



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de máster

Modalidad 1

“Revisión bibliográfica y propuesta de
intervención”

Eficacia del
mindfulness en el
tratamiento de los
trastornos
emocionales y el
estrés: una
aproximación a sus
mecanismos de
acción

Autor/a del TFM

Laura Villar Iglesias

Máster en Psicología General Sanitaria
Año 2024

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidade de Santiago de Compostela para la obtención del Máster en Psicología General Sanitaria

Índice

Índice.....	1
Resumen.....	2
Resumo.....	3
Abstract.....	4
Introducción	5
Método	18
Resultados.....	21
Discusión	28
Propuesta de intervención.....	35
Conclusiones	50
Referencias bibliográficas	51
Índice de figuras.....	56
Anexos	57

Resumen

El mindfulness se ha extendido en las últimas décadas dentro del ámbito de la psicología como una alternativa terapéutica para el tratamiento de los cada vez más prevalentes y discapacitantes trastornos de depresión, ansiedad y estrés. A pesar de los grandes avances de la investigación sobre el mindfulness, los motivos de su eficacia no quedan claros. Por ello, la presente revisión bibliográfica presenta como objetivos conocer las características generales de los principales programas de intervención basados en mindfulness (IBM), evaluar su eficacia para el tratamiento de trastornos emocionales y estrés, y conocer los mecanismos de acción que subyacen a su funcionamiento. Para ello se llevó a cabo una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes entre el 2008 y el 2024, seleccionando finalmente un total de 21 artículos publicados a partir del 2015. Tras analizar los resultados de los estudios se concluye que: (1) las IBM resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos emociones y del estrés, (2) los efectos del mindfulness se ven mediados por las variables transdiagnósticas de evitación experiencial, rumiación y preocupación, (3) las distintas técnicas de mindfulness producen efectos diferenciales y (4) su eficacia radica en que posibilitan el aumento de conciencia a través de una observación en el momento presente caracterizada por la ausencia de juicio y de reacción. Se hace necesaria una mayor investigación de sus efectos a largo plazo. En base a estos resultados se ha diseñado una propuesta de intervención grupal basada en mindfulness para el tratamiento de trastornos emocionales y estrés.

Palabras clave:

mindfulness, trastornos emocionales, estrés, mecanismos subyacentes, psicoterapia

Número de palabras del trabajo:

20000

Resumo

O mindfulness estendeuse nas últimas décadas dentro do ámbito da psicoloxía como unha alternativa terapéutica para o tratamento dos cada vez máis prevalentes e discapacitantes trastornos de depresión, ansiedade e estrés. A pesar dos grandes avances da investigación sobre o mindfulness, os motivos da súa eficacia non quedan claros. Por iso, a presente revisión bibliográfica presenta como obxectivos coñecer as características xerais dos principais programas de intervención baseados en mindfulness (IBM), avaliar a súa eficacia para o tratamento de trastornos emocionais e estrés, e coñecer os mecanismos de acción que subxacen ao seu funcionamento. Para iso levouse a cabo unha revisión bibliográfica das publicacións existentes entre o 2008 e o 2024, seleccionando finalmente un total de 21 artigos publicados a partir do 2015. Tras analizar os resultados dos estudos conclúese que: (1) as IBM resultan eficaces para o tratamento dos trastornos emociónes e do estrés, (2) os efectos do mindfulness vense mediados polas variables transdiagnósticas de evitación experiencial, rumiación e preocupación, (3) as distintas técnicas de mindfulness producen efectos diferenciais, (4) a súa eficacia radica en que posibilitan o aumento de conciencia a través dunha observación no momento presente caracterizada pola ausencia de xuízo e de reacción. Fase necesaria unha maior investigación dos seus efectos a longo prazo. En base a estes resultados deseñouse unha proposta de intervención grupal baseada en mindfulness para o tratamento de trastornos emocionais e o estrés.

Palabras chave:

mindfulness, trastornos emocionais, estrés, mecanismos subxacentes, psicoterapia

Abstract

Mindfulness has spread in recent decades within the field of psychology as a therapeutic alternative for the treatment of the increasingly prevalent and disabling disorders of depression, anxiety and stress. Despite major advances in mindfulness research, the reasons for its efficacy remain unclear. For this reason, the present literature review aims to identify the general characteristics of the main mindfulness-based intervention programmes (MBI), to evaluate their efficacy in the treatment of emotional disorders and stress, and to understand the mechanisms of action underlying their operation. To this end, a literature review of existing publications between 2008 and 2024 was carried out, finally selecting a total of 21 articles published from 2015 onwards. After analysing the results of the studies, it was concluded that: (1) MBIs are effective for the treatment of emotional and stress disorders, (2) the effects of mindfulness are mediated by the transdiagnostic variables of experiential avoidance, rumination and worry, (3) the different mindfulness techniques produce differential effects and (4) their effectiveness lies in the fact that they enable an increase in awareness through present-moment observation characterised by non-judgement and non-reaction. Further investigation of their long-term effects is needed. Based on these results, a proposal for a group intervention based on mindfulness for the treatment of emotional disorders and stress has been designed.

Keywords:

mindfulness, emotional disorders, stress, underlying mechanisms, psychotherapy

Introducción

1. Hacia la concreción del concepto de mindfulness

En las últimas décadas ha habido un incremento del interés hacia el concepto del mindfulness que, entendido en líneas generales como una forma de prestar atención al momento presente con actitud no enjuiciadora, (Baer, R, 2003) ha llevado a un número cada vez mayor de clínicos a indagar en el aprendizaje de estas técnicas y en su integración en el trabajo terapéutico (Academic Mindfulness Interest Group, 2006).

Más concretamente, es en la década de 1970 cuando la comunidad científica empieza a vislumbrar la investigación sobre el mindfulness y su relevancia en temas de salud, educación y negocios (Gutiérrez, G, 2011), así como a interesarse seriamente por sus aplicaciones clínicas sobre la respuesta de relajación, el dolor, la ansiedad o el tratamiento del cáncer (Academic Mindfulness Interest Group, 2006). A pesar de estos primeros avances, el mindfulness continuó siendo una noción mayoritariamente desconocida en las sociedades Occidentales hasta los años 1990-2000, momento en el que el trabajo de Jon Kabat-Zinn desliga esta práctica de sus orígenes religiosos informando de sus posibles beneficios para el trabajo clínico y psicoterapéutico, unificando la tradición Oriental y Occidental, y elaborando la base de lo que posteriormente se conocería como el programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (Academic Mindfulness Interest Group, 2006; Baer, R, 2003). Este programa le dio voz a este tipo de prácticas tanto a raíz de su inclusión en un amplio número de estudios recientes, como de su presencia en más de 240 proyectos contra los efectos del estrés y diversas enfermedades crónicas alrededor del mundo (Gutiérrez, G, 2011).

Tanto es así que, actualmente, este concepto se ha popularizado e integrado en el vocabulario de la población general, siendo numerosas las personas que han adoptado esta práctica en su día a día

a través de diferentes actividades relacionadas, como la meditación o el yoga. Estudios del National Centre of Complementary and Integrative Health revelan que el porcentaje de población estadounidense practicante de la meditación pasó de un 7,5% en 2002 a un 17,5% en 2022, y de un 5% a un 15,8% en los mismos años cuando nos referimos al yoga. Según un estudio realizado por Raziél Tovar en 2020, tan solo en Estados Unidos, existen 18 millones de personas que practican mindfulness para mejorar su salud, cifra que se estima entre los 200 millones y 500 millones cuando se aplica a nivel mundial. De forma paralela, el incremento de la atención desde la comunidad científica se refleja en el aumento exponencial de estudios, existiendo actualmente más de 4.500 estudios científicos sobre el mindfulness (Raziél Tovar, 2021).

De esta forma, -hace apenas 30 años en EEUU y actualmente en España- el mindfulness ha acaparado la atención de la Psicología Clínica y ha sido incluido dentro de una gran variedad de intervenciones y terapias psicológicas; de forma explícita o implícita; de un modo exclusivo, o bien integrándolo como un componente dentro de un programa de tratamiento compuesto por múltiples elementos o técnicas clínicas. Adoptándolo, así, como una técnica para aumentar la consciencia y responder habilidosamente a procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y del comportamiento (Mañas, I, 2009). Tanto es así que, en la actualidad, la OMS (2023) lo incluye como uno de los tratamientos recomendados para la ansiedad.

A pesar de su actual popularidad continúa existiendo una confusión terminológica respecto a estos conceptos, debido a que, tal y como apunta de Rivera-Monterrey (2021), “tanto una misma palabra puede aplicarse a experiencias diferentes, como la misma experiencia puede describirse con palabras distintas y, además, el mismo término puede referirse tanto a un estado mental como a la técnica para alcanzarlo”, por ello, un primer objetivo de esta introducción, consiste clarificar el término de “meditación” o “mindfulness” y conocer sus posibles variantes.

Con este objetivo, y siguiendo la obra de Delgado (2009), se plantea a continuación un desglose del concepto de mindfulness en base a las tres acepciones propuestas por Germer (2005): (1) como constructo teórico (2) como un proceso psicológico de ser consciente y (3) como una práctica de cultivar la atención, -meditación-.

1.1 Mindfulness como constructo teórico

En el ámbito de la psicología contemporánea el mindfulness ha sido adoptado como una aproximación para incrementar la conciencia y afrontar los procesos mentales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Delgado, 2009).

Si bien en este ámbito este concepto ha sido traducido también como “atención plena” o “conciencia plena”, para entenderlo como constructo teórico, es necesario remontarse a los orígenes

de la palabra inglesa mindfulness, proveniente del término Pali *sati*, el cual implica, según Germer (2005), tres aspectos: el awareness o conciencia de “darse cuenta”, la atención y el recordar.

Siguiendo a Rayan y Brown, Delgado (2009) define el awareness y la atención bajo el paraguas de la conciencia o consciousness, implicando todo ello el mindfulness. De esta forma, y si bien ambos fenómenos están entrelazados, el awareness se entiende como un radar de fondo de la conciencia que monitoriza de forma continua el entorno interno y externo, mientras que la atención se describe como un proceso de focalización consciente que provee de una elevada sensibilidad perceptiva a un rango limitado de fenómenos seleccionados.

La atención plena también implica recordar o recordar, que, según Germer (2005), no significa quedarse en los recuerdos o morar en ellos, sino que este recuerdo está dirigido a reorientar nuestra atención y conciencia hacia la experiencia actual de forma receptiva y sincera, lo que requiere la intención de salir de nuestro ensueño y experimentar plenamente el momento.

Por otra parte, autores como Delgado (2009) y Hervás et al. (2016), ante los datos que indican que la práctica habitual del mindfulness tiende a desarrollar una serie de capacidades y características en los individuos, exponen una concepción del mindfulness, no solo como un estado que se puede incrementar a través de la meditación, sino también como una capacidad natural del ser humano caracterizada por el awareness y la atención abierta hacia la experiencia y los eventos en curso. Desde esta perspectiva, se puede distinguir, por tanto, el mindfulness como *estado*, referido a la variabilidad intrapersonal que explica el hecho de que un mismo individuo varía su capacidad de atención (Delgado, 2009); del mindfulness como *rasgo*, definido por Hervás et al. (2016), como una capacidad relativamente estable, aunque entrenarle a través de la práctica meditativa.

En este punto cabe destacar el trabajo de Rivera-Monterrey (2021), quien establece una sutil, aunque esclarecedora distinción conceptual entre meditación y mindfulness. Así, mientras el primero se define como un acto mental, diferente al razonamiento y a la imaginación, que se desarrolla con un entrenamiento específico y consistente en mantener fija la atención en un objeto o experiencia sin esperar ningún resultado particular; el segundo término hace referencia al estado de atención caracterizado por la apertura y receptividad a la experiencia que se desarrolla mediante la meditación. Estado que es caracterizado, según el Academic Mindfulness Interest Group (2006), por una manera particular de prestar atención: a propósito, en el momento presente y sin juzgar.

De forma sintetizada, se puede decir que mindfulness es, por tanto, lo opuesto a estar con el piloto automático o a soñar despierto, es realzar la atención y el awareness en la experiencia del momento presente. A pesar de este intento de lograr un entendimiento a nivel cognitivo, Germer (2005) concluye que el significado de Mindfulness no puede ser capturado plenamente a través de las

palabras, pues al tratarse de una experiencia no verbal y sutil, la única forma de comprenderlo y conocerlo es a través de la propia vivencia.

1.2 Mindfulness como proceso psicológico (ser consciente)

Cuando Germer (2005) habla de mindfulness como proceso psicológico de ser consciente hace referencia a un estado *mindfull* o de momento consciente que presenta las siguientes características: es no conceptual, -es conciencia sin absorción en nuestros propios pensamientos-, centrado en el presente, no enjuiciador, intencional, -la atención se dirige conscientemente a algún lugar-, con una observación participante, no verbal, -pues la conciencia ocurre antes de que las palabras surjan en la mente-, exploratorio y liberador del sufrimiento condicionado. Según este mismo autor, estas cualidades ocurren de forma simultánea en cada momento de atención plena (Germer, 2005).

La intención de este proceso no es estática, sino que experimenta una evolución a lo largo del tiempo de práctica, moviéndose desde la autorregulación en la fase inicial, hacia la autoexploración en la siguiente y la autoliberación, entendida como la experiencia de trascendencia en la que dejamos de sentirnos como un ser separado, en la última de las fases (Delgado, 2009).

Por otro lado, autores como Hervás et al. (2016), han distinguido entre el mindfulness *informal*, referido a realizar actividades como comer o caminar tras activar un estado de conciencia plena, del *formal*, el cual implica activar y mantener un estado y un proceso de mindfulness en ausencia de otras tareas concurrentes. Estos tipos de práctica, presentan, según Delgado (2009), efectos diferenciales; la práctica cotidiana ayuda a aumentar la comprensión sobre nuestro sufrimiento psicológico y responder hábilmente a determinadas situaciones, mientras que la meditación profunda tiene la posibilidad de proveernos con *insights* sobre la naturaleza de la mente y los orígenes del sufrimiento personal, que a su vez, contribuyen a desapegarse de las rumiaciones fortaleciendo, asimismo, el ejercicio diario de mindfulness. Finalmente, siguiendo a Delgado (2009) cabe mencionar que, acompañando este proceso psicológico de conciencia plena, suelen aparecer sensaciones de energía, lucidez y contentamiento.

1.3. El mindfulness como práctica meditativa

Hayes (2013) describe la meditación como una familia de prácticas mentales y corporales que entrenan la atención y la conciencia originadas hace más de 3000 años en los albores del Yoga Indio. Si bien son una parte central del budismo, estas prácticas no son exclusivas de esta religión, sino que también se encuentran estrechamente ligadas a otras como la tradición china taoísta que, al contrario que la psicología occidental, reconocen familias enteras de estados funcionales más allá de los estados normales de vigilia y sueño (Hayes, 2013). Este autor apunta que la meditación funciona a través de

su influencia en estados de bienestar diferentes de los incluidos en los métodos y definiciones occidentales tradicionales.

Si bien existen diferentes definiciones de la palabra “meditación”, el propio término en latín – “*meditari*”- nos da una pista, traduciendo su significado a “dedicarse a la contemplación o reflexión” (Hayes, 2013). Hayes recoge en su obra distintas definiciones de meditación propuestas por autores como Manocha quien la describe como “una experiencia discreta y bien definida de un estado de conciencia sin pensamientos, o silencio mental, sin reducir los niveles de alerta” o por Walsh y Shapiro como “como una familia de prácticas de autorregulación que tienen por objetivo controlar voluntariamente los procesos mentales mediante la focalización de la conciencia y la atención” (Hayes, 2013). Desde el punto de vista de la psicología social cognitiva, “Mindfulness es un proceso cognitivo que emplea la creación de nuevas categorías, apertura a nueva información y conciencia de más de una perspectiva” (Delgado, 2009)

Pese a la amplia gama de tipos de meditación y de técnicas que incorporan elementos meditativos y de conciencia plena, como el Yoga o el Yoga Nidra (Hayes, 2016), Delgado (2009) refiere que cuando se alude a la meditación con la palabra “mindfulness” fundamentalmente se alude a la *meditación Vipassana*. En el contexto budista, la clasificación tradicional enfatiza la distinción entre esta y la *meditación de concentración*, siendo además los tipos de meditación sobre los que giran la mayor parte de los estudios realizados en Occidente (Delgado, 2009; Gutiérrez, G, 2011; Hayes, 2016; Mañas, I, 2009).

La *meditación de concentración* o *meditación Samatha*, aspira a focalizar la conciencia y la concentración plena en un objeto, que puede ser interno, -p.ej. la respiración, mantras o imágenes-, o externo, -como un sonido o un punto donde fijar la vista-, a través de absorciones meditativas (Delgado, 2009; Gutiérrez, G, 2011; Hayes, 2016; & Mañas, I, 2009). Estas abstracciones se mueven en diferentes grados, logrando, en función del mismo, estados como la anulación temporal de la percepción de los cinco sentidos o la ausencia de las funciones mentales de reflexión e ideación (Delgado, 2009).

Por su parte, la *meditación Vipassana*, también conocida como *meditación mindfulness* o *Insight*, es una práctica de meditación de la tradición budista que consiste en prestar atención en cada momento a todas las experiencias vitales. Esta práctica más tradicional, también se denomina “meditación pasiva” por el hecho de que la persona simplemente busca estar presente en el momento, con una actitud de apertura y curiosidad, y permitiendo que las experiencias -pensamientos, emociones y sensaciones- “vayan y vengan” sin necesidad de juzgarlas o manipular la corriente de la conciencia (Hayes, 2016). En ella, según Gutiérrez, G (2011) se trabaja, por tanto, en el campo global, con una atención de ángulo amplio.

Además, Mañas (2009), apunta que ambos métodos parecen actuar sobre distintas estructuras neuronales, pues mientras la primera produce una respuesta de relajación, la segunda produce una activación del sistema nervioso.

A pesar de esta distinción teórica, Delgado (2009) recoge, a raíz de las escrituras budistas, que a menudo se describe una práctica combinada que integra la tranquilidad y serenidad de la mente y la visión cabal o vipassana. Por lo que, a pesar de la existencia de estas dos formas polarizadas de meditación, mindfulness y concentrativa, en la práctica tienden a solaparse, pues al igual que el mindfulness puede incorporar la técnica concentrativa, los métodos concentrativos también pueden incorporar mindfulness (Delgado, 2009). A esta idea se suma Mañas (2009) sugiriendo que la meditación mindfulness implica, al menos al inicio de su práctica, la meditación de concentración. Por tanto, tal como y como refiere Hayes (2016) se puede decir que “la combinación de ambas puede ser una técnica eficaz para entrenar adecuadamente nuestra mente”.

De esta forma, y aunque autores como de Rivera-Monterrey (2021) o Delgado (2009) establecen distinciones o sutiles diferencias entre los términos “meditación” y “mindfulness” con el objetivo de conceptualizarlos, se puede observar que, en la práctica, y en lo que atañe a este trabajo, se trata de conceptos muy interrelacionados, formando el uno parte del otro y viceversa. Por esta razón, y siguiendo la tendencia general de la literatura revisada, en el presente trabajo estos términos se utilizarán como sinónimos, incluyendo en sí mismos ambos tipos de prácticas, la de concentración y la de mindfulness, pues son varios los autores que las entienden como complementarias, e incluso, como un todo.

2. Comorbilidad y variables transdiagnósticas en trastornos emocionales

Existe un marcado y progresivo deterioro de los índices de salud mental en la población, dentro de la cual, destacan, a nivel mundial, los altamente prevalentes y discapacitantes trastornos depresivos y ansiosos (Grill et al., 2017). La Organización Mundial de Salud (2023) señala los trastornos de ansiedad como los trastornos mentales más comunes del mundo, afectando, en el año 2019, a 301 millones de personas, correspondiendo así al 4% de la población mundial. Con un porcentaje de incidencia de 3,8 % en la población, esta misma fuente revela la depresión como otra de las problemáticas más comunes en salud mental, siendo, además, una de las causas más frecuentes de discapacidad y presentando el suicidio como una de sus principales consecuencias (Calvo-Gómez, J. M., & Jaramillo-González, L. E, 2015). Por su parte, en España, según el Ministerio de Sanidad (2020), la prevalencia asciende al 6,8% para el primer grupo de trastornos y a 4,1% para el segundo en la población total. Todo ello agravado, además, por la frecuente comorbilidad entre ambas problemáticas (Grill et al., 2017).

