



**Universitat**  
de les Illes Balears

# Depresión resistente, flexibilidad cognitiva y autocompasión.

Autora: Aida Molina de Miguel

**Memoria del Trabajo de Fin de Máster**

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria  
de la  
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018-2019

*Fecha: 26/06/2019*

*Tutor del Trabajo: Mauro García Toro.*

## Índice

Resumen

Abstract

1. Introducción.....	1-8
1.1. Episodio depresivo mayor. Conceptualización y diagnóstico.....	1-3
1.2. Intervenciones psicoterapéuticas en la depresión.....	3-5
1.3. Perfeccionismo, flexibilidad cognitiva y autocompasión.....	5-8
2. Metodología.....	8-13
2.1. Objetivos.....	9
2.2. Hipótesis.....	9
2.3. Participantes.....	9-10
2.4. Instrumentos.....	11-12
2.5. Diseño.....	12
2.6. Intervención.....	12-13
3. Resultados.....	13-15
4. Discusión.....	16-18
5. Conclusiones.....	18-19

Bibliografía.

Anexos.

## **Resumen**

A pesar de que la depresión ha sido ampliamente estudiada y están dedicándose muchos esfuerzos a su prevención y mejora de tratamiento, su prevalencia no deja de crecer y se hace necesario seguir intentando avances en este sentido. La terapia de aceptación y compromiso (TAC) se alza como una posibilidad de lucha frente a la depresión a través de la mejora de la flexibilidad cognitiva y la autocompasión. Sin embargo, las relaciones entre estos dos constructos y la depresión resistente han sido muy poco estudiadas, especialmente en pacientes graves en condiciones de práctica habitual. Un grupo de trece pacientes con depresión resistente en ámbito hospitalario participó en un programa multimodal de estilo de vida, uno de cuyos ingredientes era la mejora de la gestión del estrés a través del mindfulness y la autocompasión. Los resultados señalan una correlación entre las diferencias producidas en las variables sujeto de estudio en el sentido esperado: a mayor incremento de autocompasión y flexibilidad cognitiva mayor decremento en la clínica depresiva. Este estudio preliminar no controlado sugiere que es posible trabajar el mindfulness y la autocompasión también en pacientes con depresión resistente y que quizá hacerlo pueda ayudar a mejorar su sintomatología depresiva.

*Palabras clave:* Autocompasión, flexibilidad cognitiva, autocompasión, terapia de aceptación y compromiso (TAC), depresión, bienestar emocional.

## **Abstract**

Despite the fact that depression has been widely studied and many efforts are being made to prevent and improve treatment, its prevalence is growing and it is necessary to continue trying progress in this regard. The therapy of acceptance and commitment (TAC) is raised as a possibility to fight against depression through the improvement of cognitive flexibility and self-compassion. However, the relationships between these two constructs and resistant depression have been poorly studied especially in serious patients under conditions of usual practice. A group of thirteen patients with resistant depression in a hospital setting participated in a multimodal lifestyle program, one of whose ingredients was the improvement of stress management through mindfulness and self-compassion. The results indicate a correlation between the differences produced in the variables under study in the expected sense: a greater increase in self-compassion and cognitive flexibility greater decrease in the depressive clinic. This uncontrolled preliminary study suggests that it is possible to work on mindfulness and self-compassion in patients with resistant depression and that perhaps can help to improve their depressive symptoms.

*Keywords:* Psychological flexibility, self-compassion, acceptance and commitment therapy (ACT); depression, emotional well-being.

## Introducción.

### 1.1. Episodio depresivo mayor. Conceptualización y diagnóstico.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la depresión es un trastorno mental muy frecuente, ya que a pesar de los intentos realizados por atajarla sigue aumentando. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, motivo por el cual es considerada la principal causa mundial de discapacidad inducida por enfermedad. La prevalencia de la depresión se ha estudiado en distintos países mostrándose similar. Un estudio reciente americano observó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y que un 6,6% lo presentaron en los últimos 12 meses (Kessler et al., 2017). Por otro lado, el Libro Verde elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas para mejorar la salud mental de la población (2005) estimaba que la prevalencia anual en la población europea entre 18 y 65 años era del 6,8%. Como consecuencia de tal evolución, es necesario proponer alternativas coste-efectivas para el tratamiento de la depresión, especialmente si pueden añadir eficacia a los tratamientos estándar, sin restar tolerancia (García-Toro et al., 2012) ya que se cree que los números pueden empeorar en el futuro (Alonso, J. et al., 2004).

Para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, nos hemos basado en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). (tabla 1).

<b>Criterios de Trastorno de depresión mayor según el DSM-5</b>
<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</li><li>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).</li><li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</li><li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li><li>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</li></ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li> <li>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).</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</li> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</li> <li>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</li> <li>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</li> </ul>

*Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5.*

Uno de los problemas más importantes en la depresión es su resistencia al tratamiento. En el consenso de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2018) se habla de depresión resistente cuando un paciente no mejora tras el tratamiento con un fármaco de acción antidepressiva contrastada, en dosis terapéuticas y durante el tiempo adecuado. El Instituto Británico para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) la define como aquella cuyos síntomas se mantienen tras dos o más ensayos con antidepressivos. También existen otras propuestas que incluyen como requisito para la depresión resistente la falta de respuesta a una intervención psicoterapéutica de probada eficacia durante un tiempo suficiente (Pandarakalam, 2018).

A día de hoy sabemos que numerosos factores biopsicosociales pueden intervenir como factores desencadenantes o mantenedores de la depresión. Estos pueden ser genéticos, de la personalidad o del contexto psicosocial (incluyendo el momento vital actual). Normalmente la depresión es producto de la combinación de todos estos factores (Ingram y Ritter, 2000).

