



EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN *MINDFULNESS* PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. TERESA MIRÓ¹, LILISBETH PERESTELO-PÉREZ², JEANETTE PÉREZ^{2,3}, AMADO RIVERO^{2,3},
MARIÉN GONZÁLEZ^{2,3}, JUAN DE LA FUENTE⁴ y PEDRO SERRANO²

¹ Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife

² Servicio de Evaluación y Planificación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, S/C de Tenerife, Tenerife

³ Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), España

⁴ Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario N.S. Candelaria, Servicio Canario de la Salud, S/C de Tenerife, Tenerife

Resumen: El objetivo de este estudio fue conocer el grado de eficacia clínica de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena (*mindfulness*) para tratar síntomas asociados a los trastornos de ansiedad y/o depresión, a partir de la revisión sistemática de trabajos relevantes existentes en la literatura científica. De un total de 1.450 referencias bibliográficas detectadas, se seleccionaron 15 estudios que cumplían los criterios de selección definidos. El análisis sistemático de estos estudios parece indicar que las intervenciones terapéuticas basadas en la atención plena resultan moderadamente eficaces en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad y, dado que estas intervenciones se pueden llevar a cabo en grupo, podrían ser un coadyuvante significativo en el abordaje de tales síntomas. No obstante, hacen falta más estudios aleatorizados y con grupos de control adecuados para establecer con claridad la eficacia de este tipo de tratamientos.

Palabras clave: *Mindfulness*; atención plena; depresión; ansiedad; revisión sistemática.

Effectiveness of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: A systematic review

Abstract: The aim of this study was to determine the degree of clinical efficacy of mindfulness based treatments in the treatment of anxiety and/or depressive disorders, from a systematic review of relevant studies in the scientific literature. From a total of 1,450 references identified, 15 studies met the selection criteria. Systematic analysis of these studies showed that interventions based on Mindfulness, using a group format and structured exercises, were moderately effective in reducing depressive and anxious symptoms. Given that mindfulness based treatments can be administered in group format, they can be an important co-adjuvant in treating such symptoms. Nevertheless, more randomized studies with controls are needed to clearly establish the efficacy of this kind of treatments.

Keywords: Mindfulness; depression; anxiety; systematic review.

Recibido: 2 noviembre 2009; aceptado 12 septiembre 2010

Correspondencia: Lilisbeth Perestelo Pérez, Servicio de Evaluación y Planificación, Dirección del Servicio Canario de la Salud, c/Pérez de Rozas 5, 4.ª Planta, 38004 S/C Tenerife, España.

Correo-e: lperperr@gobiernodecanarias.org

Agradecimientos: Esta investigación ha sido financiada gracias al marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud "FUNCIS".

INTRODUCCIÓN

La atención plena (AP; *mindfulness*) se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Esta forma de atención intencional, cultivada durante milenios en las tradiciones contemplativas de oriente y occidente, ha sido incorporada durante las últimas décadas

tanto a programas de mejora de la salud como a tratamientos psicológicos para aliviar condiciones diversas, en especial síntomas de depresión y ansiedad (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Ledesma y Kumano, 2008; Toneatto y Nguyen, 2007).

En el ámbito de la psicología contemporánea, la práctica de la AP ha sido incorporada como un acercamiento basado en entrenar la conciencia metacognitiva; esto es, la habilidad de atender a la calidad de la atención, con la finalidad de hacerse consciente de las reacciones automáticas y los procesos psicológicos sobre-aprendidos que, con frecuencia, contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Williams, 2010). La premisa central de las estrategias terapéuticas que utilizan la práctica de la AP se sustenta en la idea de que el estado mental de supervisión meta-cognitiva activa, promovido por dicha práctica, con el tiempo, es capaz de alterar los circuitos automáticos creados por el pensamiento repetitivo (Davis y Nolen-Hoeksema, 2000; Fresco, Frankel, Mennin, Turk y Heimberg, 2002; Kendal e Ingram, 1989; Segal, Williams y Teasdale, 2002; Teasdale, 1988). Esta idea también parece sustentarse desde un punto de vista neurobiológico, tal y como Davidson et al. (2003) y Lutz, Slagter, Dunne y Davidson (2008) han mostrado. Farb et al. (2007), utilizando técnicas de resonancia magnética funcional, han mostrado que la conciencia del momento presente y la conciencia a lo largo del tiempo —lo que William James denominaba el “yo” y el “mi”— poseen sustratos neuronales distintos, siendo la primera dependiente de la integración de procesos sensoriales corporales básicos, mientras que la segunda dependería de procesos de un orden superior (ver también, Damasio, 1999).

Pongamos un ejemplo sencillo para ver qué significa operar desde la atención plena. Imaginemos que le pedimos al lector que observe con atención las sensaciones corporales conectadas con la respiración; y siendo un poco más concretos todavía, le pedimos que fije la atención en los orificios de las fosas nasales y que se familiarice con las sensaciones producidas por el roce del aire al entrar y al salir. Es muy probable que el lector no tenga ninguna dificultad en llevar a cabo esta tarea. Ahora

bien, si le pedimos que mantenga la atención sobre este punto durante dos minutos, es muy probable que antes de llegar a los 120 segundos, en algún momento haya dejado de prestar atención al estímulo, es decir, se haya olvidado del estímulo aunque sólo haya sido durante un segundo. Este olvido es lo contrario de la AP. En otras palabras, la AP significa recordar mantener una atención sostenida y no fluctuante a la realidad presente (Wallace, 2006). Hacer esto no es complicado, en realidad, es muy simple. Pero resulta muy difícil, como cualquiera puede comprobar por sí mismo. Por eso requiere entrenamiento. Como cualquier otra habilidad psicológica, la AP mejora con la práctica. Para practicar la AP, no sólo hay que prestar atención al estímulo, sino que también hay que prestar atención a las propias reacciones de la tarea de prestar atención al estímulo. En otras palabras, la tarea en sí requiere la puesta en marcha de procesos de supervisión de la atención o conciencia metacognitiva. Con la práctica de la AP, se incrementa la capacidad de darse cuenta de aspectos sutiles de la propia experiencia.