Este tipo de trastornos constituyen, por tanto, las formas clínicas más habituales de demanda de asistencia psicológica, estimándose que alcanzan un 70% de la demanda directa de asistencia en centros especializados y generales como condición primaria o secundaria a otras situaciones clínicas (Grill et al, 2017 & Ruíz et al, 2020).

Una de las formas más comunes de descripción de los trastornos emocionales es la aportada por manuales como el DSM-5 o la CIE-11 que, desde una perspectiva categorial, establecen una distinción entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (American Psychiatric Association [APA], 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Existe todo un conjunto de trastornos de ansiedad que se caracterizan por la presencia en el individuo de una respuesta de ansiedad anticipatoria involuntaria e intensa, persistente e incontrolable, que merma la calidad de vida del individuo, y que, de forma general, comparten aspectos como el miedo excesivo, la evitación de amenazas percibidas, la angustia o los ataques de pánico (Caballo, M et al., 2019).

De entre ellos, destaca el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como uno de los más prevalentes y con mayor impacto negativo en la vida de las personas (Dupuy, J., & Ladouceur, R., 2008). Se trata de un trastorno debilitante caracterizado por una ansiedad y preocupación excesiva, en relación a acontecimientos o actividades, que el individuo encuentra difícil de controlar (O'Brien et al., 2019). Su diagnóstico, según el DSM-5 (APA, 2014), requiere de la presencia, durante más días de los que han estado ausentes, de tres o más de los siguientes síntomas durante un periodo de seis meses: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o problemas del sueño. Además, el TAG suele presentar un curso crónico y asociarse a bajos niveles de satisfacción con la vida y bienestar percibido (O'Brien et al., 2019).

Por su parte, siguiendo a Calvo-Gómez, J. M., & Jaramillo-González, L. E. (2015), el término depresión hace referencia a un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de las situaciones cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones comportamentales, físicas y emocionales, y acompañado de deterioro funcional y social.

Una de las expresiones más frecuentes de este tipo de trastornos a nivel mundial es el Trastorno Depresivo Mayor (OMS, 2023), cuyo diagnóstico según el DSM-5 (APA, 2014) requiere de un cambio respecto al funcionamiento previo de la persona acompañado de la presencia durante dos semanas de cinco o más de los siguientes síntomas, debiendo estar presentes al menos el primero o el segundo: (1) estado de ánimo deprimido, (2) pérdida de interés o placer, (3) pérdida o aumento de peso, (4) alteraciones del sueño, (5) agitación o retraso psicomotor, (6) fatiga, (7) sentimiento de

inutilidad o culpa excesiva, (8) dificultades de concentración y (9) pensamientos de muerte. Al igual que el TAG, el TDM se considera un trastorno crónico, pues, aunque la duración de los episodios depresivos suele ser menor que los ansiosos, estos presentan una mayor recurrencia en el tiempo (Ruíz et al., 2020).

Si bien desde esta perspectiva ambos trastornos conforman categorías diferentes, han sido numerosos los estudios que han demostrado la alta comorbilidad ente el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Depresivo Mayor, llegando a estimar que esta condición está presente hasta en el 80% de los casos (Ruíz et al., 2020). Autores como González et al. (2011) apoyan la noción de que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos, pues tan solo entre el 25% y el 33,7% de los individuos presentan esta como condición única (O'Brien et al., 2019 & Dupuy, J., & Ladouceur, R., 2008). Estos últimos autores informan, asimismo, de que el 40% de las personas con TAG reciben un diagnóstico adicional TDM y que el 59% de las mismas refieren haber presentado un cuadro depresivo en el año anterior. Por tanto, tal y como refieren Rosique et al. (2019) cabría afirmar que la “elevada comorbilidad es más la norma que la excepción”.

Las repercusiones de esta condición están asociadas a una mayor dificultad en el manejo clínico, un peor pronóstico debido al aumento de la probabilidad de resistencia al tratamiento y de recurrencia, mayor riesgo de suicidio y mayor utilización de recursos sanitarios (Aragonès et al., 2009), además de suponer un factor de riesgo para condiciones médicas como enfermedades vasculares y pulmonares (Ruíz et al., 2020).

Por otro lado, pero en relación a lo anterior, estudios recientes en el campo de la neurociencia, la ciencia de la emoción y la psicopatología descriptivo-funcional han comenzado a identificar factores comunes o transdiagnósticos -emocionales, cognitivos y comportamentales- que subyacen a una variedad de trastornos emocionales y que pueden considerarse “dianas” sobre las que orientar el trabajo terapéutico (Grill et al., 2017). En lo relativo a la depresión y la ansiedad, autores como Ruíz et al. (2020) plantean que su elevada comorbilidad se asocia al hecho de que ambos trastornos comparten como variables transdiagnósticas la preocupación, la rumiación y la evitación experiencial, -pudiendo ser, los dos primeros, conceptualizados funcionalmente como estrategias de evitación experiencial-. Si bien la preocupación es una característica más central de la ansiedad y la rumiación de la depresión, estas variables están fuertemente presentes en ambos trastornos jugando un papel crucial en su desarrollo y mantenimiento. Tal es, además, la similitud entre estos factores que se ha propuesto el concepto “pensamiento negativo repetitivo” -o repetitive negative thinking (RNT)- como forma de recoger ambos términos en uno (Ruíz et al., 2020).

Debido a las sofisticadas capacidades lingüísticas del ser humano, la RNT, suele convertirse en la primera reacción que las personas ponemos en marcha ante experiencias aversivas, pues permite actuar de forma menos impulsiva y reducir el malestar causado por los pensamientos y las emociones (Ruíz et al., 2020). Sin embargo, la RNT tiene un efecto paradójico, pues al centrarse en el contenido negativo prolonga el afecto negativo, lo que, normalmente, lleva a las personas a adoptar otras estrategias de evitación, como la supresión del pensamiento o la distracción, que tan solo lo reducen momentáneamente, hasta la aparición de otros desencadenantes de la RNT. Adicionalmente, este mecanismo, conlleva, a largo plazo, efectos contraproducentes; primero, la red de pensamiento se hace más compleja, estableciendo miles de nuevas relaciones, lo que provoca un aumento de los estímulos que pueden actuar como desencadenantes de la misma; segundo, tiene lugar una mayor automatización del proceso, razón por la cual personas con estos trastornos manifiestan sensaciones de “incontrolabilidad”; y tercero, se reduce la flexibilidad relacional de los pensamientos, dificultando el desarrollo de formas alternativas de razonamiento y provocando un aumento de las dificultades para “desengancharse” de la RNT (Ruíz et al., 2020).

De esta forma, la presencia de estos factores comunes y las diferentes pruebas aportadas por la investigación básica, parecen señalar la existencia de un espectro clínico común que, conformado por manifestaciones ansiosas y depresivas, ha recibido el nombre de “trastornos emocionales” (Grill et al., 2017).

3. Estrés y variables transdiagnósticas

De forma diferenciada, aunque en relación con los trastornos emocionales, se encuentra el estrés; que se define como una reacción física, mental y emocional que ocasiona tensión corporal, cognitiva y psicológica ante una respuesta no específica a una demanda percibida en el ambiente interno o externo (Rosselló et al., 2016). El Monitor Global de Servicios de Salud (Ipsos, 2023) recoge el estrés como el tercer problema de salud mental más grave al que se enfrenta la población mundial, señalado por un 30% de media a nivel global, y por un 33% a nivel España.

Se trata, por tanto, de un proceso dinámico que, ante situaciones estresantes, prepara al cuerpo para la “lucha o huida” (Rosselló et al., 2016) y cuyo origen está en la evaluación que la persona realiza entre sí mismo y el entorno, es decir, en su interpretación sobre el grado de amenaza del estímulo y los recursos que presenta para afrontarlo. Esta evaluación cognitiva actúa, por ende, como un mediador cognitivo entre las reacciones de estrés y los estresores (Bruna et al., 2019; Rosselló et al., 2016).

Comparándolo con los trastornos emocionales, el estrés constituye un proceso más amplio, pero el cual incluye entre sus respuestas reacciones de ansiedad tales como la preocupación, el miedo o la tensión muscular. Asimismo, el estrés prolongado supone un factor predisponente al desarrollo de

cuadros depresivos, pues el mantener este estado de desequilibrio de forma continua favorece la aparición de sentimientos de tristeza, produce una disminución del placer en las actividades que antes eran satisfactorias, y puede provocar insomnio o pérdida del apetito (Vindel, 2010), síntomas que la APA (2014) recoge en relación con la depresión.

Desde una perspectiva transdiagnóstica, números estudios han demostrado la presencia de variables comunes y subyacentes, no solo a los trastornos de ansiedad y depresión, sino también al estrés (Toro et al., 2015). Este es el caso del afecto negativo o de la ya mencionada rumiación cognitiva, una respuesta cognitiva ante el malestar que se asocia a una dificultad en la solución de problemas (Toro et al., 2015).

La eficacia de uso del mindfulness en estrés se viene comentando en la primera parte de esta introducción, pues, además de tenerse en cuenta para los estudios pioneros en este campo, conforma un aspecto central del programa de tratamiento que introduce esta práctica al mundo clínico, la *terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR)* de Kabat-Zinn (Bruna et al., 2019). Asimismo, varias investigaciones muestran la eficacia de las intervenciones breves de atención plena - de entre uno y siete días-, en el manejo del estrés, logrando tanto reducciones de la afectividad negativa, mediante el control de la atención y la práctica de habilidades de regulación emocional, como también de la distracción mental y la rumiación (Bruna et al., 2019).

Como se ha podido observar, parece que, independientemente de la perspectiva de la que se parta, son numerosas las investigaciones que apoyan el uso del mindfulness o la meditación en el tratamiento de los trastornos emocionales y del estrés, por lo que, a continuación, se hace una breve presentación de las intervenciones basadas en mindfulness más apoyadas empíricamente.

4. Inclusión del mindfulness en las intervenciones psicológicas

Las prácticas meditativas han ayudado a mejorar el bienestar psicológico y han abordado una amplia variedad de síntomas psicológicos y fisiológicos (Hervás et al., 2016) como la hipertensión, el control del estrés, los síndromes de dolor crónico, el asma bronquial, la diabetes, la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias, el trastorno de pánico o los cánceres (Hayes, 2016).

Desde un punto de vista de la psicología occidental las técnicas de mindfulness son un enfoque usado con fines terapéuticos por su capacidad para producir un aumento de la atención y una mejora en las habilidades para responder a los procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y los comportamientos desadaptativos (Hodann-Caudevilla, R. M., & Serrano-Pintado, I, 2016). Especialmente en los últimos años, y formando parte de las terapias de tercera generación por pivotar alrededor del concepto de aceptación, las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) han

reunido un gran interés, siendo además avaladas por un gran número de estudios básicos y aplicados. Este tipo de intervenciones entienden la atención plena como una habilidad psicológica, por lo que se orientan a lograr su fortalecimiento mediante programas de entrenamiento (Hervás et al., 2016). Autores como Miró et al. (2011) en un intento de clarificar este constructo, lo definen bajo el nombre de “conciencia metacognitiva” como “la habilidad de atender a la calidad de la atención con la finalidad de hacerse consciente de las reacciones automáticas y los procesos psicológicos sobreaprendidos, pues son estos lo que, con frecuencia, contribuyen al desequilibrio emocional y las conductas disfuncionales. Según estos mismos autores, la base del entrenamiento en mindfulness radica en la idea de que la práctica continuada es capaz de alterar los circuitos automáticos creados por el pensamiento repetitivo, idea sustentada desde un punto de vista neurobiológico a raíz de estudios que, utilizando técnicas de resonancia magnética funcional, han mostrado que existen sustratos neurales diferenciados para la conciencia del momento presente y la conciencia a lo largo del tiempo (Miró et al., 2011). Si bien la atención plena puede presentarse como componente principal en las intervenciones psicológicas, esta debe ir siempre acompañada de otras técnicas dirigidas al aumento de la motivación y adherencia al tratamiento, el trabajo con los procesos psicológicos relevantes para el trastorno, la recogida de cogniciones y emociones de la persona, etc., suponiendo ello la principal diferencia respecto a su aplicación independiente dirigida a la mejora del nivel de bienestar (Miró et al., 2011).

En los últimos años han surgido diferentes revisiones y metaanálisis que, con un buen número de estudios controlados, han demostrado la eficacia de las IMB para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y el estrés (Hervás et al., 2016). Ejemplo de ello es el reciente trabajo de González-Valero et al., (2019), en el que, comparando los efectos producidos por diferentes tratamientos de meditación y/o programas cognitivo-conductuales, encuentran reducciones significativas de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, obteniendo además mejores resultados cuando se aplicaban programas de atención plena. En consecuencia, siendo la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBTC) la intervención con nivel de eficacia más consolidado, ha sido incorporada como tratamiento de elección para la prevención de recaídas en depresión por guías como la NICE, la de Australia o Nueva Zelanda (Hervás et al., 2016)

Actualmente existen una amplia variedad de terapias que incluyen el mindfulness o la meditación como componente principal o complementario, por lo que, a continuación, se hará una breve exposición de aquellas más extendidas en el presente y que autores como Hodann & Serrano (2016), o Baer, R (2003) coinciden en señalar. Siguiendo la distinción propuesta por esta última autora, cabe destacar, de entre las terapias basadas en mindfulness, la terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) y la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBTC), así

como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia dialéctica conductual (TDC) entre aquellas que incorporan el mindfulness como componente.

Desarrollada en un entorno de medicina conductual para poblaciones con una amplia gama de dolores crónicos y trastornos relacionados con el estrés, la *terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR)* de Kabat-Zinn (Baer, R, 2003), se centra en el aprendizaje de técnicas de meditación de atención plena, -como el “Body-Scan”, la observación de sensaciones, el yoga o la práctica de mindfulness durante actividades diarias-, así como en la participación en debates sobre el estrés y su afrontamiento, y la asignación de tareas para casa. De esta forma, los usuarios aprenden a observar y ser conscientes de sus emociones, sensaciones y cogniciones en el momento presente y sin juzgarlas, comprendiendo el carácter transitorio de estas experiencias y logrando un “distanciamiento” de las mismas (Baer, R, 2003).

Dentro de esta misma categoría Baer, R (2003) incluye la *terapia cognitiva basada en la atención plena (MBTC)* de Teasdale, Segal, and Williams, un programa de intervención grupal basado en la MBSR que se dirige a la prevención de recaídas en trastornos depresivos. En este caso, el objetivo del entrenamiento es evitar la escalada de los pensamientos negativos en patrones rumiativos mediante un entrenamiento en mindfulness que, incorporando elementos de la terapia cognitiva, facilita una visión desapegada o descentrada del propio pensamiento.

Por su parte, la *terapia dialéctica conductual (TDC)* de Linehan, que se define por Baer, R (2003) como “una aproximación multifacética para el trastorno límite de la personalidad”, incorpora elementos derivados del mindfulness. Basándose en la síntesis de la dialéctica cambio-aceptación, se anima a los participantes a aceptarse a sí mismos, su historia y sus situaciones actuales, mientras, de forma simultánea, se trabaja en el cambio ambiental y comportamental. A diferencia del MBSR, y debido a la población a la que se dirige, este programa prioriza la flexibilidad, por lo que propone una práctica de mindfulness libre de criterios temporales y adaptada a las necesidades, capacidades y preferencias de cada individuo (Baer, R, 2003).

Si bien la *Terapia de aceptación y compromiso (ATC)* de Hayes, Strosahl y Wilson no describe sus métodos de tratamiento en términos de mindfulness, sí incluye estrategias que están en sintonía con este tipo de enfoques. Desde este programa se enseña a los participantes a imaginarse un “yo-observador” que es capaz de vigilar sus propias sensaciones corporales, pensamientos y emociones, animándolos a ver estos fenómenos como algo separado de la persona que los experimenta y aceptándolos tal y como son. Todo ello, a la vez que se cambian sus comportamientos de forma constructiva para mejorar su calidad de vida (Baer, R, 2003).

Como se menciona en los apartados anteriores, y ante el actual surgimiento de la perspectiva transdiagnóstica como una nueva conceptualización de los trastornos emocionales, cabe mencionar aquí uno de los protocolos transdiagnósticos para el tratamiento de la ansiedad y depresión que cuenta con mayor apoyo empírico, el *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP)* de Barlow (Rosique et al., 2019). Este programa se centra en el trabajo sobre los procesos presentes en la base del espectro ansioso-depresivo, como el afecto negativo y la inadecuada regulación emocional, mediante el uso de las técnicas con mayor evidencia empírica de la Terapia Cognitivo Conductual y estrategias de regulación y conciencia emocional (Rosique et al., 2019). Con este objetivo, el UP pone en funcionamiento sus tres principios básicos: (1) la exposición, (2) la reevaluación cognitiva y (3) la prevención de la evitación emocional (Grill et al., 2019); para lo cual, se apoya en ejercicios de mindfulness tales como la experimentación de sensaciones físicas y de emociones a través de la “conciencia centrada en el momento presente” y la “conciencia sin juzgar” (Barlow et al., 2011).

En resumen, las intervenciones basadas en mindfulness ofrecen un enfoque prometedor para abordar los trastornos emocionales y el estrés. Al cultivar la conciencia plena, estas prácticas pueden ayudar a las personas a desarrollar una relación más saludable con sus pensamientos y emociones, lo que a su vez puede reducir la intensidad y la frecuencia de los síntomas asociados a estos trastornos y fomentar el bienestar a largo plazo.

5. Objetivos del TFM

Teniendo en cuenta la literatura revisada en relación a la elevada prevalencia de los trastornos emocionales y el estrés, las nuevas aportaciones del mindfulness y los programas de intervención basados en estos principios, el presente trabajo gira en torno a tres objetivos principales, el primero de los cuales, ha sido abordado en este primer apartado de Introducción:

- Conocer las características generales de los principales programas de intervención en trastornos emocionales y estrés que incluyen el mindfulness.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención que incluyen mindfulness para el tratamiento de los trastornos emocionales y el estrés.
- Examinar los mecanismos de funcionamiento de los programas de intervención basados en mindfulness en el tratamiento de los trastornos emocionales y el estrés.

La consecución de los objetivos restantes se plantea en base a los resultados y conclusiones derivados del proceso de revisión bibliográfica que se detalla en las siguientes páginas.

Método

Para la realización de esta revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda sistemática con el objetivo de encontrar publicaciones científicas que estudiaran los efectos del mindfulness sobre la ansiedad, la depresión y el estrés. Más concretamente, sobre la preocupación, la rumiación y la evitación experiencial.

Para ello, se recurrió a las bases de datos PsycInfo y Web of Science utilizando palabras clave como: *generalized anxiety disorder, major depressive disorder, depression, stress, mindfulness OR meditation, worry, rumination, "repetitive negative thinking", experiential avoidance, therapy OR intervention OR training, NOT medicine OR health care OR education.*

Los criterios de búsqueda o filtros empleados en ambas bases de datos fueron: (1) un criterio temporal, que los artículos fuesen publicados entre el 2008 y el 2024, (2) el tipo de fuente, debían ser artículos de revista, (3) el grupo de edad de la muestra debía estar comprendido entre los 12 y 85 años, (4) la metodología empleada, excluyendo estudios de caso, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura y metaanálisis, y (5) el idioma, inglés y español.

De esta forma se obtuvieron un total de 585 artículos, -554 de PsycInfo y 28 de WoS-, de los cuales se eliminaron 21 duplicados, quedando así un total de 562 artículos cribados para, posteriormente aplicar criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión se aplicaron atendiendo al título y "abstract" de la publicación, comprobando que incluían las variables o palabras clave de la búsqueda. Por su parte, los criterios de exclusión se aplicaron volviendo a revisar el "abstract" de cada artículo, o el apartado de método, resultados o discusión del mismo en caso de no ser suficiente o necesitar mayor información para valorar su aceptación como parte de la literatura definitiva.

Los criterios de inclusión definidos fueron:

- Estudios cuya población se encuentre en el rango de edad de entre 12 y 85 años.
- Estudios que analicen la relación entre el mindfulness y los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y el estrés.
- Estudios que examinen la influencia de las variables objeto de estudio (rumiación, preocupación y evitación experiencial).
- Estudios con enfoque terapéutico.

En base a estos criterios fueron admitidos para posterior evaluación de elegibilidad un total de 85 artículos.