Para complicar aún más la situación, la validez de los sistemas diagnósticos se ve comprometida por elevados niveles de comorbilidad (Boschloo., van Borkulo, Rhemtulla,

Keyes, Borsboom y Schoevers, 2015). Es especialmente llamativa la elevada comorbilidad entre trastornos emocionales (Al-Asadi, Klein, y Meyer, 2014 y Andrews, Anderson, Slade y Sunderland, 2008), lo que ha impulsado la búsqueda de distintas maneras de explicar y dirigir el tratamiento de los problemas psicológicos. Siguiendo esta línea de trabajo se está tratando de identificar factores comunes y que se suponen la base de la adquisición y el mantenimiento de los trastornos emocionales, por lo que a su vez intervienen en la eficiencia de los tratamientos (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández y Pérez-Álvarez, 2018). Este enfoque permite señalar algunos patrones comunes (considerados dimensiones funcionales) que intervienen en los trastornos emocionales (especialmente en ansiedad y depresión) destacando entre ellos por la relevancia para el presente estudio, la flexibilidad cognitiva y la evitación experiencial.

## 1.2. Intervenciones psicoterapéuticas en la depresión resistente.

Como ya hemos expuesto, el tratamiento de la depresión resistente sigue siendo un desafío terapéutico común para los psiquiatras y psicólogos (Little, 2009; Bschor, 2010). En general la variabilidad en el manejo de la depresión es alta (Harman, Edlund y Fortney, 2004), habiéndose demostrado entre los profesionales de atención primaria diferentes tasas de derivación, duración media de las visitas, actitud ante la falta de respuesta terapéutica y seguimiento de los pacientes con depresión (Villaba-Quintana y Caballero-Martínez, 2006).

La Guía NICE recomienda como tratamientos de primera elección para la depresión mayor el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo conductual.

Se recomienda el tratamiento farmacológico tras el fracaso de otras estrategias terapéuticas o si hay historia previa de depresión moderada o grave, pero en un primer momento se opta por la terapia cognitivo-conductual (TCC) que fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años 70 para ser aplicada como tratamiento de la depresión (Beck y Rush, 1979). La terapia cognitivo conductual ha resultado ser el tipo de terapia psicológica

más estudiada y utilizada para el tratamiento de la depresión además de otros trastornos. (APA Div 12 SCP, 2019 y Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006). En ella el paciente toma un papel activo en la intervención y su objetivo es la reeducación para facilitar conductas de carácter más adaptativo, modificando pensamientos distorsionados y actitudes y conductas disfuncionales (Sahar, 2014). Estos cambios en la cognición mejorarán otros síntomas de la depresión como la tristeza o la anhedonia (Speck et al., 2007). Su eficacia ha resultado similar a la de los antidepresivos y también potencia la eficacia de éstos si el tratamiento es combinado, ofreciendo resultados superiores a ambos por separado. (NICE, 2018).

En los últimos años se ha empezado a trabajar con las llamadas terapias de tercera generación que empezaron a cobrar mayor importancia a principios de la década de 1990, aunque ya habían nacido en la anterior. Las primeras en ser reconocidas como tal fueron la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996), la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Conducta Dialéctica. Hoy en día también se consideran terapias de tercera generación la terapia conductual integrada de pareja, la terapia de activación conductual y el Mindfulness.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), la Terapia Conductual Dialéctica y el Mindfulness invitan a observar las propias experiencias sin juzgarlas aceptándolas tal y como son, trabajando la conciencia plena y la tolerancia al malestar. (Moroz y Dunkley, 2019). De estas, la primera es probablemente la terapia de tercera generación con más evidencia empírica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006 y Ruiz, 2010) y es considerada por la APA como de eficacia modesta. Estudios recientes señalan que las terapias basadas en la aceptación y en el mindfulness pueden considerarse intervenciones efectivas para tratar la ansiedad y la depresión (Hastings y Beck, 2004; Fredrickson, y Cohn, 2008; Kanter et al., 2010; Singer, Ethridge y Aldana, 2007 y Zhang et al., 2018.)



### 1.3. Perfeccionismo, flexibilidad cognitiva y autocompasión.

Las teorías cognitivas de la depresión postulan que los pensamientos, actitudes e interpretaciones de las personas, pueden aumentar el riesgo de depresión. Se han implicado tres mecanismos en la relación entre el procesamiento cognitivo sesgado y la desregulación de la emoción en la depresión: procesos inhibitorios y déficits en la memoria de trabajo, respuestas ruminantes a estados de ánimo o eventos de vida negativos, y la incapacidad de usar o disfrutar estímulos positivos y gratificantes para regular el estado de ánimo negativo (Gotlib y Joormann, 2010).

La incapacidad de disfrutar de los estímulos positivos o gratificantes (anhedonía) puede quedar explicada por el perfeccionismo, entendiendo a éste como un constructo multidimensional de la psicología caracterizado principalmente por dos dimensiones: estándares personales y autocrítica.

Por un lado, los estándares personales perfeccionistas consisten en autoimponerse metas y resultados demasiado exigentes; mientras que la autocrítica perfeccionista consiste en autosometerse al escrutinio y a la evaluación constantes sobre el propio aspecto, la personalidad o el comportamiento generando una preocupación excesiva acerca de la aprobación u opinión que tienen los demás de uno mismo. (Blatt, 2004 y Dunkley, Zuroff y Blankstein, 2003).

Este tipo de autocrítica se relaciona a su vez con otro constructo psicológico disfuncional: la inflexibilidad cognitiva. La inflexibilidad cognitiva es la incapacidad de adaptarse a las demandas del entorno modificando nuestra perspectiva y conducta para actuar de forma adaptativa (Hayes et al., 2006). Genera como resultado la evitación experiencial. Numerosos estudios demuestran que la autocrítica tiene un impacto negativo en el curso y la respuesta en los tratamientos de la depresión, mientras que su reducción disminuye los síntomas de dicha enfermedad, así como de la ansiedad social (Blatt et al., 1995; Cox, Walker, Enns y Karpinski, 2002; Rector, Bagby, Segal, Joffe y Levitt, 2000; Shahar, Blatt, Zuroff y Pilkonis., 2003 y

Shahar et al., 2015). De esta manera la terapia de aceptación y compromiso propone la inflexibilidad como un concepto más amplio que la evitación experiencial porque abarca no solo las experiencias negativas sino también las positivas y las neutras (Ruiz, Langer Herrera, Luciano, Cangas, y Beltrán, 2013).

