



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

EFICACIA DE LA PRÁCTICA DE MINDFULNESS PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Alumno/a: Rocío Gómez Samblás

Tutor/a: Ana Raquel Ortega Martínez y
Encarnación Ramírez Fernández
Dpto: Psicología

Junio, 2017

ÍNDICE

RESÚMEN.....	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.....	6
1.2. <i>MINDFULNESS</i>	7
1.2.1. ORÍGENES Y CONSTRUCTO TEÓRICO DE <i>MINDFULNESS</i>	8
1.2.2. COMPONENTES DE <i>MINDFULNESS</i>	10
1.2.3. MECANISMOS PSICOTERAPÉUTICOS DE <i>MINDFULNESS</i>	11
2. ENFOQUES TERAPÉUTICOS DE <i>MINDFULNESS</i> APLICADOS A ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	13
2.1. Reducción de estrés Basada en Conciencia Plena (MBSR)	13
2.2. Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT).....	17
2.3. Terapia dialéctica conductual (DBT)	19
2.4. La Terapia Breve Relacional (BRT)	21
3. CONCLUSIONES	23
4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	25

RESÚMEN

La práctica de Atención Plena (AP) ó también llamada con el término en inglés *mindfulness*, consiste en vivir con plena conciencia la realidad del momento actual, aceptándola y reconociendo lo que existe en el “aquí-ahora”. Esta técnica puede ser útil cuando al enfrentarnos al dolor emocional, quedamos atrapados en él, y por consiguiente, las emociones difíciles nos afectan psíquicamente, los sentimientos se bloquean y nosotros con ellos.

Este trabajo realiza una revisión bibliográfica sobre el efecto que ejerce la práctica de los programas basado en *mindfulness* sobre los síntomas de la ansiedad y depresión. Tras explicar y contextualizar los conceptos de *mindfulness*, ansiedad y depresión, explicar los mecanismos y componentes de *mindfulness* e introducir cada uno de los programas basados en éste, se hace una revisión de las investigaciones que evidencian que la práctica de *mindfulness* podría ayudar a reducir los síntomas de la ansiedad y depresión. Y, finalmente llegaremos a una conclusión acerca de estos hallazgos.

Palabras clave: depresión, ansiedad, *mindfulness*, atención plena, bienestar, meditación, terapia, emoción.

ABSTRACT

The practice of *mindfulness* consists in living with plenary conscience the reality of the present moment, accepting it and recognizing what exists in the "here-now". This technique can be useful when dealing with emotional pain, we get caught up in it, and therefore, difficult emotions affect us psychically, feelings are blocked and we with them.

This work makes a bibliographical review about the effect of practice of programs based on *mindfulness* on the symptoms of anxiety and depression. After explaining and contextualizing the concepts of *mindfulness*, anxiety and depression, explaining the mechanisms and components of *mindfulness* and introducing each one of the programs based on it, a review of the researches is made that demonstrate that the practice of *mindfulness* could help to reduce the symptoms of anxiety and depression. And finally we will come to a conclusion about these findings.

Keywords: depression, anxiety, *mindfulness*, wellness, meditation, emotion, therapy.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo ofrece una revisión bibliográfica, para buscar una evidencia de la eficacia que tienen los programas basados en *mindfulness*, sobre la ansiedad y depresión. Se parte de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, PQ Psychology Journal , PROQUEST, PsycArticles, PsycInfo, PSICODOC y en revistas electrónicas tales como Dialnet Plus. La estrategia de búsqueda de los estudios empleó las palabras clave “depresión”, “ansiedad”, “*mindfulness*”, “atención plena”, “bienestar”, “meditación”, “terapia”, “emoción”. Los descriptores o palabras claves se emplearon tanto en español como en inglés “*depression*”, “*anxiety*”, “*mindfulness*”, “*wellness*”, “*meditation*”, “*emotion*”, “*therapy*”. Finalmente, se recogieron un total de 24 artículos.