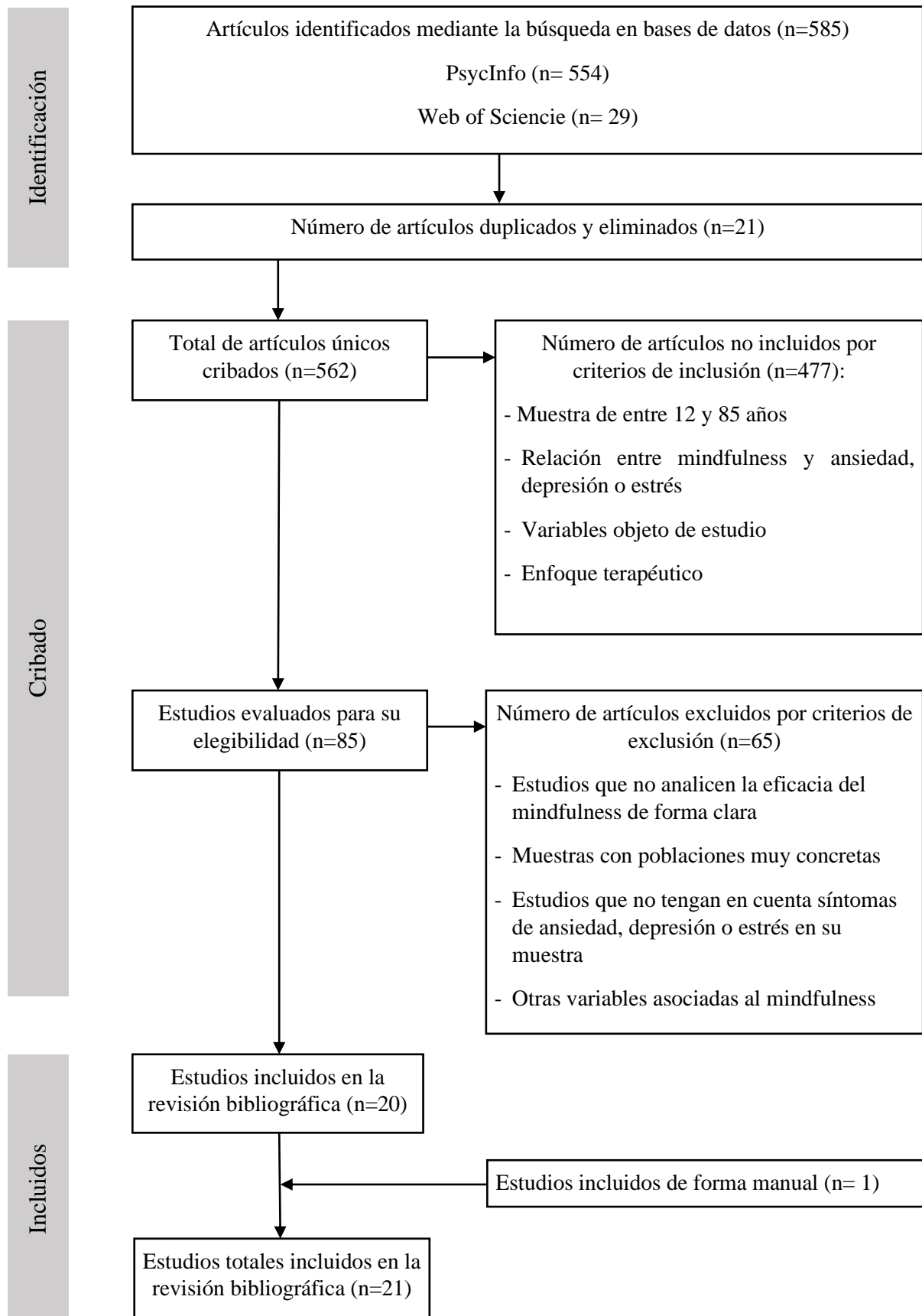
Los criterios de exclusión definidos fueron:

- Estudios que no analicen la eficacia del mindfulness de forma clara.
- Muestras con poblaciones muy concretas (enfermos de cáncer, personas con TCA, personas con trauma complejo...).
- Estudios que no tengan en cuenta síntomas de ansiedad, depresión o estrés en su muestra.
- Estudios sobre otras variables asociadas al mindfulness (flexibilidad cognitiva, autoconcepto, etc.).

Finalmente se seleccionaron un total de 21 artículos para formar parte de la bibliografía definitiva de la revisión, uno de los cuales se ha añadido tras una búsqueda bibliográfica manual.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de estudios para la revisión bibliográfica



Resultados

A continuación, se exponen los principales resultados de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, los cuales versan sobre la eficacia de las intervenciones basadas en el mindfulness para el tratamiento de los trastornos emocionales y el estrés, así como sobre el papel mediador de la preocupación, la rumiación y la evitación experiencial. En el “Anexo 1” se incluye una tabla de resultados en la que se recogen los objetivos de cada investigación, el diseño y la muestra del estudio, los instrumentos de medida utilizados y los principales resultados y conclusiones. Para facilitar su exposición, esta tabla se ha dividido en tres secciones: (1) estudios generales sobre el mindfulness, (2) efectividad del mindfulness en trastornos de la ansiedad, (3) efectividad del mindfulness en trastornos depresivos, y (4) efectividad del mindfulness en el estrés.

De forma general, los 21 estudios incluidos en la revisión bibliográfica apuntan que las intervenciones basadas en mindfulness son eficaces para reducir la sintomatología relacionada con los trastornos emocionales y el estrés, ya sea mediante un efecto directo sobre alguno de sus síntomas (Armstrong & Rimes, 2016; Baker et al., 2019; Cerna et al., 2020; Dahlin et al., 2016; de Almeida Sampaio et al., Delgado-Pastor et al., 2015; 2020; Eklund et al., 2023; ter Avest et al., 2019; Zhang et al., 2019; Schanche et al., 2020; Franco et al., 2017) o mediante su acción indirecta a través de mecanismos subyacentes a estas problemáticas (Alex Brake et al., 2016; Eustis et al., 2016, Hemo & Lev-Ari 2015; Kuehner et al., 2023; Martínez-Rubio et al., 2023; Roca et al., 2021; Snippe et al., 2015; van Aalderen et al., 2015; Petrocchi & Ottaviani, 2016; Li et al., 2023). La siguiente descripción seguirá los objetivos planteados, por lo que se comenzará con aquellos estudios que abordan aspectos más generales, para seguir con aquellos que cursen más concretamente sobre las patologías objeto de estudio y sus variables más relevantes.

Eficacia del mindfulness en ansiedad, depresión y estrés

Si bien la mayor parte de estos estudios se centran en una única patología, algunos de ellos presentan una perspectiva más amplia, bien analizando el efecto general del mindfulness en muestras más heterogéneas que comprenden trastornos emocionales y niveles elevados de preocupación, como es el caso del estudio realizado por Franco et al. (2017), o centrándose específicamente en los mecanismos de acción subyacente de la atención plena con el fin de investigar los motivos de su eficacia, como es el caso de Delgado-Pastor et al. (2015), Roca et al. (2021) y Li et al. (2023).

En cuanto a la eficacia general de este tipo de intervenciones, en su estudio Franco et al. (2017) encontraron reducciones significativas de ansiedad, depresión, metapreocupación y, especialmente, de preocupación rasgo, tras la aplicación de un programa de mindfulness en población adulta mayor. Además, según estos autores, las modificaciones en la preocupación rasgo resulta especialmente importantes debido a su característica resistencia al cambio.

Otros autores centraron sus investigaciones, no solo en su eficacia, sino también en el “proceso” de funcionamiento de los programas mindfulness, como es el caso de Li et al. (2023), quienes, comparando un programa de autoayuda basado en mindfulness con el tratamiento habitual en pacientes con trastornos emocionales encontraron que las mejoras significativas en la ansiedad, depresión y malestar emocional estaban mediadas por el mindfulness y la evitación experiencial. Más específicamente, los resultados arrojaron pruebas de que el aumento de la atención plena precedió y predijo la disminución en la evitación experiencial, lo que a su vez predijo los niveles más bajos de depresión, ansiedad y malestar emocional general después de la intervención. Por su parte, Roca et al. (2021), estudiaron la eficacia relativa de los mediadores de cambio en función de la intervención aplicada (MBTC o “Compassion Cultivation Training” [CCT]), encontrando que, si bien ambas intervenciones produjeron cambios similares en el malestar psicológico, -medido por los niveles de estrés, ansiedad y depresión-, en los procesos cognitivos desadaptativos de rumiación y supresión del pensamiento y en el nivel de bienestar emocional, los mecanismos mediante los cuales se lograban estos cambios diferían en función del programa; mientras el mindfulness actuó generando cambios en los mecanismos de conciencia del momento presente (como el descentramiento y conciencia corporal), la CCT obtuvo estos mismos resultados a través de cambios en los mecanismos socioemocionales (como la preocupación por la humanidad y la empatía). De esta forma, los resultados sugieren que los programas de mindfulness y compasión actúan a través de vías diferentes para reducir el malestar psicológico y promover el bienestar. De forma similar, Delgado-Pastor et al. (2015), probaron la contribución específica de dos de los componentes de la atención plena en el tratamiento de la preocupación crónica: la atención a la experiencia cognitiva o metacognición, y la conciencia de las sensaciones interoceptivas o metainterocepción. Los resultados indicaron reducciones significativas de los síntomas depresivos y el afecto negativo, así como aumentos

significativos de mindfulness para ambos grupos. Sin embargo, el entrenamiento interoceptivo mostró un aumento de mindfulness en comparación con los grupos de control y cognitivo, fue superior en la reducción de la preocupación crónica, y mostró también una mejora significativa en los índices fisiológicos de regulación autonómica (conductancia cutánea, electrocardiograma y respiración), lo que sugiere que, cuando ambos componentes se aplican por separado, en comparación con una condición de no intervención, el componente interoceptivo del mindfulness es más eficaz.

Eficacia del mindfulness en trastornos de la ansiedad

Centrándose de forma más específica en los trastornos de ansiedad, y mayoritariamente en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Alex Brake et al. (2016), Baker et al. (2019), Dahlin et al. (2016), de Almeida Sampaio et al. (2020) y Eustis et al. (2016) aportan pruebas sobre la eficacia del mindfulness y sus componentes en la reducción de este tipo de síntomas. Es el caso del estudio llevado a cabo por Dahlin et al. (2016) quienes encontraron efectos significativos de moderados a grandes en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión tras la aplicación de un programa de tratamiento por internet para el TAG basado en la terapia conductual orientada a la aceptación, resultados que se mantuvieron o mejoraron a los seis meses de seguimiento. También Almeida Sampaio et al. (2020) aportan resultados similares al comparar el efecto de una terapia conductual de grupo basada en la aceptación (ABBT), que combina mindfulness y estrategias de exposición, con una terapia de grupo de apoyo no directiva estándar (NDST) en pacientes con TAG, encontrando que si bien ambos programas lograron una reducción similar de la sintomatología, la condición ABBT obtuvo una mayor tasa de cambio en la variable preocupación, además de una mayor rapidez en la mejora de la salud física y un mejor mantenimiento de las ganancias a lo largo del tiempo.

Con el objetivo de examinar las diferencias en mindfulness entre individuos con TAG con y sin trastorno depresivo mayor (TDM) y/o trastorno distímico (TD) concurrentes, Baker et al. (2019), llevaron a cabo un estudio en el que encontraron que los individuos que presentaban ambos trastornos de forma comórbida mostraron niveles de mindfulness significativamente más bajos que aquellos con TAG como condición única. Más específicamente, encontraron que la presencia de síntomas depresivos predijo de forma independiente puntuaciones más bajas en Consciencia, y que la preocupación predijo de forma independiente niveles más bajos en las subescalas de No reaccionar y No juzgar. Ante estos resultados, los autores sugieren que la presencia de depresión puede ser particularmente perjudicial para la capacidad de actuar con conciencia en los pacientes con TAG y que la reactividad y el juicio hacia las experiencias internas, pueden ser relevantes para la etiología y el mantenimiento del trastorno. Estos autores indican, por tanto, que las personas con TAG y TDM pueden beneficiarse de las intervenciones basadas en mindfulness dirigidas directamente a mejorar la consciencia.

Los resultados obtenidos por Almeida Sampaio et al. (2020) y Baker et al. (2019), señalan la preocupación como una variable mediadora entre la sintomatología emocional y el nivel de mindfulness y que puede encontrarse en la base de este tipo de trastornos.

Por otra parte, Alex Brake et al. (2016) y Eustis et al. (2016), centraron sus investigaciones en estudiar el papel de la evitación experiencial en los trastornos de ansiedad. Eustis et al. (2016) llevaron a cabo un estudio en el que, examinando las reducciones de evitación experiencial (EA) en relación con la recepción de a terapia conductual basada en la aceptación (ABBT) o la relajación aplicada (AR) entre participantes con un diagnóstico principal de TAG, encontraron que un mayor cambio en la EA predijo significativamente el cambio en la preocupación y la calidad de vida a través de ambos tratamientos, siendo mayores los efectos del programa ABBT. Estos resultados señalan que la mejora de la sintomatología está mediada por la reducción de la EA, que actúa como un mecanismo específico de cambio, distinto del descentramiento, en estos dos tratamientos. Siguiendo esta línea, pero con una aproximación más específica, Alex Brake et al. (2016), quisieron comprobar si las estrategias de mindfulness son superiores a las estrategias de evitación emocional a la hora de extinguir la angustia durante la experiencia de emociones negativas y si, más aún, las fases de “atención plena”, logran reducir el malestar subjetivo, la gravedad de la ansiedad y la evitación experiencial. Si bien no se observaron cambios sistemáticos en la gravedad de la ansiedad, la aversión a la angustia o la distracción/supresión, los análisis mostraron que los participantes utilizaron con éxito menos estrategias de evitación tras la enseñanza de mindfulness. Además, a pesar de la existencia de un aumento inicial de la angustia durante las exposiciones mindfulness, los participantes mostraban mayores progresos en la extinción de la misma en esta condición. Por el contrario, el uso de la evitación produjo menos angustia general al principio, pero fue incapaz de eliminarla con el tiempo, lo que, según estos autores, sugiere que centrarse en las emociones negativas puede frenar el funcionamiento cognitivo óptimo, la habituación a la experiencia y la extinción a largo plazo. De estos resultados, se concluye que las estrategias de mindfulness pueden ser eficaces para facilitar la exposición a la emoción pero que, sin embargo, puede ser necesaria una dosis mínima para superar la elevación inicial de la angustia.

Estudios sobre la eficacia del mindfulness en trastornos depresivos

De los 21 artículos de esta revisión bibliográfica 9 corresponden a estudios sobre la relación entre el mindfulness y los trastornos depresivos, siendo la problemática que mayor cantidad de evidencia científica reúne en el presente trabajo (Cerna et al., 2020; Hemo & Lev-Ari, 2015; Kuehner et al., 2023; Petrocchi & Ottaviani, 2016; Schanche et al., 2020; Snippe et al., 2015; ter Avest et al., 2019; van Aalderen et al., 2015; Zhang et al., 2019).

De forma similar a lo que sucede con la ansiedad, la eficacia de estas intervenciones para la reducción de los síntomas depresivos está recogida en el total de estos artículos. Ejemplo de ello es el estudio llevado a cabo por Zhang et al. (2019), quienes hallaron una reducción significativa del nivel de depresión en adolescentes con depresión subumbral tras aplicar el programa de estrés basado en mindfulness (MBSR). Los resultados también mostraron un aumento del nivel de mindfulness y una reducción de la rumiación, efectos que persistieron durante tres meses después de la intervención. Siguiendo esta línea, también Cerna et al. (2020) encontraron mejoras significativas relacionadas aumento del bienestar psicológico, la reducción de los síntomas depresivos, la disminución de la supresión emocional y de la rumiación intrusiva y deliberada, y el aumento de la reevaluación cognitiva tras la aplicación de un programa breve de entrenamiento en mindfulness de cuatro sesiones. Resultados que, al igual que en el caso anterior, se mantuvieron a los 3 meses de finalizar la intervención. En base a estos resultados, ambos autores concluyen que la atención plena es un mecanismo importante para inhibir la rumiación y prevenir los síntomas de la depresión.

Por su parte, debido a la elevada recurrencia y cronicidad de los trastornos depresivos, ter Avest et al. (2019) quisieron identificar moderadores del efecto del tratamiento de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) frente al Tratamiento Habitual (TAU), -la continuación durante el estudio del tratamiento base que cada individuo estaba llevando a cabo de forma previa-, en pacientes en remisión parcial (RTC1), actualmente deprimidos (RTC2) o con una depresión crónica resistente al tratamiento (RTC3), encontrando una superioridad de la condición MBCT + TAU en todos los grupos de pacientes. Los resultados sugieren que el MBCT podría ser más beneficioso que el tratamiento habitual para aquellos individuos con un inicio más temprano y mayores niveles de rumiación, así como para los pacientes con una menor calidad de vida. En relación a esto, Schanche et al., (2020) hallaron que la MBCT, además de mejorar los síntomas depresivos, puede conducir a la reducción de los factores de riesgo de recaída depresiva (la rumiación, las dificultades con la regulación de las emociones y la reactividad emocional al estrés) a la vez que al fortalecimiento de los factores de protección (mejora de la “auto relación” a través de la capacidad de los participantes para ser menos autojuiciosos y más autocompasivos), dominio en el que se produjeron los mayores efectos. Poniendo la mirada más a largo plazo y en base a los resultados positivos de un estudio previo que aplicó la MBCT en pacientes con depresión y en remisión, van Aalderen et al. (2015), estudiaron la efectividad de este programa un año después de terminar la intervención. En toda la muestra, los niveles de depresión y rumiación disminuyeron y la atención plena y la calidad de vida aumentaron durante el tratamiento previo. Estos niveles se mantuvieron estables durante el año de seguimiento a excepción de la rumiación, que continuó disminuyendo tras la intervención. Además, los niveles basales de rumiación no difirieron en ambos subgrupos, lo que, para estos autores, sugiere que la rumiación es un factor de vulnerabilidad en pacientes depresivos recurrentes, independientemente de su estado depresivo actual.

De entre estos autores, Hemo & Lev-Ari (2015), Kuehner et al. (2023), Petrocchi & Ottaviani, (2016) y Snippe et al. (2015) ponen el foco de atención en una de las variables más relacionadas con la depresión; la rumiación. En su estudio, Hemo & Lev-Ari (2015) encontraron que los participantes que practicaron la meditación durante un periodo de tiempo más largo manifestaron niveles de rumiación significativamente más bajos que los no meditadores, sin embargo, no hubo diferencias en los síntomas depresivos entre ambos grupos. Los autores plantean que este último resultado pudo ser debido a que se midieron únicamente variables cognitivas de la depresión, dejando las emocionales que, según otros estudios, predicen en mayor medida la variación de los síntomas. Asimismo, se observó que la rumiación predecía positivamente los síntomas depresivos, mientras que las medidas de meditación no lo hacían, lo que sugiere que la meditación tiene un efecto indirecto en la depresión a través de la reducción en la rumiación, que sí incide de forma directa sobre este trastorno. Esta relación entre rumiación y síntomas, fue positiva, significativa y más fuerte entre los no meditadores que entre los meditadores. Los autores concluyen que la meditación persistente puede tener efectos duraderos en la disminución del pensamiento rumiativo y los síntomas depresivos.

En sintonía con estas conclusiones, Petrocchi & Ottaviani (2016) elaboraron un estudio con el objetivo de probar la función protectora de las facetas de mindfulness con respecto a los síntomas depresivos y la rumiación a lo largo de un tiempo de dos años y comprobar si este efecto estaba mediado por la rumiación. Los resultados destacan la ausencia de juicio (una postura no evaluativa hacia los pensamientos y sentimientos) como el único factor predictivo significativo de los síntomas depresivos al cabo de dos años, así como la única faceta de mindfulness que se acercó a la significación estadística en la predicción de la rumiación depresiva. Además, la rumiación depresiva medió completamente el impacto de la falta de juicio tras la intervención sobre los síntomas depresivos a los dos años. De forma complementaria, Snippe et al. (2015), se centraron en investigar los cambios diarios que tienen lugar en los individuos durante un tratamiento basado en mindfulness, hallando que los cambios en la atención plena y el pensamiento repetitivo precedieron a los cambios en los síntomas depresivos en algunos participantes, concordando así con la supuesta cadena causal de cambio que subyace a los tratamientos basados en mindfulness.

De esta forma, tanto Petrocchi & Ottaviani, (2016) como Snippe et al. (2015) coinciden en considerar que los pensamientos rumiativos median el efecto del mindfulness sobre los trastornos depresivos.