La evitación experiencial, entendida también como constructo transdiagnóstico para explicar la ansiedad y la depresión, es la incapacidad para mantener contacto con experiencias que se perciben como aversivas. (Hayes et al., 1996, 2006). Algunos estudios apuntan a que la evitación experiencial está relacionada con mayores síntomas ansioso—depresivos y enfatizan en ella como un robusto predictor de dichos síntomas, considerándola un factor de vulnerabilidad para sufrir un trastorno emocional mientras que la flexibilidad cognitiva actuaría como un protector contra el malestar y el desarrollo de trastornos mentales (Ruiz, 2010; Ruiz et al., 2013; Sairanen, Lappanainen y Hiltunen, 2018 y Zvolensky et al., 2015).

Estos tres constructos quedan relacionados por tanto de la siguiente manera: la autocrítica perfeccionista que hace nacer en nosotros el miedo a ser evaluados de manera negativa por los demás dificulta la adaptación al entorno y sus demandas (inflexibilidad cognitiva) y deriva en la evitación experiencial (Santanello y Gardner, 2007).

Lo contrario a la autocrítica sería la autocompasión.

El término compasión deriva del latín “com”(con/juntos) y “pati” (sufrir), a pesar de que el concepto existe desde hace siglos, su estudio es relativamente reciente ya que no es hasta el siglo XX cuando la psicología social y del desarrollo comienzan a estudiarla de forma científica. Debemos advertir que el constructo compasión al que nos referimos no tiene la connotación de superioridad moral hacia una persona de estatus inferior que se asume en términos coloquiales influidos por la educación judeo-cristiana. Entendemos por compasión aquellos sentimientos de afecto, preocupación y cuidado hacia los demás, vistos como iguales, que se acompaña con una fuerte motivación para mejorar su estado de bienestar y ayudarles. Por tanto, está asociada

a una conducta prosocial. (Singer y Ethridge, 2007). La autocompasión consiste en elaborar estos sentimientos y actitudes hacia uno mismo y según Neff (2003) está compuesta por 3 elementos:

-La autoamabilidad, entendida como el ser amable con un mismo en situaciones de estrés o tras cometer un error, en lugar de juzgarse o criticarse.

-La humanidad compartida, esto es: reconocer que los errores, fallos y equivocaciones al igual que el sufrimiento son aspectos comunes y naturales de todo ser humano.

-La conciencia plena o mindfulness que consiste en atender de forma plena nuestras imperfecciones, contactando con el momento presente y evitando juzgarlas y rumiar sobre ellas además de aceptarlas en la medida de lo posible (Brown y Ryan, 2003). Hay numerosos estudios que asocian este elemento a importantes indicadores de salud física y psíquica. (Brown y Ryan, 2003; Carlson y Brown, 2005; Gonzalez, Solomon, Zvolensky y Miller, 2009; Vujanovic, Zvolensky, Bernstein, Feldner y McLeish, 2007; Zvolenski et al, 2015). Por tanto, el mindfulness puede moderar el efecto de la evitación experiencial con la posibilidad a su vez de mejorar y prevenir los síntomas de ansiedad y depresión (Raines et al., 2018). En coherencia con lo anterior, el malestar, el “burnout” y los sentimientos de culpa correlacionan de forma positiva con la autocrítica y de forma negativa con el mindfulness (Montero-Marín et al. 2016; Olson, Kemper y Mahan, 2015).

Hay un interés creciente en entender la relación entre compasión y salud mental. El concepto de autocompasión ha aparecido en la literatura psicológica en los últimos años y por tanto no tiene una larga trayectoria de evidencia para entender el papel que juega en el bienestar emocional. Sólo un puñado de estudios ha demostrado correlación entre autocompasión y aspectos de la flexibilidad cognitiva. (Neff, Kirkpatrick y Rude, 2007).

La terapia de aceptación y compromiso aplicada al tratamiento de la depresión busca mejorar la autocompasión, la flexibilidad cognitiva y la conciencia plena para reducir la

autocrítica, la evitación experiencial y la inflexibilidad y mejorar por tanto la severidad la sintomatología ansioso-depresiva. (Blatt y Zuroff, 2005; Demarzo et al. 2014; García-Toro, Vicens, García-Campayo y Gili, 2016; Moroz y Dunkley, 2019) ya que las personas con elevada autocrítica presentan una peor respuesta a los tratamientos tradicionales de la depresión (Blatt, S.J, Zuroff, D.C. 2005; Kannan y Levitt, 2013.)

## **2. Metodología.**

En el presente estudio se ha utilizado un diseño basado en el ensayo clínico pragmático con un solo grupo de intervención y los resultados han sido registrados a través de técnicas autoaplicadas.

### **2.1. Objetivos.**

El fin de este trabajo es aplicar un programa multimodal de estilo de vida mediterráneo que también promueva la mejora en mindfulness, autocompasión y flexibilidad cognitiva, como tratamiento complementario de la depresión resistente. Además, se estudiará la relación entre la flexibilidad cognitiva y la autocompasión y si se asocian a la regulación de la sintomatología depresiva. Los resultados nos darán información para poder seguir investigando en este campo.

### **2.2. Hipótesis.**

Las mejoras de los pacientes con depresión resistente se asociarán a mejoras en la autocompasión y la flexibilidad cognitiva.

