

REVISIÓN ACERCA DE LA EFICACIA EN LOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EXISTENTES SOBRE LA APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER (TFM)

Curso académico 2016/2017



Titulación:

Máster Psicología General Sanitaria

Estudiante:

Alba Usó González (20902091-J)

Tutor:

Berenice Serrano Zárate

Castellón, 13 de Noviembre de 2017

Usó González, Alba

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO <i>MINDFULNESS</i>	4
1.2. BENEFICIOS DEL <i>MINDFULNESS</i>	6
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	8
HIPÓTESIS	8
OBJETIVOS	8
2. MÉTODO	9
3. ESTADO DEL ARTE DEL <i>MINDFULNESS</i>	12
3.1. PROTOCOLOS ACTUALES DE <i>MINDFULNESS</i>	12
3.2. EVIDENCIA EMPÍRICA	18
4. RESULTADOS	33
5. CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

RESUMEN

En los últimos años hemos asistido a un desarrollo exponencial en los protocolos de intervención acerca de *mindfulness*. Las investigaciones sobre estos protocolos y su eficacia en la práctica clínica aplicados a distintas psicopatologías está en auge, aunque todavía son escasas.

El objetivo del presente trabajo es identificar si tales protocolos son eficaces. Para ello se ha hecho una revisión de la literatura en bases de datos sobre los protocolos basados en *mindfulness* aplicados a aquellos trastornos en los que existe mayor investigación, tales como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness, el Programa de Prevención de Recaídas en Adicciones, entre otros, o aquellos programas que utilizan *mindfulness* como coadyuvante al tratamiento principal, como la Terapia Dialéctico-Comportamental o la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Los resultados obtenidos pueden evidenciar que estos protocolos podrían ser considerados como eficaces para la reducción de la sintomatología en diversas psicopatologías, pero teniendo en cuenta diversas limitaciones como la escasa cantidad de estudios encontrados y las propias limitaciones de los estudios. Como futuras líneas de investigación sería recomendable tratar de suplir esas limitaciones para poder estudiar si los resultados acerca de la eficacia en estos protocolos varían.

PALABRAS CLAVE: *Mindfulness*, protocolos, eficacia, intervención, práctica clínica.

ABSTRACT

During the last years we have seen an exponential development of the mindfulness-based programs. Researches about those programs and their efficacy applied on different psychopathologies at the clinical practice are at its peak, even though, they are still limited.

The aim of the present study is to identify the efficacy of those programs. In order to that, a review in different data bases about mindfulness-based programs applied to those disorders in which there is more research has been made, such as Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), the Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR), Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), among others, or those programs that use mindfulness as an adjunct to the main treatment, such as Dialectic-Behavioral Therapy or Acceptance and Commitment Therapy.

The obtained results demonstrate that those protocols could be considered effective to reduce the symptomatology of different psychopathologies. Nevertheless, it has to be kept in mind diverse limitations as the limited amount of studies found or some limitations of the studies themselves. As future investigation goals it would be recommended to supply those limitations in order to be able to study if the results about the efficacy of these protocols changes.

KEYWORDS: *Mindfulness*, protocols, efficacy, intervention, clinical practice.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO *MINDFULNESS*

Hay multitud de definiciones de *mindfulness*, siendo una de las más conocidas la propuesta por Jon Kabat-Zinn (1994), citado en Simón & Germer (2011), que afirma que “*mindfulness* significa prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar”. “*Mindfulness* es la palabra inglesa empleada para traducir *sati*, un término del idioma pali que denota conciencia, atención y recuerdo” (Simón & Germer, 2011).

La traducción al español de *mindfulness* no está clara, pero las más empleadas son “atención plena” y “conciencia plena” (Simón & Germer, 2011). Ya que aunque se refiere a prácticas diversas sin ser un concepto específico, es mejor comprendido por la población general. Por tanto, el objetivo principal del *mindfulness* es la aceptación del momento presente observando nuestra experiencia sin cambiarla ni juzgarla. Cuando nos encontramos en atención plena, nos damos cuenta de la actividad mental que en ese momento estamos experimentando, es decir, vamos tomando conciencia de la propia conciencia. Lo primero que debemos hacer al practicar atención plena es aprender a observar la realidad sin juzgarla, con respeto, amabilidad y ternura. Al inicio es frecuente que al observarla aparezca lo que se denomina “resistencia”, si esta aparece ante un sufrimiento que es inevitable, seguidamente aparecerá otro sufrimiento el cual podríamos haber evitado (Simón & Germer, 2011). Poco a poco con paciencia hay que ir aprendiendo a aceptar y permitir que las cosas sean tal como son en el momento presente. Tenemos que estar receptivos a la experiencia ya que ningún momento es igual a otro (mente de principiante).

Según Bishop y cols. (2004), citado en Simón, V. (2007), el *mindfulness* se integra por dos componentes. En primer lugar, mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente, lo cual permite ser más consciente de los acontecimientos corporales, sensoriales y mentales en ese instante. Y en segundo lugar, la actitud con la que se aborda el ejercicio del primer componente, es decir, cómo se viven esas experiencias del momento presente. En relación con la actitud necesaria a adoptar, los autores resaltan la curiosidad, la apertura y la aceptación de las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones. Por otra parte, Siegel (2007), citado en Simón, V. (2007), considera que las

actitudes correctas para la práctica de *mindfulness* son cuatro: curiosidad, apertura, aceptación y amor, siendo ésta última la que añade a las de Bishop. Por su parte Kabat-Zinn (2003), citado en Simón, V. (2007), describe también una serie de actitudes recomendables para la práctica de *mindfulness* las cuales son: no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar o practicar el desapego, confianza y constancia. Además, el *mindfulness* utiliza unos mecanismos de acción que hacen posible que los pacientes obtengan resultados, los cuales son: exposición, cambios cognitivos, auto-control o auto-regulación, aceptación, integración de aspectos disociados del *self*, clarificación de valores, y relajación.

El *mindfulness* se puede practicar tanto en grupo como en terapia individual, lo cual supone mayores beneficios. En la actualidad las intervenciones con *mindfulness* se aplican a un gran tamaño de la población tanto clínica como no-clínica.

El *mindfulness* se basa en prácticas formales e informales de meditación y en ejercicios que no están basados en la meditación. Las prácticas formales de meditación implican una introspección que consiste en mantener la atención sobre un objeto, como la respiración o las sensaciones corporales. Las prácticas informales, por su parte, consisten en prestar atención a cualquier aspecto de la vida cotidiana, como pasear o comer atentamente por ejemplo (Hick, Bien & Segal, 2010).

Desde el punto de vista de la psicoterapia, el *mindfulness* es considerado una terapia de tercera generación (TTG), que suponen un avance respecto a las terapias anteriores, ya que incorporan estrategias de aceptación de la realidad además de las de cambio (Lavilla, et al. 2009). “Las TTG se refieren o conectan con procesos relacionados directamente con la aceptación psicológica; los valores, tanto de la persona como los del propio terapeuta; un proceder dialéctico durante el curso de la terapia; así como cuestiones relacionadas con la espiritualidad y la trascendencia” (Mañas, 2007; citado en Moreno, 2012). Esto significa que el objetivo del tratamiento ya no es exclusivamente que la persona deba cambiar aquellas cosas que le hacen sufrir, sino que aprenda a aceptarlas y a convivir con ellas. Lavilla, et al. (2009) consideran que “como solución, hasta ahora, los clínicos han ayudado a sus pacientes a actuar de dos maneras: o bien buscando controlar el problema; o bien intentando no reconocer el problema que se padece, lo cual a largo plazo nos puede venir en nuestra contra evitar el problema”. Estas estrategias esconden el ser capaz de tolerar nuestras sensaciones, emociones y pensamientos.

1.2. BENEFICIOS DEL *MINDFULNESS*

A lo largo del tiempo se ha ido observando que el *mindfulness* está relacionado en la mejora de aspectos tanto físicos como psicológicos. Según Tang, Hölzel y Posner, (2015), citado en Hervás et al. (2016), existen tres componentes del *mindfulness* que interactúan entre sí potenciándose mutuamente y dando lugar a beneficios, estos son: la mejora del control atencional, una mayor capacidad de regulación emocional, y una transformación de la autoconsciencia. Según Davis & Hayes (2011), el *mindfulness* promueve la conciencia metacognitiva, disminuye las rumiaciones y aumenta la capacidad atencional. Estas ganancias cognitivas, a su vez, contribuyen al desarrollo de estrategias efectivas de regulación emocional. Por otra parte, según Hölzel et al. (2011), los mecanismos que han recibido una mayor validez tanto empírica como teórica en el *mindfulness* son los mecanismos atencionales, cognitivos, emocionales y de consciencia corporal. Sin embargo, Baer (2003), citado en Miró (2006), destaca tres beneficios del *mindfulness* para la salud: facilidad para regular las propias emociones, mayor flexibilidad cognitiva, y mayor facilidad para cultivar estados y rasgos positivos.

En primer lugar, diferentes estudios muestran que practicar *mindfulness* reduce la reactividad emocional, el estrés y mejora la capacidad de regulación emocional. Un ejemplo es un estudio que se realizó con personas que tenían entre un mes y 29 años de práctica de *mindfulness* en comparación con personas que nunca lo habían practicado. Los resultados mostraron que la práctica de *mindfulness* ayudó a estas personas a desvincularse emocionalmente de imágenes emocionalmente perturbadoras y les permitió a su vez centrarse mejor en una tarea cognitiva (Ortner et al., 2007; citado en Davis & Hayes, 2011). En otro estudio realizado en 2010 por Hoffman et al., citado en Davis & Hayes (2011), se realizó un meta-análisis de 39 estudios que exploran el uso del *mindfulness* en la reducción del estrés, concluyendo que puede ser útil para alterar procesos afectivos y cognitivos que subyacen a múltiples problemas clínicos, es decir, que el *mindfulness* incrementa el afecto positivo y disminuye la ansiedad y el afecto negativo. Esto sugiere que el *mindfulness* cambia la capacidad de las personas para usar las estrategias de regulación emocional de una manera que les permite experimentar las emociones selectivamente, las cuales puedan ser procesadas de manera diferente en el cerebro (Farb et al., 2010; Williams, 2010; citado en Davis & Hayes, 2011).

Las mejoras en la memoria de trabajo y las reducciones en la rumiación y síntomas depresivos parecen ser otros beneficios del *mindfulness*. En un estudio de Chambers et al. (2008), citado en Davis & Hayes (2011), 20 meditadores principiantes participaron en un retiro intensivo de *mindfulness* durante 10 días. El grupo de *mindfulness* experimentó menos síntomas depresivos, menos rumiación y mejor capacidad de memoria de trabajo. También mostraron una atención consciente significativamente mayor y un efecto negativo disminuido en comparación con un grupo control. Además, el *mindfulness* estaba directamente relacionado con el afecto positivo e inversamente relacionado con el afecto negativo.

Mejoras en la atención consciente es otro beneficio reportado del *mindfulness*. Según Moore y Malinowski (2009), citado en Davis & Hayes (2011), la práctica de *mindfulness* y la autoconsciencia se correlacionan directamente con la flexibilidad cognitiva y el funcionamiento atencional.

Por otro lado, la investigación también apoya el hecho de que el *mindfulness* ayuda a tener una mayor flexibilidad cognitiva. Un estudio de Siegel (2007), citado en Davis & Hayes (2011), encontró que las personas que practican *mindfulness* parecen desarrollar la habilidad de la auto-observación. Al observar conscientemente los propios pensamientos y emociones sin juzgarlos se entrena la capacidad de razonar sobre las propias cogniciones, distanciándose la persona de la propia experiencia (metacognición), lo cual permite a su vez entrenar la actitud de aceptación. Además también se ve más activada la región del cerebro asociada con respuestas más adaptativas a situaciones estresantes o negativas (Cahn & Polich, 2006; Davidson et al., 2003; citado en Davis & Hayes, 2011).

Por último, también se ha demostrado que el *mindfulness* tiene numerosos beneficios para la salud, incluyendo el aumento del funcionamiento inmune (Davidson et al., 2003), la mejora del bienestar (Carmody & Baer, 2008) y la reducción de la angustia psicológica (Coffey & Hartman, 2008; Ostafin et al., 2006). Además, parece aumentar la velocidad del procesamiento de la información (Moore & Malinowski, 2009), así como disminuir el esfuerzo de la tarea y tener pensamientos que no están relacionados con la tarea a realizar (Lutz et al., 2009), todo ello citado en Davis & Hayes (2011). Además, el *mindfulness* también se está viendo que puede permitir que la persona obtenga una mayor consciencia corporal (Hölzel et al., 2011).