En el contexto de los tratamientos psicológicos, la AP puede utilizarse como un co-adyuvante a un tratamiento farmacológico o puede ser uno de los componentes principales, pero nunca el único, de un tratamiento psicológico; si no fuera así, no habría diferencia entre un tratamiento psicológico y la práctica de AP que, por lo general, se lleva a cabo para promover la salud y el bienestar. Cuando se trata de un tratamiento psicológico, se entiende que existe algún tipo de trastorno o desorden que requiere una comprensión psicológica adecuada, sobre cuya base se articula la intervención psicológica pertinente. Por lo general, ello supone hacer uso de, al menos, algunas de las siguientes técnicas: técnicas para incrementar la motivación, para fomentar la adherencia al tratamiento, para familiarizarse con los procesos psicológicos relevantes en el trastorno, para registrar las conductas, pensamientos y emociones relevantes, etc.

Esta situación no es diferente cuando se hace referencia a un tratamiento psicológico basado en AP. Por ejemplo, la terapia cognitiva basada en la AP (*mindfulness based cognitive therapy*,

MBCT) es un tratamiento de ocho semanas de duración, con sesiones grupales de dos horas y media una vez a la semana, y practica diaria en casa. Durante este tiempo los pacientes aprenden a practicar la AP y entrenan su uso diariamente, pero también aprenden lo que son los pensamientos automáticos y por qué son importantes, cómo funcionan, cómo detectarlos y registrarlos, cuál es la relación que tienen con emociones como la tristeza, qué es el pensamiento rumiador, cómo puede aprender a cuidarse mejor, etc. (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

En el campo de la AP, el primer programa estructurado en ocho semanas para entrenar la AP para reducir el dolor crónico fue el programa creado por Kabat-Zinn (1982), que ha sido re-estructurado y divulgado bajo el rótulo de reducción del estrés basada en la AP (*mindfulness based stress reduction*, MBSR) y que ha servido de modelo para otros desarrollos posteriores.

Una de las ventajas de la práctica de la AP reside en que al estar libre de contenidos narrativos personales, puede ser implementada en grupo; esto podría conferir mayor eficiencia a la asistencia sanitaria. Teniendo en cuenta que la demanda asistencial por parte de personas con sintomatología ansiosa y depresiva ha sufrido una progresión vertiginosa en los últimos años, resulta fácil comprender por qué los enfoques terapéuticos basados en la práctica de la AP son cada vez más demandados, especialmente en Estados Unidos (Hofman, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Kabat-Zinn, 2009; Miró, 2007). Así mismo, en 2009 el *Journal of Cognitive Psychotherapy* dedicó un número monográfico a analizar el potencial terapéutico de la AP, y en 2010 lo hizo la revista *Emotion*.

Aunque los enfoques basados en la práctica de la AP se plantearon inicialmente como estrategias preventivas, diversos estudios han comenzado a examinar su eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión. Como ya se ha indicado, al poder ser implementados en grupo, los tratamientos basados en la práctica de la AP podrían obtener una relación óptima entre costes y beneficios. En esta línea, la presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre

la efectividad de estas intervenciones que fomentan el entrenamiento en AP, en formato grupal, para reducir los síntomas de ansiedad y depresión.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas MEDLINE (desde 1950 hasta julio 2007), EMBASE (desde 1980 hasta julio 2007), PreMedline (hasta agosto 2007), PsycINFO (desde 1887 hasta julio 2007), CRD (desde 1973 hasta agosto 2007), Cochrane Library (versión 2007), CINAHL (desde 1982 hasta julio 2007), SCI (desde 1900 hasta agosto 2007), SSCI (desde 1956 hasta agosto 2007) y Current Contents -Social y Behavioral Sciences, Clinical Medicine- (desde 1998 hasta agosto 2007). El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas.

Criterios de selección

Esta revisión sistemática (RS) integró la información de revisiones sistemáticas previas sobre el tema y de estudios primarios [ensayos controlados aleatorizados (ECA) y no aleatorizados (ECNA)] publicados en inglés o español.

En cuanto al tipo de participantes, se incluyeron aquellos estudios con muestras clínicas donde todos sus pacientes, o parte de ellos, presentaran trastornos de ansiedad y/o trastornos depresivos (depresión mayor, episodios depresivos, trastorno distímico) de forma independiente o comórbidos con otros trastornos tanto del eje I como del eje II, siguiendo los criterios de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10; World Health Organization 1994) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association 2001). Se excluyeron aquellos estudios en los que estos trastornos pudieran ser

atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas o a una enfermedad médica.

Las intervenciones incluidas debían ser grupales, contar con grupo control y estar basadas en alguno de los marcos conceptuales que utilizan AP: “reducción de estrés” (*mindfulness based stress reduction*), “terapia cognitiva” (*mindfulness based cognitive therapy*, MBCT), “terapia conductual dialéctica” (*dialectical behavior therapy*, DBT) o “terapia de aceptación y compromiso” (*acceptance and commitment therapy*). Además, debía explicitarse que a los pacientes se les instruía, sobre las técnicas para llevar a cabo una buena práctica.

En relación a las medidas de resultados, se incluyeron estudios que evaluaron la efectividad de la intervención a través de la remisión del trastorno, la respuesta al tratamiento, el mantenimiento de la remisión o la respuesta al tratamiento en el seguimiento, la utilización de recursos (consumo de fármacos, hospitalizaciones, etc.) y los efectos adversos.

El proceso de selección de los estudios fue llevado a cabo por dos revisores y, en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos, se acudió a un tercer revisor. A partir de los resúmenes obtenidos en las bases de datos electrónicas, se seleccionaron los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, y posteriormente se analizaron sus artículos. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de los estudios primarios incluidos, siempre que éstas cumplieren los criterios de selección establecidos.