### **2.3. Participantes**

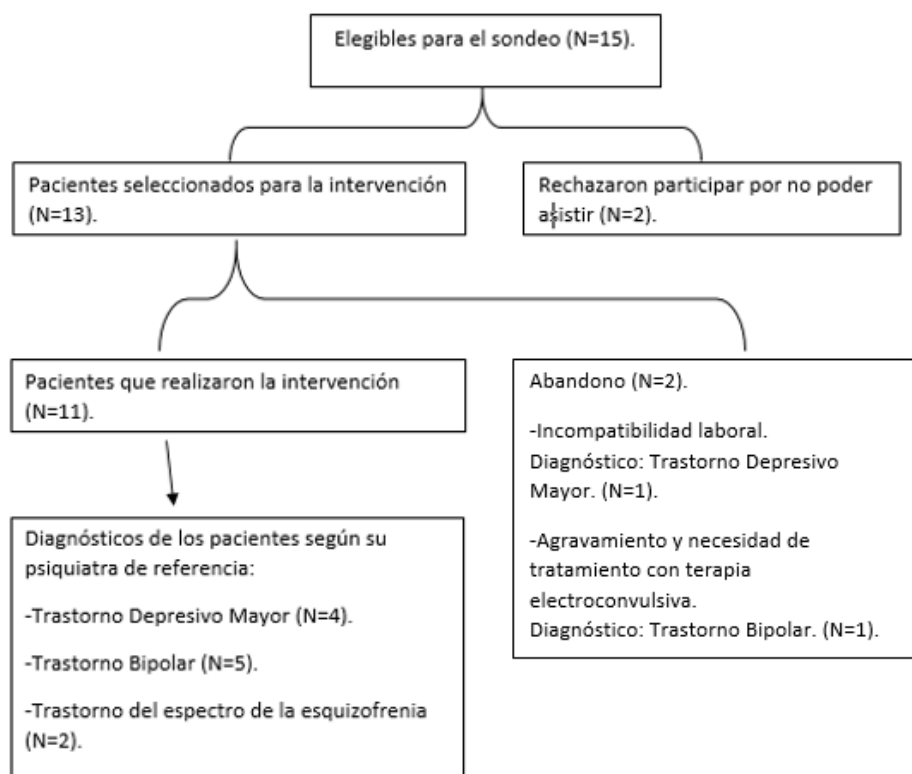
Los participantes del estudio fueron 13 pacientes con episodio depresivo resistente según criterios del DSM-5, reclutados en el Hospital Universitarios Son Espases y mayores de edad. De la muestra completa 5 de ellos fueron hombres y 8 mujeres. Los pacientes fueron seleccionados entre febrero y marzo de 2019, durante ese proceso los pacientes fueron informados de la confidencialidad de los datos y de que podían abandonar el tratamiento en

cualquier momento sin perder la posibilidad de continuar con la terapia hospitalaria que estaban llevando a cabo antes del inicio del programa. Tras la obtención del consentimiento informado se puso en marcha el proyecto el 12 de marzo de 2019. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares y la Comisión de Investigación del Hospital Son Espases.

Los criterios de inclusión/ exclusión de los participantes en el estudio fueron los siguientes:

- 1- Pacientes mayores de 18 años que cumplan criterios de episodio depresivo mayor según el DSM-5 cuyo episodio depresivo tenga un curso de entre 3-24 meses.
- 2- Los pacientes deben haber rechazado o respondido de forma insatisfactoria a 2 tratamientos farmacológicos con antidepresivos a la máxima dosis tolerada dentro del rango terapéutico durante al menos un mes en el presente episodio.
- 3- Los sujetos deben comprender perfectamente el español hablado y escrito y otorgar consentimiento informado para formar parte del estudio.
- 4- Los sujetos no deben sufrir otra enfermedad médica, infecciosa o que afecte al Sistema Nervioso Central, ni otro diagnóstico psiquiátrico o enfermedad mental grave, a excepción de la patología ansiosa o de un trastorno de personalidad. Tampoco deben presentar riesgo suicida o encontrarse en situación de embarazo o lactancia.
- 5- Quedarán excluidos aquellos pacientes que hayan participado en un ensayo clínico en los últimos 6 meses.

Ilustración 1 / Diagrama de flujo de Participantes.



#### 2.4. Instrumentos.

Los instrumentos utilizados en el presente estudio han sido los siguientes:

-AAQ-II: Cuestionario de Aceptación y Acción. Para medir la variable independiente de flexibilidad cognitiva. Este cuestionario en su segunda versión, es uno de los más utilizados para medir la flexibilidad cognitiva. El AAQ-II comprende 7 ítems que miden la evitación experiencial a través de una escala Likert de 7 puntos (1 = nunca es verdad, 7 = siempre es verdad). A mayor puntuación total mayor rigidez cognitiva por lo que, puntuaciones más bajas corresponden a una mayor flexibilidad. La versión española desarrollada por Ruiz et al. (2013) y la consistencia interna medida a través de las distintas muestras fue buena (entre  $\alpha = .75$  y  $\alpha = .93$ ). Las diferencias entre las muestras clínicas y no clínicas son estadísticamente significativas y las puntuaciones en el AAQ-II están significativamente relacionadas con medidas generales de psicopatología y de calidad de vida. (Ruiz et al., 2013).

-SCS: Escala de autocompasión en formato breve. La escala de autocompasión en formato breve es una escala de 12 ítems diseñada para medir la autocompasión de forma global a través de una puntuación total y sus componentes a través de 3 conceptos distintos: humanidad compartida, mindfulness y autoamabilidad representadas en 6 subescalas que señalan los aspectos positivos y negativos de cada faceta a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (1= casi nunca, 5= casi siempre). Puntuaciones más altas señalan mayor autocompasión. Dicha escala ha presentado una adecuada fiabilidad y validez incluso en distintas culturas (García Campayo et al, 2014; Neff, Pisitsungkagarn y Hsieh, Y, 2008.; Raes, Pommier, Neff, y Van Gucht, 2011).

-Escala autoaplicada de impresión clínica global: Esta escala compuesta únicamente por una pregunta se utiliza para medir la variable dependiente de bienestar emocional. Esta escala evalúa a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (1= normal, sin síntomas depresivos, 7= extremadamente deprimido) el estado emocional de la persona en relación a la sintomatología depresiva durante la última semana. Aplicado de forma previa y posterior a la intervención nos permitirá saber la impresión subjetiva del sujeto sobre si presenta o no mejora en la sintomatología depresiva.