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

Las ciencias de la salud, pero más concretamente la psicología, se han basado desde siempre en el uso de terapias convencionales, tales como las terapias de primera y segunda generación, para el tratamiento de las patologías. Desde hace poco tiempo, están volviendo la mirada hacia terapias de tercera generación que suponen un cambio en el foco de terapia adoptando una perspectiva más experiencial. De entre las Terapias de Tercera Generación, es el *mindfulness* una de las más reconocidas siendo uno de los componentes principales en diferentes protocolos de tratamiento. Así pues, en el marco de la investigación científica actual, la investigación acerca de las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) está en auge. El número de protocolos de tratamiento existentes en los cuales el *mindfulness* es un elemento crucial y los cuales están siendo aplicados en la práctica clínica es cada vez mayor, integrándose en un rango muy amplio de campos y orientaciones como la psicoterapia, la neurociencia o la medicina. Esto está permitiendo nuevos desarrollos en las intervenciones clínicas, en la comprensión del vínculo terapéutico, y en el bienestar tanto del paciente como del terapeuta. Aún así, la cantidad de estudios que demuestren la eficacia de los protocolos de tratamiento son escasos. Por ello que el presente trabajo propone hacer una revisión acerca de los diferentes protocolos de intervención basados en *mindfulness* para el tratamiento de distintas psicopatologías, de su evidencia empírica y de su eficacia reportada para comprobar la hipótesis planteada en el presente trabajo.

HIPÓTESIS

Los resultados que se esperan es que todos los protocolos de tratamiento sobre *mindfulness* sean eficaces en las distintas psicopatologías.

OBJETIVOS

- Principal: Identificar la eficacia de los protocolos de intervención sobre *mindfulness* en el ámbito de la salud.
- Específicos:
 - Revisar y describir los distintos protocolos de tratamiento sobre *mindfulness* aplicados a las distintas psicopatologías: Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos,

Trastornos de Personalidad, Trastornos Alimentarios, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, y Enfermedades psicooncológicas y paliativas.

- Investigar acerca de la evidencia empírica de los protocolos sobre *mindfulness* en las distintas psicopatogías.
- Estudiar la eficacia de los protocolos basados en *mindfulness* en las distintas psicopatogías.

2. MÉTODO

Primeramente se ha hecho una búsqueda de revisión bibliográfica usando artículos de revista, libros y páginas web, para describir los protocolos de intervención que utilizan las técnicas de *mindfulness* como elemento principal en su tratamiento en diferentes psicopatologías.

En segundo lugar, se ha realizado una revisión acerca de la evidencia empírica y de la eficacia de tales protocolos en las bases de datos PubMed y GoogleScholar, utilizando los descriptores siguientes para cada protocolo y psicopatología:

- Para los Trastornos de ansiedad “MBSR AND ANXIETY”.
- Para los Trastornos depresivos “MBCT AND DEPRESSION”.
- Para los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos “MBRP AND SUBSTANCE”.
- Para los Trastornos de la personalidad “DIALECTIVAL BEHAVIOUR THERAPY AND PERSONALITY DISORDER”.
- Para los Trastornos de la conducta alimentaria “MINDFULNESS-BASED-EATING AWARENESS TRAINING AND EATING DISORDERS”, y “DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY AND EATING DISORDERS”.
- Para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo “ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY AND OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER”.
- Para enfermedades psicooncológicas y paliativas “MBRS AND CANCER”, y “MBRS AND CHRONIC PAIN”

Además se ha acotado el número de registros en base a los filtros: Tipo de artículo “Ensayo controlado y aleatorizado” y Fecha de publicación “10 años”.

Con los descriptores anteriores, se encontraron en una primera fase un total de 183 estudios. No obstante, tras revisar qué títulos y *abstracts* de estos artículos cumplían los criterios de inclusión que se muestran a continuación, se consideraron un total de 16 artículos científicos de interés para el presente trabajo.

- Estudios controlados y aleatorizados, ya que cumplen con medidas metodológicas más rigurosas.
- En inglés.
- Publicados en los últimos 10 años (2007- Abril 2017).
- Estudios con protocolos de intervención de *mindfulness* aplicados a las distintas psicopatologías: Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos, Trastornos de Personalidad, Trastornos Alimentarios, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, y Enfermedades psicooncológicas y paliativas.
- Estudios en los que el *mindfulness* es una parte central del tratamiento experimental.

Tabla 1. Diagrama de flujo del proceso de revisión para los trastornos de ansiedad:

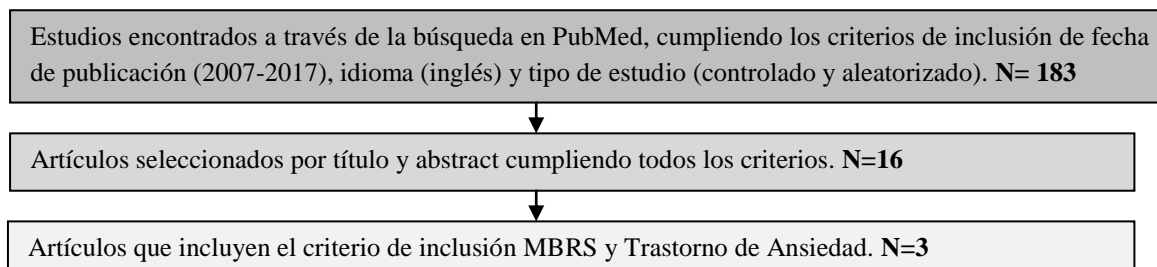


Tabla 2. Diagrama de flujo del proceso de revisión para los trastornos depresivos:

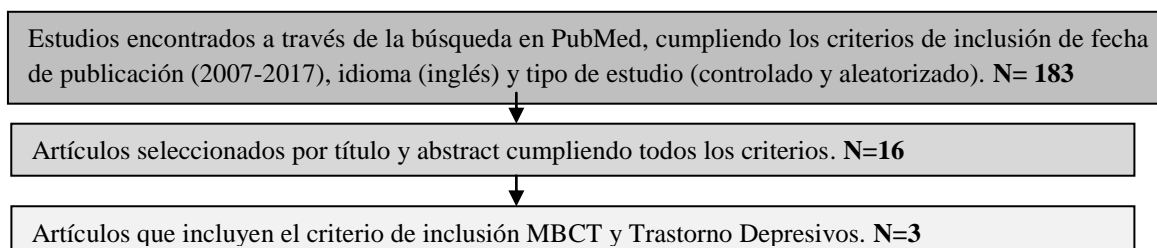


Tabla 3. Diagrama de flujo del proceso de revisión para los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos:

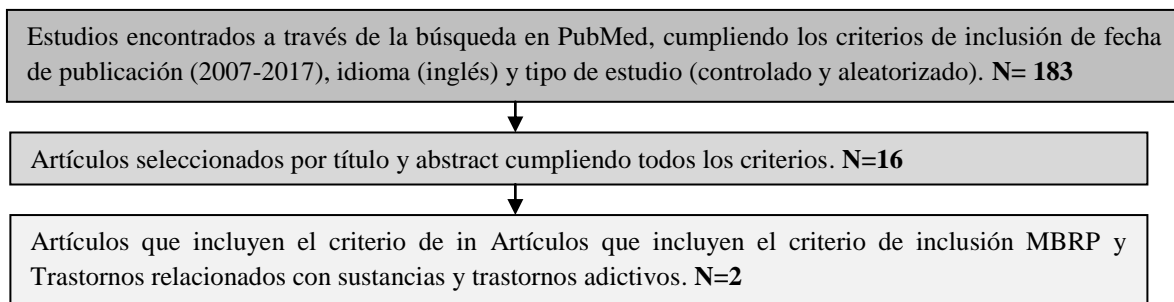


Tabla 4. Diagrama de flujo del proceso de revisión para los trastornos de la personalidad:

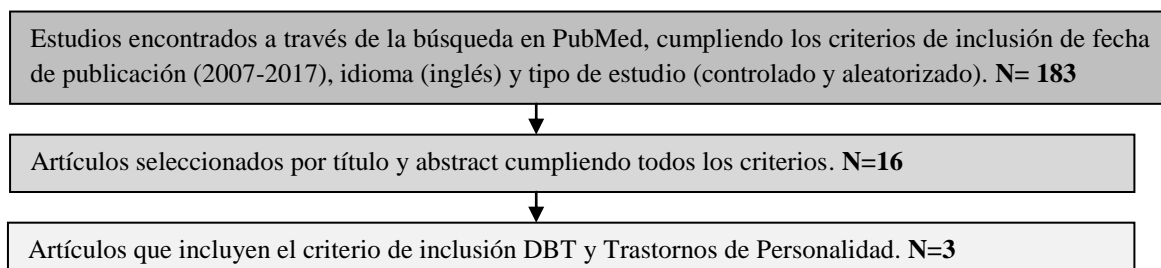


Tabla 5. Diagrama de flujo del proceso de revisión para los trastornos de la conducta alimentaria:

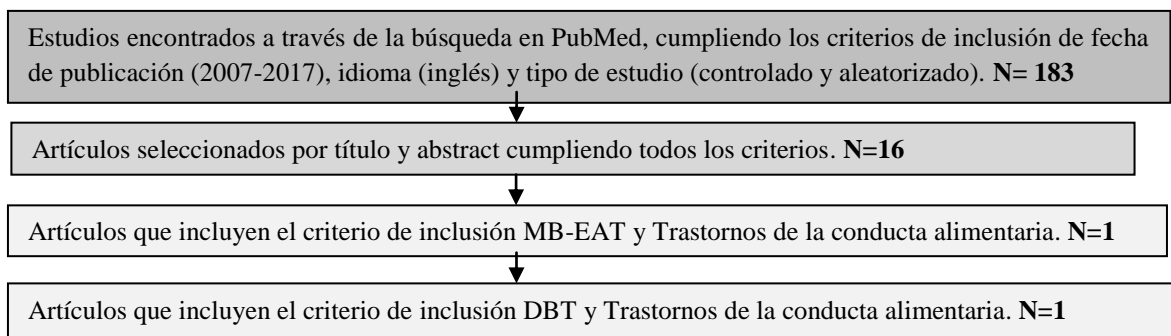


Tabla 6. Diagrama de flujo del proceso de revisión para el trastorno obsesivo-compulsivo:

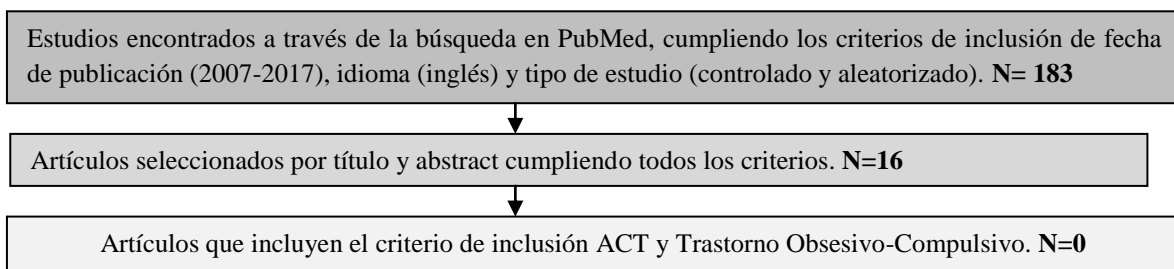
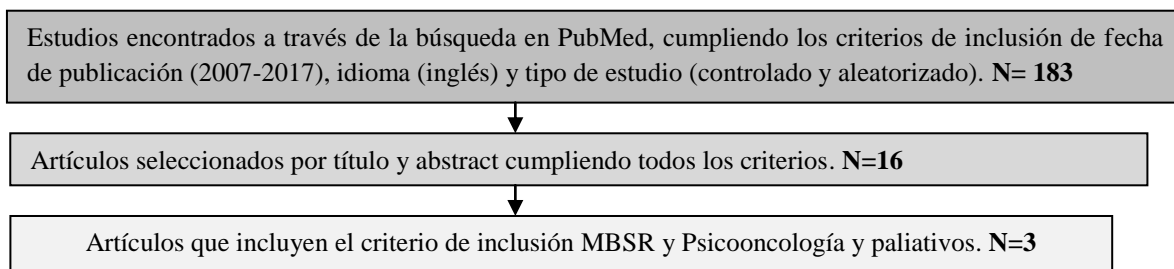


Tabla 7. Diagrama de flujo del proceso de revisión para la Psicooncología y paliativos:



3. ESTADO DEL ARTE DEL *MINDFULNESS*

3.1. PROTOCOLOS ACTUALES DE *MINDFULNESS*

En la sociedad actual, la práctica de *mindfulness* se está extendiendo como una forma de contrarrestar el estrés y fomentar el bienestar. Concretamente en el campo de la psicoterapia, la práctica de *mindfulness* está siendo incorporada como componente principal o como coadyuvante a todos los modelos de tratamiento psicológico (Miró & Simón Pérez, 2013). “Cada vez es mayor el interés en la eficacia de los enfoques e intervenciones basadas en el *mindfulness* en el tratamiento de problemas como la adicción, el intento de suicidio, la depresión, los traumas y el sida, entre otros” (Hick, Bien & Segal, 2010). Sin embargo, el interés por el *mindfulness* no se limita únicamente al campo de la psicoterapia, sino que también está provocando interés en la investigación básica, especialmente en neurología, también en el ámbito educativo, en el deporte y en el entorno empresarial.