Por su parte, Kuehner et al. (2023), desarrollaron un estudio cuyos análisis revelaron que inducciones repetidas de rumiación, comparadas con inducciones de autoenfoco consciente, mostraron efectos perjudiciales inmediatos en todos los componentes afectivos (valencia, calma y excitación energética) y cognitivos (rumiación y autoaceptación) de la vida diaria en la muestra total, que contenía tanto pacientes remitidos como individuos sanos. Sin embargo, estos efectos negativos

fueron más fuertes en el grupo de pacientes, pues se observó una mayor reactividad relacionada con la rumiación, que a su vez sugiere una mayor vulnerabilidad cognitiva. Por otro lado, aunque no fueron significativos, las inducciones mindfulness produjeron efectos beneficiosos en el estado cognitivo y el estado de ánimo, mejoras que, de forma similar a lo que indican los estudios anteriores, se debieron principalmente a los respectivos deterioros en la condición de inducción de rumiación.

Estudios sobre la eficacia del mindfulness en estrés

Armstrong & Rimes (2016) investigaron la eficacia y la aceptabilidad de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBTC) en comparación con una intervención de autoayuda online en individuos con altos niveles de neuroticismo (vulnerabilidad al estrés), encontrando que los participantes del MBCT tuvieron niveles significativamente más bajos de neuroticismo y rumiación, y aumentos en la autocompasión y el descentramiento tras la intervención frente al grupo de control. Tanto estos dos últimos aspectos, como la mayor aceptación a la hora de experimentar o expresar emociones negativas, se relacionaron con la reducción del neuroticismo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Eklund et al. (2023), quienes encontraron mejoras significativas en los niveles de estrés, preocupación y burnout en los participantes de un programa autoayuda basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin apoyo de un terapeuta en comparación con los de lista de espera. A los 6 meses, los resultados del grupo experimental se mantuvieron prácticamente idénticos a los del final de la intervención.

Si bien ambos estudios apoyan la eficacia de la MBTC y la ATC para reducir el estrés, ninguno reveló efectos significativos sobre los síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, estos autores plantean que la falta de resultados puede ser explicado por tratarse de poblaciones no clínicas. Además, cabe destacar, que tanto Armstrong & Rimes, (2016) como Eklund et al. (2023), obtienen resultados que apoyan la asociación entre los niveles de preocupación y de estrés.

Finalmente, Martínez-Rubio et al. (2023), centran su investigación en otras de las variables más relacionadas con esta problemática, explorando si el mindfulness, la autocompasión y la evitación experiencial, son factores de protección o de riesgo potencialmente significativos para explicar el estrés percibido en un grupo de estudiantes universitarios. Los resultados muestran que la evitación experiencial, con una asociación directa positiva, fue la variable más explicativa de los niveles de estrés percibido, por lo podría considerarse un factor de riesgo. Por el contrario, el estrés percibido se correlacionó negativamente con la autocompasión y el mindfulness, que podrían considerarse como factores de protección. Los resultados aportan pruebas sobre la asociación entre la evitación experiencial y los trastornos psicológicos, por lo que, estos autores, concluyen que los programas destinados a reducir el estrés y mejorar el bienestar de los estudiantes universitarios deberían incluir la evitación experiencial, la autocompasión y la atención plena como objetivos terapéuticos.

Discusión

Ante la elevada prevalencia, cada vez más frecuente, de trastornos emocionales y estrés en la población (OMS., 2023) y el reciente auge del mindfulness y su incorporación a la terapia psicológica (Mañas, I, 2009), la presente revisión bibliográfica tiene como objetivo examinar si los programas basados en atención plena resultan eficaces a la hora de reducir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés; además de conocer que posibles mecanismos son responsables de estos cambios.

De forma general, los resultados obtenidos responden positivamente a estos objetivos, pues la mayor parte de los estudios incluidos reflejaron mejoras en la sintomatología relativas a la aplicación de intervenciones basadas en mindfulness (Franco et al., 2017) o alguno de sus componentes (Delgado-Pastor et al., 2015) tanto en comparación con grupos control en de lista de espera (Dahlin et al., 2016), como en comparación con los tratamientos habituales (TAU) (Li et al., 2023). Del total de los 21 estudios, tan solo 3 de ellos (Armstrong & Rimes, 2016; Hemo & Lev-Ari, 2015 y Kuehner et al., 2023) no lograron encontrar diferencias significativas en los síntomas. Los autores plantean diversas razones explicativas a esta falta de resultados, como el empleo de medidas incompletas o el uso de muestras no clínicas. A pesar de ello, estos estudios no dejan de aportar pruebas sobre las funciones del mindfulness e indicios de la tendencia positiva que seguirían los participantes si se suplieran este tipo de “limitaciones”, por lo que se puede decir que la totalidad de las publicaciones revisadas aportan pruebas sobre la eficacia de estos tratamientos y sus mecanismos de acción.

Atendiendo a los trastornos objeto de estudio de forma diferenciada, se puede concluir, tal y como indican Dahlin et al. (2016), Baker et al. (2019), Almeida Sampaio et al. (2020) o Eustis et al. (2016) que los programas basados en mindfulness, como la terapia conductual basada en la aceptación (ABBT) o técnicas como la relajación aplicada (AR), son intervenciones eficaces para reducir los síntomas de ansiedad. Estas mismas conclusiones se pueden trasladar al terreno de la depresión, con

estudios como los de Hemo & Lev-Ari, (2015) sobre los efectos de la meditación, o Cerna et al. (2020), Snippe et al. (2015), van Aalderen et al. (2015), Petrocchi & Ottaviani, (2016), Schanche et al. (2020), ter Avest et al. (2019) y Zhang et al. (2019) quienes, aplicando intervenciones como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBTC) o el Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness (MBSR), encuentran, entre sus efectos, reducciones de síntomas depresivos. Por su parte, tanto los resultados de Eklund et al. (2023) quienes encontraron reducciones de los niveles de estrés tras la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), como los de Armstrong & Rimes (2016) y Martínez-Rubio et al. (2023), quienes encontraron que este tipo de programas reducen los factores de riesgo del estrés y fomentan los de protección, permiten enfatizar la importancia de incluir la atención plena en el tratamiento de esta patología.

Una prueba de la validez de estas conclusiones es que estos resultados no se encuentran solo cuando se estudian estos trastornos por separado, sino que se observan igualmente cuando se trata de poblaciones más heterogéneas, como ocurre en estudios como el llevado a cabo por Franco et al. (2017) en personas mayores, - más resistentes al cambio-, con ansiedad, depresión y preocupación; el de Li et al., (2023), que comprende una variedad de trastornos emocionales; o el de Baker et al. (2019), quienes determinan, de igual forma, que las personas con comorbilidad ansiosa y depresiva pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones. Todo ello coincide además con un estudio del 2019 publicado por González-Valero et al. quienes, sumándose a esta línea de investigación, concluyen que los enfoques basados en mindfulness producen resultados satisfactorios y significativos en relación con la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión en estudiantes.

Por lo que se refiere al trabajo en conciencia plena, y más concretamente a las intervenciones basadas en mindfulness (IBM), cabe destacar el estudio llevado a cabo por Roca et al. (2021) quienes encontraron evidencias de un funcionamiento diferencial entre la MBTC y la CCT, refiriendo que, si bien estos programas logran efectos similares en cuanto a la reducción del malestar psicológico y el aumento del bienestar, la MBTC actúa a través de los mecanismos de conciencia en el momento presente, mientras que la CCT lo hace a través de los mecanismos socioemocionales, dimensiones que se vieron potenciadas de manera diferencial en los integrantes de cada grupo. De estos hallazgos se derivan dos ideas principales. Primeramente, desde un punto de vista “superficial” estos resultados aportan fundamento a la teoría que justifica la elaboración de las distintas IBM (Baer, R., 2003; Hodann & Serrano, 2016), no solo en función de su población o patologías diana, sino también debido a la existencia de vías de acción diferenciales. Por otra parte, desde un punto de vista más “profundo”, estos resultados suponen un reflejo de lo que se observa a nivel global en la mayor parte de los estudios que componen esta revisión, pues el hecho de que se logren mejoras nucleares en sintomatología y calidad de vida independientemente del programa seleccionado, -y por tanto de los mecanismos de acción-, lleva a pensar que las IBM comparten un sustrato común. En relación a la

práctica clínica, estos hallazgos implican un mayor margen de maniobra a la hora de elaborar tratamientos que se adapten lo máximo posible a las dificultades y características del individuo con mayor certeza de que se dará un cambio en los aspectos nucleares.

Sin embargo, son varios los autores que defienden que los efectos de las IBM no son directos, sino que se ven mediados por cambios en variables como la evitación experiencial, la preocupación y la rumiación. En relación a la evitación experiencial (EA) el mindfulness puede actuar como un método de exposición. Alex Brake et al. (2016) refieren que el uso de estrategias de atención plena durante la experiencia de emociones negativas produce una tendencia descendente del malestar a lo largo del tiempo en comparación con las estrategias de evitación experiencial, que llevan a un mantenimiento de los niveles de angustia, disminución que también es observada por Kumar et al. (2008) en pacientes con depresión. Ante estos resultados, se plantea la posibilidad de que, de igual manera que ocurre con las emociones, la atención plena pueda obtener resultados similares cuando se dirige a la experiencia en el presente y sin juzgar de los pensamientos o sensaciones fisiológicas. Yendo un poco más allá, cabría igualmente plantear que esta mejora del bienestar derive no solo de la habituación, sino que esta aproximación a las experiencias adversas que permite la atención plena constituya una puerta de entrada hacia una mayor comprensión y aceptación de las mismas.

En esta línea, autores como Li et al. (2023), Eustis et al. (2016) o Martínez-Rubio et al. (2023), quienes señalan la EA como una de las variables más explicativas del malestar emocional, coinciden en sus conclusiones al destacar esta variable como un mecanismo específico del cambio terapéutico, tanto en trastornos emocionales como en estrés. Estos mismos resultados son descritos por Hemo & Lev-Ari. (2015), Snippe et al. (2015) y Zhang et al. (2019) en relación a la disminución de la rumiación, así como de la preocupación (Eustis et al., 2016), quienes, de igual modo, señalan estos constructos como variables mediadoras entre el aumento del nivel de mindfulness y la reducción de la sintomatología emocional. Esta secuencia de cambios se ve reflejada y evidenciada también a nivel temporal por Li et al. (2023), quienes encontraron que los aumentos en el nivel de mindfulness precedieron y predijeron la disminución de la EA, que, a su vez, precedió y predijo niveles más bajos de depresión, ansiedad y malestar emocional tras la intervención.

Adoptando un enfoque más integrativo, y a tenor de los resultados obtenidos, la presente revisión aporta evidencia en línea con los postulados de la teoría transdiagnóstica. Teniendo en cuenta que autores como Ruíz et al. (2020), entre otros, sitúan la rumiación y la preocupación bajo el paraguas de la evitación experiencial, e incluso las unifican en mismo constructo (RNT), se puede concluir que el aumento del nivel de mindfulness producido por las IBM logra la mejora de la sintomatología emocional y del estrés, así como de la calidad de vida, mediante la reducción de las estrategias de evitación cognitivas, -preocupación y rumiación-, variables compartidas entre estos trastornos y que, además, constituyen aspectos nucleares en su desarrollo y mantenimiento. De igual

modo, el hecho de que las IBM resulten eficaces en la totalidad de estas problemáticas parece apoyar la existencia de mecanismos transdignósticos.

Otro aspecto a considerar es que estas variables pueden ser, de igual forma, entendidas como factores de riesgo tanto para el padecimiento de trastornos de ansiedad, depresión y estrés como para su recaída, lo que permite señalar que el funcionamiento de las IBM no se limita a la reducción de estos elementos, sino también a la potenciación de los factores de protección. Ejemplo de ello es el estudio de Martínez-Rubio et al. (2023), quienes encuentran que el mindfulness y la autocompasión correlacionan negativamente con la evitación experiencial y el nivel de estrés percibido. Estos resultados son apoyados por Schanche et al. (2020) y Armstrong & Rimes. (2016), quienes observaron mejoras en la autocompasión y auto-relación tras la aplicación de la MBTC. De forma adicional, teniendo en cuenta los hallazgos de Kuehner et al. (2023) sobre los efectos negativos de la rumiación sobre la valencia positiva, el arousal energético y la tranquilidad, cabe plantear la hipótesis de que las mejoras proporcionadas por el mindfulness puedan ser en parte debidas a sus efectos positivos sobre estos tres aspectos.

Hasta ahora nos hemos referido a las IBM y a su funcionamiento como un todo, sin embargo, adentrándonos más en este tipo de intervenciones, algunos autores refieren que las distintas técnicas de atención plena pueden producir, en función de sus características, efectos diferenciales tanto de forma cuantitativa como cualitativa. En este sentido cabe destacar el trabajo de Delgado-Pastor et al. (2015), quienes defienden la superioridad de la atención a las sensaciones interoceptivas (metainterocepción), frente a la atención a la experiencia cognitiva (metacognición) debido a que, si bien ambas logran reducir los síntomas depresivos y el afecto negativo, la primera actúa asimismo aumentando el mindfulness en mayor medida y disminuyendo el nivel de preocupación y la activación fisiológica, generando por tanto, efectos más completos sobre el bienestar. La idea de los efectos diferenciales se ve apoyada por autores como Feruglio et al. (2021), quienes encuentran que, mientras la respiración mindfulness actúa específicamente reduciendo la melancolía, la rumiación y generando una visión positiva del futuro, el “body scan” actúa favoreciendo la regulación emocional. De igual forma, Kok & Singer (2017) determinan los efectos del “body scan”, -sobre la conciencia interoceptiva y la rumiación-, la meditación de bondad amorosa, -sobre los sentimientos de calidez y pensamientos positivos sobre los demás-, y de la meditación de observación del pensamiento, -sobre la conciencia metacognitiva-. Sin embargo, a pesar de generar procesos diferentes, estos autores coinciden al decir que, de forma general, todos los tipos de práctica generan aumentos en la conciencia, la positividad del afecto, la energía, la concentración en el presente y la distracción del pensamiento. En relación a esto, se abre una posible línea de investigación futura dirigida a ampliar el conocimiento sobre los efectos de las diferentes técnicas de atención plena, e incluso, sobre la posibilidad de que, al igual que se comentaba en la introducción del trabajo en relación a la

meditación de concentración y la meditación mindfulness, los diferentes ejercicios actúan a través de estructuras neuronales específicas, lo que, traducido a la práctica clínica, permitiría un diseño más personalizado de los planes de intervención.

Bajando a un nivel mayor de concreción, y entendiendo el mindfulness como constructo, son varios los autores que han destacado las facetas “no juzgar” y “no reaccionar” como dos aspectos principales que juegan un papel crítico en la mejora del bienestar (Baker et al., 2019 & Petrocchi & Ottaviani, 2016), aspectos en los que también Feruglio et al. (2021) encuentran los mayores efectos del entrenamiento en mindfulness. Todo ello va en línea con la conceptualización propuesta por Germer (2005), y comentada en la introducción, sobre los aspectos principales del estado de conciencia plena.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede concluir que el mindfulness es un constructo que, al operativizarlo en técnicas concretas, puede llevar a mejoras en aspectos diferenciales del bienestar gracias a los elementos específicos de las mismas, por lo que se trata de una práctica maleable y adaptable a las necesidades y preferencias personales. Por otro lado, en relación a la idea previamente comentada sobre la existencia de un sustrato común a las IBM, los resultados sobre los efectos comunes de las diferentes prácticas parecen sugerir que el aumento en el nivel de la conciencia es un elemento nuclear de este sustrato, lo cual, además, es coherente con la cadena de cambio propuesta anteriormente, pues es el elemento disparador de la misma. Asimismo, si se tiene en consideración que todas estas técnicas constituyen un entrenamiento basado en focalización de la atención, se puede concluir que esta observación en el momento presente, caracterizada por la ausencia de juicio y reacción, es lo que permite frenar los procesos que las personas llevan a cabo de forma automática a la vez que aumentar el nivel de conciencia sobre los mismos. Se plantea, por tanto, que la clave del funcionamiento del mindfulness radique en su propia naturaleza, diametralmente opuesta a los procesos mentales involuntarios, abstractos y divergentes como la rumiación o la preocupación, así como a la reactividad emocional.

Por otra parte, en relación a sus efectos a largo plazo, la totalidad de estudios de esta revisión que incluyen un seguimiento aportan pruebas de que los efectos del mindfulness, tanto en ansiedad como en depresión y estrés, se mantienen, e incluso mejoran, tras el tratamiento (Cerna et al., 2020; Dahlin et al., 2016; Eklund et al., 2023; van Aalderen et al., 2015; Zhang et al., 2019). De entre ellos cabe destacar a van Aalderen et al. (2015) quienes no solo encuentran que las mejoras en depresión y calidad de vida se mantiene un año después de finalizar la intervención, sino también que la rumiación continúa disminuyendo. Este resultado podría explicarse atendiendo a que, con la práctica de la atención plena, la rumiación pierde fuerza progresivamente como mecanismo de regulación emocional, por lo que se va haciendo cada vez menos necesario y habitual. En línea con esto, tal y como refieren Rosselló et al. (2016), quienes encuentran que la cantidad de minutos meditados

correlaciona positivamente con el nivel de consciencia plena, y negativamente con los pensamientos depresivos, y las medidas de ansiedad, ira y estrés, se debe tener en cuenta que, al tratarse de un entrenamiento, la eficacia del mindfulness es directamente proporcional a su práctica y aumenta con el tiempo dedicado a la misma. Por esta razón, se plantea que, en relación a la práctica clínica, la motivación debe ser un aspecto fundamental a trabajar en terapia.

Asimismo, cabe mencionar que si bien cualquier persona se puede beneficiar de la práctica del mindfulness, en la presente revisión, son varios los autores que la han encontrado eficaz para poblaciones especialmente resistentes, como los grupos de mayor edad (Franco et al., 2017), la patología comórbida de TDM o TD y TAG (Baker et al., 2019) o para pacientes con depresión crónica resistente al tratamiento, caracterizados por presentar inicios más tempranos del trastorno, mayores niveles de rumiación y una peor calidad de vida (ter Avest et al., 2019). Los resultados de Zhang et al. (2019) sobre la depresión subumbral en adolescentes, o los de Eklund et al. (2023) en estrés, sugieren asimismo que la atención plena puede actuar como mecanismo de prevención. Esto se apoya en la idea de que las personas con trastornos emocionales comórbidos presentan niveles de mindfulness más bajos que aquellas con un solo diagnóstico (Baker et al., 2019), y posiblemente, que la población sana, por lo que se puede hipotetizar que la presencia de niveles de mindfulness elevados actúa como un factor protector frente al desarrollo de trastornos emocionales y estrés.

Finalmente, se puede concluir que las IBM y, por tanto, el mindfulness, son intervenciones eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, depresión y estrés que, además, presentan cualidades muy versátiles, pues se pueden aplicar también como métodos de prevención, y adaptables a las características de los individuos independientemente del nivel de gravedad.

Limitaciones

El presente estudio cuenta con diversas limitaciones que han de considerarse a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, el número de publicaciones recogidas sobre cada problemática no es equivalente, siendo el grupo de estudios que versan sobre estrés el más reducido en comparación con los referentes a la ansiedad o la depresión. En segundo lugar, se ha encontrado una elevada dependencia de las medidas de autoinforme, lo que puede contaminar los resultados por sesgos relacionados con la deseabilidad social. En tercer lugar, si bien existen indicios positivos en esta dirección, el número de estudios longitudinales es escaso, por lo que es complicado valorar la eficacia del mindfulness a largo plazo. Finalmente, se debe tener en cuenta que no todas las IBM siguieron un mismo formato de aplicación, pues se incluyen estudios guiados a través de internet.

Líneas de investigación futura

A raíz de los resultados encontrados, se plantean varias líneas de investigación futura. Como ya se ha comentado, una posible línea podría ir dirigida a conocer más ampliamente los efectos diferenciales de las diversas técnicas de atención plena, de manera que los planes de tratamiento se pudieran elaborar de la forma más ideosincrática posible. De igual modo, se hace necesaria una mayor investigación tanto acerca de sus efectos preventivos en poblaciones en riesgo de padecer trastornos emocionales y estrés, como en sus efectos a largo plazo, y sobre los mecanismos mantenedores de la mejora. Por último, podría ser interesante ampliar el rango de trastornos en los que, hasta ahora, han recaído la mayor parte de los estudios sobre esta temática, especialmente hacia aquellos que puedan compartir alguno de sus mecanismos transdiagnósticos.