Dos revisores independientes valoraron los niveles de calidad y evidencia de los estudios incluidos para determinar su valor científico. Con este fin, se empleó la Escala de Oxman (Oxman, 1994) para las RS, la Escala de Jadad (Jadad et al., 1996) para los ECA y la Escala de Estabrooks (Estabrooks et al., 2000) para los ECNA.

RESULTADOS

A partir de la estrategia de búsqueda, se identificaron un total de 2.650 referencias en las bases de datos electrónicas consultadas. Tras

eliminar los duplicados, se revisaron 1450 referencias, de las que se seleccionaron 86 de ellas para la lectura a texto completo. Finalmente, se incluyeron 15 estudios, de los que uno (Williams et al, 2008) fue localizado mediante búsqueda manual y, a pesar de que no cumplía con el período de búsqueda establecido, fue considerado por resultar relevante para la revisión. Asimismo, hay que destacar que dos de los estudios incluidos en esta revisión (Kabat-Zinn et al, 1992, y Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995) no cumplían estrictamente con los criterios de inclusión pautados para el diseño, ya que no contaban con grupo control. A pesar de ello, se consideró adecuado incluirlos por ser estudios pioneros en estudiar la eficacia de la AP como intervención terapéutica para pacientes con ansiedad, y por haber implementado un seguimiento de tres años, que si bien no permite evaluar los efectos de la AP en sentido estricto, orienta sobre sus efectos a largo plazo.

La puntuación de la calidad global fue de 8 puntos sobre 10 para las RS, de 2,38 puntos sobre 5 para los ECA y de 23,17 puntos sobre 35 para los ECNA.

Metodología de estudio

De los 15 estudios incluidos, uno era una RS previa sobre el tema (Baer, 2003), y el resto eran ensayos clínicos: ocho ECA (Lee et al., 2007; Lynch et al., 2007; Lynch, Morse, Mendelson y Robins, 2003; Ma y Teasdale, 2004; Teasdale et al, 2002; Teasdale et al., 2000; Williams, Teasdale, Segal y Soulsby, 2000; y Williams et al., 2008) y seis ECNA (Kabat-Zinn et al., 1992; Katz, Cox, Gunasekara, y Miller, 2004; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor y Malone, 2007; Miller et al., 1995; Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004; y Weiss, Nordlie y Siegel, 2005).

Revisión sistemática

La única RS identificada sobre el tema (Baer, 2003), tenía como objetivo realizar una síntesis de la literatura existente sobre la utilidad de terapias psicológicas basadas en la AP

Tabla 1. Características de los ensayos clínicos aleatorizados

AUTOR/AÑO (PAÍS)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA						INTERVENCIÓN	VARIABLES DE RESULTADO
	N	Edad	Sexo	Diagnóstico clínico	Tratamiento médico	Número de episodios depresivos		
Lee 2007 (Corea del Sur)	46	20-60	34,8% Mujeres 65,2% Hombres	Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con o sin agorafobia (SCL-90-R)	Antidepresivos y ansiolíticos	No se describe	MBSR	– Síntomas depresivos (BDI, HAM-D) – Nivel de ansiedad (STAI, HAM-A)
Lynch 2003 (UK)	36	60-80	80,6% Mujeres 19,4% Hombres	Depresión mayor	Antidepresivos	Ninguno: 15% Entre 2-25: 55% No recuerdan el número de episodios: 30%	DBT	– Síntomas depresivos (BDI, HAM-D) – Desesperanza (BHS) – Ambivalencia emocional (AEQ) – Supresión de pensamientos (WBSI) – Adaptación (CSQ) – Sociotropía y autonomía (PSI)
Lynch 2007 (USA)	65	55-75	46,2% Mujeres 23,8% Hombres	Depresión y depresión con al menos un trastorno de la personalidad (IIP-PD, SCID-II)	Antidepresivos	No se describe	DBT	– Síntomas depresivos (BDI, HAM-D)
Ma 2004 (UK)	75	18-65	77,3% Mujeres 22,7% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	Dos episodios: 4,66% Tres o más episodios: 75,34%	MBCT	– Recaídas en depresión (BDI, HAM-D) – Circuitos automáticos de pensamientos rumiadores – Sucesos vitales
Teasdale 2000 (UK y Canadá)	145	18-65	75,9% Mujeres 24,1% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	Dos episodios: 23% Tres o más episodios: 77%	MBCT	– Recaídas en depresión (BDI, HRSD) – Circuitos automáticos de pensamientos rumiadores
Teasdale 2002 (UK y Canadá)	100	18-65	77,3% Mujeres 23,7% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con una historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	No se describe	MBCT	– Recaídas en depresión (BDI, HRSD) – Metacognición
Williams 2000 (UK)	45	Media 44 años	73,3% Mujeres 26,7% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con una historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	No se describe	MBCT	– Síntomas depresivos (HRSD) – Cambios en la memoria (AMT)
Williams 2008 (UK)	66	18-65	Mixto	Depresión unipolar y bipolar con ideación suicida, remitida	Medicación	No se describe	MBCT	– Síntomas depresivos (BDI) – Nivel de ansiedad (BAI)

Nota. DBT: dialectical behavior therapy (terapia conductual dialéctica); MBCT: mindfulness based cognitive therapy (terapia cognitiva basada en la atención plena); MBSR: mindfulness based stress reduction (reducción de estrés basado en la atención plena). AEQ: Emotional Expressiveness Questionnaire; AMT: Autobiographical Memory Test; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; BHS: Beck Hopelessness Scale; CSQ: Coping Styles Questionnaire; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; IIP-PD: Inventory for Interpersonal Problems-Personality Disorders; PSI: Personal Style Inventory; SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders; SCL: Symptom Checklist; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; WBSI: White Bear Suppression Inventory.