Las publicaciones científicas sobre *mindfulness* comenzaron a aparecer en la década de los setenta y desde entonces su número no ha dejado de aumentar. El crecimiento se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos ante un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones (Black, 2009; citado en Simón, 2010). Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn (1998), citado en Hick, Bien & Segal (2010), realizaron una revisión general de las intervenciones basadas en *mindfulness* documentando la existencia de doscientos cuarenta programas diferentes.

Como explican Hick, Bien & Segal (2010) en su libro, el *mindfulness* está siendo usado en una amplia variedad de entornos clínicos y terapéuticos, y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del dolor crónico (Kabat-Zinn, 1984 y 1990, y Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987), el estrés y la ansiedad (Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998; Kabat-Zinn *et al.*, 1992), depresión (Segal *et al.*, 2002, Teasdale *et al.*, 2000), los trastornos alimentarios (Kristeller y Hallett, 1999), el cáncer (Monti *et al.*, 2006 y Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Speca, 2001) y la conducta suicida (Linehan, Amstrong, Suarez, Allman y Heard, 1991 y Williams, Duggan, Crane y Fennell, 2006).

Los trastornos de ansiedad son algunos sobre los que más se ha investigado la aplicación de protocolos de *mindfulness*. El primer programa que se realizó fue el **Programa de**

Reducción de Estrés Basado en Mindfulness o MBSR. En 1979 Jon Kabat-Zinn fundó la *Stress Reduction Clinic* en el marco del University of Massachusetts Medical Center, donde puso en marcha este programa en 1990, el cual se dirigía a pacientes crónicos en los que la medicina convencional no resultaban demasiado efectivas (Miró & Simón Pérez, 2013). Desde hace más de 20 años se imparte en más de 200 hospitales y clínicas de EE.UU.

Este programa puede ser aplicado de forma masiva pudiendo admitir hasta 30 pacientes por grupo. “El programa básico consiste en ocho semanas de clases diarias de dos a tres horas diarias, coronadas por un encuentro que dura todo un día. La práctica consiste en instrucciones formales guiadas sobre *mindfulness*, yoga o movimientos corporales atentos, y entre cuarenta y cinco minutos y una hora diaria de prácticas meditativas y métodos destinados a mejorar la comunicación e intensificar la conciencia de la vida cotidiana. El programa subraya la importancia de permanecer atentos a las sensaciones corporales presentes, que luego amplía al ámbito de las emociones y de los pensamientos” (Hick, Bien & Segal, 2010). Además, los pacientes cumplimentan unos autorregistros y practican los ejercicios individualmente en casa con la ayuda de cintas y vídeos.

Según Baer y Krietemeyer (2006), citado en Miró (2006), las prácticas que se llevan a cabo, concretamente, son: el ejercicio de la uva pasa, el “Body scan”, la meditación sentado/a, el Hatha Yoga (posturas sencillas con objeto de obtener mayor conciencia de las sensaciones corporales), la meditación caminando, un día de meditación, y la atención plena en la vida cotidiana.

Los trastornos depresivos también han sido objetivo de muchas investigaciones de *mindfulness*, habiendo diversos protocolos publicados para su tratamiento. Uno de ellos es la **Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness o MBCT** de Segal, Williams y Teasdale (2002). Este programa fue desarrollado sobre la base del trabajo de Jon Kabat-Zinn en el programa MBSR, pero integra varios elementos de la terapia cognitiva clásica para la depresión como la educación del cliente, el énfasis en el papel de los pensamientos negativos y el modo en que la evitación y la lucha con las cogniciones y emociones perpetúan el estrés en lugar de resolverlo (Williams et al., 2006; citado en Hick, Bien & Segal, 2010).

El MBCT se ha diseñado específicamente para ayudar a las personas que sufren episodios repetidos de depresión enseñándoles a observar sus pensamientos e intentando aceptarlos en lugar de intentar cambiar su contenido, destinado a reducir la tasa de recaída y recurrencia en la depresión. Según los autores, las recaídas en la depresión crónica se deben a la reactivación de pensamientos negativos cuando surgen estados de ánimo disfóricos en el paciente. En los pacientes depresivos, la exposición a sus pensamientos negativos les permite experimentar las emociones de forma más objetiva y menos reactiva, por lo que si los pacientes atienden de forma consciente a sus estados emocionales negativos aprenden que no hay por qué temerlos o evitarlos (Segal et al., 2002, citado en Pérez & Botella, 2006).

Es un tratamiento con ocho semanas de duración, con sesiones grupales de dos horas y media una vez a la semana, y práctica diaria en casa. Se admiten hasta 12 pacientes por grupo. “Las novedades que introduce este programa respecto al MBSR en las prácticas a realizar son: mini-meditación de tres minutos en la respiración, traer las dificultades a la mente de manera deliberada durante la meditación sentado/a, ejercicios de terapia cognitiva clásica, actividades agradables y de destreza, y planes de acción para la prevención de recaídas” (Miró, 2006).

Existen también protocolos de *mindfulness* aplicados a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. El programa más usado es el **Programa de Prevención de Recaídas basadas en Mindfulness o MBRP** de Bowen, Chawla y Marlatt publicado en 2011, desarrollado en el “Addictive Behaviors Research Center” de la Universidad de Washington, para individuos en recuperación de conductas adictivas, por lo que es más adecuado para personas que se han sometido a un tratamiento inicial y que desean mantener los beneficios de tratamiento y desarrollar un estilo de vida que respalde su recuperación.

“Este programa integra prácticas de *mindfulness* con la tradicional prevención de recaídas. Está diseñado como programa postratamiento para consolidar los progresos conseguidos en el tratamiento de pacientes externos así como para favorecer un estilo de vida responsable en los sujetos en recuperación” (Bowen, Chawla & Marlatt, 2013). Busca aumentar la habilidad de auto-observación del paciente de sus estados emocionales y fisiológicos que puedan activar las conductas de consumo (Penberthy et al., 2015, citado en Hervás et al., 2016).

El MBRP ha sido desarrollado en base a la estructura y el formato de los programas MBSR y MBCT. Así pues, se realiza durante ocho sesiones semanales en formato grupal, que integra habilidades cognitivo-conductuales de prevención de recaídas junto con prácticas de atención consciente. Según Bowen, Chawla & Marlatt, (2013) “el propósito de estas prácticas es incrementar la consciencia de los desencadenantes así como de las reacciones habituales, desarrollar una nueva relación con tales vivencias y aprender habilidades concretas que se puedan utilizar en situaciones de alto riesgo”. Aplicando la atención plena a los sujetos con conductas adictivas se pretende que aprendan a ver las cosas “tal como son” en el momento presente en lugar de centrarse en el futuro.

Por otro lado, para los Trastornos de la personalidad, existe un programa publicado con gran evidencia empírica que es la **Terapia Dialectico Comportamental o DBT**, creada por la Dra. Marsha Linehan en 1993 y aplicada inicialmente para el tratamiento específico de pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), pero actualmente también se utiliza en el tratamiento de la desregulación afectiva en general.

Supone una aproximación biopsicosocial, siendo “un modelo terapéutico que incluye elementos de la terapia cognitivo-conductual, de *mindfulness* y de la filosofía dialéctica” (Elices y Cordero, 2011). Lo que la distingue de la terapia cognitivo-conductual clásica es que busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio.

La DBT se realiza tanto en psicoterapia individual como en grupo mediante el entrenamiento en cuatro habilidades de: toma de conciencia (*mindfulness*), de eficacia interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia al malestar. Esta terapia le otorga gran importancia a la aceptación y a la validación de la conducta, tal como se da en el momento actual, para desde ahí conseguir el cambio. La DBT no marca un límite de duración ni frecuencia en su práctica. El tratamiento se conforma por una serie de etapas en función de las prioridades a tratar, teniendo preferencia aquellas conductas que interfieren más negativamente en la vida del paciente como son las conductas suicidas y las autolesiones. Una vez abordado esto, se pasa a disminuir las conductas que pueden interferir en la terapia, y posteriormente se tratan las conductas que interfieren en la calidad de vida de la persona. Finalmente se le ayuda a aumentar las habilidades comportamentales de las que dispone.

En el caso de los Trastornos alimentarios, el primer programa de entrenamiento basado en *mindfulness* es **Mindfulness-Based-Eating Awareness Training o MB-EAT** (Kristeller y Wolever, 2011) con una duración de 10 sesiones y dos semanas de seguimiento, desarrollado para tratar el trastorno por atracones. Incluye cuatro componentes entre los que se incluyen: cultivando *mindfulness*, cultivando *mindfulness eating*, cultivando *emotional balance* y cultivando *self-acceptance*.

El MB-EAT se focaliza en la aceptación y en la enseñanza de la alimentación consciente. Aunque conceptualmente el MB-EAT es compatible con otros tratamientos para los trastornos de la alimentación, es único en varios aspectos. La formación en *mindfulness meditation* sirve para el cultivo de la conciencia de los procesos involucrados en la decisión de iniciar a comer, en la decisión de dejar de hacerlo y en la elección de los alimentos sin juzgarlos. Ayuda a estas personas a tener las habilidades necesarias para saber responder ante las señales de hambre y saciedad, y les enseña el placer de comer haciendo hincapié en “la calidad sobre la cantidad”. Además, alienta una actitud de aceptación del *self* sin juzgar y el conocimiento del cuerpo y de las emociones, a partir de las experiencias relacionadas con la alimentación.

La evidencia hasta la fecha, por tanto, apoya el valor de MB-EAT en la disminución de los atracones y de los síntomas depresivos, y en la mejora del sentido de auto-control en relación con la alimentación. Además, la investigación en curso sugiere que este programa también pueda adaptarse para el tratamiento de la pérdida de peso.

Otro programa es la **Terapia Dialectico Comportamental o DBT**, creada por la Dra. Marsha Linehan en 1993 y aplicada inicialmente para el tratamiento específico de pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), pero actualmente también se utiliza en el tratamiento de la desregulación afectiva en general.

En el caso de los Trastornos alimentarios hay una adaptación de la DBT para mujeres obsesas con trastorno por atracón, realizada por Telche en 1997 quien diseñó una intervención de 23 sesiones (19 sesiones semanales y 4 mensuales). Esta intervención incluía tres fases: explicación teórica del programa; enseñar los principales componentes de la DBT; y reforzar y generalizar las ganancias. Esta versión adaptada de la DBT se constituye de 20 sesiones semanales de 2 horas de duración, y se centra en los atracones, tanto en pacientes con diagnóstico de trastorno por atracón como de bulimia nerviosa.

Además, combina la terapia individual para trabajar la motivación con la terapia grupal para el entrenamiento de habilidades. En los grupos de tratamiento se enseñan tres de los cuatro módulos de la DBT que se utilizan en los grupos para pacientes diagnosticados de TLP, los cuales son: *mindfulness*, regulación emocional y tolerancia al estrés, excluyendo el módulo de efectividad interpersonal (Bayón & Bonan, 2012).

En el caso del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, se aplica la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** de Twohig, Hayes y Masuda (2006), la cual tiene sus raíces en el conductismo radical de Skinner, siendo el marco desde el que se trabaja el contextualismo funcional. “Desde el punto de vista de la ACT, el sufrimiento psicológico es una parte inseparable de la existencia humana. Sin embargo y paradójicamente, vivimos en un contexto cultural en el que hay creencias muy extendidas de que hay que eliminar el sufrimiento. Cuando este patrón se establece de forma crónica se habla de Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), que es un patrón inflexible, caracterizado por numerosos modos de respuesta que buscan evitar y suprimir o alterar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados, que resultan negativos o se acompañan de malestar, con el fin de poder vivir” (Leon-Quismondo et al., 2014). Ante esto, lo que plantea la terapia ACT es por el contrario, centrarse en la aceptación de las experiencias internas desplazando el foco de los síntomas a los valores y metas vitales del paciente, eliminando la evitación experiencial y generando flexibilidad psicológica.

En el caso específico de las personas con TOC, éstas se centran en sus pensamientos obsesivos y realizan constantemente numerosos y variados comportamientos de evitación para alterar su forma o su frecuencia, lo cual mantiene el problema. Por tanto, la ACT pretende que la persona con TOC cree una nueva relación con sus pensamientos obsesivos y sus sentimientos de ansiedad aceptándolos, y no invierta tanto tiempo tratando de disminuir las obsesiones o las sensaciones de ansiedad. Los principales seis procesos cognitivos que constituyen la ACT son la aceptación, la defusión cognitiva, el yo como contexto, el *mindfulness*, los valores y el comprometerse con la acción.

Por último, en el caso de la Psicooncología y paliativos, el protocolo terapéutico más destacado es el publicado por Jon Kabat-Zinn en 1990, llamado **Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness o MBSR**. Este programa que fue originalmente desarrollado para tratar trastornos crónicos. Actualmente tiene un formato grupal con una duración de 8 semanas teniendo sesiones de 2 horas semanales con múltiples aplicaciones

para la salud mental y física, que incorpora la meditación y el yoga. Se compone de ejercicios de *mindfulness* que se utilizan para aumentar la conciencia sobre las sensaciones, emociones y pensamientos, así como para proporcionar a la persona estrategias de autorregulación, y promover respuestas adaptativas ante situaciones de estrés. El objetivo del programa, por tanto, es que las personas mejoren su conciencia y aceptación de las experiencias momento a momento, incluyendo la incomodidad física y las dificultades emocionales que tienen.