En general, y ante el éxito observado desde su incorporación en la psicología, se espera que la investigación científica continúe ampliando el conocimiento acerca del funcionamiento y eficacia del mindfulness en la mejora del bienestar. Estas líneas de investigación pueden ser valiosas para la elaboración de planes de salud pública dirigidos a abordar la cada vez más elevada prevalencia de trastornos emocionales y estrés en la población, así como a la prevención de su desarrollo en las generaciones futuras.

Propuesta de intervención

1. Presentación de la propuesta de intervención

Como se viene comentando a lo largo del presente trabajo, la elevada prevalencia de trastornos emocionales y estrés en la población constituye un problema de salud pública, especialmente cuando nos referimos a la depresión y la ansiedad, dos de los trastornos mentales más frecuentes y con mayores repercusiones en el bienestar de sus individuos (OMS., 2023; OMS., 2023). Asimismo, se debe tener en cuenta que la comorbilidad entre estos trastornos es más frecuente que su presentación única, lo que conlleva dificultades asociadas y un peor pronóstico clínico (Rosique et al., 2019; Ruíz et al., 2020).

A pesar de que es necesaria más investigación, los resultados de esta revisión bibliográfica señalan la validez y eficacia de la atención plena y los programas basados en mindfulness para el tratamiento de este tipo de trastornos, así como la factibilidad del enfoque transdiagnóstico a la hora de abordar estas problemáticas.

En base a estos resultados se presenta a continuación la propuesta de intervención “AQUÍ y AHORA”, un programa de aplicación grupal dirigido a adultos de entre 18 y 65 años inscritos en asociaciones de salud mental que presenten sintomatología ansiosa, depresiva y/o estrés.

Este programa se ha diseñado en base a algunas de las intervenciones basadas en mindfulness comentadas en la introducción del presente trabajo y que gozan de mayor nivel de eficacia, de las cuales se han incorporado elementos con apoyo empírico. Más concretamente, esta propuesta se inspira en la *terapia de reducción del estrés basada en atención plena (MBSR)* de Kabat-Zinn, la *terapia cognitiva basada en la atención plena (MBTC)* de Teasdale, Segal, y Williams y en el

Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP) de Barlow. De esta forma, se pretende dar respuesta a las necesidades de la población objetivo a través del trabajo en atención plena sobre la emoción y la cognición desde una perspectiva transdiagnóstica.

2. Objetivos del programa

El principal objetivo del programa es reducir la sintomatología ansiosa, depresiva y los niveles de estrés, así como mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de los participantes a través del trabajo en atención plena.

Para lograr este objetivo principal, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Aumentar la comprensión sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales y el estrés
- Aumentar la comprensión del enfoque mindfulness
- Reducir los niveles de activación fisiológica
- Aumentar el nivel de mindfulness y reducir los niveles de evitación experiencial, rumiación y/o preocupación
- Desarrollar un enfoque abierto y sin juicio hacia las emociones y cogniciones, así como hacia los eventos que suceden en el ambiente de los participantes.
- Mejorar la relación con uno mismo y los demás
- Fomentar el autocuidado y prevenir recaídas

3. Descripción del programa

“AQUÍ y AHORA” es un programa de tratamiento y prevención de trastornos emocionales y estrés diseñado para su aplicación por parte de psicólogos con acreditación sanitaria. El formato de aplicación es grupal, con un máximo de 10 personas, y se lleva a cabo de forma presencial. Presenta una duración de 8 semanas, con una sesión semanal de 2 horas, así como una sesión de seguimiento a los 6 meses. La hora y lugar de las sesiones quedan a disposición del centro y sus usuarios.

3.1. Componentes del programa

- Psicoeducación sobre los trastornos emocionales y el estrés
- Información sobre el mindfulness
- Entrenamiento en atención plena sobre el plano emocional, cognitivo y fisiológico
- Entrenamiento en meditación formal e informal
- Práctica de yoga

- Entrenamiento en habilidades de habla y escucha conscientes
- Pautas de estilo de vida y “dieta”

3.2. Destinatarios

El programa está dirigido a adultos de entre 18 y 65 años que presenten sintomatología ansiosa, depresiva y/o estrés o estén en riesgo de padecerla, ya sea de forma comórbida o única, en todos sus niveles de gravedad. Esta población debe ser usuaria de alguna asociación de salud mental, a través de la cual se impartirá el programa.

3.3 Recursos materiales y humanos

- Material de papelería: boli, papel, rotuladores, rollo de papel de dos metros
- Pizarra, rotuladores y plastilina
- Medios audiovisuales: ordenador, proyector, altavoces
- Sillas
- Antifaces, esterillas, cojines y mantas
- Un profesional de la psicología con acreditación sanitaria encargado de impartir el programa

4. Procedimiento

La semana anterior al inicio del programa, habiendo seleccionado previamente a los participantes, se hará una breve sesión de evaluación, en la que se cubrirán los siguientes cuestionarios y test de forma individual:

- Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) de Lovibond y Lovibond: con el objetivo de evaluar la presencia e intensidad de estados emocionales afectivos de depresión, ansiedad y estrés.
- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de Kabat-Zinn: tiene el objetivo de medir la tendencia general a actuar con Atención Plena a partir de cinco habilidades -Observación, Descripción, Actuar con Conciencia, Ausencia de Juicio y Ausencia de Reactividad-.
- Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF): con el objetivo de medir la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud en cuatro áreas -Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente-.

Además, se incluirán unas preguntas abiertas destinadas a medir el nivel de motivación y expectativas de los participantes. El re-test se realizará volviendo a aplicar estas mismas pruebas en la última sesión, de forma que se pueda conocer la validez y eficacia del programa. En la sesión de seguimiento a los 6 meses se comprobará el nivel de mantenimiento de los resultados mediante una

evaluación general grupal a través de preguntas abiertas sobre la sintomatología, el nivel de atención plena y la calidad de vida.

4.1. Sesión 1: Iniciando el camino

Objetivos:

- Presentar el programa y los participantes
- Favorecer un primer contacto con el mindfulness para iniciar el cultivo de una actitud no crítica y de aceptación
- Presentar la respiración como un vehículo de conexión con el momento presente
- Fomentar la cohesión grupal
- Fomentar la motivación

Actividad 1: Primer contacto con el mindfulness

El taller comienza con una breve presentación del coordinador del programa, que tan solo se presenta por su nombre y profesión, para dar paso a una práctica breve de introducción al mindfulness. En esta se les pedirá a los participantes que observen con atención plena a los demás miembros del grupo, prestando atención a los sentimientos, pensamientos o sensaciones del momento presente. Seguidamente, se les pedirá que cierren los ojos y guíen su atención a la respiración con instrucciones como “ahora enfoca la atención en la respiración, nota como el abdomen se hincha y deshincha suavemente” o “si la mente se distrae, simplemente vuelve a traerla a la respiración, con amabilidad”. Esta primera práctica tiene como objetivo iniciar un primer contacto experiencial con el mindfulness además de propiciar un ambiente de calma antes de continuar con el resto de la sesión.

Actividad 2: Presentación del programa y los participantes

El psicólogo o psicóloga, volverá a presentarse, y explicará brevemente el poder de la respiración como forma de conectar con el momento presente. A continuación, se procederá a dar la bienvenida a todos los miembros del grupo y, con apoyo de una hoja impresa que se podrán llevar a casa, se hará una breve exposición formal del programa, sus sesiones y normas grupales -como el respeto, la confidencialidad, o el compromiso con la asistencia-. Una vez hecho esto se les dará a los participantes unos minutos para cubrir en papel las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi intención o propósito al participar en este curso?, ¿Qué espero para mí?, ¿Cómo quiero que esto cambie mi forma de vivir la vida?, ¿Cómo quiero que esto beneficie a las personas de mi vida y del mundo?, ¿Cuáles son mis esperanzas y aspiraciones más profundas?, ¿Puedo expresarlo en forma de voto o aspiración personal que comunique mi intención de todo corazón?. A continuación, se presentarán y compartirán con el grupo aquellas respuestas que deseen, de forma que se den a conocer y se genere un momento de compartir.

Actividad 3: conociendo el mindfulness

Se preguntará si alguno conoce o tiene alguna noción de lo que significa o promueve el mindfulness, abriendo un pequeño diálogo entre los participantes para darles a conocer y hacerles llegar qué es el mindfulness, en qué se basa, las 7 actitudes que implica y las formas formales e informales que ofrece.

Actividad 4: ejercicio de la uva pasa

Se les dará una uva pasa a cada uno de los participantes, que deben sostener en la palma de la mano mientras se les pide que presten atención plena a su color, su tamaño, su forma, sus arrugas, su olor, etc. De esta forma pausada y presente se les guiará en el proceso de su ingesta, incluyendo las sensaciones dentro de la boca. Tras esto se les introducirá el concepto de “piloto automático” intentando que se comiencen a hacer conscientes de cuando están actuando de forma inconsciente, y se les explicará los beneficios de comer de manera mindfulness.

Actividad 5: tareas para casa

Se les dará una hoja para registrar las prácticas en casa (ver Anexo 2) y se les pedirá que elijan una comida al día para practicar la alimentación consciente. También deberán practicar la meditación de respiración durante 10 minutos al día.

Actividad 6: cierre de la sesión

Video de meditación del “lago en calma” https://youtu.be/kyTQqacjltU?si=7JS-Hdpk-shq4Z_9

4.2. Sesión 2: Conectando con el cuerpo

Objetivos:

- Iniciar el proceso de descentramiento y desidentificación con los estados internos
- Tomar conciencia plena del cuerpo en quietud y en movimiento
- Reducir la evitación y fomentar la habituación y aceptación de las “emociones físicas”

Actividad 1: revisión de la práctica para casa

Los primeros minutos se dedicarán a tratar la práctica semanal poniendo en común sus experiencias en lo referente a obstáculos como el aburrimiento, el abatimiento o la distracción, así como los aspectos más agradables de las mismas. En este diálogo el coordinador también podrá aportar información sobre su propia experiencia personal. Esta actividad seguirá esta misma estructura en el resto de las sesiones.

Actividad 2: mindfulness en el cuerpo

Este ejercicio comienza con una breve introducción del cuerpo como objeto a través del cual traer la atención al presente, así como también de la relación mente-cuerpo y como las emociones se manifiestan a través del mismo. A continuación, se llevará a cabo el body scan, -tumbados en las esterillas, se les guiará mientras llevan la atención a las sensaciones corporales comenzando por los pies y terminando en la cabeza-, para luego favorecer el movimiento con un ejercicio de caminar mindfulness, tomando consciencia de los pies y las piernas, notando los cambios de peso, etc. Una vez despertado un poco el cuerpo, se procederá a realizar media hora de yoga.

Actividad 3: Exposición interoceptiva

En esta parte de la sesión se llevará a cabo una inducción leve y controlada de síntomas relacionados con la ansiedad o el estrés de forma que se favorezca su habituación y aumente la tolerancia. Además, esta actividad sirve para reflejar la relación bidireccional entre el estado emocional y el físico. El ejercicio se puede adaptar a los síntomas más comunes entre los miembros del grupo, por ejemplo, la sensación de falta de aire se podría lograr mediante la hiperventilación. Una vez generado este estado de malestar se les enseñaría a retomar el equilibrio centrando la atención en una respiración más orgánica y pausada. Tras esto se iniciará una breve reflexión sobre la experiencia.

Actividad 4: meditación dinámica de 5 fases

Se trata de una meditación dividida en 5 fases breves. En la primera etapa se les pedirá que respiren por la nariz todo lo rápido que puedan haciendo énfasis en la exhalación, mientras van sintiendo que la energía se acumula. En la segunda etapa se les pedirá que manifiesten dicha energía como deseen –riendo, bailando, saltando, etc.- En la tercera etapa se les invitará a mantener sus brazos en alto y saltar de arriba abajo realizando con todas sus fuerzas el sonido “ju”, se les pedirá que saquen todo lo que tienen, intentando quedarse completamente exhaustos. En la cuarta etapa se les dirá que paren y se queden en la posición en la que se encuentren, intentando que ningún movimiento intercepte dicha postura, tomando consciencia de las sensaciones que ocurren, de manera amable y curiosa. Por último, en la quinta etapa se les invitará a que expresen su gratitud mediante una danza.

Actividad 5: tareas para casa

Se les pedirá que continúen con la comida mindfulness y que practique 15 minutos de body-scan al día. Además de continuar con el registro de la práctica, se les proporcionará otra hoja en la que deberán anotar un evento agradable por día (ver Anexo 3).

Actividad 6: Cierre de la sesión

Meditación de respiración breve

4.3. Sesión 3: conociendo nuestros pensamientos y emociones (I)

Objetivos:

- Aumentar la información sobre la naturaleza de los pensamientos y las emociones
- Reducir la retroalimentación del bucle pensamiento- sensación
- Potenciar la aceptación en lugar de la evitación
- Incluir sonidos como objeto de atención plena

Actividad 1: Revisión de la práctica para casa

Se llevará a cabo de forma similar a la sesión 1

Actividad 2: meditación con música

Mientras se reproduce la pista “epic space music cosmos-volume 2” se le guiará en una meditación formal sentada en la que se atenderá a los distintos instrumentos, sonidos, tonos de las notas, cambios de velocidad, etc. Durante este proceso deberán darse cuenta de los sentimientos evocados, imágenes o pensamientos que surgen, devolviendo la atención a la experiencia.

Actividad 3: trabajando con pensamientos y emociones

Esta actividad comenzará con la lectura del “cuento del monje” que ilustra las repercusiones de aferrarse y prestar atención constante a los pensamientos negativos y las preocupaciones, animando a los participantes a “soltarlos” y cambiar el foco de atención al momento presente. A partir de esto, se les hablara sobre la naturaleza automática de los pensamientos negativos, sobre las trampas del pensamiento y sobre su influencia en las emociones. Posteriormente, se les invitará a centrar su atención en un pensamiento difícil bajo su percepción con una actitud de apertura y sin juzgarlo, observando las sensaciones que genera dicho pensamiento y su efecto en el cuerpo. Seguidamente, se sentarán por parejas, uno frente a otro y, por turnos, cada uno irá manifestando sus pensamientos negativos y críticas más comunes sobre sí mismo, su vida o el mundo. Ante cada manifestación, el compañero deberá formular las preguntas “¿Por qué?” o “¿Para qué?” de forma que se vaya tomando consciencia de lo que subyace a esos pensamientos y el motivo por el que se aferran a ellos. Una vez finalizado esto, se les leerá la metáfora del río, en el que los pensamientos son hojas flotando que simplemente han de observar y dejar fluir con la corriente hasta que se dejen de ver.

Actividad 4: tareas para casa

Continuar con el registro de momentos agradables y de la práctica en casa sobre la comida mindfulness y el body-scan. Cada participante escogerá 3 rutinas diarias, como lavarse los dientes, ducharse o hacer la comida, en los que practicar el mindfulness, de forma que se vaya incorporando a su día a día.

Actividad 6: Cierre de la sesión

Meditación de los campos verdes, promueve la sensación de paz y tranquilidad.

4.4 Sesión 4: Conociendo nuestros pensamientos y emociones (II)

Objetivos:

- Aumentar la información sobre la naturaleza de los pensamientos y las emociones
- Potenciar la aceptación en lugar de la evitación
- Introducir la técnica STOP
- Reforzar la motivación a “mitad del camino”

Actividad 1: Revisión de la práctica para casa

Se llevará a cabo de forma similar a la sesión 1.

Actividad 2: Meditación sentada

Para preparar al grupo para esta nueva sesión se les guiará en una meditación sentada que comienza con el trabajo en respiración durante unos minutos, atendiendo a los diferentes aspectos de la misma, para finalizar pidiendo que, poco a poco, vayan adoptando una postura que refleje el estado en el que se encuentren “aquí y ahora”. Finalmente, se les pedirá que definan ese estado con una palabra que comunicarán al grupo.

Actividad 3: trabajando con pensamientos y emociones

Se comenzará con una breve charla sobre la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones, los tres componentes de la respuesta emocional, la forma en la que estas impulsan el comportamiento, y sobre el papel de la evitación emocional y las diferentes estrategias de evitación. Los participantes pondrán en común aquellas formas de actuar con las que más se identifiquen. Se enfatizará la necesidad de observar, transitar y liberar las emociones de forma adaptativa. Se utilizará la metáfora de la tormenta, entendiéndola como un estado transitorio que nos invita a “bailar bajo la lluvia”, a exponernos y a descubrir los tesoros que esconde, sabiendo que el sol siempre brilla detrás de ella.

A continuación, se llevará a cabo un ejercicio de exposición emocional, en el que se reproducirá una pista de música conmovedora mientras se invita a los participantes a que, tumbados en las esterillas con los ojos cerrados, piensen en un acontecimiento desagradable o doloroso -puede ser algo cotidiano, priorizando siempre su comodidad-. Poco a poco se les irá guiando hacia las emociones que ese evento evoca para luego pedirles que se permitan liberar esa emoción -llorando, emitiendo sonidos, cantando, “pegándole” a un cojín, etc.-. Se dejará un tiempo de liberación hasta que se vaya reduciendo poco a poco la intensidad emocional del grupo. Una vez finalizado cada

participante compartirá cómo se siente en el “aquí y ahora”, como fue el tránsito, si existieron bloqueos o si hubo algo que le sorprendiera.

Seguidamente, se llevará a cabo el “ejercicio de las manos” en el que, con los ojos vendados y bajo la instrucción de que ahora “son” sus manos, se les pedirá que se muevan por la sala hasta encontrar un par de manos de su agrado. Una vez todos estén emparejados, han de situarse uno frente al otro, mientras se les pide que dejen que sus manos y las de su compañero se toquen manifestando diferentes emociones y estados bajo frases como “sois unas manos juguetonas”, “sois unas manos violentas”, “sois unas manos tristes”, etc. Una vez finalizado, y ya sentados en las sillas, se promoverá una reflexión sobre su relación con las diferentes emociones de forma que aumente el conocimiento y consciencia sobre si mismos y su papel en la interacción con los demás.

Actividad 4: la mitad del camino

Se les pedirá que respondan por escrito, en un folio, a las siguientes preguntas: ¿Qué estoy aprendiendo o cultivando?, ¿Cómo estoy cambiando?, ¿Qué debo hacer para aprovechar al máximo el resto del curso?. Se pedirá que compartan esta información con el grupo en un breve diálogo, a la vez que el coordinador hace un repaso de los avances y les felicita por el trabajo llevado a cabo hasta el momento.

Actividad 5: tareas para casa

Continuar con el registro de momentos agradables, de la práctica en casa sobre la comida mindfulness, y las 3 rutinas diarias. Se les pedirá que comiencen a realizar 20 minutos al día de meditación sentada. Este momento se aprovechará para explicar brevemente la técnica STOP, que también se pedirá que pongan en práctica

Actividad 6: Cierre de la sesión

Meditación respiración breve.

4.5. Sesión 5: Conectando con uno mismo y los demás

Objetivos:

- Mejorar la conciencia metacognitiva de la actitud
- Conocer el poder de la palabra y fomentar el diálogo interno positivo
- Fomentar emociones positivas
- Extender la consciencia plena al habla y la escucha

Actividad 1: Revisión de la práctica para casa

Se llevará a cabo de forma similar a la sesión 1.

Actividad 2: Meditación frases positivas

Tumbados en las esterillas con los ojos cerrados y centrando la atención en la respiración, se explicará que “el modo en que nos hablamos a nosotros mismos influye en cómo nos sentimos, en como pensamos y en cómo interpretamos nuestro entorno y lo que nos ocurre”. Se pondrá un ejemplo de 3 interpretaciones distintas de un mismo acontecimiento y como dichas interpretaciones guían nuestras emociones. A continuación, se llevará a cabo una meditación dirigida a conectar con el amor propio, en la que, continuando centrados en la respiración, se les pedirá que traten de evocar una frase o palabra amable como “amor”, “paz”, “me quiero”, “me perdono”, “feliz”; dejándose inundar por la energía positiva de la palabra elegida, visualizándola en su mente. Tras ello se les pedirá que compartan las palabras que surgieron en su mente y los aspectos positivos de sí mismos. Para finalizar este ejercicio, se les pedirá que escriban 3 objetivos en un papel empezando por palabras como “quiero...” (ej., “quiero hacer más ejercicio”). Se llevarán el papel a sus casas.

Actividad 3: Escucha y habla mindfulness

Se comenzará explicando que la escucha es un proceso activo, y se les dará pautas de lo que significa escuchar y hablar de manera consciente. A continuación, se sentarán por parejas y se dedicarán unos minutos a que una de las partes hable mientras la otra escucha de forma plena, sin juicio y presente, para luego invertir los papeles. Posteriormente se abrirá un pequeño diálogo grupal de la experiencia, - si notaron la aparición de juicios, si sintieron el impulso de realizar comentarios en el momento en el que tenían que escuchar y qué hay detrás de los mismos, cual es nuestra forma de relacionarnos con los demás, etc.-.