Tabla 2. Características de los ensayos clínicos no aleatorizados

AUTOR/AÑO (PAÍS)	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA					INTERVENCIÓN	VARIABLES DE RESULTADO
	N	Edad	Sexo	Diagnóstico clínico	Tratamiento médico		
Kabat-Zinn 1992 (USA)	– 24 individuos incluidos en el estudio – 58 individuos siguieron la intervención pero no fueron evaluados semanalmente	26-64	77% Mujeres 23% Hombres	Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con o sin agorafobia	50% toma ansiolíticos u otra medicación	MBSR	– Síntomas depresivos (BDI, HAM-D) – Nivel de ansiedad (BAI, HAM-A) – Intensidad del miedo irracional (FSS) – Evitación por conductas agorafóbicas y frecuencia de ataques de pánico (MIA)
Katz 2004 (Canadá)	61	14-17	83,9% Mujeres 16,1% Hombres	Adolescentes con síntomas depresivos e intentos suicidas que estén ingresados en un hospital psiquiátrico	Medicación prescrita por el psiquiatra	DBT	– Síntomas depresivos (BDI, KHS) – Conductas e ideación suicidas (LPC, SIQ) – Número de hospitalizaciones – Adherencia al tratamiento
Kingston 2007 (UK)	19	20-62	89,5% Mujeres 10,5% Hombres	Depresión mayor con al menos tres episodios, remitida	Antidepresivos	MBCT	– Síntomas depresivos (BDI) – Rumiaciones (RUM)
Miller 1995 (USA)	– 18 individuos incluidos en el estudio – 39 individuos siguieron la intervención pero no fueron evaluados semanalmente		77% Mujeres 13% Hombres	Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con o sin agorafobia	50% toma ansiolíticos u otra medicación	MBSR	– Síntomas depresivos (BDI, HAM-D) – Nivel de ansiedad (BAI, HAM-A) – Intensidad del miedo irracional (FSS) – Evitación por conductas agorafóbicas y frecuencia de ataques de pánico (MIA)
Ramel 2004 (USA)	27	Media 50,9	35% Mujeres 65% Hombres	Trastorno del Ánimo, Episodio Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Bipolar I y II (con episodio depresivo actual)	57% de los individuos toma medicación prescrita por el psiquiatra	MBSR	– Nivel de ansiedad (STAI) – Síntomas depresivos (BDI) – Estilos rumiativos de respuesta (RSQ) – Intensidad de actitudes disfuncionales (DAS)
Weiss 2005 (USA)	31	22-75	61,3% Mujeres 38,7% Hombres	Trastorno Depresivo y Trastorno de Ansiedad	No se describe	MBSR	– Alcance de los objetivos terapéuticos – Grado de bienestar psicológico subjetivo – Intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global (GSI)

Nota. DBT: dialectical behavior therapy (terapia conductual dialéctica); MBCT: mindfulness based cognitive therapy (terapia cognitiva basada en la atención plena); MBSR: mindfulness based stress reduction (reducción de estrés basado en la atención plena). BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; DAS: Dysfunctional Attitude Scale; FSS: Fear Survey Schedule; GSI: Global Severity Index; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; KHS: Kazdin Hopelessness Scale for Children; LPC: Lifetime Parasuicidal Count; MIA: Mobility Inventory for Agoraphobia; RSQ: Response Style Questionnaire; RUM: Rumination Scale; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R; SIQ: Suicidal Ideation Questionnaire-Jr; STAI: State-Trait Anxiety Inventory

para el tratamiento de diferentes trastornos físicos y psicológicos. Esta revisión incluyó un total de 22 estudios, de los que cinco se referían a dolor crónico, cinco a enfermedades médicas (fibromialgia, psoriasis y cáncer), tres evaluaban los efectos de las terapias basadas en AP en personas que seguían algún tipo de psicoterapia con medicación, cuatro estaban centrados en una población no clínica, y sólo cinco estudios evaluaban la eficacia del tratamiento en trastornos psicológicos (dos en ansiedad, dos en depresión y uno en trastornos de la alimentación). De todos los estudios mencionados, sólo cuatro satisfacían los objetivos del presente estudio (Kabat-Zinn et al., 1992; Miller et al., 1995; Teasdale et al., 2000; y Williams et al., 2000).

En cuanto al tipo de intervención, todos los estudios utilizaron como tratamiento la MBSR, salvo dos, que utilizaban MBCT con una población afecta de depresión.

Los resultados hallados muestran que las intervenciones psicológicas basadas en la AP parecen ser eficaces para aliviar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con trastornos de depresión y ansiedad, así como problemas físicos. La MBSR mostró ser más eficaz que la lista de espera o el tratamiento habitual, mientras que la MBCT mostró ser más eficaz que el tratamiento habitual para prevenir las recaídas en depresión. En general, los resultados indicaron que ambas intervenciones ayudan a mejorar el funcionamiento psicológico.

Ensayos controlados aleatorizados

La muestra de los ECA incluidos la formaban participantes de 18 a 80 años y, aunque era mixta, predominaba la participación de mujeres. Salvo en el estudio de Lee et al. (2007), que incluyó participantes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con y sin agorafobia, los participantes del resto de estudios presentaban un diagnóstico de depresión mayor. Así mismo, se encontró que todos los participantes consumían o habían consumido fármacos para tratar su problema de salud.

La clasificación de las intervenciones se realizó a partir de las diferentes estrategias de

tratamiento basadas en la AP que fueron identificadas: MBCT, MBSR y DBT, siendo la primera la más empleada en los estudios incluidos.

En cuanto a la aplicación de estas técnicas, pudo observarse que la intervención MBCT se empleó con pacientes que presentaban un trastorno depresivo mayor (TDM) remitido con dos o más episodios (Ma y Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000; Teasdale et al., 2002; y Williams et al., 2000), con un TDM o con un TDM más un trastorno de personalidad comórbidos (Lynch et al., 2007), y con pacientes con depresión unipolar y bipolar con ideación suicida remitida (Williams et al., 2008). La MBSR se puso en práctica con participantes que referían trastornos de ansiedad, y la DBT fue sometida a estudio con personas mayores afectas de depresión mayor, o con depresión mayor y al menos un trastorno de la personalidad (Lynch et al., 2007).