En pacientes con dolor crónico, cáncer y/o fibromialgia el entrenamiento en *mindfulness* permite que se expongan de forma prolongada a sus propias sensaciones observando su cuerpo con amabilidad y curiosidad en ausencia de consecuencias negativas, lo cual puede producir una cierta desensibilización y reducir las respuestas emocionales automáticas provocadas por las sensaciones de dolor. Esto les permite mediante la experiencia, conseguir estar más atentos en su vida diaria, vivir más plenamente y enfrentarse de una manera más amable y compasiva a los problemas.

3.2. EVIDENCIA EMPÍRICA

Desde que empezaron a surgir estudios en el siglo XX sobre el *mindfulness* y sus programas, se han ido haciendo diferentes investigaciones con el objetivo de verificar su eficacia.

Baer (2003) hizo un meta-análisis de estudios publicados hasta el año 2001 sobre el MBSR y el MBCT observando un tamaño del efecto medio-alto de 0,59. Otro meta-análisis sobre el MBSR de Grossman et al. (2004) mostró un tamaño del efecto similar de 0,54. En otro realizado por Hayes et al. (2006) sobre la ACT obtuvieron un tamaño del efecto de 0,48 en los estudios que la comparaban con otras intervenciones, y un 0,66 en los estudios que la comparaban con un placebo, el tratamiento habitual o una lista de espera; todos ellos citados en Pérez & Botella (2006).

Haciendo un análisis de estudios publicados entre el periodo 2000-2006, Pérez Vega (2006), citado en Pérez & Botella (2006), concluyó que se requería más investigación en la mayoría de las patologías que confirmaran la eficacia de los protocolos MBSR, MBCT y DBT.

Por tanto, a continuación se realiza un análisis de la evidencia empírica de los protocolos de intervención para las distintas psicopatologías que dan una visión general del estado del tema. Posteriormente, se hace una revisión más rigurosa de estudios que cumplen con los criterios de inclusión comentados anteriormente para conocer finalmente la eficacia de tales protocolos.

Trastornos de Ansiedad y MBSR.

Según Martín-Asuero & García-Banda (2010) “más de setenta trabajos publicados sobre MBSR en revistas científicas confirman su eficacia para aliviar el malestar psicológico relacionado con la depresión (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000; Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams y Segal, 2002), ansiedad (Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998), dolor crónico (Kabat-Zinn, 1986), mejora del estado de ánimo en personas con cáncer (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Speca, 2001) y con el incremento del bienestar general (Carmody y Baer, 2008; Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig, 2001; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, y Flinders, 2008)”.

Kabat-Zinn *et al.* (1992) utilizaron el programa MBSR aplicado a pacientes con trastorno de ansiedad y ataques de pánico, y encontraron una reducción en los niveles de ansiedad y gravedad de los ataques de pánico durante el transcurso de la aplicación del programa así como a los 3 meses de seguimiento. En un seguimiento a los 3 años de la realización del estudio, encontraron que los beneficios aportados seguían manteniéndose. La limitación del estudio fue que el grupo control no se seleccionó al azar y la muestra fue muy pequeña.

Ramel *et al.* (2004), citado en Pérez & Botella (2006), observaron que el MBSR también resulta eficaz para reducir las rumiaciones en pacientes con ansiedad y depresión, así como determinó Weiss *et al.* (2005), citado en Pérez & Botella (2006), que resulta eficaz “para disminuir el malestar psicológico, incrementar el grado subjetivo en que los pacientes consideran haber alcanzado los objetivos terapéuticos y para acelerar la finalización del tratamiento”.

En otro estudio realizado por McManus, Surawy, Muse, Vazquez-Montes y Williams (2012), citado en Hervás *et al.* (2016), en el que se aplicó el programa MBSR en pacientes con hipocondría, se observó que la ansiedad por la salud se redujo a la mitad al terminar el tratamiento y solo un tercio la mantenía tras un año de seguimiento.

En esta misma línea se han realizado estudios controlados y aleatorizados, entre 2007 y 2017, sobre la aplicación del programa MBSR en los trastornos de ansiedad. Fueron únicamente 3 estudios los que cumplían los criterios de inclusión del presente trabajo:

El primero de ellos es el realizado por Hoge, et al. (2013), en el que escogieron una muestra de 93 personas diagnosticadas de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se les asignó aleatoriamente a un grupo experimental, la terapia MBSR, o a un grupo de control activo, SME (Stress Management Education). El estudio tuvo 8 semanas de duración. Ambas intervenciones redujeron significativamente ($P < .0001$) la puntuación en la *Hamilton Anxiety Rating Scale* de los participantes, pero entre ellas no habían diferencias significativas. Sin embargo, la MBSR se asoció con una disminución significativamente mayor que el grupo activo de la ansiedad y el estrés ($P < .05$) y a un aumento de las autoafirmaciones positiva ($P = .004$) en el resto de las escalas. Por tanto se concluye que el MBSR puede tener un efecto beneficioso sobre los síntomas de ansiedad en el TAG. Sin embargo, este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar la muestra fue relativamente pequeña por lo que necesita grandes replicaciones, y en segundo lugar, algunos de los participantes tomaban medicación psiquiátrica, lo cual podría sesgar los efectos del MBSR.

El segundo estudio, realizado por Hoge, et al. (2017), usó una muestra de 57 personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada con una media de 39 años y siendo el 56% mujeres. Este estudio duró 8 semanas y utilizó un grupo de terapia MBSR y un grupo que participó en una clase de control de la atención. La práctica en MBSR se asoció con una disminución significativa en los días de trabajo parciales perdidos, variable que es importante en pacientes con TAG. Este resultado duró inclusive en el seguimiento posterior de 6 meses. Una mayor práctica de meditación en casa se asoció también con menos pérdida de trabajo y con menos visitas a profesionales de la salud mental. Se concluye por tanto que el entrenamiento en MBSR puede reducir los síntomas de ansiedad, mejorar el funcionamiento ocupacional y disminuir la necesidad de atención médica en adultos con TAG. Sin embargo, el estudio tiene ciertas limitaciones como el pequeño tamaño de la muestra que puede limitar la generalización de los resultados. Otra limitación es la alta tasa de abandono durante el periodo de seguimiento y la alta variabilidad en las tasas de absentismo.

En el tercer estudio, Vøllestad, et al. (2011) llevaron a cabo un estudio de 8 semanas con 66 pacientes con diferentes diagnósticos de trastornos de ansiedad. Estos fueron asignados al azar a un grupo MBSR o a un grupo control de lista de espera. Los que completaron el tratamiento durante las 8 semanas mejoraron significativamente en todas las medidas de resultado en comparación con el grupo control. La muestra completa mostró tamaños del efecto de mediano a grande en medidas de ansiedad (d de Cohen = 0,55-0,97), y un tamaño de efecto grande para los síntomas de depresión (d de Cohen = 0,97). Hubo, por tanto, una mejoría en síntomas de depresión y ansiedad, resultados que se mantuvieron a los seis meses de seguimiento. Por tanto, se puede afirmar que el protocolo MBSR es un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad y sintomatología relacionada. Una limitación del estudio fue el empleo de un único evaluador, lo que impide una adecuada evaluación de fiabilidad y validez del diagnóstico. Otra limitación fue la falta de evaluación de la adherencia al protocolo.

Trastornos Depresivos y MBCT.

El Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica (NICE británica) ha respaldado el programa MBCT para la depresión como un tratamiento eficaz para la prevención de recaídas en la depresión, de igual forma que las guías de Australia y Nueva Zelanda lo integran como tratamiento de elección para esta patología (Hervás, et al., 2016).

La MBCT tiene un alto nivel de eficacia consolidado “para la prevención de recaídas en la depresión en participantes con más de dos o tres episodios previos de depresión mayor (Strauss, Cavanagh, Oliver y Pettman, 2014), mostrando un riesgo de reducción de la recaída depresiva dentro de un período de seguimiento de 60 semanas en comparación con las condiciones de control (Kuyken, et al., 2016)”, citado en Hervás, et al. (2016).

Kenny y Williams (2007), Ma y Teasdale (2004) y Teasdale *et al.* (2000), citado en Hick, Bien & Segal (2010), en dos ensayos clínicos bien controlados también demostraron que el MBCT reduce entre el 40 y el 50% la probabilidad de recaída de quienes han sufrido tres o más episodios previos de depresión.

El MBCT demostró también su eficacia respecto al tratamiento habitual en un estudio de Teasdale et al. (2000), citado en Pérez & Botella (2006), donde participaron pacientes con

depresión crónica los cuales tuvieron reducciones significativas en la tasa de recaída respecto al grupo control, durante las 60 semanas que duró el estudio.

Un meta-análisis, citado en Hervás, et al. (2016), realizado con estudios controlados aleatorizados, muestra cómo el MBCT puede hacer que disminuya significativamente la gravedad de los síntomas primarios en personas con un trastorno depresivo actual (Strauss et al., 2014); o que disminuya el número de episodios depresivos mayores en comparación con los controles (Shawyer, Enticott, Ozmen, Inder y Meadows, 2016).

En esta misma línea se han realizado estudios controlados y aleatorizados, entre 2007 y 2017, sobre la aplicación de los programas MBCT en los trastornos depresivos. Fueron únicamente 3 estudios los que cumplían los criterios de inclusión del presente trabajo:

En el primer estudio, Pots, et al. (2014) realizaron un ensayo controlado y aleatorizado sobre el protocolo MBCT como intervención pública en 776 adultos con leve a moderada sintomatología depresiva y 75 adultos controles durante una duración de 11 sesiones, por lo que hubieron dos grupos asignados al azar: la intervención MBCT y el grupo control de lista de espera. En la condición experimental se encontraron reducciones significativas en la depresión, ansiedad y evitación experiencial, además de mejoras en la atención plena y la salud mental y emocional, en comparación con el grupo control (tamaños del efecto D de Cohen=0.31-0.56). Estos resultados se mantuvieron en un seguimiento de 3 meses. Por tanto, la MBCT se evidencia como una intervención pública de salud mental eficaz para adultos con síntomas depresivos de leves a moderados, siendo además efectiva y aplicable en un entorno natural. Una limitación de este estudio fue el corto periodo de seguimiento, así como que la muestra se escogió de forma aleatoria de la población en general, habiendo mucha diferencia de muestra entre el grupo experimental y el control. Además, las medidas de ansiedad fueron autoinformadas y no diagnosticadas, por lo que la generabilidad de los resultados en pacientes clínicos no puede ser confirmada.

Un segundo estudio controlado y aleatorizado de Barnhofer et al. (2009) se realizó con pacientes con depresión crónica recurrente, al menos tres episodios previos de depresión, y un historial de ideación suicida. Fueron asignados al azar a un grupo MBCT (N=14) o a un tratamiento habitual (TAU) (N=14). El estudio se llevó a cabo durante 8 sesiones semanales de 2 horas. Los resultados mostraron que los pacientes que habían recibido MBCT disminuyeron los síntomas de depresión de niveles severos a leves, mientras que no

hubo cambios en el grupo TAU. Sin embargo no hubieron cambios significativos en las ideaciones suicidas en ninguno de los dos grupos. Una limitación del estudio es que los principales hallazgos con respecto a la gravedad de los síntomas depresivos se basan en auto-informes, que son susceptibles de sesgos subjetivos. Además tiene una muestra pequeña y, por lo tanto, limitada en su generalización. Aún así, proporciona evidencia preliminar de que el MBCT se puede utilizar para reducir los síntomas actuales en pacientes que sufren un curso prolongado de depresión.

El tercer estudio sobre el MBCT en pacientes diagnosticados de trastorno depresivo fue el de Barnhofer, et al. (2015). En este estudio se investiga si el entrenamiento en *mindfulness* podría ayudar a debilitar el vínculo entre los síntomas depresivos y las cogniciones suicidas. Se escogió a pacientes con síntomas suicidas con al menos tres episodios previos de depresión mayor y se les asignó de forma aleatoria a un grupo MBCT, o a un grupo de psicoeducación cognitiva (CPE), o a un tratamiento habitual (TAU). La duración del estudio fue de 8 sesiones semanales de 2 horas. Los resultados mostraron que en el grupo MBCT hubo una reducción en las cogniciones suicidas, aunque no hubo cambio en los síntomas depresivos. Además de ello, hubo una asociación significativamente menor entre los niveles de síntomas depresivos y las cogniciones suicidas en el grupo que había recibido MBCT en comparación con los otros dos grupos. Por tanto, los resultados sugieren que en el contexto de la prevención de la recaída en este grupo de pacientes, el entrenamiento en *mindfulness* puede ayudar a debilitar eficazmente la asociación entre los síntomas depresivos y las cogniciones suicidas y así reducir la vulnerabilidad en la recaída de la depresión suicida. Una de las limitaciones del estudio fue que redujeron la muestra considerablemente porque descartaron a los participantes que tenían niveles de síntomas tanto bajos como severos de depresión, por lo que el ser una muestra pequeña hace que los resultados no sean generalizables.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos y MBRP.