Actividad 4: meditación “loving kindness”

Se trata de una meditación centrada en el cuidado, el afecto, la sensibilidad, la bondad amorosa y la amistad, así como en una sensación de calidez hacia uno mismo y hacia los demás. Tras la armonización de la respiración, se guía a los participantes para que se digan mentalmente las siguientes frases de forma repetida: “que esté a salvo”, “que sea feliz”, “que esté sano”, “que viva a gusto”. Estas frases pasarán de ir dirigidas hacia uno mismo, a ir dirigidas a algún ser querido, a una persona neutra y a una que les disgusta, para finalmente centrarlas en la familia, el barrio y el mudo. Para cerrar el ejercicio se pondrá la experiencia en común.

Actividad 5: tareas para casa

Se llevarán a cabo las mismas tareas que la sesión 4.

Actividad 6: Cierre de la sesión

Meditación respiración breve

4.6. Sesión 6: trabajando con las dificultades

Objetivos:

- Introducir el estrés y su manejo
- Introducir el método RAIN
- Expandir el campo de conciencia a la hora de enfrentarse con nuevos retos o dificultades
- Favorecer la creatividad

Actividad 1: Revisión de la práctica para casa

Se llevará a cabo de forma similar a la sesión 1.

Actividad 2: Meditación de la vela

Se trata de un ejercicio de visualización en el que se les pedirá que se imaginen una vela en el centro de su pecho en forma de una esfera de luz brillante, sintiendo paz y tranquilidad, y respirando profundamente. Esa luz se irá ampliando poco a poco a otras partes de su cuerpo, desde la cabeza a los pies, para finalizar el ejercicio de nuevo en su pecho. De esta forma se generará un ambiente de paz para continuar con la sesión.

Actividad 3: Introduciendo el estrés y el método RAIN

Se abrirá un diálogo en el que irán aportando sus ideas respecto al estrés. De esta manera el coordinador irá tocando temas como las razones por las que sentimos estrés, los tipos de estrés y sus características, los efectos de este en la salud física y psicológica, y el mindfulness como una manera eficaz de reducirlo.

También se introducirá el proceso RAIN, cuyas siglas en inglés hacen referencia a las distintas fases del proceso: (1) reconocer lo que está ocurriendo, (2) permitir que la vida sea tal y como es, (3) investigar la experiencia interna con amabilidad y (4) generar una conciencia natural o no identificación con lo que está ocurriendo.

Actividad 4: ejercicio de los 9 puntos

Se le dará a cada participante una hoja con el ejercicio de los 9 puntos: un cuadrado formado por 9 puntos que han de intentar unir con tan solo 4 líneas y sin levantar el lápiz del papel. Este ejercicio se resuelve alargando las líneas de forma que se salgan del cuadrado establecido. El objetivo es que, prestando atención plena durante todo el proceso, los participantes se familiaricen con sus formas de sentir, actuar y pensar ante los retos y dificultades, la manera en la que las creencias o etiquetas del pasado influyen en el presente, y el momento “eureka”. Tras finalizar el ejercicio se dedicará un tiempo a dialogar sobre estos aspectos y sobre la posibilidad de “salirse de la caja” en otros momentos de sus vidas.

Actividad 5: tareas para casa

Continuar con el registro de momentos agradables y de la práctica en casa sobre la comida mindfulness. Se ampliarán las rutinas diarias mindfulness de 3 a 5 y la práctica de la meditación sentada de 20 a 30 minutos.

Actividad 6: cierre de la sesión

Meditación de la montaña. Se dirige a cultivar la capacidad de imperturbabilidad, a desarrollar la fortaleza para enfrentarse a los desafíos, y a fomentar la serenidad ante los cambios de la vida.

4.7. Sesión 7: cultivando el silencio y un estilo de vida saludable

Objetivos:

- Cultivar el silencio como forma de fortalecer la conexión con uno mismo y los demás
- Aumentar la conciencia sobre el estilo de vida y la “dieta”

Actividad 1: Revisión de la práctica para casa

Se llevará a cabo de forma similar a la sesión 1.

Actividad 2: el silencio con uno mismo

Desde este momento se les pedirá a todos los participantes que intenten no hablar durante la próxima hora de sesión, minimizando también los ruidos. La sesión se llevará a cabo en silencio total, a excepción del coordinador que hará los comentarios necesarios para llevarla a cabo. Se comenzará con un ejercicio de respiración tumbados en las esterillas, durante el cual el coordinador presentará brevemente el silencio como un lugar de abundancia, de autodescubrimiento, de creatividad, de resolución de conflictos y de descanso. En esa misma posición y con atención a la respiración, se procederá a realizar un baño de silencio en atención plena de 20 minutos. Una vez finalizado, se les entregará unas hojas con una serie de preguntas dirigidas a favorecer su reflexión, que han de responder en el papel: “¿Cómo te sentiste con relación al silencio?”, “¿Cómo te escuchas a ti mismo?”, “¿Qué cosas han surgido durante el ejercicio?”, “¿Por qué buscamos la estimulación?”.

Actividad 3: el silencio con los demás

Se llevará a cabo una meditación en la que, sentados por parejas uno frente al otro, se les irá guiando para que, de forma progresiva, terminen mirándose a los ojos en silencio y en presencia plena. Se dedicarán unos minutos a esta comunicación silenciosa con el compañero. Al finalizar el ejercicio se le pedirá que escriban sobre la experiencia de estar en silencio y sosteniendo la mirada con otra persona, -el nivel de dificultad o comodidad que sintieron, las emociones o pensamientos que aparecieron, si fue un silencio vacío o lleno de comunicación, etc.-. Este ejercicio dará fin a la práctica

del silencio, y se abrirá un dialogo en el que los participantes puedan compartir aquellos aspectos de la experiencia que deseen.

Actividad 4: ¿Cómo puedo cuidarme mejor?

Se irá introduciendo información acerca de la posibilidad de que, paralelamente a la práctica del mindfulness, puedan surgir deseos de realizar cambios en el estilo de vida. Se explicará la influencia de la “dieta” entendida como todo aquello que consumimos a través de los sentidos, como la información de los medios televisivos, revistas, periódicos o conversaciones, y como esto impacta en el estado psicológico. De esta forma se darán pautas para llevar a un estilo de vida y “dieta” que alimente el bienestar.

Actividad 5: tareas para casa

Se continuará con las tareas de la sesión 5, se añadirá la práctica del silencio durante 15 minutos diarios y se animará a ir realizando pequeños cambios en su “dieta” personal.

Actividad 6: cierre de la sesión

Meditación breve de respiración

4.8. Sesión 8: despedida del programa

Objetivos:

- Repasar los aprendizajes más significativos
- Compartir los diversos aspectos de la experiencia vivida
- Motivar para continuar con la práctica del mindfulness y prevenir recaídas
- Cerrar el programa y despedir el grupo

Actividad 1: Revisión de la práctica para casa

Se llevará a cabo de forma similar a la sesión 1.

Actividad 2: moviendo el cuerpo

Se reproducirá una música alegre y se les pedirá que comiencen a caminar por la sala, primero lentamente y luego subiendo el ritmo, moviendo los brazos, la cabeza, la cadera, para pasar a saltar y soltar el cuerpo. Tras ello se dará la instrucción de empezar a interactuar como deseen con las personas que se vayan cruzando por la sala, y finalmente se les pedirá que den rienda suelta al cuerpo y comience a bailar y moverse plenamente conscientes de la energía corporal y la música. El objetivo es aumentar el nivel de energía y generar un ambiente distendido y de conexión grupal.

Actividad 3: el animal que yo soy

Sentados en las esterillas y dispuestos en un círculo se les dará plastilina y se les pedirá que moldeen el animal que necesiten ser en este momento de sus vidas en función de sus cualidades, -ej. “un león para tomar decisiones con confianza y firmeza”-. La atención se guiará al tacto y el olor de la plastilina. Una vez finalizado cada participante compartirá los motivos por los que eligió ser ese animal y se vincularán con sus atributos positivos. Después, todos los animales se situarán encima de una mesa, como formando un escenario donde cada uno ocupa su lugar, y se utilizará la metáfora de que cada uno puede elegir ser un animal diferente en función de las circunstancias de la vida.

Actividad 4: repaso y continuación del camino

Se darán pautas para facilitar la continuación de la practica formal e informar del mindfulness en casa, así como “tips” dirigidos a implementar su práctica en el trabajo. También se les proporcionará una hoja con las siguientes preguntas y reflexiones que han de responder en escrito para luego compartir con el grupo: recuerde por qué vino al principio ¿Cuáles eran sus expectativas y por qué se quedó?, ¿Qué sacó de su visita, si es que sacó algo?, ¿Qué aprendió?, ¿Cuáles fueron los mayores costes?, ¿Qué sacrificios hizo?, ¿Cuáles son sus mayores bloqueos u obstáculos para continuar?, ¿Qué estrategias podrían ayudarle a no estancarse y a seguir practicando?. También se les pedirá que elijan 3 metas, a corto, medio y largo plazo, que les motiven para continuar con la práctica, y que se comentarán la sesión de seguimiento.

Actividad 5: valoración del programa

Se les dará una ficha con una serie de preguntas dirigidas a valorar el programa y sugerir mejoras. También se les volverá a pasar los cuestionarios de la sesión de introducción para comprobar la eficacia del programa.

Actividad 6: despedida y cierre

Se les felicitará por el trabajo realizado y se llevará a cabo un ejercicio en el que se dispondrá un papel largo en el suelo, -como un mantel de papel blanco de un par de metros-, en el que cada persona refleje con una línea que vaya desde un extremo a otro del papel el camino recorrido de principio a fin del programa. La línea puede ser de uno o varios colores, contener dibujos, símbolos, o cruzarse o interactuar con las líneas que representan la trayectoria de otros participantes. De esta forma se representarán los caminos individuales y el recorrido conjunto como grupo. Tras esto, se despedirá al grupo agradeciendo de nuevo su participación, felicitándolos por sus logros y animándolos a continuar su trabajo.

4.9. Sesión de seguimiento a los 6 meses

Tendrá una duración de una hora. Los participantes comentarán su experiencia desde la finalización del programa y su estado actual en relación con los objetivos planteados en la sesión de cierre. También se revisará el mantenimiento de la práctica, los beneficios y los desafíos encontrados abriendo un diálogo grupal en el que se propongan estrategias para resolverlos. Finalmente, se les agradecerá a la participación, felicitará por los logros y se les animará a continuar con la práctica.

Conclusiones

La presente revisión bibliográfica se ha centrado en investigar las características de las intervenciones basadas en mindfulness, así como su eficacia a la hora de abordar trastornos del estado de ánimo y estrés. En base a los estudios más recientes se puede concluir que las IBM son una alternativa adecuada para el tratamiento de este tipo de patologías debido a su actuación sobre los mecanismos subyacentes a las mismas, específicamente la evitación experiencial, la rumiación y la preocupación, que además pueden considerarse variables transdiagnósticas. Por otro lado, se puede concluir que, si bien tanto los diferentes programas como las diferentes técnicas de atención plena pueden producir efectos diferenciales, todas ellas comparten una base caracterizada por un aumento de la conciencia sobre uno mismo y los procesos personales, lo cual se ve posibilitado por la propia naturaleza del mindfulness: la observación o focalización de la atención en el momento presente en ausencia de juicio ni reacción. Todo ello, en conjunto, permite reducir la sintomatología ansiosa, depresiva, los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida en poblaciones tanto no clínicas como clínicas en varios niveles de gravedad.

No obstante, es necesario señalar que, a pesar de la tendencia positiva, sería necesario una mayor investigación acerca de los efectos a largo plazo de las IBM, así como sobre la posibilidad de generalizar este tipo de intervenciones a otros trastornos y poblaciones, de forma que se saque el máximo provecho a sus cualidades en el ámbito de la prevención e intervención. Esta información podría resultar útil y viable a la hora de establecer políticas sociales, educativas y planes sanitarios dirigidos a mejorar el bienestar de la población y prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos en las generaciones futuras, favoreciendo además la descongestión del sistema sanitario de la elevada demanda de servicios de salud mental.

Referencias bibliográficas

- Academic Mindfulness Interest Group, M., & Academic Mindfulness Interest Group, M. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(4), 285-294.
- Alex Brake, C., Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2016). Mindfulness-based exposure strategies as a transdiagnostic mechanism of change: An exploratory alternating treatment design. *Behavior Therapy*, *47*(2), 225-238. 10.1016/j.beth.2015.10.008
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, *41*(10), 545-551.
- Armstrong, L., & Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior Therapy*, *47*(3), 287-298. 10.1016/j.beth.2015.12.005
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 125.
- Baker, A. W., Frumkin, M. R., Hoepfner, S. S., LeBlanc, N. J., Bui, E., Hofmann, S. G., & Simon, N. M. (2019). Facets of mindfulness in adults with generalized anxiety disorder and impact of co-occurring depression. *Mindfulness*, *10*(5), 903-912. 10.1007/s12671-018-1059-0
- Bruna, B., García, F. E., Rincón, P., Aravena, V., & Rivera-Valenzuela, C. (2019). Intervenciones breves basadas en mindfulness para el tratamiento preventivo del estrés: Una revisión sistemática. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*,

- Calvo-Gómez, J. M., & Jaramillo-González, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. una revisión. *Revista De La Facultad De Medicina*, 63(3), 471-482.
- Carballo, M. M., Estudillo, C. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). Trastornos de ansiedad: Revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología*, 10(24), 2.
- Cerna, C., García, F. E., & Téllez, A. (2020). Brief mindfulness, mental health, and cognitive processes: A randomized controlled trial. *PsyCh Journal*, 9(3), 359-369. 10.1002/pchj.325
- Dahlin, M., Andersson, G., Magnusson, K., Johansson, T., Sjögren, J., Håkansson, A., Pettersson, M., Kadowaki, Å, Cuijpers, P., & Carlbring, P. (2016). Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 86-95. 10.1016/j.brat.2015.12.007
- de Almeida Sampaio, T. P., Jorge, R. C., Martins, D. S., Gandarela, L. M., Hayes-Skelton, S., Bernik, M. A., & Lotufo-Neto, F. (2020). Efficacy of an acceptance-based group behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1179-1193. 10.1002/da.23021
- de Rivera-Monterrey, L. (2021, 24 de mayo- 4 de junio). *Relaxation, meditation, mindfulness and autogenics. similarities and differences* [Sesión de congreso]. XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. España. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-19-pon19.pdf>
- Delgado Pastor, L. C. (2009). Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness.
- Delgado-Pastor, L. C., Ciria, L. F., Blanca, B., Mata, J. L., Vera, M. N., & Vila, J. (2015). Dissociation between the cognitive and interoceptive components of mindfulness in the treatment of chronic worry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 192-199. 10.1016/j.jbtep.2015.04.001
- Dupuy, J., & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 505-514.
- Eklund, M., Kiritsis, C., Livheim, F., & Ghaderi, A. (2023). ACT-based self-help for perceived stress and its mental health implications without therapist support: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 98-106. 10.1016/j.jcbs.2023.01.003
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 188-195. 10.1016/j.brat.2016.09.012
- Feruglio, S., Matiz, A., Grecucci, A., Pascut, S., Fabbro, F., & Crescentini, C. (2021). Differential effects of mindfulness meditation conditions on repetitive negative thinking and subjective time perspective: A randomized active-controlled study. *Psychology & Health*, 36(11), 1275-1298.

- Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Gázquez, J. J., & Pérez-Fuentes, M. d. C. (2017). Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia Psicológica*, 35(1), 71-79. 10.4067/S0718-48082017000100007
- Germer, C. K. (2005). What is it? what does it matter. *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford, , 3-27.
- González Cifuentes, C. E., Ángel de Greiff, E., & Avendaño Prieto, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: Evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances De La Disciplina*, 5(1), 59-72.
- González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & Puertas-Molero, P. (2019b). Use of meditation and cognitive behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety in students. A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4394.
- Grill, S. S., Castañeiras, C., & Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 22(3), 171-181.
- Gutiérrez, G. S. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. revisión de literatura. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 14(2), 223.
- Hemo, C., & Lev-Ari, L. (2015). Focus on your breathing: Does meditation help lower rumination and depressive symptoms? *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 15(3), 349-359.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica Y Salud*, 27(3), 115-124.
- Hodann-Caudevilla, R. M., & Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad Y Estrés*, 22(1), 39-45.
- Ipsos (2023). Monitor Global de Servicios de Salud https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-10/Ipsos-Global-Health-Service-Monitor-2023_ESPLATAM.pdf
- Kok, B. E., & Singer, T. (2017). Phenomenological fingerprints of four meditations: Differential state changes in affect, mind-wandering, meta-cognition, and interoception before and after daily practice across 9 months of training. *Mindfulness*, 8(1), 218-231.
- Kuehner, C., Schricker, I. F., Nayman, S., Reinhard, I., Zamoscik, V., Kirsch, P., & Huffziger, S. (2023). Effects of rumination and mindful self-focus inductions during daily life in patients with remitted depression: An experimental ambulatory assessment study. *Behavior Therapy*, 54(5)10.1016/j.beth.2023.04.002

- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 734-744. 10.1007/s10608-008-9190-1
- Li, Y., Zhang, A. J., Meng, Y., Hofmann, S. G., Zhou, A. Y., & Liu, X. (2023). A randomized controlled trial of an online self-help mindfulness intervention for emotional distress: Serial mediating effects of mindfulness and experiential avoidance. *Mindfulness*, 14(3)10.1007/s12671-023-02083-x
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta De Psicología*, 50, 13-29.
- Martínez-Rubio, D., Colomer-Carbonell, A., Sanabria-Mazo, J. P., Pérez-Aranda, A., Navarrete, J., Martínez-Brotóns, C., Escamilla, C., Muro, A., Montero-Marín, J., Luciano, J. V., & Feliu-Soler, A. (2023). How mindfulness, self-compassion, and experiential avoidance are related to perceived stress in a sample of university students. *PLoS ONE*, 18(2)10.1371/journal.pone.0280791
- Ministerio de Sanidad (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática= effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: A systematic review.
- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research*, 29(4), 524-540.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Trastornos de ansiedad*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Petrocchi, N., & Ottaviani, C. (2016). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 93, 92-96.
- Raziel, T. (24 febrero 2020) *Estadísticas de Mindfulness ¿Cuántas personas lo practican?*. <https://razieltovar.com/estadisticas-de-mindfulness/>
- Roca, P., Vazquez, C., Diez, G., Brito-Pons, G., & McNally, R. J. (2021). Not all types of meditation are the same: Mediators of change in mindfulness and compassion meditation interventions. *Journal of Affective Disorders*, 283, 354-362. 10.1016/j.jad.2021.01.070

- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2019). Transdiagnostic treatment in a clinical case of high comorbidity of emotional disorders: Application of the unified protocol/tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: Aplicación del protocolo unificado. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 28(I), 79.
- Roselló, J., Zayas, G., & Lora, V. (2016b). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: Un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña De Psicología*, 27(1), 62-78.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 356.
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., Franer, P., & Sørensen, L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse—A randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychology*, 810.1186/s40359-020-00417-1
- Snippe, E., Bos, E. H., van der Ploeg, K. M., Sanderman, R., Fleer, J., & Schroevers, M. J. (2015). Time-series analysis of daily changes in mindfulness, repetitive thinking, and depressive symptoms during mindfulness-based treatment. *Mindfulness*, 6(5), 1053-1062. 10.1007/s12671-014-0354-7
- ter Avest, M. J., Dusseldorp, E., Huijbers, M. J., van Aalderen, J. R., Cladder-Micus, M. B., Spinhoven, P., Greven, C. U., & Speckens, A. E. M. (2019). Added value of mindfulness-based cognitive therapy for depression: A tree-based qualitative interaction analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 12210.1016/j.brat.2019.103467
- Toro, R. A., Gómez, L. J. G., Mancipe, Á P. S., Aguirre, K. V. B., Parra, K. R., & Ortíz, L. M. G. (2015). Validación preliminar de una guía de evaluación transdiagnóstica para estrés, ansiedad y depresión (preliminary validation of a transdiagnostic guide for stress, anxiety and depression assessment). *Enfoques*, 2(1), 35-51.
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Peffer, K., & Speckens, A. E. M. (2015). Long-term outcome of mindfulness-based cognitive therapy in recurrently depressed patients with and without a depressive episode at baseline. *Depression and Anxiety*, 32(8), 563-569. 10.1002/da.22369
- Vindel, A. C. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Atrapados Por El Estrés*, , 12-16.
- Zhang, J., Ji, X., Meng, L., & Cai, Y. (2019). Effects of modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the psychological health of adolescents with subthreshold depression: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1510.2147/NDT.S216401