En base a las medidas de resultado encontradas en los distintos estudios (recaídas), síntomas depresivos, nivel de ansiedad, circuitos automáticos de pensamientos ruidadores, metacognición y cambios en la memoria se comentan los siguientes resultados:

En los estudios de Teasdale et al. (2000) y Ma y Teasdale (2004) se encontró que existe un mayor riesgo de recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos, debido a que éstos tienen pensamientos depresivos ruidadores conectados a emociones negativas, independientemente de los eventos externos. Así mismo, tienen procesos de recaída relacionados fundamentalmente con factores internos, al contrario que las personas con dos episodios depresivos, que tienen un patrón de recaída relacionado fundamentalmente con sucesos externos. Los pacientes con tres o más recaídas han vivido su primer episodio depresivo más temprano que los pacientes con dos episodios y han ido reforzando ese patrón de pensamiento depresivo. A partir de estos resultados, se concluye que la MBCT resulta eficaz para prevenir recaídas en pacientes recuperados con tres o más recaídas porque interrumpe el patrón de pensamiento ruidador en momentos de riesgo de recaída; en cambio, no resulta eficaz para prevenir recaídas en personas con dos episodios, ya que se

entiende que las recaídas, en este caso, se deben a sucesos vitales estresantes, en lugar de a mecanismos internos automatizados. Los instrumentos utilizados en estos dos estudios para evaluar la depresión y sus recaídas fueron el BDI y la escala HAM-D.

En el estudio de Teasdale et al. (2002), se observó que existía una estrecha relación entre la vulnerabilidad a las recaídas en pacientes con depresión mayor y el hecho de que mostraran una capacidad reducida para la metacognición cuando experimentaban pensamientos y emociones negativas; es decir, los pacientes con tendencia a deprimirse tendían a “identificarse” con sus pensamientos y sentimientos negativos. Se apreció que el grupo que siguió la MBCT mostraba un incremento de la capacidad metacognitiva con respecto a los pensamientos y emociones negativas, siendo más capaz de “descentrarse” o “desidentificarse” de los pensamientos a medida que ocurrían. Teasdale y sus colaboradores proponen que es este incremento de la capacidad metacognitiva lo que contribuye a reducir el riesgo de recaídas. En congruencia con la hipótesis de este estudio, en el grupo control no se manifestó ninguna disminución de las recaídas.

En el estudio de Williams et al. (2000) se mostró que el entrenamiento en MBCT era eficaz para reducir la tendencia a la sobregeneralización de los recuerdos en pacientes con depresión. Este dato es relevante, porque la sobregeneralización se considera uno de los rasgos más sobresalientes del pensamiento depresivo rumiador. Sin embargo, no se encontraron cambios en las emociones, por lo que los cambios en la memoria parecían no llevar consigo cambios emocionales.

Los síntomas depresivos también fueron analizados en el estudio de Lynch et al. (2003), observando que al finalizar el tratamiento, el 71% del grupo que recibió DBT con medicación remitió sus síntomas depresivos, frente al 47% del grupo que recibió sólo fármacos. A los seis meses, estas diferencias se hicieron más pronunciadas: el 75% del grupo que recibió DBT con medicación remitió los síntomas, frente al 31% del grupo intervenido sólo con medicación, concluyendo que el entrenamiento en DBT puede ser adaptado para personas ma-

yores, incrementando los efectos de la medicación antidepressiva.

Los resultados del estudio de Lynch et al. (2007) también fueron en esta línea, ya que al terminar el tratamiento, sólo el grupo que recibió DBT con medicación remitió los síntomas depresivos. Las remisiones del grupo que recibió sólo medicación se alcanzaron al finalizar el periodo de seguimiento. Así, la implantación del modelo DBT adaptado para personas mayores resultó eficaz para el tratamiento de depresión mayor con un trastorno de la personalidad comórbido.

En el estudio de Lee et al. (2007) se comparó un grupo intervenido con Reducción de Estrés basado en AP con un grupo intervenido mediante un programa educativo. El grupo que recibió MBSR manifestó una mejoría significativa en todas las escalas de ansiedad, en comparación con el grupo que recibió el programa educativo. En cambio, los resultados en depresión no mostraron una mejoría significativa.

En el estudio de Williams et al. (2008) se evaluó la eficacia de la MBCT en el tratamiento de depresión y ansiedad en personas con depresión unipolar y bipolar, encontrando que en el grupo que recibió MBCT, sólo los individuos con depresión bipolar manifestaron una disminución significativa de los niveles de ansiedad. En cuanto a la disminución de los síntomas depresivos, en el grupo que recibió MBCT, no se encontraron diferencias significativas entre las personas con depresión unipolar y bipolar.

En la Tabla 1 se presenta una síntesis de los principales resultados encontrados en los ECA.

Ensayos controlados no aleatorizados

La edad presentada por los participantes de los ECNA comprendía los 14 y 75 años, ya que la muestra de uno de los estudios (Katz et al., 2004) estaba representada por adolescentes de entre 14 y 17 años. En cinco estudios el mayor porcentaje de participantes estaba formado por mujeres, mientras que en uno de ellos (Ramel et al., 2004) la mayoría eran hombres.

En cuanto al diagnóstico clínico, los estudios incluyeron a personas diagnosticadas de

trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico con y sin agorafobia (Kabat-Zinn et al., 1992 y Miller et al., 1995), depresión mayor remitida con al menos tres recaídas (Kingston et al., 2007), depresión y ansiedad (Weiss et al., 2005); personas mayores con síntomas afectivos (ansiedad y depresión), actitudes disfuncionales y rumiaciones (Ramel et al., 2004) y adolescentes con síntomas depresivos e ideaciones o intentos suicidas (Katz et al., 2004).