-BDI-2: Inventario de depresión de Beck. Para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva incluyendo características cognitivas, afectivas, motivacionales y somáticas. El Inventario de depresión de Beck es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems en el que cada pregunta es puntuada del 0-3. Dicho inventario categoriza la depresión basándose en 3 puntos de corte en función de la puntuación total: 0-9 depresión mínima; 10-18 depresión leve; 19-29 depresión moderada y de 30-63 depresión severa. Las propiedades psicométricas del BDI son adecuadas y han sido también validadas en español (Beck, Steer y Garbin, 1998).

## 2.5. Diseño.

Se trata de un grupo único de intervención con una evaluación previa al tratamiento y otra posterior. El grupo fue seleccionado por profesionales de la salud mental del Hospital Universitario Son Espases en un primer momento y finalmente aceptados por los investigadores tras comprobar que la muestra estaba compuesta por adultos con depresión resistente, con presencia o no de otro trastorno mental.

## 2.6. Intervención:

La intervención está basada en un programa dirigido a promover un estilo de vida saludable y a entrenar mindfulness y autocompasión. El objetivo en este último aspecto es mejorar la habilidad de los pacientes para ser amables con ellos mismos y sus experiencias, practicando mindfulness y visualizaciones basadas en la autocompasión (Tabla 2), incluyendo trabajos diarios de 5-10 minutos en casa como complemento. La intervención tiene una duración total de 8 semanas con sesiones semanales de unas 2 horas.

El terapeuta en el grupo es un psiquiatra formado para dirigir especialmente este tipo de intervención.

*Tabla 1. Esquema extraído del programa Terapia de la Autocompasión basada en el estilo de apego de García Campayo, J. y cols.*

Sesiones	Terapia de autocompasión
1	Preparando la compasión Aspectos teóricos de la evolución cerebral, felicidad y sufrimiento. Concepto de compasión y autocompasión y eliminación de creencias falsas. Se trabajan prácticas de mindfulness como la respiración y el repaso corporal compasivo para regular la atención e incidir en aspectos de la compasión con uno mismo.
2	Autoestima y compasión Mindfulness y compasión. Diferencias con autoestima. Como manejar y afrontar el miedo. Practicar el conectar con el afecto y la compasión y generar sentimientos de seguridad alrededor de uno mismo.
3	Desarrollando mi mundo de compasión. Mecanismo de funcionamiento de la compasión. Importancia de sustituir autocrítica por autocompasión. Desarrollo de un elemento central de compasión como figura de seguridad. Reemplazar la voz crítica por otra más comprensiva y tolerante. Importancia de la aceptación en la vida.



4	Relaciones y compasión.	Inducción a la relajación a través de un escáner corporal. Explicación del estrés cómo respuesta al entorno y de técnicas para volver a la zona de confort. Construir una zona interior para tomar refugio en momentos de dificultad.
5	Trabajando en nosotros mismos.	Reconstrucción de un modelo de aproximación al entorno seguro, modificando relaciones con nosotros mismos y con los otros a través de la compasión. Practicar el ser conscientes de nuestra capacidad para dar afecto a otros y a nosotros mismos.
6	Compasión avanzada I	El perdón y barreras comunes para la compasión. Importancia del perdón a uno mismo y a los demás- El perdón a través de la meditación: pedir perdón a otros, perdonarse a uno mismo, perdonar a los demás por sus errores. Guía de valores para reducir el sufrimiento a través de una conducta activa.
7	Compasión avanzada II	Envidia y cómo manejar relaciones difíciles. Intentar entender el sufrimiento de otros para aplicar la compasión en la vida diaria.
8	Transmitiendo compasión a los demás.	Como mantener los ejercicios de compasión en nuestra vida diaria. Practica para desarrollar la ecuanimidad: todos somos iguales, la falacia de las categorías, aprender a sentirse agradecido. Mantenimiento de la compasión con los demás y con nosotros mismos.

### 3. Resultados.

En primer lugar, se hizo un estudio de normalidad de las variables dado el tamaño reducido de la muestra. Los resultados indicaron que todas las variables medidas a excepción de la correspondiente a la Escala autoaplicada de impresión clínica global mostraban dicha normalidad.

**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
RESTBDI	,183	11	,200	,945	11	,576
RESTAAQ	,141	11	,200	,968	11	,867
RESTSCS	,242	11	,070	,893	11	,151
RESTGLOBAL	,299	11	,007	,777	11	,005
RESTAUT	,125	11	,200	,951	11	,660
RESTHUM	,137	11	,200	,981	11	,972
RESTMIND	,189	11	,200	,914	11	,270

Una vez obtenido el análisis anterior se procedió a la comparación de medias pre-intervención y post-intervención para comprobar si realmente existían cambios significativos en las puntuaciones de las escalas aplicadas. La significación se analizó de forma unilateral y no bilateral debido a que nos interesaba saber únicamente el cambio de la muestra en 1 sentido

(esto es, en función de la escala aplicada si los resultados posteriores señalaban un incremento en la flexibilidad cognitiva y/o en la autocompasión o bien señalaban una disminución en la sintomatología depresiva). Dadas estas consideraciones, los resultados muestran que sí que existe un cambio en la escala SCS de autocompasión que llega a ser estadísticamente significativo, a pesar de la escasez de la muestra.