Índice de figuras

Figura 1. *Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de estudios para la revisión bibliográfica.....20*

Anexos

Anexo 1. Tabla de resultados. Estudios incluidos en la presente revisión bibliográfica clasificados según la patología de intervención

Estudios sobre la efectividad del mindfulness en ansiedad, depresión y estrés				
Artículo	Objetivos	Muestra y diseño	Variabes e instrumentos de medida	Resultados y conclusiones
Delgado-Pastor et al. (2015)	Probar la contribución específica de dos componentes de la atención plena -la atención a la experiencia cognitiva (metacognición) y la conciencia de las sensaciones interoceptivas (metainterocepción) en el tratamiento de la preocupación crónica.	<p><u>N</u>= 54 participantes con niveles de preocupación elevados que se asignaron aleatoriamente a uno de los tres grupos siguientes: un grupo de entrenamiento cognitivo de mindfulness (12) un grupo de entrenamiento interoceptivo (15) de mindfulness y un grupo de control sin intervención (14)</p> <p><u>Lugar</u>: Granada y Zaragoza, España</p> <p><u>Diseño</u>: ensayo aleatorizado controlado (RCT)</p> <p><u>Evaluación</u>: pre-tratamiento y post-tratamiento</p>	<p>Preocupación: <i>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</i></p> <p>Sintomatología depresiva: <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i></p> <p>Afectividad positiva y negativa: <i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i></p> <p>Nivel de estrés percibido: <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i></p> <p>Mindfulness: <i>Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)</i> para medir aspectos de la atención abierta y receptiva sin ninguna referencia a aspectos emocionales y el <i>Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-14)</i> para medir el constructo global de la atención plena incluyendo ítems explícitamente relacionados con autoatribuciones de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En comparación con el grupo de control, después de la intervención, el grupo interoceptivo de mindfulness mostró reducciones significativas en las medidas de autoinforme de preocupación, síntomas depresivos y afecto negativo y aumentos significativos en las dos medidas de autoinforme de mindfulness (MAAS y FMI), así como en los índices fisiológicos de regulación autonómica. • En comparación con el grupo de control, después de la intervención, el grupo cognitivo de mindfulness mostró reducciones significativas en las medidas de autoinforme de síntomas depresivos y afecto negativo y aumentos significativos en una de las medidas de autoinforme de mindfulness (FMI). Por tanto, el grupo de mindfulness interoceptivo mostró un aumento de mindfulness en comparación con los grupos de control y cognitivo, medido por la escala MAAS. • En cuanto a la preocupación autoinformada, aunque ambas intervenciones fueron eficaces para reducir los síntomas depresivos y el afecto negativo, el entrenamiento interoceptivo fue superior en la reducción de la preocupación crónica, en comparación con el grupo de control. • Ambos grupos de entrenamiento en mindfulness mostraron una mejora significativa tras la intervención en los índices autoinformados de mindfulness y en los síntomas clínicos. Sin embargo, el grupo de entrenamiento interoceptivo

			actitudes no críticas, apertura a la experiencia, empatía y amabilidad. Aspectos psicofisiológicos: registros de conductancia cutánea, electrocardiograma y respiración	fue superior al mostrar también una mejora significativa en los índices fisiológicos de regulación autonómica.
Franco et al. (2017)	Analizar los efectos de un programa de entrenamiento en <i>mindfulness</i> en la ansiedad, la preocupación y la depresión en una muestra de adultos mayores	<u>N</u> = 84 (42 en el grupo experimental y 42 en el control) <u>Lugar</u> : Almería, España <u>Diseño</u> : ensayo controlado aleatorizado (RCT) Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento	Facetas de funcionamiento cognitivo: <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) Preocupación: <i>Penn State Worry Questionnaire</i> (PSWQ) y la <i>Meta-Worry Scale</i> (MW) del <i>Anxious Thoughts Inventory</i> , para medir la preocupación por la propia preocupación Síntomas ansiosos: <i>Worry and Anxiety Questionnaire</i> (WAQ) Síntomas depresivos: <i>Geriatric Depression Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"> Se obtuvieron mayores reducciones significativas en el grupo experimental comparado con el grupo control, confirmándose la efectividad de las técnicas de <i>mindfulness</i> en la reducción de estos trastornos y, especialmente, en la variable preocupación de rasgo, seguida de importantes cambios en ansiedad, depresión y metapreocupación Los resultados son especialmente importantes porque los rasgos son resistentes al cambio.
Roca et al. (2021)	Examinar la eficacia relativa y los mediadores del cambio en intervenciones estandarizadas de	<u>N</u> = 431 (277 en el grupo MBSR y 154 en el grupo CCT) <u>Lugar</u> : Madrid, España	Síntomas ansiosos, depresivos y de estrés: <i>Depression Anxiety Stress Scales</i> (DASS-21) Nivel de mindfulness: <i>Five facet mindfulness</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ambas intervenciones produjeron un aumento de la atención plena, el descentramiento, la conciencia corporal y la autocompasión. Sin embargo, las mejoras en la conciencia del momento presente (es decir, el descentramiento y la conciencia corporal) fueron significativamente mayores en la MBSR que

	<p>mindfulness (MBTC) y compasión (Compassion Cultivation Training, CCT)</p>	<p><u>Diseño:</u> naturalista en un entorno comunitario real. Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento</p>	<p><i>questionnaire (FFMQ)</i> Autocompasión: <i>Self-Compassion Scale-Short form (SCS-SF)</i> Supresión cognitiva: <i>White Bear Suppression Inventory (WBSI)</i></p>	<p>en la CCT, mientras que los cambios socioemocionales (es decir, la humanidad común y la preocupación empática) fueron mayores en la CCT que en la MBSR</p> <ul style="list-style-type: none"> • La magnitud de los efectos osciló entre media y grande • Ambas intervenciones, mindfulness y compasión, produjeron cambios similares en el malestar psicológico (estrés, ansiedad y depresión), los procesos cognitivos desadaptativos (rumiación y supresión del pensamiento) y el bienestar. Mientras el programa MBTC logra la reducción del malestar psicológico y la mejora del nivel de bienestar a través de cambios en los mecanismos de conciencia del momento presente (como el descentramiento y conciencia corporal), la CCT, obtiene estos mismos resultados a través de cambios en los mecanismos socioemocionales (como la preocupación por la humanidad y la empatía). • Por tanto, los resultados sugieren que los programas de mindfulness y compasión actúan a través de vías diferentes para reducir el malestar psicológico y promover el bienestar.
<p>Li et al. (2023)</p>	<p>Investigar los efectos del programa Internet-based self-help Mindfulness Intervention for Emotional Distress (iMIED) sobre los mecanismos subyacentes del malestar emocional examinando la atención plena y la</p>	<p><u>N</u>= 75 participantes con trastornos emocionales. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de iMIED(n = 37) que incluía el tratamiento habitual (TAU) o a un grupo de control que sólo incluía el TAU (n= 38). <u>Lugar:</u> China</p>	<p>Nivel de mindfulness: <i>Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)</i> Malestar emocional general: <i>Kessler Psychological Distress Scale (K10)</i> Síntomas ansiosos: <i>Beck Anxious Inventory (BAI)</i> Síntomas depresivos: <i>Beck</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En comparación con el grupo que sólo utilizó TAU, el mindfulness, la evitación experiencial y la angustia emocional mejoraron significativamente en el grupo que utilizó iMIED + TAU. • Los hallazgos apoyan la eficacia del programa iMIED para mejorar la atención plena de los pacientes, reduciendo su ansiedad, depresión, malestar emocional general y evitación experiencial, con tamaños de efecto medios en comparación con el grupo TAU. • Durante el programa iMIED, más de la mitad del aumento del mindfulness se produjo en la tercera

	evitación experiencial como posibles mediadores.	<u>Diseño:</u> ensayo controlado aleatorizado (RCT). Evaluación pre-tratamiento (T0), intra-tratamiento (T1-T7) y post-tratamiento (T=8).	<i>Depression Inventory-II (BDI-II)</i> Evitación experiencial: <i>Acceptance and Action Questionnaire-II</i>	<p>semana, mientras que más de la mitad de la disminución de la evitación experiencial se produjo en la quinta semana. Además, los niveles más altos de atención plena en la tercera semana predijeron niveles más bajos de evitación experiencial en la quinta semana, lo que a su vez predijo niveles más bajos de depresión, ansiedad y malestar emocional general después de la intervención. Por lo que se puede decir que el mindfulness y la evitación experiencial mediaron secuencialmente los efectos del programa iMIED sobre la angustia emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se demostró que el programa iMIED ofrece un enfoque escalable para la gestión de la angustia emocional mediante el aumento de la atención plena y la disminución de la evitación experiencial.
Estudios sobre la efectividad del mindfulness en trastornos de ansiedad				
Artículo	Objetivos	Muestra y diseño	Variables e instrumentos de medida	Resultados y conclusiones
Eustis et al. (2016)	Examinar las reducciones de evitación experiencial (EA) en relación con la recepción de a terapia conductual basada en la aceptación (ABBT) o la relajación aplicada (AR) entre participantes con un diagnóstico principal de TAG. Examinar las	<u>N:</u> 81 individuos con diagnóstico principal de TAG, de los cuales 40 se asignaron a la condición ABBT y 41 a la AR <u>Lugar:</u> Boston, EE.UU <u>Diseño:</u> ensayo controlado aleatorizado (RCT) Evaluación pre-tratamiento, intra-tratamiento y post-	Evitación experiencial mediante: <i>Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)</i> Niveles de rasgo de preocupación: <i>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</i> La importancia y nivel de satisfacción con la vida: <i>Quality of Life Inventory (QOLI)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un mayor cambio en la EA a través del tratamiento predijo significativamente el cambio en la preocupación (PSWQ) y la calidad de vida (QOLI) a través de ambos tratamientos. • La EA disminuyó significativamente durante ambas condiciones de tratamiento. • La magnitud del cambio fue significativamente mayor en la condición ABBT. • Las reducciones en EA mediaron tanto los resultados de los síntomas como de la calidad de vida en ambas condiciones de tratamiento. • Las reducciones en la EA predijeron de forma única el cambio en los resultados, incluso teniendo en cuenta las reducciones en el descentramiento, lo que sugiere que la EA es un mecanismo específico

	reducciones en la EA como mediador del cambio en los síntomas y la calidad de vida en ambos grupos.	tratamiento	Descentramiento y rumiación: <i>Experiences Questionnaire</i> <i>Decentering Subscale (EQ- Decentering)</i> , medida de autoinforme.	de cambio, distinto del descentramiento, en estos dos tratamientos.
Dahlin et al. (2016)	Examinar los efectos de la terapia conductual basada en la aceptación guiada por Internet sobre los síntomas del TAG y la calidad de vida.	<u>N</u> : 103 participantes con TAG aleatorizados en grupo experimental o lista de espera <u>Lugar</u> : Estocolmo, Suecia <u>Diseño</u> : ensayo controlado aleatorizado (RTC) Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento, más seguimiento a los 6 meses	Nivel de precopación: <i>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</i> Síntomatología ansiosa: <i>Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV)</i> y <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i> Síntomatología depresiva: <i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-Assessment (MADRS-S)</i> y <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i> Calidad de vida: <i>Quality of Life Inventory (QOLI)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados indicaron que el programa de tratamiento por internet para el TAG basado en la terapia conductual orientada a la aceptación fue efectivo en comparación con la condición control de lista de espera. • Se encontraron diferencias significativas entre moderadas y grandes en todas las medidas excepto en la calidad de vida, que no obtuvo resultados significativos. • Más concretamente, se encontraron efectos moderados-grandes en los síntomas de TAG y moderados en los síntomas depresivos. • Los resultados se mantuvieron o mejoraron los seis meses de seguimiento. • La terapia conductual basada en la aceptación y administrada por Internet puede ser eficaz para reducir los síntomas del TAG.
Alex Brake et al. (2016)	Comprobar si las estrategias de mindfulness son superiores a las estrategias de evitación emocional a la hora de extinguir la angustia durante la	<u>N</u> = 7 individuos con trastornos de ansiedad heterogéneos (trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico con o sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizado). A los	Síntomatología ansiosa: <i>Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV-L)</i> y <i>Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)</i> (para medir los síntomas y/o el deterioro de manera continuada)	<ul style="list-style-type: none"> • Los análisis mostraron que los participantes utilizaron con éxito menos estrategias de evitación tras la enseñanza de mindfulness • Las exposiciones que utilizaban mindfulness se asociaban con niveles generales de angustia más altos, en comparación con las que utilizaban evitación. A pesar de los mayores niveles de malestar general, existió una tendencia descendente

	<p>experiencia de emociones negativas (mecanismo de acción del protocolo unificado UP). Comprobar si las fases de “atención plena” logran reducir malestar subjetivo, la gravedad de la ansiedad y la evitación experiencial, en comparación con las fases de "evitación de la exposición".</p>	<p>participantes se les asignó un orden aleatorio de bloques de exposición de mindfulness y evitación</p> <p><u>Lugar:</u> Boston, EE.UU.</p> <p><u>Diseño:</u> experimental</p>	<p>Gravedad de la angustia subjetiva: <i>Subjective Units of Distress Scale (SUDS)</i></p> <p>Evitación experiencial: <i>Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)</i></p> <p>Estrategias de regulación emocional: <i>Responses to Emotions Questionnaire (REQ)</i></p>	<p>del malestar en los bloques de mindfulness, a diferencia de los niveles de angustia más estáticos en la condición de evitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los participantes parecían hacer mayores progresos en la extinción de la angustia mediante mindfulness, a pesar del aumento inicial de los niveles de angustia. Por el contrario, el uso de la evitación produjo menos angustia general al principio, pero fue incapaz de eliminar la angustia con el tiempo, lo que sugiere que centrarse en las emociones negativas puede frenar el funcionamiento cognitivo óptimo, la habituación a la experiencia y la extinción a largo plazo. • No se observaron cambios sistemáticos en la gravedad de la ansiedad, la aversión a la angustia y la distracción/supresión. • Estos resultados sugieren que las estrategias de mindfulness pueden ser eficaces para facilitar la exposición a la emoción; sin embargo, puede ser necesaria una dosis mínima para superar la elevación inicial de la angustia.
<p>Baker et al. (2019)</p>	<p>Examinar las diferencias en mindfulness entre individuos con TAG con y sin trastorno depresivo mayor (TDM) y/o trastorno distímico (TD) concurrentes. Investigar las</p>	<p>N: 140 adultos con diagnóstico principal de TAG, de los cuales 43 cumplían igualmente los criterios para un trastorno depresivo.</p> <p>Lugar: Boston, EE.UU</p> <p>Diseño: ensayo</p>	<p>Mindfulness: <i>Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i></p> <p>Preocupación: <i>Penn State Worry Questionnaire Past Week (PSWQ-PW)</i></p> <p>Síntomas depresivos: <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los individuos con TAG y TDM/TD concomitante mostraron niveles de mindfulness significativamente más bajos que aquellos sin diagnóstico de trastorno depresivo, concretamente en la subescala “awareness” o “actuar con conciencia” • Los síntomas de depresión predijeron de forma independiente puntuaciones más bajas en Conciencia • La preocupación predijo de forma independiente

	<p>asociaciones entre síntomas ansiosos y depresivos con las facetas (subescalas) de mindfulness.</p>	<p>controlado aleatorizado con tres grupos: yoga, terapia cognitivo conductual y psicoeducación sobre el estrés.</p>	<p>Severidad clínica: <i>Clinical Global Impression-Severity (CGI-S)</i></p>	<p>niveles más bajos en las subescalas de No reaccionar y No juzgar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En conjunto, estos resultados sugieren que la presencia de depresión puede ser particularmente perjudicial para la capacidad de actuar con conciencia en los pacientes con TAG y que la reactividad y el juicio hacia las experiencias internas puede ser relevantes para la etiología y el mantenimiento del trastorno. • Estos hallazgos indican que las personas con TAG y TDM pueden beneficiarse de las intervenciones basadas en mindfulness dirigidas directamente a mejorar la consciencia.
<p>de Almeida Sampaio et al., (2020)</p>	<p>Examinar si una terapia conductual de grupo basada en la aceptación (ABBT, por sus siglas en inglés), que combina mindfulness y estrategias de exposición, produce mejoras en pacientes con TAG.</p>	<p>N= 92 individuos que se asignaron a un grupo experimental que recibió 10 sesiones de ABBT o un grupo control que recibió 10 sesiones de una terapia de grupo de apoyo no directiva estándar (NDST).</p> <p><u>Lugar:</u> San Pablo, Brasil</p> <p><u>Diseño:</u> ensayo controlado aleatorizado (RCT).</p> <p>Evaluación pre-tratamiento, intra-tratamiento y post-tratamiento y un</p>	<p>Síntomas ansiosos, depresivos y de estrés: <i>Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i> y la <i>Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)</i></p> <p>Severidad clínica general y mejoras: <i>Clinical global impressions (CGI)</i></p> <p>Preocupación: <i>Penn State Worry Questionnaire—Past Week (PSWQ-PW)</i></p> <p>Calidad de vida: <i>Quality of life inventory (WHOQOL)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas disminuyeron en ambas condiciones a lo largo del tratamiento y el seguimiento, sin embargo, la tasa de cambio fue más rápida para los participantes en la condición ABBT • No se encontraron diferencias entre los grupos desde el pretratamiento hasta el postratamiento en el DASS-ansiedad ni en ninguna medida de resultado secundaria, salvo en el ámbito de la salud física del WHOQOL, que fue más rápido en el ABBT. • La diferencia de resultados más significativa entre los grupos se observó en el PSWQ, lo que concuerda con el protocolo de ABBT dirigido directamente a la preocupación, ya sea mediante el entrenamiento de habilidades de atención plena o la exposición a imágenes mentales. • El ABBT mostró un mejor mantenimiento de las ganancias en comparación con el NDST.

		seguimiento a los 3 meses.		
Estudios sobre la efectividad del mindfulness en trastornos depresivos				
Artículo	Objetivos	Muestra y diseño	Variables e instrumentos de medida	Resultados y conclusiones
Hemo & Lev-Ari, (2015)	Examinar la relación entre la meditación, la rumiación y los síntomas depresivos en una muestra no clínica	N= 150 participantes, de los cuales, 63 practicaban meditación de forma regular por un tiempo de entre 1 mes y 3 años, y 59 eran no meditadores. <u>Lugar:</u> Israel <u>Diseño:</u> descriptivo	Meditación: pregunta directa sobre la practica meditativa (hábitos, número de veces a la semana y minutos de cada práctica) Rumiación: subescala de rumiación del <i>Rumination-Reflection Questionnaire</i> (RRQ) Síntomas depresivos: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (CES-D)	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes que practicaron la meditación durante un periodo de tiempo más largo manifestaron menos rumiación y síntomas depresivos • Los meditadores experimentaron significativamente menos pensamientos rumiativos que los no meditadores. • No hubo diferencias en los síntomas depresivos. Los autores plantean, que esto puede ser debido a que en este estudio tan solo se midieron las variables cognitivas relacionadas en la depresión, las cuales, en base a otros estudios, son las que predicen en menor medida la variación de los síntomas, frente a las variables emocionales, que los predicen en mayor medida. • Se observó que la rumiación predecía positivamente los síntomas depresivos, mientras que las medidas de meditación no lo hacían. Los autores plantean, en base a otros estudios, que reducir el pensamiento rumiativo es lo que ayuda a aliviar los episodios depresivos y no la meditación directamente. • La relación entre el pensamiento rumiativo y los síntomas depresivos era positiva, significativa y más fuerte entre los no meditadores que entre los meditadores. • La meditación persistente puede tener efectos duraderos en la disminución del pensamiento

<p>Snippe et al. (2015)</p>	<p>El presente estudio se centra en la secuencia de cambios diarios que tienen lugar en los individuos durante un tratamiento basado en mindfulness. El objetivo es examinar las asociaciones temporales intrapersonales entre los cambios diarios en mindfulness, el pensamiento repetitivo y los síntomas depresivos.</p>	<p><u>N</u>= 6 mujeres con síntomas depresivos <u>Lugar</u>: Holanda <u>Diseño</u>: diseño de series temporales de sujeto único</p>	<p>Los niveles diarios de síntomas depresivos, mindfulness y pensamiento repetitivo se evaluaron mediante un diario. Las variables en estudio se midieron con un total de ocho ítems seleccionados de cuestionarios ampliamente utilizados y bien validados que medían los constructos de interés.</p> <p>Síntomas depresivos diarios: <i>Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)</i></p> <p>Mindfulness (concretamente los aspectos "awareness" y "non-judgin"): <i>Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i></p> <p>Pensamiento repetitivo: <i>Dutch Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)</i></p>	<p>rumiativo y los síntomas depresivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en la atención plena y el pensamiento repetitivo precedieron a los cambios en los síntomas depresivos en algunos de los seis participantes. No se encontró evidencia de causalidad inversa: los cambios en los síntomas depresivos no predijeron cambios posteriores en mindfulness o pensamiento repetitivo en ninguno de los participantes. • Estos resultados concuerdan con la supuesta cadena causal de cambio que subyace a los tratamientos basados en mindfulness. • Además, todos los individuos mostraron asociaciones concurrentes (dentro del mismo día) de moderadas a fuertes entre las variables. • Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se incluyen que los procesos de cambio se producen a lo largo del día, o que los autoinformes diarios de mindfulness, pensamiento repetitivo y síntomas depresivos se solapan y reflejan un estado mental subyacente común.
<p>van Aalderen et al. (2015)</p>	<p>En un ensayo controlado aleatorizado previo en pacientes con tres o más episodios depresivos previos, la terapia cognitiva</p>	<p><u>N</u>= 182; 124 pacientes en remisión y 58 con depresión en el momento del estudio. <u>Lugar</u>: Holanda</p>	<p>Síntomas depresivos: <i>Beck depression inventory II (BDI-II)</i></p> <p>Rumiación: <i>Ruminative Response Scale (RRS-NL)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En toda la muestra, los niveles de depresión y rumiación disminuyeron y la atención plena y la calidad de vida aumentaron durante el tratamiento. • Los niveles de síntomas depresivos, atención plena y calidad de vida se mantuvieron estables durante el periodo de seguimiento de un año. La rumiación siguió disminuyendo.