Salvo en el estudio de Weiss et al. (2005), que no describió si los participantes tomaban fármacos, en el resto de estudios los participantes consumía algún tipo de fármaco, en su mayoría antidepresivos o ansiolíticos prescritos por un psiquiatra. La clasificación de las intervenciones identificadas en los ECNA se llevó a cabo de igual forma que en los ECA, encontrándose las mismas modalidades de intervención: MBCT, MBSR y DBT. Las medidas de resultado identificadas en los seis ECNA incluidos fueron: síntomas depresivos, nivel de ansiedad, rumiación, conductas e ideación suicidas, nivel de logro o alcance de los objetivos terapéuticos y grado de bienestar psicológico subjetivo.

El estudio de Katz et al. (2004) se centró en estudiar la eficacia de la DBT en adolescentes con síntomas depresivos y conductas e ideación suicidas ingresados en un hospital psiquiátrico, frente al tratamiento habitual basado en psicoterapia psicodinámica. En comparación con el grupo que recibió el tratamiento habitual, se halló que la DBT redujo las conductas problemáticas y que una gran mayoría de los participantes no abandonaron el tratamiento hasta su finalización. Sin embargo, ambos grupos mostraron reducciones significativas en los síntomas depresivos y en las conductas e ideación suicidas. Al cabo de un año estas mejorías se mantuvieron y se comprobó que los participantes que siguieron la DBT mostraban adherencia al tratamiento recomendado.

En el estudio de Kingston et al. (2007) se evaluó la eficacia de la MBCT en la reducción de los síntomas depresivos residuales y sus efectos en las rumiaciones de personas con depresión mayor con tres o más episodios. Se observó que al finalizar el tratamiento con MBCT, los pacientes experimentaron una reducción significativa de los síntomas depresi-

vos, obteniendo en el BDI una puntuación pre- de 30,33 puntos y una puntuación post- de 12,33 puntos. El grupo que siguió el tratamiento habitual experimentó una menor reducción en los síntomas depresivos, alcanzando una puntuación pre- de 29,18 puntos y una puntuación post- de 22,09. El nivel de rumiación también se redujo significativamente en el grupo que recibió MBCT, con una puntuación pre- de 60,33 puntos y una puntuación post- de 49,33 puntos, en comparación con el grupo control que obtuvo una puntuación pre- de 63,33 puntos y una puntuación de 59 al finalizar el tratamiento. Los síntomas depresivos continuaron decreciendo al cabo de un mes. En este estudio se exponía que los efectos positivos de la AP en los síntomas depresivos se debían a que reducía las rumiaciones en los pacientes con depresión mayor.

El objetivo del estudio de Kabat-Zinn et al. (1992) fue determinar si la MBSR era eficaz como intervención terapéutica para los trastornos de ansiedad. Se observó que en 21 de los 24 participantes que siguieron la MBSR disminuyeron los niveles de ansiedad, y se redujo el número de personas con ataques de pánico. También, a pesar de que los participantes no sufrían depresión, manifestaron una reducción de los síntomas depresivos según las escalas BDI y HAM-D, manteniendo estos cambios durante los tres meses de seguimiento. Así mismo, al comparar los sujetos experimentales con los participantes no incluidos en el estudio, se observó que ambos grupos disminuyeron sus niveles de ansiedad, lo cual permitiría generalizar el estudio. Por tanto, este ECNA sugiere que la MBSR es un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad.

El estudio de Miller et al. (1995) consiste en un seguimiento de tres años de los participantes del estudio de Kabat-Zinn et al. (1992), encontrando que al cabo de tres años se mantenían los cambios en los niveles de ansiedad obtenidos en el estudio anterior. En base a estos resultados, parece que la MBSR es eficaz a largo plazo para el tratamiento de trastornos de ansiedad.

El objetivo del estudio de Ramel et al. (2004) fue describir los efectos de un curso de 8 semanas basado en MBSR sobre los síntomas afectivos (ansiedad y depresión), las actitudes dis-

funcionales y las rumiaciones de 27 personas. Al finalizar el tratamiento, se observó que los pacientes redujeron su tendencia a rumiar, manteniendo estos logros al cabo de las diez semanas de seguimiento. Además, los resultados también sugieren que la disminución en la rumiación tiene como consecuencia una reducción de los síntomas depresivos, los niveles de ansiedad y las creencias disfuncionales.

Weiss et al. (2005) examinaron si la implementación de MBSR junto con psicoterapia individual, frente a la terapia individual sola, aliviaba de forma más rápida los problemas psicológicos de los participantes. Los resultados al final del tratamiento indicaron que ambos grupos manifestaron una disminución del malestar psicológico, sin embargo, el grupo que recibió MBCT junto con psicoterapia individual terminó el tratamiento psicológico antes que el grupo control, mostrando niveles más altos en el nivel de logros alcanzado (distancia para alcanzar sus metas de mejoría en una escala del 1 al 100).

En la Tabla 2 se muestran los principales resultados extraídos de los ECNA.

DISCUSIÓN

Para poder hablar de eficacia clínica, hay que contar con estudios que incluyan, al menos, un año de seguimiento de los pacientes tratados. Esta cuestión es todavía más relevante, si cabe, en el caso de los tratamientos basados en la AP, porque se trata de una habilidad no-conceptual que se desarrolla con el tiempo. El trabajo de Miller et al. (1995) aunque no posee grupo control y no resulta generalizable, pone de manifiesto que, después de tres años, las personas que mantienen la reducción significativa de los niveles de ansiedad alcanzada tras el entrenamiento con MBSR, siguen practicando la AP formalmente y con regularidad en sus vidas cotidianas. Con la práctica, la AP pasa de ser un estado que se consigue con esfuerzo a ser un rasgo que no cuesta tanto esfuerzo. Del resto de los estudios, los únicos que cumplen con seguimientos de un año son los trabajos del grupo de Teasdale. La calidad metodológica de estos trabajos destaca respecto a los demás estudios

recogidos en la presente revisión. De hecho, no resulta sorprendente que este programa terapéutico haya sido reconocido por las autoridades sanitarias inglesas y haya sido incluido en el NICE (*Guidelines as a preventive therapy for patients with recurrent depression*. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23, Dec. 2004).