En la actualidad, los trastornos mentales como ansiedad y depresión han aumentado en España en un 40%, un 7% más que la media de países Europeos. Este tipo de trastornos pueden afectar a cualquier persona, pero existen variables asociadas a una mayor prevalencia. Dentro de estas variables están incluidas la edad del individuo, estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener malas condiciones socioeconómicas, no tener apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas o estar limitado en la realización de actividades cotidianas (Bones, Pérez, Rodríguez, Borrell, & Obiols, 2010). Las personas que sufren depresión tienen síntomas relativos a un estado de ánimo depresivo, con tristeza y desesperanza, aunque también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático. La edad es un factor influyente en el cambio de los síntomas depresivos, por ejemplo, en los ancianos, la mayoría de los síntomas de la depresión son de tipo somático, a diferencia de los jóvenes que muestran mayores síntomas de comportamiento (Serby & Yu 2003).

1.1. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

El término depresión puede conceptualizarse como un estado de ánimo, un cuadro clínico o como una manera de ser o sentir. Es una de las enfermedades más comunes y graves en la sociedad actual, y como en muchas otras enfermedades, la mayoría de las personas que la padecen necesitan de un tratamiento para conseguir una mejora y evitar recaídas, ya que en la depresión los síntomas no son siempre reversibles (Froján, 2006). Para el diagnóstico de la enfermedad, profesionales sanitarios se basan en síntomas específicos que tienen continuidad en un periodo de tiempo determinado. Basta con la presencia de algunos síntomas para diagnosticar la enfermedad.

La gravedad, frecuencia y duración de cada episodio depresivo depende principalmente de la persona que los sufre y de la propia enfermedad (Froján, 2006). A continuación se enumeran algunos de los síntomas de la depresión como son:

- **Alteraciones del estado de ánimo:** tristeza, dificultades para sentir, irritabilidad...
- **Alteraciones motivacionales y motoras:** apatía, reducción y/o deterioro de las relaciones interpersonales, enlentecimiento psicomotor...
- **Alteraciones cognitivas:** alteraciones de memoria, atención y concentración y pensamientos recurrentes de muerte y/o suicidio.
- **Alteraciones psicofisiológicas:** alteraciones del sueño, fatiga, pérdida de apetito, molestias corporales difusas entre otras.

La sintomatología depresiva, a menudo, va acompañada de síntomas propios de ansiedad, (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). La ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica) ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas, las cuales preparan a la persona para reaccionar a la amenaza percibida con el fin de evitar o reducir el impacto de la misma (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Las personas que sufren de ansiedad clínica experimentan un estado emocional con síntomas de tensión, temblor, sudor, palpitaciones y elevada frecuencia cardíaca (Siverio, 2015). Además de tener síntomas somáticos, también experimentan síntomas psíquicos, en forma de miedo o temor. Normalmente el paciente cree que va a “perder la cabeza”, que va a

morir o que puede perder el control de la situación, lo que provoca una actitud de alerta e hipervigilancia con anticipación al peligro. Debido al elevado estado de activación, el sujeto es incapaz de mantener la atención, la concentración y se produce un aumento de la fatiga. Asimismo, la ansiedad también puede ir acompañada de fenómenos de desrealización y/o despersonalización y es común la aparición de alteraciones del sueño (Martínez Figueras, 2016), debido a un exceso del nivel de activación (Chóliz, 1999)

1.2. **MINDFULNESS**

Para incrementar la conciencia y para responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al distrés emocional y al comportamiento desadaptativo, la psicología actual ha acogido a *mindfulness* como una aproximación para tratar los trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión. (Martínez & Pacheco, 2012).

Mindfulness es la traducción al inglés de la palabra “*Sati*” y significa conciencia, atención y recuerdo. *Mindfulness* consiste en focalizar la atención de la persona en la experiencia del momento presente, poniendo atención, curiosidad e interés para que sea consciente de lo que está haciendo, separadamente de lo que estuviera, sintiendo o pensando antes de la terapia o tenga que hacer una vez terminada esta, hechos que le dan el nombre de “Atención plena”. En la práctica, el paciente, trata de introducirse de forma plena en su conciencia, tratando de evolucionar de un estado de “automaticidad mental” (respuestas no conscientes) a un estado de “responsabilidad mental” (respuestas controladas y conscientes) (Moñivas, García-Diex, & García-De-Silva, 2012).

Existe una importante evidencia empírica, psicoterapéutica y neurofisiológica, sobre las aplicaciones específicas de *mindfulness*, las cuales, mejoran el funcionamiento del organismo debido a que ejercen una mejora en los procesos de curación y de respuesta inmunitaria provocando una reactividad al estrés y una sensación general de bienestar físico. Según Siegel (2007), las relaciones interpersonal e intrapersonal también se ven favorecidas debido al aumento de la capacidad de empatía y compasión.