Los resultados sobre la eficacia del programa MBRP todavía son escasos. Por ejemplo, en un estudio aleatorizado realizado por el autor del programa, Bowen et al. (2011), el programa MBRP de 8 semanas de duración se mostró eficaz a los 12 meses en los participantes, ya que redujeron el número de días de consumo de alcohol y de sustancias en comparación con el grupo control.

En esta misma línea se han realizado estudios controlados y aleatorizados, entre el 2007 y 2017, sobre la aplicación del programa MBRP en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Fueron únicamente 2 estudios los que cumplían los criterios de inclusión del presente trabajo:

En el primer estudio de Bowen, et al. (2009) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado para evaluar la eficacia del MBRP durante 8 semanas, en comparación con el tratamiento habitual (TAU). Los participantes fueron 168 pacientes ambulatorios con trastornos por uso de sustancias que habían recibido recientemente un tratamiento intensivo. Los resultados mostraron tasas significativamente más bajas en el consumo de sustancias en aquellos pacientes que habían recibido el programa de prevención MBRP en comparación con los de TAU, resultados que se mantuvieron durante un seguimiento de 4 meses. Además los pacientes asignados a la condición MBRP demostraron una disminución en el “craving” e incrementos en la aceptación y el uso del *mindfulness* comparado con el grupo TAU. Sin embargo, la brevedad del periodo de seguimiento limitó el poder observar los efectos del tratamiento a largo plazo.

En el segundo estudio de Bowen, et al. (2014) se evaluó la eficacia a largo plazo del MBRP durante 8 semanas de tratamiento en la reducción de la recaída, en comparación con otros dos grupos: Prevención de Recaídas (RP) y el tratamiento habitual (TAU). Los participantes tenían entre 18 y 70 años de edad, de los cuales el 71,5% eran hombres y el 42,1% eran de minoría étnica. En comparación con el grupo TAU, los participantes de los grupos RP y MBRP mostraron un riesgo significativamente menor de recaída por consumo de sustancias y de alcohol, tras la intervención. Los que usaron sustancias reportaron significativamente menos días de uso de sustancias y de consumo de alcohol, en un seguimiento tanto de 3, 6 como de 12 meses. A los 3 meses de seguimiento no se encontró diferencias entre los grupos. A los 6 meses de seguimiento la RP mostró una ventaja sobre MBRP en el tiempo hasta el primer consumo de drogas, sin embargo los participantes de la MBRP informaron de menos días en el consumo de sustancias y alcohol en el seguimiento de 12 meses en comparación con los otros dos grupos. Estos hallazgos sugieren que los beneficios de la MBRP en personas con trastorno por consumo de sustancias pueden mantenerse a largo plazo gracias a la práctica continuada en el tiempo, ya que puede fortalecer la capacidad de controlar y abordar los factores que contribuyen a un bienestar general.

Trastornos de Personalidad y DBT.

En la actualidad la DBT es el tratamiento con mayor evidencia empírica para el TLP, siendo eficaz en la reducción de la sintomatología característica del trastorno como son los intentos suicidas, las autolesiones, la desesperanza, los comportamientos asociados a la bulimia, la depresión, etc. (Lynch et al., 2007). “De hecho, fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados” (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991; Linehan y Heard, 1993; Linehan, Heard y Armstrong, en prensa; citado en Linehan, M., 2010).

Diferentes estudios desarrollados por Linehan et al. (1991, 1993, 1994, 2006), citado en Pérez & Botella (2006), han mostrado que la DBT es una intervención eficaz para el TLP, siendo superior al tratamiento habitual en variables como “la frecuencia y el riesgo médico de la conducta parasuicida, el número de días de hospitalización, la utilización de servicios de emergencia, la ira, el funcionamiento psicológico y el ajuste social”.

Evershed et al. (2003) concluyeron que además la DBT también era eficaz para reducir la frecuencia y la gravedad de los actos violentos, para reducir la ira y la hostilidad física y verbal. También “se han obtenido reducciones en las medidas de ideación suicida, desesperanza, depresión e ira expresada (Koons et al., 2001), en las conductas impulsivas y parasuicidas (Van den Bosch et al., 2005), en la adherencia al tratamiento y la frecuencia de las conductas automutiladoras (Verheul et al., 2003)”, y en las puntuaciones de experiencias disociativas, depresión, ansiedad, estrés global y actos parasuicidas en mujeres ingresadas con TLP (Bohus et al., 2000), todo ello citado en Pérez & Botella (2006).

Pacientes ingresados con TLP que además tenían otro trastorno severo comórbido, mostraron también una disminución de la ideación suicida, de las conductas que interfieren con la calidad de vida y de sus síntomas generales y psiquiátricos tras ser tratados con DBT (Ben-Porath et al., 2004, citado en Pérez & Botella, 2006).

Otra versión intensiva de DBT llevada a cabo por McQuillan et al. (2005) consiguió una “reducción en las puntuaciones de depresión y desesperanza, así como una mejora en la adaptación de pacientes ambulatorios diagnosticados de TLP y en sus crisis”. También un grupo de adolescentes diagnosticados de TLP mostraron reducciones en el número de

hospitalizaciones psiquiátricas y mayor adherencia al tratamiento que el grupo control (Rathus y Miller, 2002), todo ello citado en Pérez & Botella, 2006.

En esta misma línea se han realizado estudios controlados y aleatorizados, entre el 2007 y 2017, sobre la aplicación del programa DBT en los trastornos de personalidad. Fueron únicamente 3 estudios los que cumplían los criterios de inclusión del presente trabajo:

En el primer estudio, Carter, et al. (2010) realizaron un ensayo controlado y aleatorizado durante 6 meses en mujeres con TLP con antecedentes de autolesión deliberada e ingresos hospitalarios. Había un grupo DBT y un grupo control (tratamiento habitual más lista de espera para DBT: TAU+WL). Ambos grupos mostraron una reducción en las autolesiones y las hospitalizaciones, pero no hubo diferencias significativas entre ellos. Sin embargo el grupo DBT mejoró significativamente la calidad de vida (dominios físico, psicológico y ambiental) y redujo la discapacidad (días pasados en cama). Una limitación del estudio es que no tuvieron datos suficientes de los participantes porque los dos grupos no realizaron las mismas horas de tratamiento, por lo que no se puede afirmar que los resultados obtenidos se deban a los efectos específicos del tratamiento, sino que puede ser que también se deban a las diferencias en las horas realizadas, por lo que los resultados no son generalizables.

En el segundo estudio llevado a cabo por Kramer, et al. (2016) realizaron un estudio controlado y aleatorizado sobre el efecto del entrenamiento en DBT en pacientes TLP y cómo la ira asertiva media en ellos. Se escogió una muestra de 41 pacientes con TLP, los cuales fueron asignados al azar al tratamiento DBT (n=21) o al tratamiento habitual (TAU; n=20), durante 20 semanas de tratamiento. En la primera parte del estudio se examinó el resultado del entrenamiento en las habilidades de DBT: *mindfulness*, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal y regulación emocional. Los resultados mostraron que la reducción de los síntomas fue significativamente mayor en el entrenamiento de habilidades informado por el grupo DBT en comparación con el grupo TAU. En la segunda parte, se evaluó tanto al inicio como al final del estudio los niveles de ira de los pacientes. Los resultados mostraron que el entrenamiento en habilidades DBT produjeron mayores niveles de ira asertiva primaria en comparación con el grupo TAU, mientras que no se encontró ningún efecto para la ira secundaria. Los cambios en la ira asertiva mediaban la reducción de los síntomas informados. Una de las limitaciones del estudio fue que solo evaluaron los tipos de ira en un formato estructurado, pero no usaron una evaluación ambulatoria en la

vida cotidiana de los pacientes. Además los resultados se evaluaron con cuestionarios de auto-informe, que tal vez pudieran estar sesgados por el paciente. Otra limitación es que los efectos a los 3 meses de seguimiento no les permitieron llegar a conclusiones firmes con respecto a los efectos a largo plazo de la intervención.

En el tercer estudio, McMain, et al. (2017) escogieron una muestra de 84 pacientes ambulatorios para aplicarles el tratamiento durante 20 semanas, los cuales fueron asignados aleatoriamente a un grupo DBT (n=42) o a un grupo de lista de espera (n=42). Este estudio pretendía investigar la eficacia del protocolo DBT en pacientes con TLP, con antecedentes de al menos dos episodios suicidas y/o episodios suicidas o no suicidas autolesivos en los últimos 5 años, habiendo ocurrido uno de ellos en las 10 semanas anteriores al estudio. Los resultados mostraron que los participantes de la DBT habían obtenido mayores reducciones en las conductas suicidas y en los episodios autolesivos suicidas o no suicidas, así como mejoras significativas en las habilidades de afrontamiento, entre el inicio y las 32 semanas tras el estudio, manteniéndose los resultados ($P < 0.0001$), en comparación con el grupo de lista de espera. Además mostraron mayores mejoras que los controles en las medidas de ira, tolerancia a la angustia, ajuste social, regulación emocional, y uso de la atención médica, pero estos resultados disminuyeron a las 32 semanas post-tratamiento. Por tanto, este estudio indica que el entrenamiento en habilidades DBT produce mejoras sobre el manejo en los síntomas del TLP. Sin embargo este estudio tuvo ciertas limitaciones como el hecho de que hubiera un grupo control de lista de espera y no un grupo de control activo; que algunas medidas se evaluaran únicamente con auto-informes, las cuales podrían por tanto estar sesgadas; y finalmente que el seguimiento fuera de únicamente 3 meses.

Trastornos alimentarios, MB-EAT y DBT.

Un estudio realizado con el tratamiento MB-EAT, que combina estrategias basadas en la aceptación con estrategias conductuales más tradicionales, ha demostrado que estas conjuntamente tienen un impacto positivo mayor en la pérdida de peso, a diferencia del uso único de un tratamiento conductual, lo cual sugiere que tal vez pueden producir de forma conjunta efectos positivos en la pérdida de peso y que estos se mantengan a largo plazo (Katterman, et al. 2014).

Por otro lado, en otros dos estudios en los que se aplicó el programa DBT y que se llevaron a cabo con mujeres bulímicas, obtuvieron una reducción de los atracones y de las conductas purgativas (Safer et al., 2002, citado en Pérez & Botella, 2006), así como reducciones en los días de atracón, los episodios con atracón, la preocupación por el peso, la figura y la comida, la ira, la ansiedad, la depresión y los afectos negativos (Telch et al., 2001, citado en Pérez & Botella, 2006).

En esta misma línea se han realizado estudios controlados y aleatorizados, entre 2007 y 2017, sobre la aplicación de los programas MB-EAT y DBT en los trastornos alimentarios. Fueron únicamente 2 estudios los que cumplían los criterios de inclusión del presente trabajo:

El estudio encontrado sobre el MB-EAT fue el de Kristeller, et al. (2013). Hicieron un estudio en el que se exploró la eficacia del MB-EAT durante 12 sesiones de tratamiento grupal, comparándolo con un tratamiento psicoeducativo/cognitivo-conductual (PECB) y un grupo control de lista de espera, sobre una muestra aleatorizada de 15 personas con obesidad o sobrepeso, el 66% de los cuales cumplían criterios para el trastorno por atracón (BED). El MB-EAT y el PECB, comparados con el grupo control, mostraron mejoras en los días con atracones por mes durante el primer hasta el cuarto mes siguientes de seguimiento. A los 4 meses post-tratamiento, el 95% de los participantes con trastorno por atracón y que habían recibido el tratamiento MB-EAT ya no cumplían los criterios, a diferencia del grupo PECB que los redujo en un 76%. Además, los atracones que se daban eran significativamente menores. Los resultados, por tanto, sugieren que el MB-EAT decrece los atracones y los síntomas relacionados. Una de las limitaciones del estudio es que el periodo de seguimiento fue de únicamente 4 meses por lo que no se puede afirmar que los resultados se mantienen a largo plazo. En resumen, la intervención MB-EAT parece prometedora en el tratamiento de los trastornos por atracón y la obesidad.