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (unilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	BDI PRE - BDI POST	6,636	13,916	4,196	-2,713	15,985	1,582	10	,0725
Par 2	AAQ PRE - AAQ POST	2,455	7,104	2,142	-2,318	7,227	1,146	10	,1395
Par 3	SCS PRE - SCS POST	-5,636	8,992	2,711	-11,677	,404	-2,079	10	<b>,032</b>
Par 4	AUT. PRE - AUT. POST	-,45455	,90013	,27140	-1,05926	,15017	-1,675	10	,0625
Par 5	HUM. PRE - HUM. POST	-,45455	,96059	,28963	-1,09988	,19079	-1,569	10	,074
Par 6	MIND. PRE - MIND. POST	-,59091	,69167	,20855	-1,05558	-,12624	-2,833	10	,09

Sin embargo, los cambios ocurridos en nuestra opinión más interesantes, son los obtenidos al tratar de encontrar si hay una correlación entre los incrementos pre-post de la sintomatología depresiva, la flexibilidad cognitiva y la autocompasión. Los resultados en el BDI-II correlacionan de forma positiva y significativa con los del AAQ-II, lo que quiere decir que los cambios en inflexibilidad cognitiva se asocian directamente con los cambios en la sintomatología depresiva. Por otro lado, los resultados del BDI-II correlacionan de forma negativa y estadísticamente significativa con la autocompasión lo que sugiere que mejorar en este constructo (o en cualquiera de las áreas que lo compone: mindfulness, humanidad o autoestima) permite una mejora de la sintomatología depresiva.

**Correlaciones**

		REST BDI	REST AAQ	REST SCS	REST GLOBAL	REST AUT	REST HUM	REST MIND
RESTBDI	Correlación de Pearson	1	<b>,620</b>	-,431	<b>,615</b>	-,414	-,266	-,404
	Sig. (unilateral)		,021	,093	,022	,103	,215	,109
RESTAAQ	Correlación de Pearson		1	<b>-,812</b>	,114	<b>-,911</b>	<b>-,567</b>	-,515
	Sig. (unilateral)			,001	,369	,000	,034	,053
RESTSCS	Correlación de Pearson			1	,096	<b>,897</b>	<b>,869</b>	<b>,786</b>
	Sig. (unilateral)				,389	,000	,000	,002
RESTGLOB	Correlación de Pearson				1	,070	,282	-,162
	Sig. (unilateral)					,419	,200	,317
RESTAUT	Correlación de Pearson					1	<b>,684</b>	<b>,590</b>
	Sig. (unilateral)						,010	,028
RESTHUM	Correlación de Pearson						1	<b>,552</b>
	Sig. (unilateral)							,039
RESTMIND	Correlación de Pearson							1
	N	11	11	11	11	11	11	11

#### 4. Discusión.

La hipótesis inicial del proyecto nació de la pregunta de si existía una relación entre la autocompasión, la flexibilidad cognitiva y los niveles de depresión en pacientes con depresión resistente. Los hallazgos del presente estudio señalan que así es y a pesar de las evidentes limitaciones, son consistentes con la literatura empírica que ya ha demostrado relación entre autocompasión y varios aspectos de la flexibilidad psicológica y el bienestar emocional en poblaciones no clínicas o con menor gravedad (Barnard y Curry, 2011; Marshall y Broackman, 2016; Neff et al., 2007; Van Dam, Sheppard, Forsyth y Earleywine, 2011).

Por tanto, los resultados parecen ir en la misma dirección que los obtenidos en estudios anteriores a pesar de diferir en el tamaño y características de la muestra. Los estudios llevados a cabo hasta el momento, incluido este, sugieren que la autocompasión se correlaciona de forma negativa con ansiedad y depresión (Raes, 2010), rumiación, supresión emocional y evitación

(Marshall y Brockman, 2016; Neff et al, 2005; Thomson y Waltz, 2008) y demuestran que muchos de los cambios relevantes en este tipo de intervenciones están mediados por la evitación experiencial. Trabajando a nivel psicológico en la exposición a través del mindfulness y en la compasión se produce un incremento de la aceptación y la flexibilidad cognitiva, lo que puede suponer otra vía de abordaje complementaria para la depresión. (Forman et al, 2007; Gifford et al, 2004; Sairanen et al, 2017;). Dicho de otra forma, la evitación y el perfeccionismo (rasgos relacionados con la rigidez cognitiva) generan una vulnerabilidad mayor para presentar malestar emocional, ansiedad y depresión (Marshall y Brockman, 2016; Santanello y Gardner, 2007).

A pesar de tratarse de un estudio con una muestra pequeña y con pacientes con enfermedad mental grave, los resultados nos parecen novedosos e interesantes a la espera de poder ser confirmados en estudios con una mejor metodología. La idea de esta línea de investigación, no es sustituir las terapias de primera elección en el tratamiento de la depresión resistente si no probar estas nuevas terapias como coadyuvantes para conseguir mejorar los resultados del tratamiento antidepresivo estándar, especialmente en aquellos casos con riesgo de cronificación.

Los resultados señalan que algunos de los pacientes mejoraron su sintomatología depresiva tras la intervención e incluso modificaron el nivel de gravedad valorado por el BDI-II. A su vez, la mayoría de ellos ha presentado una mejora importante en la autocompasión y en la flexibilidad cognitiva (especialmente en esta última y especialmente en el constructo relacionado con el Mindfulness y la conciencia plena). Tal y como señalan estudios anteriores y este pequeño proyecto, existe una relación importante entre estos constructos y el bienestar emocional, así pues, parece clara la necesidad de seguir desarrollando esta línea de investigación con estudios más amplios y controlados.

Hasta donde nosotros hemos podido averiguar, este es el primer estudio que se encarga de intentar establecer una relación entre autocompasión, flexibilidad cognitiva y depresión en pacientes con episodio depresivo resistente. El programa de intervención se basa en estos constructos y en su modificación para que la persona mejore en la aceptación de su situación y limitaciones y actuar de forma más adaptativa en las actividades de la vida diaria.

Por supuesto, conviene ser precavidos y recordar las limitaciones a las que se ha visto sujeto el trabajo. Encontrar una muestra representativa de pacientes con depresión resistente que quisieran participar y se movilizasen todas las semanas hasta el hospital en el que reciben tratamiento ha sido complicado, y además puede haber incurrido por ello en sesgo de selección (participación de pacientes con depresión resistente más colaboradores). Además, al tratarse de una intervención complementaria no podemos atribuir el éxito únicamente a nuestra intervención, también podría haber influido el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo conductual que continuaron recibiendo de su equipo de salud mental de referencia. Recordemos que también esta intervención se asocia de forma multimodal junto a otras propuestas de mejora des estilo de vida que tienen potencial antidepresivo demostrado (actividad física, dieta mediterránea, higiene del sueño...).