La combinación de las técnicas de la práctica oriental, como es la meditación budista, con las técnicas cognitivas de la psicología occidental, han resultado eficaces para reducir la ansiedad, los síntomas depresivos y la probabilidad de recaída en la depresión (Maxwell &

Duff, 2016). El componente de *mindfulness* incorporado en las terapias psicológicas occidentales, ha logrado un papel importante, porque ayuda a los pacientes a percibir un mayor sentido de la vida, la compasión por uno mismo y los demás, y, por último, a experimentar de una forma intensa y duradera el sentido de felicidad. Por tanto, el *mindfulness* es un buen método para tratar los pensamientos negativos eficazmente y favorecer así la regulación emocional de los pacientes.

1.2.1. ORÍGENES Y CONSTRUCTO TEÓRICO DE *MINDFULNESS*

Cuando se habla de prácticas orientales aplicadas a *mindfulness*, nos remontamos a las prácticas religiosas de origen budista de hace 2500 años. Además de la existencia de *mindfulness* en el budismo, en otras religiones también existen diferentes formas de meditación, como son: la meditación *Yogic* en el hinduismo, la meditación *kabbalah* en el judaísmo, el mundo de la oración pensativa en el cristianismo, y la meditación *Sufi* en el Islam (Grecucci, Pappaianni, Siugzdaite, Theuninck, & Remo, 2015)

El origen de *mindfulness* radica en el Budismo *Theravada* que procede del “pali”, la lengua de la psicología budista. La composición de la palabra *mindfulness* es el resultado de la combinación de dos palabras, *Sati*, que representa a la “conciencia” y *Samprajanya* que significa “comprensión clara”, en su conjunto estas dos palabras demuestran una manera de ser conscientes atendiendo a lo que sucede.

Según esta corriente de pensamiento, las personas se sienten infelices o descontentas con la labor que realizan en el presente, porque, mentalmente, viven imaginando problemas y desasosiegos del pasado y/o del futuro, por tanto, no puede entregarse de un modo total a lo que están haciendo en el momento presente. Por consiguiente, a lo largo de la historia, el budismo ha usado una gran variedad de técnicas para ayudar a la persona a estar y sentirse en armonía en el momento actual (Rahula, 2004).

A medida que avanzan las investigaciones y los estudios sobre estas técnicas, se puede confirmar que *mindfulness* puede entrenarse y evolucionar a través de prácticas formales o con técnicas de meditación. Acercándonos un poco más al presente, a partir del año 2002, gracias al gran interés de investigadores, clínicos, y a sus trabajos publicados en numerosas revistas científicas, la práctica de *mindfulness* comenzó a adentrarse en la psicoterapia de los países de occidente (Botella & Pérez, 2007). En el mundo occidental el *mindfulness* empezó a tener

notoriedad gracias a que en 1978 Kabat Zinn, apasionado del yoga y la meditación, desarrolló un programa llamado MBRS (Reducción del stress basado en *mindfulness*) que estaba destinado a tratar a pacientes con enfermedades crónicas y a ayudar a la población infantil y adolescente de barrios desestructurados, donde la calidad de vida y la educación eran escasas (Santachita & Martín, 2015). A partir de este momento se fueron desarrollando diferentes programas basados en que la persona cambie el curso de su experiencia subjetiva y la conciencia que tenga de ella, posibilitando así un cambio en la forma de tratar los síntomas, intentando reducir la molestia de éstos en lugar de eliminarlos (Moñivas et al., 2012). Este tipo de conciencia que se considera como *mindfulness* se utiliza para aprender a mantener un contacto de forma directa mediante el mantenimiento de la atención en lo que está pasando en la vida del individuo, y así aprender a relacionarse con su propia experiencia del “aquí y ahora”

Varios autores han estudiado *mindfulness* y sus aplicaciones, elaborando así varias definiciones de este concepto tan estudiado y de gran interés universal. Distintos aspectos de estas definiciones han sido tratados con vigor. Y son las siguientes:

Simón (2007) definió *mindfulness* como “una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento”; Hanh (1999) consideró que *mindfulness* consiste en “mantener la conciencia habitando la realidad presente”; Jon Kabat-Zinn (2009) lo definió como “un proceso de prestar atención al momento presente de manera intencional, con curiosidad, aceptación y sin juicio”; Bishop (2004) lo entendieron como “una forma de conciencia centrada en el presente no elaborativa, no juzgadora en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal y como es”; Otros autores como Brown & Ryan (2003) descubrieron que “*mindfulness* captura una cualidad de la consciencia que se caracteriza por claridad y vividez de la experiencia y del funcionamiento actual en contraste con estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento automático o habitual que puede ser crónico para muchas personas”; y por último, para Germer (2005) *mindfulness* es una “conciencia momento a momento”.