En el caso de la terapia DBT, Masson, et al. (2013) llevaron a cabo un estudio de 13 semanas con personas diagnosticadas de trastorno por atracón de las cuales el 88,3% eran mujeres, con una media de 42,8 años de edad. Fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de autoayuda guiada telefónicamente basada en DBT (n=30) o a un grupo de lista de espera (WL, n=30). Todos los participantes fueron evaluados antes y después del tratamiento mediante entrevista y auto-informe. Los resultados mostraron que al cabo de un mes del tratamiento los participantes del grupo DBT informaron de una reducción en

los episodios de atracones en comparación al grupo control. Así como que mostraron tasas significativamente mejores en la abstinencia de los atracones, menos psicopatología del trastorno alimentario y una mejor calidad de vida; resultado que se mantuvo a los seis meses de seguimiento. En comparación con el grupo control, al final del tratamiento las personas del grupo de DBT mejoraron sus habilidades de regulación emocional autoinformadas, mostrando además una mejora significativa a los seis meses. En el post-tratamiento, el 30% de las personas aleatorizadas para recibir tratamiento habían abandonado. Estos resultados preliminares pueden ofrecer una opción de tratamiento eficaz para los trastornos por atracón. Sin embargo, en este tratamiento existen ciertas limitaciones entre las que se encuentran el periodo de seguimiento corto, por lo que se necesitaría un seguimiento más largo para evaluar los resultados a largo plazo. Otra limitación es que sin un grupo de control activo no es posible determinar si los resultados del tratamiento se deben a aspectos específicos de este tratamiento. Además este estudio probablemente carecía de poder para explorar los predictores de ciertas variables como por ejemplo, la abstinencia de atracones. En resumen, los hallazgos de este estudio sugieren que el protocolo DBT puede ser eficaz para reducir los atracones y mejorar otros aspectos de la salud mental durante seis meses.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo y ACT.

Twohig et al. (2008), citado en Pérez & Botella (2006), aplicaron la terapia ACT en pacientes con TOC y hallaron una reducción de las compulsiones tanto al final del tratamiento como a los tres meses de seguimiento. Encontraron también “cambios positivos en la ansiedad, en la depresión, en la evitación experiencial, en la credibilidad de las obsesiones y en la necesidad de responder a ellas”.

En el caso del TOC, no se encontraron estudios que cumplieran los criterios de inclusión, ya que la investigación sobre la terapia de Aceptación y Compromiso para el TOC es reducida y aún más cuando se trata de estudios controlados y aleatorizados.

Psicooncología y paliativos y MBSR.

El MBSR es el tratamiento con *mindfulness* que se ha usado en pacientes oncológicos y paliativos, especialmente para enfermedades como el cáncer, dolor crónico y fibromialgia. Su eficacia en la reducción del estrés ha sido empíricamente validada en numerosos

estudios (Greensom, 2009; Ivanovski y Malhi, 2007; Praissman, 2008; citado en Quintana y Rincón, 2011). Un ejemplo de ello es el de Speca *et al.* (2000), citado en Allen *et al.* (2006), que investigaron los efectos del MBSR en un grupo de pacientes con cáncer y encontraron una reducción significativa en la alteración del estado de ánimo y en los niveles de estrés. También Reibel *et al.* (2001), citado en Allen *et al.* (2006), estudiaron los efectos del MBSR en un grupo de pacientes con un diagnóstico variado, tanto con sintomatología médica como psicológica, y encontraron mejoras significativas en ambos tipos de síntomas.

En un metaanálisis realizado por Zainal, Booth y Huppert (2013), citado en Hervás *et al.* (2016), con una muestra de pacientes con cáncer de pecho, encontraron que tras la intervención con MBSR los pacientes mostraron un tamaño del efecto medio para la depresión y medio-alto para la ansiedad y estrés.

En otro estudio hecho con una muestra de mujeres con cáncer de pecho obtuvieron mejores resultados en la calidad del sueño los pacientes tratados con MBSR que el grupo control (Shapiro *et al.*, 2003), así como “reducciones en las medidas de estrés y ansiedad y mejoras en el ajuste mental al cáncer” (Tacón *et al.*, 2004). Hay resultados positivos también en la calidad de vida y en los problemas de sueño en pacientes con cáncer de próstata (Carlson *et al.*, 2001, 2003, 2004 y 2005), todos ellos citados en Pérez & Botella, 2006.

En el caso del dolor crónico, en diferentes estudios afirmaron de mejoras en los índices de dolor, en la interferencia del dolor con la vida diaria, en las alteraciones del humor y en el conjunto de síntomas médicos tras haberse tratado con el programa MBSR (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn *et al.*, 1985, 1987; Randolph *et al.*, 1999). En otro estudio llevado a cabo por Sagula *et al.* (2004) reportaron mejoras en las medidas de afrontamiento, en la respuesta a la pérdida que el dolor supone, en la ansiedad estado/rasgo y en la depresión, todos citados en Pérez & Botella, 2006.

En un estudio aleatorizado publicado por Kabat-Zinn *et al.* (1985), citado en Hervás *et al.* (2016), se comparó la aplicación del MBSR con el tratamiento habitual en una muestra de pacientes con dolor crónico. Los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión, así como en los niveles de dolor y la discapacidad asociada, resultados que se mantuvieron a los 15 meses de seguimiento.

En otro estudio realizado por Davis, Zautra, Wolf, Tennen y Yeung (2015), citado en Hervás et al. (2016), sobre pacientes con artritis reumatoide se comparó el programa MBSR con dos medidas: intervención cognitivo-conductual para el dolor e intervención educativa sobre la enfermedad. Los resultados mostraron que el MBSR fue más eficaz en la catastrofización del dolor, en algunas medidas de discapacidad asociada y en los niveles de ansiedad y reactividad al estrés que las otras dos intervenciones.

Finalmente en pacientes con fibromialgia hay algunos estudios que demuestran eficaz la intervención con MBSR en este tipo de enfermos, viéndose superior respecto al grupo control. Por ejemplo, un estudio hecho con pacientes con fibromialgia informó de mejoras en cuanto al dolor, al sueño y al impacto de la enfermedad (Goldenberg et al., 1994); así como mejoras significativas en las puntuaciones de depresión somática y cognitiva en otro estudio realizado por Sephton et al. (2007). También se obtuvo que los pacientes con fibromialgia, en comparación con un grupo control, reportaban de un incremento en su sentido de coherencia, entendido como la disposición a entender la vida con sentido (Weissbecker et al., 2002), todos citados en Pérez & Botella, 2006. Sin embargo la evidencia no es del todo esclarecedora y sólida, ya que como demuestra un metaanálisis de Lauche, Cramer, Dobos, Langhorst y Schmidt, 2013, citado en Hervás et al. (2016), los resultados que se obtienen no parecen mantenerse a medio plazo.

En esta misma línea se han realizado estudios controlados y aleatorizados, entre 2007 y 2017, sobre la aplicación del programa MBSR en el cáncer y el dolor crónico. Fueron únicamente 3 estudios los que cumplían los criterios de inclusión del presente trabajo:

El objetivo del primer ensayo controlado aleatorizado realizado por Lengacher et al. (2016) fue evaluar la eficacia del programa MBSR en la mejora de los síntomas psicológicos y físicos y la calidad de vida entre una muestra de 322 mujeres supervivientes al cáncer de mama. Fueron asignadas al azar a un programa de 6 semanas de MBSR (N=155) o a un grupo de tratamiento habitual (N=167). Los resultados mostraron una mejoría prolongada en el tiempo en el grupo MBSR en comparación con el otro grupo tanto en síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés y miedo a la recurrencia) como en síntomas físicos (fatiga y dolor). El tamaño total del efecto fue mayor por el miedo a problemas de recurrencia ($D=0,35$) y severidad de la fatiga ($D=0,27$). Una limitación del estudio fue que tendría que haber incluido un grupo activo comparativo, para controlar así los efectos de

las expectativas, los tiempos y la atención. Además, hubo algunos sesgos de selección en los grupos.

En el segundo estudio Johns, et al. (2015) hicieron un estudio en el que examinaron la eficacia de la MBSR para la fatiga persistente y sintomatología relacionada, en una muestra de 35 supervivientes de cáncer durante 7 semanas. Fueron asignados aleatoriamente a un grupo de MBSR o a una condición control de lista de espera. Los resultados mostraron que el grupo MBSR había obtenido grandes reducciones en la sintomatología de los participantes: interferencia por fatiga ($d = -1,43$, $p < 0,001$), gravedad de la fatiga ($d = -1,55$, $p < 0,001$), vitalidad ($d = 1,29$, $p < 0,001$), depresión ($d = -1,30$, $p < 0,001$) y trastornos del sueño ($d = -0,74$, $p = 0,001$). Los resultados se mantuvieron o fortalecieron al mes de seguimiento, momento en el que se produjeron mejoras significativas en la discapacidad ($d = -1,22$, $p < 0,002$) y ansiedad ($d = -0,98$, $p = 0,002$). A los 6 meses de seguimiento los resultados se mantuvieron. La adherencia al tratamiento fue alta con un 90% de asistencia en todos los grupos y también hubo altas tasas de práctica domiciliaria. Una de las limitaciones del estudio fue que la muestra no era representativa de la población general ya que estaban seleccionadas de una misma institución, sin embargo el tipo de cáncer en cada persona sí que fue heterogéneo por lo que sí que es generalizable. Otra limitación es la falta de un grupo activo comparativo o control de la atención.

El tercer estudio controlado y aleatorizado sobre la intervención con MBSR se realizó sobre pacientes con dolor crónico y fue el de la Cour P, Petersen M. (2015). Utilizaron una muestra de 109 pacientes con dolor crónico no específico, los cuales fueron asignados al azar a un grupo MBSR y a una condición control de lista de espera. El estudio tuvo una duración de 8 sesiones de 3 horas y 1 sesión de 4,5 horas. Los resultados del estudio mostraron que el MBSR tuvo efectos significativos en la vida de los pacientes con dolor crónico a largo plazo en comparación con el grupo de lista de espera. Hubo un tamaño del efecto medio inmediatamente después del tratamiento y un tamaño del efecto menor no significativo en el seguimiento de 6 meses. Sin embargo, hubo tamaños del efecto mayores en distintas áreas de la vitalidad, especialmente en las áreas de aceptación del dolor, control del dolor, y ansiedad en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo control. Se encontraron tamaños de efecto medio para la calidad de vida de la salud mental, incluido el bienestar psicológico y los síntomas depresivos más bajos. Se encontraron

pequeños tamaños del efecto que no alcanzaron significación estadística para las medidas de dolor. Algunas de las limitaciones del estudio son, por ejemplo, la cantidad de abandonos del tratamiento y cuestionarios no completados, lo cual supone un problema para la interpretación de los resultados. Además el estudio no tiene en cuenta la probabilidad de una mejora natural inespecífica durante el periodo de seguimiento; así como que las diferencias en cuanto a las muestras en ambos grupos también puede haber influido en los resultados a favor del grupo de tratamiento.

4. RESULTADOS

Los estudios controlados y aleatorizados utilizados en el presente trabajo y especificados en el diagrama de flujo han servido para analizar y conocer la eficacia de los protocolos de intervención basados en *mindfulness* desarrollados anteriormente.

En los trastornos de ansiedad, tras la aplicación del protocolo MBSR, se evidencian reducciones en los niveles de ansiedad y los efectos se mantienen generalmente a los 6 meses de seguimiento. Además, los beneficios de la intervención se observan también en una reducción de la interferencia laboral, reducciones en el estrés, mejoras en las autoafirmaciones positivas y en los síntomas depresivos.

En los pacientes con trastornos depresivos, tras la intervención MBCT, se obtienen mejorías en la sintomatología depresiva. Además, muestran también una reducción en los niveles de ansiedad, en la evitación experiencial y en las cogniciones suicidas asociadas a la sintomatología depresiva, así como un aumento de la atención plena y de la salud mental y emocional.

En los pacientes con trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, tras aplicar el protocolo MBRP, estos reducen el consumo de sustancias, manteniéndose estos resultados entre los 4 y los 12 meses de seguimiento. Otros beneficios del programa son la reducción en el riesgo de las recaídas y del craving, así como el aumento de la aceptación y del uso de la atención plena.

Tras la aplicación de la DBT en pacientes con Trastorno límite de la personalidad, se obtienen reducciones en los episodios autolesivos y mejoras en los niveles de ira. Además, se observan reducciones en el número de hospitalizaciones y la discapacidad tras la

intervención, así como mejoras en la calidad de vida, en la tolerancia a la angustia y en la regulación emocional.

En los trastornos de la conducta alimentaria, tras la aplicación tanto del MB-EAT como de la DBT, se obtienen reducciones en los episodios de los atracones para pacientes diagnosticados de trastorno por atracón. Otros efectos observados de los tratamientos son reducciones en la sintomatología del trastorno alimentario, así como mejorías en la abstinencia de los atracones, en la calidad de vida y en las habilidades de regulación emocional.

En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo no se han encontrado estudios controlados y aleatorizados con los criterios de inclusión expuestos y que utilicen como intervención la terapia ACT, por lo que los resultados de eficacia no son concluyentes en este trastorno.

Finalmente, en las enfermedades psicooncológicas como el cáncer y el dolor crónico, tras la aplicación del protocolo MBSR, se muestran reducciones de la sintomatología psicológica como los niveles de ansiedad y depresión, así como de la sintomatología física como la fatiga o el dolor.

A continuación se ven de forma más específica y detalla los resultados de los estudios, así como los puntos en común entre ellos y sus diferencias.