	<p>basada en mindfulness (MBCT) pareció ser igual de eficaz en los que estaban deprimidos y en los que estaban en remisión al inicio del ensayo. El objetivo de este estudio es comparar el resultado a 1 año del MBCT en 124 pacientes en remisión y 58 deprimidos que participaron en el ensayo original y a los que se les ofreció MBCT de forma inmediata o tras un periodo de espera de 3 meses tras haber finalizado el tratamiento habitual (TAU).</p>	<p><u>Diseño:</u> estudio de seguimiento de 1 año de un RTC que combina MBCT y TAU.</p>	<p>Mindfulness: <i>Kentucky Inventory of Mindfulness (KIMS)</i></p> <p>Calidad de vida: <i>World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-Bref)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los niveles basales de rumiación no difirieron en ambos subgrupos, lo que sugiere que la rumiación es un factor de vulnerabilidad en pacientes depresivos recurrentes, independientemente de su estado depresivo actual. • Los pacientes remitentes y deprimidos al inicio del ensayo no difirieron en términos de resultados durante o después del tratamiento
<p>Petrocchi & Ottaviani, (2016)</p>	<p>Probar la teórica función protectora de las facetas de mindfulness con respecto a los síntomas depresivos y la rumiación a lo largo del tiempo en una muestra no clínica. Más concretamente,</p>	<p><u>N</u>= 41 participantes</p> <p><u>Lugar:</u> Roma, Italia</p> <p><u>Diseño:</u> longitudinal con dos momentos de evaluación en un intervalo de casi 2 años.</p>	<p>Mindfulness: <i>Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i></p> <p>Síntomas depresivos: <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i></p> <p>Rumiación: <i>Ruminative Response Scale (RRS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados documentaron la función protectora prospectiva de no juzgar o “nonjude” (una postura no evaluativa hacia los pensamientos y sentimientos) en el Tiempo 1 por encima y más allá de las otras cuatro facetas con respecto a los síntomas depresivos y la rumiación en el Tiempo 2. • La ausencia de juicio fue el único factor predictivo significativo de los síntomas depresivos al cabo de dos años, así como la única faceta de mindfulness que se acercó a la significación estadística en la

	investigar cuál de las facetas de mindfulness predecía con más fuerza los síntomas de depresión y la rumiación durante un periodo de tiempo de casi dos años, y si este efecto hipotético estaba mediado por la rumiación depresiva.			<p>predicción de la rumiación depresiva en el Time 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • La rumiación depresiva medió completamente el impacto de la falta de juicio en el momento 1 sobre los síntomas depresivos en el momento 2 • Los hallazgos sugieren que las habilidades de no juzgar juegan un papel crítico en la mejora del bienestar asociada con el entrenamiento en mindfulness, y a sus beneficios a largo plazo.
ter Avest et al. (2019)	Identificar moderadores del efecto del tratamiento de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) frente al Tratamiento Habitual (TAU) en pacientes deprimidos.	<p>N= 292 pacientes en remisión (parcial) (RTC1), actualmente deprimidos (RTC2) o con una depresión crónica resistente al tratamiento (RTC3).</p> <p>Lugar: Holanda</p> <p>Diseño: tres ensayos controlados aleatorizados (RCT), investigando el efecto de MBCT + TAU frente a TAU solo</p> <p>Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento</p>	<p>Síntomas depresivos: <i>Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)</i> para el RTC1, <i>Inventory of Depressive Symptomatology – Clinician rated (IDS-C30)</i> para el RTC2 y el <i>Self-report IDS (IDS-SR)</i> para el RTC3</p> <p>Calidad de vida: <i>World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-Bref)</i> para todos los RTC</p> <p>Variables moderadoras:</p> <p>Mindfulness: <i>Kentucky Inventory of Mindfulness (KIMS)</i> para el RTC 1 y el <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i> para</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La MBCT + TAU superó a TAU en la reducción de los síntomas depresivos. • MBCT + TAU fue más beneficioso que TAU para los pacientes con un inicio más temprano y mayores niveles de rumiación en términos de reducción de los síntomas depresivos, y para los pacientes con una menor calidad de vida en términos de mejora de la calidad de vida. • Los resultados sugieren que el MBCT podría ser más beneficioso que el tratamiento habitual para aquellos individuos con un inicio más temprano y mayores niveles de rumiación, así como para los pacientes con una menor calidad de vida.

			<p>el RTC 2 y RCT3</p> <p>Rumiación: <i>Ruminative Response Scale (RRS-NL)</i> para el RTC2 y su versión extendida (<i>RRS-NL- EXT</i>) para el RCT1 y RCT3</p>	
Zhang et al. (2019)	<p>Investigar los efectos del programa de estrés basado en mindfulness (MBSR) sobre la depresión subumbral (DE) en adolescentes</p>	<p><u>N</u>= 56 participantes, de los cuales, 28 se asignaron al grupo control y 28 al grupo de MBSR.</p> <p><u>Lugar</u>: China</p> <p><u>Diseño</u>: ensayo controlado aleatorizado (RCT) de doble ciego. Evaluación pre-tratamiento (T1), post-tratamiento (T2) y un seguimiento a los 3 meses (T3)</p>	<p>Sintomatología depresiva: <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i></p> <p>Nivel de mindfulness: <i>Mindful Attention And Awareness Scale (MAAS)</i></p> <p>Pensamientos rumiativos: <i>Ruminative Response Scale (RRS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados mostraron mejoras significativas en el grupo MBSR en comparación con el grupo de control: el nivel de depresión disminuyó tras la intervención de 8 semanas y el seguimiento a los 3 meses. • Los niveles de rumiación disminuyeron tras el tratamiento y las mejoras se mantuvieron durante el seguimiento. • Los resultados también mostraron que la MBSR promovió el nivel de mindfulness y el efecto persistió durante tres meses después de la intervención. • A través de la escucha, la observación, la alimentación y el olfato conscientes, los participantes pudieron gestionar sus emociones de forma pacífica y mantener una actitud amistosa consigo mismos, respetando sus propias capacidades sin juzgarse ni competir. • La atención plena es un mecanismo importante para inhibir la rumiación y prevenir los síntomas de la depresión.
Cerna et al. (2020)	<p>Evaluar el impacto de un programa breve de entrenamiento en mindfulness sobre la regulación emocional, la</p>	<p><u>N</u>= 103 participantes (51 en el grupo experimental y 52 en el grupo control de lista de espera)</p> <p><u>Lugar</u>: México</p>	<p>Síntomas depresivos y bienestar psicológico: <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i> y <i>Mental Health Questionnaire (MHC-14)</i></p> <p>Estrategias de regulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa breve de entrenamiento en mindfulness de cuatro sesiones aumenta significativamente el bienestar psicológico y reduce significativamente los síntomas asociados a la depresión; se produjo una disminución de la supresión emocional y de la

	rumiación cognitiva, el bienestar psicológico y los síntomas depresivos.	<u>Diseño:</u> ensayo controlado aleatorizado (RCT)	emocional: <i>Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)</i> Rumiación: <i>Event-Related Rumination Inventory (ERRI)</i>	rumiación intrusiva y deliberada, y un aumento de la reevaluación cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> Los cambios se mantuvieron a los 3 meses de finalizar la intervención
Schanche et al. (2020)	Explorar los efectos de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) sobre los factores de riesgo y de protección para la recaída depresiva dentro de los dominios de cognición, emoción y la relación con uno mismo (self-relatedness)	<u>N</u> = 68 individuos con depresión recurrente aleatorizados en un grupo MBCT (n=33) y un grupo de lista de espera (n=35) <u>Lugar:</u> Bergen, Noruega <u>Diseño:</u> ensayo controlado aleatorizado (RCT) Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento.	Dominio cognitivo Rumiación: <i>Rumination-reflection questionnaire (RRQ-rum)</i> Dominio emocional Dificultades de regulación emocional: <i>Difficulties in emotion regulation scale (DERS)</i> Reactividad emocional al estrés: <i>State-trait anxiety inventory (STAI)</i> Dominio "self-relatedness" Autocompasión: <i>Self-compassion scale (SCS)</i> Medidas adicionales Nivel de mindfulness: <i>Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)</i> Síntomas depresivos: <i>Beck depression inventory II (BDI-</i>	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados muestran que la MBCT produjo cambios significativos en la dirección esperada en los tres dominios, encontrando una reducción de la rumiación, las dificultades con la regulación de las emociones y la reactividad emocional al estrés. El MBCT puede conducir a la reducción de los factores de riesgo de recaída depresiva y al fortalecimiento de los factores conocidos como protectores de la recaída depresiva. Los mayores cambios se encontraron en el ámbito de la auto-relación, en forma de grandes efectos sobre la capacidad de los participantes para ser menos auto-juiciosos y más auto-compasivos. También hubo una reducción de los síntomas depresivos medidos por el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), pero no se encontró una reducción significativa de la ansiedad medida con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

			II) Síntomas de ansiedad: <i>Beck anxiety inventory (BAI)</i>	
Kuehner et al. (2023)	Examinar los efectos a corto y largo plazo de inducciones de rumiación breve repetida y de inducciones de autoenfoco mindfulness durante la vida diaria en el estado de ánimo del momento presente, las cogniciones (rumiación) y los niveles de cortisol tanto en pacientes con depresión remitida como en individuos sanos, e identificar sus posibles efectos diferenciales en estos grupos.	N= 64 participantes: 32 con depresión parcial o totalmente remitida (rMDD) con al menos dos episodios previos de depresión mayor y 32 individuos sanos <u>Lugar:</u> Heidelberg, Alemania <u>Diseño:</u> diseño experimental de evaluación ambulatoria (AA)	Patología, síntomas depresivos y gravedad: <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I (SCID-I)</i> , <i>Montgomery-Asberg-Depression-Rating scale (MADRS)</i> y <i>Beck Depression Inventory- Revised (BDI-II)</i> Niveles de cortisol: medida de cortisol en saliva mediante bastoncillos de algodón Estado de ánimo: se elaboraron tres escalas propias ("valencia", "calma" y "excitación energética") adaptadas al diseño del estudio que media. Se incluyó un ítem que medía la rumiación y otro que medía la autoaceptación.	<ul style="list-style-type: none"> • Los análisis revelaron que las inducciones repetidas de rumiación, comparadas con las inducciones de autoenfoco consciente, mostraron efectos perjudiciales inmediatos (es decir, pre-post) en todos los componentes afectivos (valencia, calma, excitación energética) y cognitivos (rumiación, autoaceptación) de la vida diaria en la muestra total. No se encontraron efectos inmediatos perjudiciales en las medidas de cortisol • Los efectos perjudiciales de la inducción de rumiación fueron particularmente fuertes en el grupo de pacientes. La mayor reactividad relacionada con la rumiación observada en los pacientes sugiere una mayor vulnerabilidad cognitiva. Esto demuestra la validez ecológica de la reactividad cognitiva como un potente factor de riesgo para las recaídas y recurrencias depresivas. • Junto con el aumento de la rumiación momentánea, las inducciones de rumiación se relacionaron con una disminución significativa de la valencia positiva y el arousal energético en comparación con la línea de base en el grupo rMDD, esto último no se observó en la muestra de control. • Se encontraron efectos beneficiosos de las inducciones mindfulness en el estado cognitivo y el estado de ánimo, sin embargo, estos efectos no resultaron significativos, y se debieron principalmente a los respectivos deterioros en la condición de inducción de rumiación. Los autores

				<p>plantean diversos factores explicativos de la falta de significación de las inducciones mindfulness.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se observaron efectos a largo plazo de las inducciones a lo largo del día.
Estudios sobre la efectividad del mindfulness en estrés				
Artículo	Objetivos	Muestra y diseño	Variables e instrumentos de medida	Resultados y conclusiones
Armstrong & Rimes, (2016)	Investigar la eficacia y la aceptabilidad de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBTC) en comparación con una intervención de autoayuda online en individuos con altos niveles de neuroticismo (vulnerabilidad al estrés)	<p>N= 34 individuos, de los cuales 17 formaron parte de la MBTC y 17 de la intervención autoayuda online.</p> <p><u>Lugar:</u> Londres, Reino Unido.</p> <p><u>Diseño:</u> estudio piloto aleatorizado</p> <p>Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento.</p>	<p>Neuroticismo: la escala de neuroticismo del <i>Eysenck Personality Questionnaire (EPQE-S)</i></p> <p>Deterioro de funcionamiento general: <i>Work and Social Adjustment Scale (WSAS)</i></p> <p>Sintomatología depresiva: <i>Patient Health Questionnaire-nine item (PHQ-9)</i></p> <p>Sintomatología ansiosa: <i>Generalized Anxiety Disorder-seven item (GAD-7)</i></p> <p>Nivel de mindfulness: <i>Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)</i></p> <p>Autocompasión: <i>Self-Compassion Scale-Short form (SCS-SF)</i></p> <p>Creencias sobre las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes del MBCT tuvieron niveles significativamente más bajos de neuroticismo tras la intervención que el grupo de control. • Sólo en el grupo MBCT la reducción del neuroticismo se asoció con mejoras en las creencias sobre la aceptabilidad de experimentar o expresar emociones negativas. • El grupo MBCT también experimentó reducciones significativas en la rumiación y aumentos en la autocompasión y el descentramiento. • Estos dos últimos constructos se correlacionaron con la reducción del neuroticismo en el grupo MBTC • No existieron diferencias significativas entre grupos en síntomas ansiosos o depresivos. Los autores plantean que estos resultados pueden ser debidos a que se trataba de población no clínica. • La participación en el tratamiento, su finalización y la utilidad percibida fueron mayores en el grupo MBCT que en el grupo de autoayuda, lo que respalda la aceptabilidad de esta nueva intervención • La MBCT es una intervención prometedora y aceptable para individuos con altos niveles de neuroticismo.

			<p>emociones: <i>Beliefs About Emotions Scale (BAES)</i></p> <p>Rumiación: <i>Rumination Reflection Questionnaire (RRQ)</i></p> <p>Proceso de descentramiento: la escala de descentramiento del <i>Experiences Questionnaire (EQ)</i></p>	
Eklund et al. (2023)	Examinar la eficacia de un libro de autoayuda basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sin apoyo de un terapeuta para adultos con niveles moderados de estrés, sin diagnósticos psiquiátricos.	<p>N= 133 (67 en el grupo experimental y 66 en el control o lista de espera)</p> <p><u>Lugar:</u> Estocolmo, Suecia</p> <p><u>Diseño:</u> ensayo controlado aleatorizado (RCT). Evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los 6 meses</p>	<p>Nivel de estrés percibido: <i>Perceived Stress Scale-14 (PSS-14)</i></p> <p>Medidas secundarias</p> <p>Calidad de vida: <i>Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ)</i></p> <p>Síntomatología ansiosa: <i>General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)</i></p> <p>Sintomatología depresiva: <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i></p> <p>Compromiso laboral y síntomas de burnout: <i>Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En comparación con el grupo en lista de espera, la mejora fue significativamente mayor en el grupo de intervención al final de la intervención para el estrés, la preocupación y las tres subescalas del cuestionario de burnout. • También se observó una mejora significativamente mayor de la preocupación en el grupo de intervención en comparación con el grupo de lista de espera. • El efecto sobre los síntomas depresivos fue medio • No se encontró evidencia sólida de mediación de los resultados a través de la flexibilidad psicológica o la atención plena, pero el número de páginas leídas, el número de ejercicios de atención plena realizados y la percepción de utilidad de las tareas semanales predijeron significativamente el cambio en el estrés. • En el seguimiento a los 6 meses, las mejoras en el grupo de intervención se mantuvieron, los resultados fueron prácticamente idénticos a los del final de la intervención. • Este estudio proporciona apoyo adicional a la eficacia de una autoayuda pura basada en ACT para

			<p>Flexibilidad psicológica y la atención plena: <i>Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)</i></p> <p>Nivel de satisfacción con la intervención y expectativas de la intervención: <i>Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8)</i> y <i>Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ)</i></p> <p>Además, a todos los participantes se les pedía semanalmente que hicieran un cuestionario sobre el contenido del capítulo de la semana.</p>	<p>reducir el estrés entre adultos con un nivel moderado de estrés, sin diagnósticos psiquiátricos.</p>
<p>Martínez-Rubio et al., (2023)</p>	<p>Explorar si el mindfulness, la autocompasión y la evitación experiencial, mientras se controlan variables sociodemográficas y académicas específicas, son factores de protección o de riesgo potencialmente significativos para explicar el estrés</p>	<p><u>N</u>= 589</p> <p><u>Lugar</u>: Valencia, España</p> <p><u>Diseño</u>: transversal de autoinforme exploratorio</p>	<p>Nivel de estrés percibido: <i>Perceived Stress Questionnaire-Short Form (PSQ-SF)</i></p> <p>Nivel de mindfulness: <i>Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)</i></p> <p>Autocompasión: <i>Self-Compassion Scale-Short form (SCS-SF)</i></p> <p>Evitación experiencial: <i>Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • El estrés percibido en nuestra muestra se asoció positivamente con la evitación experiencial, que podría considerarse una variable de riesgo psicológico potencial. • La evitación experiencial fue, con diferencia, la variable más explicativa de los niveles de estrés percibido (asociación directa). • Por el contrario, el estrés percibido se correlacionó negativamente con la autocompasión, aunque en menor grado que la evitación experiencial, y el mindfulness, que, a su vez, podrían considerarse factores de protección • Los resultados aportan pruebas sobre la asociación entre la evitación experiencial y los trastornos psicológicos e indican que los estudiantes estresados presentan una tendencia a escapar o

	percibido en un grupo de estudiantes universitarios			<p>evitar acontecimientos privados (por ejemplo, emociones o recuerdos).</p> <ul style="list-style-type: none">• Se concluye que los programas destinados a reducir el estrés y mejorar el bienestar de los estudiantes universitarios deberían incluir la evitación experiencial, la autocompasión y la atención plena como objetivos terapéuticos.
--	---	--	--	--

Anexo 2. Hoja de registro de práctica en casa

Fecha y hora	Práctica mindfulness	Comentarios sobre lo que ha notado

Anexo 3. Diario de eventos agradables

	¿Cuál fue la experiencia?	¿Eras consciente de la sensación agradable mientras estaba ocurriendo?	¿Cómo sintió su cuerpo, en detalle, durante la misma?	¿Qué estados de ánimo o sentimientos había?	¿Qué pensamientos aparecieron en tu mente?	¿Qué impulsos lo acompañaron?	¿Qué piensas ahora mientras escribes sobre ello?
L							
M							
X							
J							
V							
S							
D							