pánico	1	2	3	4
4	Me siento caer a pedazos	1	2	3	4
5	Siento que todo está bien y que nada va a suceder	4	3	2	1
6	Mis brazos y piernas tiemblan	1	2	3	4
7	Me siento molesto por cefaleas, lumbalgias y dolor en la nuca	1	2	3	4
8	Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4
9	Me siento calmado y puedo estar tranquilo con facilidad	4	3	2	1
10	Siento palpitaciones	1	2	3	4
11	Me preocupa cuando me da tontera	1	2	3	4
12	Me siento desfallecer o desfallecido	1	2	3	4
13	Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1
14	Siento cosquilleo o pérdida de sensación en los dedos	1	2	3	4
15	Me preocupan los dolores de estómago o indigestión	1	2	3	4
16	Tengo que orinar frecuentemente	1	2	3	4
17	Mis manos usualmente están secas y tibias	4	3	2	1
18	Mi cara se sonroja	1	2	3	4
19	Me duermo con facilidad y duermo toda la noche	4	3	2	1
20	Tengo pesadillas	1	2	3	4
PUNTUACIÓN GENERAL					

Anexo 4. Escala de depresión de Beck

Escala de Depresión de Beck

No. de Record: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES

Lea las siguientes frases agrupadas en cada letra, de la A hasta la U. Escoja dentro de cada grupo la frase que mejor describa la forma en que Usted se siente hoy, en este momento.

Encierre en un círculo el número al lado izquierdo de la frase que Ud. ha escogido en cada grupo.

Si dos o más frases dentro de un grupo describen de igual manera la forma en que Ud. se siente, encierre en un círculo cada una. Asegúrese de leer todas las frases que aparecen en cada grupo antes de decidirse por una.

<p>A</p> <p>0. No me encuentro triste</p> <p>1. Me siento triste o deprimido</p> <p>2a. Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</p> <p>2b. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</p> <p>3. Ya no puedo soportar más esta pena</p>	<p>F</p> <p>0. No pienso que esté siendo castigada(o)</p> <p>1. Presiento que algo malo me puede suceder</p> <p>2. Siento que me están castigando o que me castigarán</p> <p>3a. Siento que merezco ser castigada(o)</p> <p>3b. Quiero que me castiguen</p>
<p>B</p> <p>0. No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</p> <p>1. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</p> <p>2a. No espero nada bueno de la vida</p> <p>2b. Creo que nunca me recuperaré de mis penas</p> <p>3. No espero nada. Esto no tiene remedio</p>	<p>G</p> <p>0. No estoy decepcionada(o) de mí misma(o).</p> <p>1a. Estoy decepcionada(o) de mí mismo.</p> <p>1b. No me aprecio</p> <p>2. Estoy asqueada(o) de mí</p> <p>3. Me odio (me desprecio)</p>
<p>C</p> <p>0. No me considero fracasado</p> <p>1. He tenido más fracasos que la mayoría de la gente</p> <p>2a. Siento que he hecho pocas cosas que valgan</p> <p>2b. Veo MI VIDA llena de fracasos</p> <p>3. He fracasado totalmente como persona (padre, madre, esposo(a), hijo(a), profesional)</p>	<p>H</p> <p>0. No creo ser peor que otros.</p> <p>1. Me critico mucho a causa de mis debilidades o errores</p> <p>2a. Me acuso a mí misma(o) de todo lo que me va mal</p> <p>2b. Siento que tengo muchos y muy graves defectos</p> <p>3. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre</p>
<p>D</p> <p>0. No estoy especialmente insatisfecho</p> <p>1a. Me encuentro aburrida(o) casi siempre</p> <p>1b. Ya no me divierte como que antes me divertía</p> <p>2. Ya nada me llena</p> <p>3. Estoy harta(o) de todo</p>	<p>I</p> <p>0. No tengo pensamientos de hacerme daño</p> <p>1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo</p> <p>2a. Tengo planes decididos de suicidarme</p> <p>2b. Creo que mi familia estaría mejor si yo muriera.</p> <p>3a. Siento que estaría mejor muerta(o)</p> <p>3b. Me mataría si pudiera</p>
<p>E</p> <p>0. No me siento culpable</p> <p>1. A veces me siento despreciable y mala persona</p> <p>2a. Me siento bastante culpable</p> <p>2b. Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable</p> <p>3. Me siento muy perversa(o); canalla y despreciable</p>	<p>J</p> <p>0. No lloro más de lo habitual</p> <p>1. Ahora lloro más que lo usual.</p> <p>2. Ahora lloro continuamente, no lo puedo evitar</p> <p>3. Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriendo hacerlo</p>

<p>K</p> <p>0. No estoy más irritable que de costumbre</p> <p>1. Me irrito con más facilidad que de costumbre</p> <p>2. Me siento irritada(o) todo el tiempo</p> <p>3. Ya no me irrita lo que antes me irritaba</p>	<p>Q</p> <p>0. No me canso más de lo normal</p> <p>1. Me canso más fácilmente que antes</p> <p>2. Cualquier cosa que haga me fatiga</p> <p>3. Me canso tanto que no puedo hacer nada</p>
<p>L</p> <p>0. No he perdido mi interés por los demás</p> <p>1. Me intereso por la gente menos que antes</p> <p>2. He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos para ellos</p> <p>3. He perdido todo mi interés por los demás. Los demás no me importan en absoluto</p>	<p>R</p> <p>0. Mi apetito no es menor que antes</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como antes</p> <p>2. Mi apetito es ahora mucho mejor</p> <p>3. He perdido totalmente mi apetito</p>
<p>M</p> <p>0. Tomo mis decisiones tan bien como antes</p> <p>1. Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro aplazar el tomar decisiones</p> <p>2. Tengo gran dificultad para la toma de decisiones</p> <p>3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto</p>	<p>S</p> <p>0. No he perdido peso últimamente</p> <p>1. He perdido más de 5 libras</p> <p>2. He perdido más de 10 libras</p> <p>3. He perdido más de 15 libras</p>
<p>N</p> <p>0. No me siento con peor aspecto que antes</p> <p>1. Estoy preocupado porque me vea más vieja(o) y desmejorada(o)</p> <p>2. Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen desagradable o menos atractiva(o)</p> <p>3. Me siento fea(o) y/o repulsiva(o)</p>	<p>T</p> <p>0. No me preocupa mi salud más que lo que me preocupaba antes</p> <p>1. Estoy preocupada(o) por dolores y dolencias</p> <p>2. Estoy tan preocupada(o) por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas</p> <p>3. Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro</p>
<p>O</p> <p>0. Puedo trabajar tan bien como antes</p> <p>1a. Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo</p> <p>1b. No trabajo tan bien como lo hacía antes</p> <p>2. Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa</p> <p>3. No puedo trabajar en nada</p>	<p>U</p> <p>0. No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo</p> <p>1. Estoy menos interesada(o) por el sexo que antes</p> <p>2. Apenas me siento atraído sexualmente</p> <p>3. He perdido todo mi interés por el sexo</p>
<p>P</p> <p>0. Duermo tan bien como antes.</p> <p>1. Me despierto más cansada(o) por la mañana.</p> <p>2. Me despierto 1 o 2 horas antes de lo usual y me resulta difícil volver a dormir.</p> <p>3. Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas</p>	<p>Puntuación: _____ Valoración:</p> <p>(0 - 10) Ausente (11 - 18) Leve</p> <p>(19 - 25) Moderado (26 - 30) Severo</p> <p>Es más importante considerar la escala de manera cualitativa (valorar cada síntoma, más que la puntuación)</p>