Tabla 8. Trastornos de ansiedad

MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)			
DESCRIPTORES	“MBSR AND ANXIETY”: se obtuvo 40 resultados de los cuales se escogieron 3 que cumplieran con los criterios de inclusión.		
AUTOR/ES	Hoge, et al. (2013)	Hoge et al. (2017)	Vøllestad, et al. (2011)
MUESTRA	93 personas con TAG.	57 personas con TAG con media de edad 39 años y siendo un 56% mujeres.	66 pacientes con diferentes trastornos de ansiedad.
GRUPOS	Compara el MBSR con un control activo (SME: Stress Management Education) para el Trastorno de ansiedad generalizada.	Grupo de terapia MBSR o grupo que participa en una clase del control de la atención.	Grupo MBSR o grupo control.
N° SESIONES	8 semanas	8 semanas	8 semanas
RESULTADOS	Ambas intervenciones redujeron significativamente ($P < .0001$) la puntuación en la Hamilton Anxiety Rating Scale, pero entre ellas no diferían significativamente. La MBSR se asoció a una disminución significativa de la ansiedad y el estrés y en un aumento de las autoafirmaciones positivas en diferentes escalas. Por tanto el MBSR puede tener un efecto beneficioso sobre los síntomas de ansiedad en el TAG.	La participación en MBSR se asoció con una disminución significativa en los días de trabajo parciales perdidos, efecto que duró inclusive en el seguimiento posterior de 24 semanas. Una mayor práctica de meditación en casa se asoció con menos pérdida de trabajo y con menos visitas a profesionales de la salud mental. Se concluye por tanto que el entrenamiento en MBSR puede reducir los síntomas de ansiedad, mejorar el funcionamiento ocupacional y disminuir la atención a los cuidados de la salud en adultos con TAG.	Los que completaron el tratamiento durante 8 semanas mejoraron significativamente en todas las medidas de resultado en comparación con el grupo control. La muestra completa mostró tamaños de efecto de mediano a grande en medidas de ansiedad (d de Cohen = 0,55-0,97), y un tamaño de efecto grande para los síntomas de depresión (d de Cohen = 0,97). Las ganancias se mantuvieron a los seis meses de seguimiento. Hubo por tanto una mejoría en síntomas de depresión y ansiedad. Por tanto, MBSR es un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad y sintomatología relacionada.

Como se puede observar en la tabla anterior, los estudios que utilizan el protocolo MBSR como intervención para los trastornos de ansiedad tienen diversos puntos en común:

- La duración de las intervenciones es de 8 semanas para cada una de ellas, tal como establece el protocolo.
- En todos ellos se observa una reducción en los niveles de ansiedad.
- El estudio de Hoge et al. (2017) y el estudio de Vøllestad, et al. (2011) realizan un seguimiento a los 6 meses y se observa que se mantienen los efectos del tratamiento.

En cambio, se muestran una serie de diferencias entre ellos:

- El estudio de Hoges, et al. (2017) se focaliza en el número de días de no asistencia en el trabajo así como el número de visitas médicas, obteniendo resultados favorables en estas variables tras la aplicación de la intervención.
- El estudio de Hoges, et al. (2013) observa también reducciones en el estrés y mejoras en las autoafirmaciones positivas.
- El estudio de Vøllestad, et al. (2011) refleja mejorías en los síntomas de depresión tras la aplicación del MBSR.

Tabla 9. Trastornos depresivos

MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)			
DESCRIPTORES	“ MBCT AND DEPRESSION ”: se obtuvo 37 resultados de los cuales se escogieron 3 que cumplieran con los criterios de inclusión.		
AUTOR/ES	Pots, et al. (2014)	Barnhofer, et al. (2009)	Barnhofer, et al. (2015)
MUESTRA	776 adultos con leve a moderada sintomatología depresiva y 75 adultos controles.	14 pacientes con depresión crónica recurrente y 14 personas controles.	Pacientes con síntomas suicidas con al menos tres episodios previos de depresión mayor.
GRUPOS	Intervención MBCT o grupo control (lista de espera).	Grupo MBCT o tratamiento habitual (TAU).	Grupo MBCT, o grupo de psicoeducación cognitiva (CPE), o tratamiento habitual (TAU).
Nº SESIONES	11 sesiones	8 sesiones de 2 h	8 sesiones de 2 horas
RESULTADOS	En la condición experimental se encontraron reducciones significativas en la depresión, ansiedad y evitación experiencial, además de mejoras en la atención plena y la salud mental y emocional, en comparación con el grupo control. Estos resultados se mantuvieron en un seguimiento de 3 meses. Por tanto, la MBCT se evidencia como una intervención pública de salud mental eficaz para adultos con síntomas depresivos leves a moderados.	Los resultados mostraron que los pacientes que habían recibido MBCT disminuyeron los síntomas de depresión de niveles severos a leves, mientras que no hubo cambios en el grupo TAU.	Hubo una asociación significativamente menor entre los niveles de síntomas depresivos y las cogniciones suicidas en el grupo que había recibido MBCT que en los otros dos grupos. Por tanto, los resultados sugieren que en el contexto de la prevención de la recaída, el entrenamiento en <i>mindfulness</i> puede desacoplar eficazmente el vínculo entre los síntomas depresivos y las cogniciones suicidas en individuos que están en riesgo de suicidio y así reducir una vulnerabilidad para la recaída de la depresión suicida.

Como se puede observar en la tabla anterior, los estudios que utilizan el protocolo MBCT como intervención para los trastornos depresivos tienen diversos puntos en común:

- La duración de las intervenciones es de 8 sesiones de 2 horas en los estudio de Barnhofer, et al. (2009 y 2015).
- Los estudios de Pots, et al. (2014) y de Barnhofer, et al. (2009) muestran una mejoría en la reducción de la sintomatología depresiva.

En cambio, se muestran una serie de diferencias entre ellos:

- La duración de la intervención en el estudio de Pots, et al. (2014) es de 11 sesiones, en lugar de 8 como en los otros dos estudios. En este mismo estudio, además se muestra una reducción en los niveles de ansiedad, evitación experiencial, así como un aumento de la atención plena, y de la salud mental y emocional.
- En el estudio de Barnhofer, et al. (2015), además de observar reducciones en la sintomatología depresiva, se observa que estas reducciones se asocian a un decremento en las cogniciones suicidas tras el tratamiento, siendo este el objetivo del estudio.

Tabla 10. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention)		
DESCRIPTORES	“MBRP AND SUBSTANCE” : se obtuvo 6 resultados de los cuales se escogieron 2 que cumplían con los criterios de inclusión.	
AUTOR/ES	Bowen, et al. (2009)	Bowen, et al. (2014)
MUESTRA	168 adultos con trastornos por uso de sustancias que habían recibido recientemente un tratamiento intensivo.	286 individuos de entre 18 y 70 años de edad, de los cuales el 71,5% eran hombres y el 42,1% eran de minoría étnica.
GRUPOS	MBRP y tratamiento habitual (TAU).	MBRP, tratamiento de Prevención de Recaídas (RP) y tratamiento habitual (TAU).
Nº SESIONES	8 semanas	8 semanas
RESULTADOS	Los resultados mostraron tasas significativamente más bajas en el consumo de sustancias en aquellos pacientes que habían recibido el programa de prevención MBRP en comparación con los de TAU, y que se mantuvieron durante un seguimiento de 4 meses. Además los pacientes asignados a la condición MBRP demostraron una disminución en el “craving” y incrementos en la aceptación y el uso de la atención plena comparado con el grupo TAU.	En comparación con el grupo TAU, los participantes de los grupos RP y MBRP mostraron un riesgo significativamente menor de recaída por consumo de sustancias y de alcohol, tras la intervención. Los que usaron sustancias reportaron significativamente menos días de uso de sustancias y de consumo de alcohol, en un seguimiento tanto de 6 como de 12 meses.

Como se puede observar en la tabla anterior, los estudios que utilizan el protocolo MBRP como intervención para los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos tienen diversos puntos en común:

- Ambos estudios utilizan 8 sesiones de tratamiento.
- En ambos estudios se observa una reducción en el uso de sustancias.

En cambio, se muestran una serie de diferencias entre ellos:

- En el estudio de Bowen, et al. (2014) se muestra además una reducción en el riesgo de las recaídas tras la aplicación de la intervención.
- Sin embargo, en el estudio de Bowen, et al. (2009) se observa una reducción del *craving* y un aumento de la aceptación y del uso de la atención plena.
- En el estudio de Bowen, et al. (2009) se mantienen los efectos del tratamiento a los 4 meses, en cambio, en el estudio de Bowen, et al. (2014) se mantienen tanto a los 6 como a los 12, observando un mayor efecto a largo plazo.

Tabla 11. Trastornos de la personalidad

DBT (Dialectical Behavior Therapy)			
DESCRIPTORES	“DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY AND PERSONALITY DISORDER” : se obtuvo 46 resultados de los cuales se escogieron 3 que cumplían con los criterios de inclusión.		
AUTOR/ES	Carter, et al. (2010)	McMain, et al. (2017)	Kramer, et al. (2016)
MUESTRA	73 mujeres con TLP con antecedentes de autolesión deliberada e ingresos hospitalarios.	84 pacientes ambulatorios	41 pacientes con TLP.
GRUPOS	Grupo de intervención DBT y grupo control (tratamiento habitual más lista de espera para DBT: TAU+WL).	Grupo DBT (n = 42) o grupo de lista de espera (WL; n = 42)	Grupo DBT (n=21) o grupo TAU (n=21)
Nº SESIONES	6 meses.	20 semanas.	20 semanas.
RESULTADOS	Ambos grupos mostraron una reducción en las autolesiones y las hospitalizaciones, pero no hubo diferencias significativas entre ellos. Sin embargo el grupo DBT mejoró significativamente la calidad de vida (dominios físico, psicológico y ambiental) y la discapacidad (días pasados en cama).	Los participantes de la DBT mostraron mayores reducciones en las conductas suicidas y los episodios autolesivos suicidas o no suicidas entre el inicio y las 32 semanas (P <0.0001), en comparación con el grupo de lista de espera. Además mostraron mayores mejoras que los controles en las medidas de ira, tolerancia a la angustia y la regulación de la emoción a las 32 semanas.	Los resultados del primer estudio mostraron que la reducción de los síntomas fue significativamente mayor en el entrenamiento de habilidades informado por el grupo DBT en comparación con el grupo TAU. Los resultados del segundo estudio mostraron que el entrenamiento en habilidades DBT produjeron mayores

			niveles de ira asertiva primaria en comparación con el grupo TAU, mientras que no se encontró ningún efecto para la ira secundaria.
--	--	--	---

Como se puede observar en la tabla anterior, los estudios que utilizan el protocolo DBT como intervención para los trastornos de personalidad tienen diversos puntos en común:

- Tanto el estudio de McMain, et al. (2017) como el de Kramer, et al. (2016) llevaron a cabo la intervención durante 20 semanas.
- Los estudios de Carter, et al. (2010) y McMain, et al. (2017) reducen los episodios autolesivos en los pacientes con TLP tras la intervención.
- El manejo de la ira en los pacientes con TLP tanto en el estudio de McMain, et al. (2017) como en el de Kramer, et al. (2016) mejoró tras la aplicación del tratamiento.

En cambio, se muestran una serie de diferencias entre ellos:

- En el estudio de Carter, et al. (2010) se observaron además reducciones en el número de hospitalizaciones y la discapacidad, así como un aumento en la calidad de vida.
- Se observa también una mayor tolerancia a la angustia y mejoras en la regulación emocional de los pacientes con TLP en el estudio de McMain, et al. (2017), manteniéndose a las 32 semanas.

Tabla 12. Trastornos de la conducta alimentaria

MB-EAT (Mindfulness-Based-Eating Awareness Training)	
DESCRIPTORES	“MINDFULNESS-BASED-EATING AWARENESS TRAINING AND EATING DISORDERS” : se obtuvo 10 resultados de los cuales se escogió 1 que cumplía con los criterios de inclusión.
AUTOR/ES	Kristeller, et al. (2013)
MUESTRA	15 personas con obesidad o sobrepeso, el 66% de los cuales cumplían criterios para el trastorno por atracón (BED).
GRUPOS	Grupo MB-EAT, grupo de tratamiento psicoeducativo/cognitivo-conductual (PECB) y grupo control de lista de espera
Nº SESIONES	12 sesiones.
RESULTADOS	El MB-EAT y el PECB, comparados con el grupo control, mostraron mejoras en los días con atracones por mes durante el primer hasta el cuarto mes siguientes de seguimiento. A los 4 meses de seguimiento, el 95% de los participantes con trastorno de atracón y que habían recibido el tratamiento MB-EAT ya no cumplían los criterios, a diferencia del grupo PECB que se redujo en un 76%. Además, los atracones que se daban eran significativamente menores.