No obstante, teniendo en cuenta las puntuaciones que obtienen los estudios en las escalas que evalúan la calidad metodológica, parece claro que en la investigación sobre la utilidad clínica de la AP todavía nos hallamos lejos de la excelencia metodológica y, por tanto, parece prudente no extraer conclusiones precipitadas a partir de estos estudios.

Un rasgo común de los estudios incluidos en esta revisión es que la AP se utiliza junto con tratamientos farmacológicos. Este hecho es muy relevante porque no deriva de la teoría de la AP, sino de la realidad de la práctica clínica. Por tanto, la primera conclusión que se puede alcanzar a partir de esta revisión consiste en sostener que el entrenamiento en AP resulta compatible con la medicación y, por tanto, puede ser planteado como un coadyuvante de ésta.

La segunda conclusión obtenida es que, en la clínica psicológica, el entrenamiento en AP ha sido más utilizado con pacientes con trastornos de estado de ánimo que con trastornos de ansiedad. Este hecho, probablemente, tiene que ver con el desarrollo del enfoque manualizado de la "terapia cognitiva basada en la AP", que ha ofrecido a los clínicos una guía detallada sesión a sesión para implantar un tratamiento preventivo de la depresión. Sin embargo, todavía no disponemos de un planteamiento equivalente para abordar el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), aunque se han hecho algunos progresos en esta dirección. Por ejemplo, Roemer y Orsillo (2002, 2005) han propuesto un tratamiento estructurado para el TAG utilizando la AP, pero lo han hecho dentro del marco de la denominada terapia de aceptación y compromiso y, siguiendo los principios de este enfoque, llevan a cabo el tratamiento en términos individuales. Otros autores como Evans et al. (2007) han optado por utilizar el formato de

MBCT para el TAG, obteniendo buenos resultados. Sin embargo, este estudio se ve limitado en cuanto a que carece de grupo de control y el tamaño muestral es muy pequeño. Por último, recientemente, Kim et al. (2009) han publicado un ECA utilizando el formato MBCT con 46 pacientes con TAG o con trastorno de pánico, que se comparan con un grupo control sometido a psicoeducación sobre la ansiedad. Entre los resultados de este estudio se señala una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión en el grupo MBCT.

En relación a los estudios empíricos sobre la reducción de síntomas de depresión revisados en este trabajo, conviene no olvidar que la MBCT ha sido desarrollada y puesta a prueba como prevención de la depresión, es decir, que los pacientes recibían el entrenamiento cuando estaban en fase de remisión de síntomas y no cuando estaban deprimidos. No obstante, dados los objetivos de la presente revisión, la cuestión relevante es si este planteamiento puede ser también empleado para tratar la depresión. Así, el estudio de Kingston et al. (2007) presenta datos de una reducción importante de las puntuaciones BDI en pacientes con síntomas residuales de depresión que habían sufrido más de tres episodios, por lo que se utilizó MBCT con pacientes que todavía poseían un nivel importante de depresión. También el estudio de Ramel et al. (2004) apunta en la misma dirección. En esta misma línea, debemos mencionar el estudio de Kenny y Williams (2007) que, a pesar de no ser incluido en la presente RS por ser posterior al período de búsqueda establecido, señala una reducción importante en la sintomatología depresiva utilizando MBCT con pacientes deprimidos resistentes al tratamiento. Sin embargo, estos estudios carecen de grupos de control adecuados y, aunque sus resultados resultan informativos, no pueden ser tomados como indicadores de eficacia clínica en sentido estricto. No obstante, en un estudio dotado de grupo control que se llevó a cabo en Canarias, Cebolla y Miró (2007) reportaron también una reducción significativa de la sintomatología utilizando MBCT con pacientes deprimidos. Además, en el estudio piloto con grupo control llevado a cabo por Barnhofer et al. (2009), se aplicó la MBCT a 28 pacientes con depresión crónica

que habían tenido un nivel de depresión severo inicial, más de tres episodios de depresión mayor y una historia de ideación suicida. Los resultados indicaron que, aunque no hubo una reducción completa de la sintomatología, se produjo una reducción importante de la misma.

En síntesis, estos estudios parecen indicar que la AP puede ser utilizada con éxito en el tratamiento de la depresión. No obstante, se requiere más y mejor investigación para establecer esta afirmación sobre unas bases científicamente sólidas (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010; Pelechano, 2007).

Sin embargo, existen trabajos cuyas conclusiones no son tan favorables a la aplicación de la AP. Este es el caso de la revisión de Toneatto y Nguyen (2007), donde se concluyó que no existe evidencia suficiente que permita afirmar el efecto beneficioso del programa MBRS en los síntomas de ansiedad y depresión, ya que los 15 estudios incluidos en su revisión no aportaron resultados contundentes. Sin embargo, aunque el foco de interés de estos autores resulta similar al que motiva la presente revisión sistemática, esta revisión no fue incluida en el presente trabajo por considerar que carecía de rigor metodológico. Por ello, tal y como indican Hofman, Sawyer, Witt y Oh (2010), esta conclusión resulta prematura y no está basada en la evidencia. Toneatto y Nguyen (2007) utilizaron medidas de ansiedad y depresión como variables dependientes, pero estas medidas se encontraban en muestras que se referían a poblaciones muy dispares, por ejemplo, con condiciones médicas diversas (como dolor, cáncer o enfermedades cardíacas), o población no-clínica; de ahí que no se estudiara la reducción de síntomas de depresión o ansiedad en trastornos relacionados con la ansiedad o con el estado de ánimo. Además, los autores incluyeron únicamente estudios controlados, de modo que se pudo excluir mucha información potencialmente relevante, aunque esto no se podría determinar con exactitud debido a que los criterios de inclusión y exclusión de los estudios no se especificaron de manera adecuada. Por estas razones, la conclusión de dicha revisión no ha sido considerada el resultado de una revisión sistemática, sino de una revisión cualitativa y sesgada a partir de unos pocos estudios.