La réplica en futuros estudios es importante para apoyar los resultados obtenidos, especialmente en cuanto a muestra clínica se refiere. Los resultados de nuestro estudio amplían la base empírica y ayudan a comprender la relación entre flexibilidad cognitiva, autocompasión y bienestar emocional y apoyan el desarrollo de los tratamientos basados en la compasión y de la Terapia de tercera generación de Aceptación y Compromiso, pero es necesario mejorar las condiciones metodológicas y el tamaño de la muestra para poder hablar con más seguridad sobre su eficacia.

Personalmente creo que sería interesante aplicar estos conocimientos no sólo a la intervención en pacientes con un diagnóstico si no que debería comenzar a trabajarse a nivel

preventivo. Así, si los pacientes con depresión subumbral desarrollasen mejores estrategias autocompasivas y trabajaran para ser más flexibles a nivel cognitivo, mejoraríamos su bienestar emocional y estaríamos ayudando a prevenir el trastorno depresivo como tal. Esto ayudaría a mejorar la problemática a la que aludíamos al inicio del trabajo, esto es, la depresión como primer factor incapacitante y generador de un enorme sufrimiento en cuanto a salud mental se refiere.

## **5. Conclusiones.**

Las principales conclusiones de este estudio son:

- 1- Existe una correlación significativa entre los cambios en flexibilidad cognitiva, autocompasión y sintomatología depresiva en pacientes con depresión resistente.
- 2- El aumento en la flexibilidad cognitiva se asocia con una disminución en la sintomatología depresiva.
- 3- El aumento en la autocompasión se asocia a una mayor flexibilidad cognitiva.
- 4- Es posible trabajar los constructos mindfulness y autocompasión integrados en un programa multicomponente de estilo de vida en pacientes con depresión resistente en el ámbito de un hospital de día psiquiátrico, lo cual anima a probar su eficacia en un estudio controlado.

## **Bibliografía.**

- Al-Asadi, A. M., Klein, B., & Meyer, D. (2014). Comorbidity structure of psychological disorders in the online e-pass data as predictors of psychosocial adjustment measures: Psychological distress, adequate social support, self-confidence, quality of life, and suicidal ideation. *Journal of Medical Internet Research, 16*(10) doi:10.2196/jmir.3591.
- 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, Supplement, 109*(420), 47-54.
- Asociación Americana de Psicología División 12, Sociedad de psicología clínica (APA Div 12 SCP). (2019). Extraído de:  
<http://www.div12.org/PdychologicalTreatments/treatments.html>.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)R*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- Andrews, G., Anderson, T. M., Slade, T., & Sunderland, M. (2008). Classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions. *Depression and Anxiety, 25*(4), 274-281. doi:10.1002/da.20489.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303. doi:10.1037/a0025754.
- Beck AT. 1976. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University.
- Beck A, Rush A. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/10749-000.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 125–132. doi:10.1037/0022-006X.63.1.125.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 459-486. doi:10.1016/j.cpr.2005.03.001.
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., Keyes, K. M., Borsboom, D., and Schoevers, R. A. (2015). The network structure of symptoms of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *PLoS One* 10:e0137621. doi: 10.1371/journal.pone.0137621.
- 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), 822-848.
- Bschor, T. (2010). Therapy-resistant depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(1), 77-86. doi:10.1586/ern.09.137.



- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.04.366.
- Comisión de las comunidades Europeas. 2005. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. p. 484-final.
- Cox, B.J., Wlaker, J.R., Enns, M.W., Karpinski, D.C. (2002). Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioural treatment. *Behavior Therapy*, 33(4), 479-491. Doi: 10.1016/S0005-7894(02)80012.
- Demarzo, M. M. P., Andreoni, S., Sanches, N., Perez, S., Fortes, S., & Garcia-Campayo, J. (2014). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in perceived stress and quality of life: An open, uncontrolled study in a brazilian healthy sample. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 10(2), 118-120. doi:10.1016/j.explore.2013.12.005.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234-252. doi:10.1037/0022-3514.84.1.234.
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP) doi:10.3389/fpsyg.2018.01618.

- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2372-2386. doi:10.1016/j.brat.2007.04.004
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. doi:10.1037/a0013262.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2018).
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the self-compassion scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1) doi:10.1186/1477-7525-12-4.
- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Oliván, B., Vicens, E., & Roca, M. (2012). Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression: A randomized-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 200-203. doi:10.1016/j.jad.2012.03.031.
- García-Toro, M., Vicens, C., García-Campayo, J., & Gili, M. (2016). Feasibility of an integrated mindfulness and mediterranean lifestyle program. [Viabilidad de un programa integrado de mindfulness y estilo de vida mediterráneo] *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 44(1), 46.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for

smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689-705. doi:10.1016/S0005-7894(04)80015-7.

Gonzalez, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J., & Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 403-413. doi:10.1177/1359105309102193.

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.

Guo, W., Liu, F., Xue, Z., Gao, K., Liu, Z., Xiao, Chen, H, Zhao, J. (2013). Decreased interhemispheric coordination in treatment-resistant depression: A resting-state fMRI study. *PLoS ONE*, 8(8) doi:10.1371/journal.pone.0071368.

Harman, J. S., Edlund, M. J., & Fortney, J. C. (2004). Disparities in the adequacy of depression treatment in the united states. *Psychiatric Services*, 55(12), 1379-1385. doi:10.1176/appi.ps.55.12.1379.

Hastings, R. P., & Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(8), 1338-1349. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00357.x.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (2016). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis

and treatment. *The act in context: The canonical papers of Steven C. Hayes* (pp. 171-203) doi:10.4324/9781315745138.

Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido. (2018).

Ingram, R. E., & Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 588-596. doi:10.1037/0021-843X.109.4.588.

Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166-178. doi:10.1037/a0032355.

Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., and Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 608–620. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.001.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095.

Kessler, R. C., Van Loo, H. M., Wardenaar, K. J., Bossarte, R. M., Brenner, L. A., Ebert, D. D., . . . Zaslavsky, A. M. (2017). Using patient self-reports to study heterogeneity of treatment effects in major depressive disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 22-36. doi:10.1017/S2045796016000020.

Little, A. (2009). Treatment-resistant depression. *American Family Physician*, 80(2), 167-172.

Marshall, E., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72. doi:10.1891/0889-8391.30.1.60.

- Montero-Marin, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Demarzo, M. M. P., Trenc, P., & Garcia-Campayo, J. (2016). Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 11(6) doi:10.1371/journal.pone.0157499.
- Olson, K., Kemper, K. J., & Mahan, J. D. (2015). What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 20(3), 192-198. doi:10.1177/2156587214568894.
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 112, 18-27. doi:10.1016/j.brat.2018.11.006
- Neff, K.D., Germer, C. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K.D., Hsieh, Y., DeJitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K., Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. -. (2008). Self-compassion and self-construal in the united states, thailand, and taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285. doi:10.1177/0022022108314544.
- Organización Mundial de la Salud. (2018).
- Pandarakalam, J. P. (2018). Challenges of treatment-resistant depression. *Psychiatria Danubina*, 30(3), 273-284. doi:10.24869/psyd.2018.273.

- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(3), 250-255. doi:10.1002/cpp.702.
- Raines, E. M., Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Viana, A. G., Lemaire, C., Garza, M., . . . Zvolensky, M. J. (2018). Mindful attention moderating the effect of experiential avoidance in terms of mental health among latinos in a federally qualified health center. *Psychiatry Research*, 270, 574-580. doi:10.1016/j.psychres.2018.10.036.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 571–584. doi:10.1023/ A:1005566112869.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The spanish version of the acceptance and action questionnaire - II. [Midiendo la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: Versión española del cuestionario de aceptación y acción - II] *Psicothema*, 25(1), 123-129. doi:10.7334/psicothema2011.239.

- Sairanen, E., Lappalainen, P., & Hiltunen, A. (2018). Psychological inflexibility explains distress in parents whose children have chronic conditions. *PLoS ONE*, 13(7) doi:10.1371/journal.pone.0201155.
- Sairanen, E., Tolvanen, A., Karhunen, L., Kolehmainen, M., Järvelä-Reijonen, E., Lindroos, S., . . . Lappalainen, R. (2017). Psychological flexibility mediates change in intuitive eating regulation in acceptance and commitment therapy interventions. *Public Health Nutrition*, 20(9), 1681-1691. doi:10.1017/S1368980017000441.
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 319-332. doi:10.1007/s10608-006-9000-6.
- Shahar, B. (2014). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(6), 536-547. doi:10.1002/cpp.1853.
- Shahar, B., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 629–633. doi:10.1037/0022-006X.71.3.629.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. (2015). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(4), 346-356. doi:10.1002/cpp.1893.
- Singer, G. H. S., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with

- developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 357-369. doi:10.1002/mrdd.20175.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328. doi:10.1017/S0033291706008944.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558. doi:10.1002/jts.20374.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.011.
- Villava Quintana E, Caballero Martínez L. (2006). Estudio sobre el uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de Atención Primaria. *SEMERGEN*, 32(9), 427-32.
- Vujanovic, A. A., Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Feldner, M. T., & McLeish, A. C. (2007). A test of the interactive effects of anxiety sensitivity and mindfulness in the prediction of anxious arousal, agoraphobic cognitions, and body vigilance. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1393-1400. doi:10.1016/j.brat.2006.06.002.
- Zhang, C. -, Leeming, E., Smith, P., Chung, P. -, Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8(JAN) doi:10.3389/fpsyg.2017.02350.
- Zvolensky, M. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Paulus, D. J., Valdivieso, J., Lam, H., . . . Vujanovic, A. (2015). Anxiety sensitivity and mindful attention in terms of anxiety and depressive



symptoms and disorders among latinos in primary care. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 245-251. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.026.

Zvolensky, M. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Valdivieso, J., Ortiz, M., Bogiaizian, D., . . . Vujanovic, A. (2015). The role of anxiety sensitivity in the relation between experiential avoidance and anxious arousal, depressive, and suicidal symptoms among latinos in primary care. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 688-696. doi:10.1007/s10608-015-9696-2.

## Anexos

### 1. Inventario de depresión de Beck II. (BDI-II).

#### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación ..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mi mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mi mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solia estarlo
- 2 Me critico a mi mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haria
- 2 Querria matarme
- 3 Me mataria si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solia hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solia hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

#### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

## 2. Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II).

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuente-mente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría
2. Tengo miedo de mis sentimientos
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir

### 3. Escala de autocompasión en formato breve (SCS).

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

Casi Nunca

Casi Siempre

1

2

3

4

5

\_\_\_ SC1. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.

\_\_\_ SC2. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

\_\_\_ SC3. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

\_\_\_ SC4. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.

\_\_\_ SC5. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana

\_\_\_ SC6. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.

\_\_\_ SC7. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.

\_\_\_ SC8. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.

\_\_\_ SC9. 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.

\_\_\_ SC10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.

\_\_\_ SC11. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

\_\_\_ SC12. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

#### **4. Escala autoaplicada de impresión clínica global.**

Por favor, diga rodeando con un círculo la opción elegida cómo se ha sentido habitualmente durante la última semana:

1. Normal, sin síntomas depresivos.
2. Al límite de la depresión
3. Levemente deprimido
4. Moderadamente deprimido
5. Marcadamente deprimido
6. Gravemente deprimido
7. Extremadamente deprimido