Tabla 13. Trastornos de la conducta alimentaria

DBT (Dialectical Behavior Therapy)	
DESCRIPTORES	“DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY AND EATING DISORDERS” : se obtuvo 11 resultados de los cuales se escogió 1 que cumplía con los criterios de inclusión.
AUTOR/ES	Masson, et. al (2013)
MUESTRA	Personas diagnosticadas de trastorno por atracón de las cuales el 88.3% eran mujeres, con una media de 42,8 años de edad.
GRUPOS	Grupo de autoayuda guiada basada en DBT (n = 30) o grupo de lista de espera (WL, n = 30).
Nº SESIONES	20 minutos cada semana durante 13 semanas.
RESULTADOS	Los resultados mostraron que al cabo de un mes del tratamiento los participantes del grupo DBT informaron de una reducción en los episodios de atracones en comparación al grupo control. Así como que mostraron tasas significativamente mejores en la abstinencia de los atracones, menos psicopatología del trastorno alimentario y una mejor calidad de vida, resultado que se mantuvo a los seis meses de seguimiento. En comparación con el grupo de control, al final del tratamiento, las personas del grupo de DBT mejoraron sus habilidades de regulación emocional autoinformadas, mostrando además una mejora significativa a los seis meses.

Tabla 14. Psicología y paliativos

MBRS (Mindfulness based Stress Reduction)			
DESCRIPTORES	“MBRS AND CANCER”Y “MBRS AND CHRONIC PAIN” : se obtuvo 28 resultados de los cuales se escogió 3 que cumplía con los criterios de inclusión.		
AUTOR/ES	Lengacher, et. al (2016)	Johns, et. al (2015)	la Cour, et. al (2015)
MUESTRA	322 mujeres supervivientes al cáncer de mama.	35 supervivientes de cáncer.	109 pacientes con dolor crónico no específico.
GRUPOS	Grupo MBSR (N=155) y grupo de tratamiento habitual (N=167).	Grupo MBSR y condición control de lista de espera.	Grupo MBSR y condición control de lista de espera.
Nº SESIONES	6 semanas	7 semanas	8 sesiones de 3 horas y 1 sesión de 4,5 horas.
RESULTADOS	Los resultados mostraron una mejoría prolongada en el tiempo en el grupo MBSR en comparación con el otro grupo. Se observó mejoría tanto en síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés y miedo a la recurrencia) como en síntomas físicos (fatiga y dolor). El tamaño total del efecto fue mayor por el miedo a problemas de recurrencia (D=0,35) y la fatiga (D=0,27).	Los resultados mostraron que el grupo MBSR había obtenido grandes reducciones en la sintomatología de los participantes: interferencia por fatiga (d = -1,43, p <0,001), gravedad de la fatiga (d = -1,55, p <0,001), vitalidad (d = 1,29, p <0,001), depresión (d = -1,30, p <0,001) y trastornos del sueño (d = -0,74, p = 0,001). Los resultados se mantuvieron o fortalecieron al mes de seguimiento, momento en el que se produjeron mejoras significativas en la discapacidad (d = -1,22,	El MBSR tuvo efectos significativos en la vida de los pacientes con dolor crónico a largo plazo en comparación con el grupo de lista de espera. Hubo un tamaño del efecto medio inmediatamente después del tratamiento y un tamaño del efecto menor no significativo en el seguimiento de 6 meses. Sin embargo, hubo tamaños del efecto mayores en distintas áreas de la vitalidad, especialmente en las áreas de aceptación del dolor, control del dolor, y ansiedad en el grupo

		p <0,002) y ansiedad (d = -0,98, p = 0,002). A los 6 meses de seguimiento los resultados se mantuvieron.	de tratamiento en comparación con el grupo control. También se encontraron tamaños de efecto medio para la calidad de vida de la salud mental, incluido el bienestar psicológico y los síntomas depresivos más bajos. Por último se observaron pequeños tamaños de efecto que no alcanzaron significación estadística para las medidas de dolor.
--	--	--	--

Como se puede observar en la tabla anterior, los estudios que utilizan el protocolo MBSR como intervención para el cáncer y dolor crónico tienen diversos puntos en común:

- Tras la aplicación del MBSR en los tres estudios, los cuales tienen muestras de pacientes que presentan cáncer y dolor crónico, se observan reducciones de la sintomatología psicológica como los niveles de ansiedad y depresión.
- Lengacher, et al (2016) y Johns, et al. (2015) en sus estudios observan ambas reducciones en la sintomatología física como es el caso de la fatiga.
- En los estudios de Lengacher, et al. (2016) y la Cour, et al. (2015) se mostraron también reducciones de los síntomas físicos, pero en este caso relacionados con el dolor.

En cambio, se muestran una serie de diferencias entre ellos:

- El número de sesiones en los estudios de Lengacher, et al. (2016), Johns, et al. (2015) y la Cour, et al. (2015), fueron de 6 semanas, 7 semanas, y 8 sesiones (3 horas cada una) y 1 sesión (4,5 horas), respectivamente.
- El tiempo de seguimiento en cada uno de los estudios es diferente, siendo en el estudio de Johns, et al. (2015) de un mes y en el estudio de la Cour, et al. (2015) de seis meses.
- En el estudio de Lengacher, et al. (2016) se muestran también reducciones en el nivel de estrés, y el miedo a la recurrencia.
- Reducciones en los trastornos del sueño y mejoras en la discapacidad son otros resultados encontrados en el estudio de Johns, et al. (2015).

5. CONCLUSIONES

Las investigaciones sobre *mindfulness* avanzan de forma exponencial. Cada vez es mayor el número de protocolos existentes que incluyen *mindfulness* como parte del tratamiento, pero todavía no hay evidencia suficiente sobre estos, ni está clara su eficacia. Por ello, el objetivo principal de este estudio era revisar y conocer la eficacia de los diferentes protocolos de intervención basados en *mindfulness* para diversas psicopatologías, esperando que todos ellos fueran eficaces.

El único protocolo con mayor evidencia empírica demostrada hasta el momento es la DBT, para los Trastornos de personalidad. Sin embargo, los resultados de la investigación en los Trastornos de Ansiedad, Depresión, Trastornos relacionados con sustancias y adictivos, así como Enfermedades psicooncológicas y paliativas, también son bastante sólidos. Por el contrario, los estudios sobre tratamientos de *mindfulness* aplicados a los Trastornos Alimentarios y al Trastorno Obsesivo-Compulsivo son bastante limitados por el momento. De hecho, en el caso de éste último, el único protocolo usado es la terapia ACT que no contiene ningún módulo específico de *mindfulness* en el tratamiento, por lo que no podría considerarse como un tratamiento basado en *mindfulness*. Este hecho podría justificar que no se hayan encontrado estudios controlados y aleatorizados sobre ello. Los estudios encontrados sobre el resto de protocolos que cumplían los criterios de inclusión también han sido escasos, lo cual puede tomarse como una limitación.

Los resultados de los estudios tras la aplicación de los distintos protocolos, evidencian en el caso de los trastornos de ansiedad reducciones en los niveles de ansiedad y en los pacientes con trastornos depresivos mejoras en la sintomatología depresiva. Se obtienen también reducciones en el consumo de sustancias en pacientes diagnosticados de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En el caso de pacientes con trastorno de personalidad límite se observan reducciones en los episodios autolesivos y mejoras en los niveles de ira. Finalmente, en pacientes diagnosticados de trastorno por atracón los tratamientos producen reducciones en los episodios de los atracones, así como en el cáncer y el dolor crónico que el tratamiento reduce tanto la sintomatología física como psicológica.

En definitiva y respondiendo a la hipótesis del presente trabajo, los protocolos de intervención basados en *mindfulness* para diversas psicopatologías, podrían ser

considerados como eficaces para la reducción de la sintomatología de cada uno de los trastornos explicados, manteniéndose los efectos de las intervenciones aproximadamente en torno a los 6 meses. Sin embargo, estos datos tampoco son concluyentes ya que algunos estudios han encontrado que se reduce el tamaño del efecto a lo largo del tiempo.

Por tanto, los resultados de eficacia obtenidos hay que tomarlos en cautela porque existen ciertas limitaciones en la mayoría de los estudios que reducen la generabilidad de los resultados de los tratamientos. Por ello se necesitan más estudios con medidas más rigurosas que superen las limitaciones, como sean futuras investigaciones que se centren en los seguimientos a largo plazo para ver si realmente estos protocolos son eficaces. Otras limitaciones han sido el tamaño y género de la muestra, por lo que se requieren estudios en los que se aumente la muestra y que incluyan más varones. Esto último se debe a que algunos estudios se centran únicamente en mujeres, lo cual dificulta que se pueda generalizar al género masculino y así saber si hay diferencias en la eficacia del tratamiento respecto al género. Otra medida sería el usar pruebas de evaluación con una mayor fiabilidad y con menor sesgo, ya que la mayoría de pruebas de evaluación usados en los estudios eran auto-informes. Además, en las futuras investigaciones también habría que tener más control sobre la adherencia al tratamiento, las tasas de abandono y la medicación que toman los participantes, ya que han sido algunas de las limitaciones de los estudios encontrados.

Además de lo comentado anteriormente, otra limitación importante a tener en cuenta es que en cada protocolo de tratamiento el *mindfulness* se usa de forma distinta, observándose protocolos basados completamente en el *mindfulness* y otros protocolos que lo incluyen simplemente como un módulo concreto del tratamiento, por lo que se puede concluir que no hay unificación en cuanto al *mindfulness* se refiere, pudiendo esto sesgar la eficacia de los protocolos. Por ello, como futuras líneas de investigación, se podrían realizar estudios de desmantelamiento para conseguir conocer qué componentes terapéuticos concretos de cada protocolo son más eficaces y así poder reducir el número de sesiones, siendo tratamientos más breves, manteniendo la eficacia y consiguiendo una mayor eficiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, N. B., et al. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285–294.
- Bayón, C. & Bonan V. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness. En Miró, M. T. & Simón, V. (Ed.) *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 209-239). Bilbao, España: Editorial Desclee.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A., & Piterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 49(1), 62-7.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness, 280.
- Dalen, J.; Smith, B. W.; Shelley, B. M.; Sloan, A. L.; Leahigh, L.; Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260-264.
- Davis, D. & Hayes, J. (2011). What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy*, 48(2), 198 –208.
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3, 132-152.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica Y Salud*, 27, 115–124.
- Hick, S., Bien, T. & Segal, Z. (2010). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Karios Editorial, S. A.
- Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R. & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peteson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviours*, 15(2), 197-204.
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: a preliminary study. *Behav Cogn Psychother*, 43(3), 360-73.
- Kristeller, J. L.; Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: a randomized controlled trial. *Behav Modif*, 39(6), 805-34.

- Lavilla, M.; Molina, D.; López, B. (2009). *Mindfulness. O cómo practicar el aquí y ahora*. Paidós.
- Leon-Quismondo, L., Lahera, G., López-Ríos, F. (2014) *Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(124), 725-740.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1.ª Ed.). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* (1.ª Ed.). New York. The Guilford Press.
- Linehan, M. (2010). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Neacsiu, A., McDavid, J., Comtois, K., Murray-Gregory, A. (2015). *Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder a randomized clinical trial and component analysis*. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-82.
- Lynch T., Trost W., Salsman N., & Linehan M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205.
- Martín-Asuero, A., & García-Banda, G. (2010). *El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud*. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 895–903.
- Miró, M. T. (2006). *La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia*. *Revista de Psicoterapia. Mindfulness y psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Miró, M. & Simón Pérez, V. (2013). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno Coutiño, A. (2012) *Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/Mindfulness*. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1).

- Pérez, M. A., & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia. Mindfulness y psicoterapia*, 17(66-67), 79-120.
- Quintana, M., & Rincón Fernández, M. E. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clínica Y Salud*, 22(1), 51–67.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67).
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información Psicológica*, 100, 162–170.
- Simón, V. & Germer, C. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. 1st ed. Barcelona: Sello Editorial.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIOS CONTROLADOS Y ALEATORIZADOS

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. (2009). auto-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*, 47(5), 366-73.
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., Radford, S., Silverton, S., Fennell, M. J., & Williams, J. M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *J Consult Clin Psychol*, 83(6), 1013-20.

- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus*, 30(4), 295-305.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H.A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-56.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT Project: Randomized Controlled Trial of Dialectical Behaviour Therapy in Women with Borderline Personality Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(2), 162-73.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J.J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J Clin Psychiatry*, 74(8), 786-92.
- Hoge, E. A., Guidos, B. M., Mete, M., Bui, E., Pollack, M. H., Simon, N. M., & Dutton, M. A. (2017). Effects of mindfulness meditation on occupational functioning and health care utilization in individuals with anxiety. *J Psychosom Res*, 95, 7-11.
- Johns, S. A., Brown L. F., Beck-Coon, K., Monahan, P. O., Tong, Y., & Kroenke, K.. (2015). Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psychooncology*, 24(8), 885-93.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., Despland, J. N., & Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behavior-informed skills training for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*, 23(3), 189-202.
- McMai, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinskim L., & Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behavior therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 135(2), 138-148.

- Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Eat Disord*, 19(1), 49-61.
- la Cour, P. & Petersen, M. (2015). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain Med*, 16(4), 641-52.
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Miladinovic, B., Jacobsen, P. B., Cox, C. E., Goodman, M., & Kip, K. E. (2016). Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*, 34(24), 2827-34.
- Masson, P. C., von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Safer, D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther*, 51(11), 723-8.
- Pots, W.T., Meulenbeek, P. A., Veehof, M. M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(10).
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 49(4), 281-8.