Aunque nuestro objetivo en esta revisión no puede ser juzgar el papel de la AP en el campo de los tratamientos psicológicos, a partir de la evidencia revisada parece razonable sostener que los tratamientos basados en la práctica de la AP suponen una aportación valiosa y prometedora, que podría contribuir de un modo singular a fomentar tratamientos psicológicos grupales capaces de dar respuesta a las necesidades de atención psicoterapéutica del s. XXI. No obstante, para establecer empíricamente esta posibilidad, se requieren más estudios aleatorizados con adecuados grupos de control.

LIMITACIONES

Una limitación de este trabajo reside en el número relativamente pequeño de estudios que han sido sometidos a revisión por estar acotado a población clínica. Esto ha provocado que, a pesar de que la práctica de la AP se está aplicando y estudiando en diversas áreas, esta RS no ha tenido en cuenta las patologías que van más allá de los trastornos de ansiedad y depresión, dejando descubiertas, por ejemplo, las enfermedades terminales o crónicas.

Respecto a la muestra, los estudios presentan restricciones en relación con el sexo de los participantes, ya que se observa un predominio del sexo femenino. Además, el rango de edad de la muestra en la mayoría de los estudios incluidos es muy limitado, lo que puede suponer un obstáculo para la generalización de los resultados.

Así mismo, otra limitación reconocida es la variabilidad existente en el rigor metodológico de los estudios, ya que buena parte de ellos carecen de una evaluación científica totalmente rigurosa. Entre las limitaciones metodológicas desencadenadas destacan la carencia de un grupo control adecuado, el reducido tamaño de la muestra y la inadecuada evaluación de la totalidad del tratamiento. A esto también se debe añadir la variabilidad de los programas y terapias en cuanto a la aplicación de la técnica de AP, donde la duración e intensidad del entrenamiento carecen de control, pudiendo generar limitaciones en su efecto.

Por otro lado, a pesar de que la muestra de esta RS está centrada en población clínica, ésta

dista de ser homogénea, lo cual no facilita la obtención de conclusiones simples. Así mismo, otra limitación relevante de este estudio reside en que, si bien ofrece datos cuantitativos acerca de la calidad metodológica de los trabajos revisados, no ofrece datos cuantitativos acerca del tamaño del efecto, lo que no facilita las comparaciones con otros tratamientos disponibles. No obstante, nuestros datos apuntan en la misma dirección que la conclusión obtenida en el reciente meta-análisis sobre terapias basadas en la AP para ansiedad y depresión llevada a cabo por Hofmann, Sawyer, Witt y Oh (2010): los tratamientos basados en la AP son moderadamente eficaces en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en población clínica (con un tamaño del efecto reseñado con una puntuación *g* de Hedges en torno a 0,5).

REFERENCIAS

- *Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasingue, M., Winder, R., & Williams, J.M. (2009). Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Cebolla, A., y Miró, M.T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la AP en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66-67, 133-156.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Trade Publishers.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davis, E.N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non-ruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699-711.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Estabrooks, C.A., Goel, V., Thiel, E., Pinfold, S.P., Sawka, C., y Williams, J. (2000). *Consumer Decision Aids:*

- Where do we stand? A systematic review of structured consumer decision aids.* ICES 2000.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 612-618.
- Farb, N.A., Segal, Z.V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., et al. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 259-263.
- Fresco, D.M., Frankel, A.N., Mennin, D.S., Turk, C.L., & Heimberg, R.G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective styles. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmid, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hofmann, S., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, J.M., Gavaghan, D.J., et al. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2009). Foreword. In F. Didonna (Ed.) *Clinical Handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- *Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- *Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S., & Miller, A.L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Keeny, M.A., & Williams, J.M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kendall, P., & Ingram, R. (1989). Cognitive-behavioural perspectives: Theory and Research on depression and anxiety. In P. Kendal y D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 27-53). Orlando, FL: Academic Press.
- Kim, Y.W., Lee, S.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., et al. (2009). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606.
- *Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203.
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2008). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psychoncology*, 18, 571-579.
- *Lee, S.H., Ahn, S.C., Lee, Y.J., Choi, T.K., Yook, K.H., & Suh, S.Y. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 189-195.
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., & Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Science*, 12, 163-169.
- *Lynch, T.R., Cheavens, J.S., Cukrowicz, K.C., Thorp, S.R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131-143.
- *Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T., & Robins, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- *Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- *Miller, J.J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorder. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Miró, M.T. (2007). La AP (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66-67, 31-76.
- Oxman, A.D., Cook, D.J., & Guyatt, G.H. (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. The Evidence-Based Medicine Working Group. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1367-1371.
- Pelechano, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 71-90.
- *Ramel, W., Goldin, P.R., Carmona, P.E., & McQuaid, J.R. (2004). The effects of mindfulness meditation on

- cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2005). *An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder*. In S.M. Orsillo y L. Roemer (Eds.) *Acceptance and mindfulness based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer, 213-240.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- *Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- *Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- The National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Depression: Management of depression in primary and secondary care* (National clinical Practice Guideline number 23; December).
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52, 260-266.
- Wallace, A.B. (2006). *The attention revolution*. Chicago: Open Cort Press.
- *Weiss, M., Nordlie, J.W., & Siegel, E.P. (2005). Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 108-112.
- Williams, J.M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7.
- *Williams, J.M., Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- *Williams, J.M., Alatiq, Y., Crane, C., Banhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., et al. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.

*Artículos incluidos en la revisión sistemática.