1.2.2. COMPONENTES DE *MINDFULNESS*

A través de la práctica de *mindfulness*, se entrenan cinco componentes, que a su vez, son interdependientes entre sí (Vallejo, 2006):

Centrarse en el momento presente

Consiste en centrar el pensamiento en una actividad del momento presente (aquí y ahora) sin intentar controlarla, ni cambiar ese pensamiento por otro más positivo; resumiendo, consiste en centrarse y sentir las cosas tal y como suceden.

Apertura a la experiencia y los hechos

Lo que se ve y lo que se siente está influenciado por el lenguaje y el pensamiento, muchas veces lo verbal sustituye a lo real; por lo que la fuerza del lenguaje y el pensamiento es evidente. Por consiguiente, se produce una pérdida en la riqueza perceptiva y emocional de la persona. Para solucionar esto, la persona debe dejar que fluyan sus sensaciones de manera natural, sin poner barreras en forma de interferencias verbales (prejuicios) y vivir el presente con conciencia plena, sin tratar de falsear ni de poner límites a lo que está sintiendo o experimentando.

Aceptación radical

El elemento esencial de *mindfulness* es aceptar las experiencias sin hacer ningún tipo de valoración. Está claro que es más placentero experimentar algo positivo, pero hay que aceptarlo de igual modo con algo desagradable. Hay que enfrentarse a las emociones naturales como el malestar, la ira, la contrariedad, la incertidumbre e la impotencia, ya que forman parte de una experiencia humana que es precisa para vivir; el esfuerzo de no valorar y poder aceptar estas emociones como algo natural nos permite no rechazarlas.

Elección de las experiencias

Mindfulness no consiste solamente en vivir con atención plena, reflexiva, no valorativa y aceptando lo que acontece. También la situación, puede ser elegida aunque sea caracterizada como *mindfulness*, pero con la condición de vivirla tal y como es, aceptando todo lo que pueda suceder en el momento presente.

Control

La aceptación supone una renuncia al control directo. Se trata de experimentar las emociones desagradables, esto contrasta notablemente con los procedimientos psicológicos que buscan la reducción de la activación, el control de la ansiedad, la eliminación de los pensamientos negativos, etc.

1.2.3. MECANISMOS PSICOTERAPÉUTICOS DE *MINDFULNESS*

Exposición

Este mecanismo es parecido a la estrategia de exposición interoceptiva de Barlow & Craske (1993) en la que los pacientes tienen que inducirse sensaciones de pánico con ejercicios de hiperventilación y aeróbicos, para acostumbrarse a estas sensaciones hasta que desaparezcan. La práctica de *mindfulness* se diferencia en que el participante no debe inducirse sensaciones de pánico, sino que debe estar dispuesto a observar y vivir esas sensaciones sin valorarlas en un contexto natural (Baer, 2003). Esta exposición a la emoción facilita su regulación.

Relajación

Según Baer (2003), el propósito no es inducir relajación, sino enseñar a observar sin enjuiciar las condiciones de la situación que pueden provocar activación autonómica, pensamiento agitado, tensión muscular y otros estados incompatibles con el estado de relajación.

Cambios cognitivos

La terapia cognitiva se centra explícitamente en cambiar el contenido de las creencias y pensamientos negativos o mala adaptación a través de estrategias como la reestructuración cognitiva, para cambiar las creencias que los pacientes tienen de los pensamientos automáticos negativos y las atribuciones disfuncionales (Teasdale, 1999). En cambio, la meta de las sesiones en la técnica de *mindfulness* no es cambiar las creencias, pensamientos o sentimientos,

sino cambiar la relación que el paciente tiene con ellos. Es importante que los pacientes entiendan que no hay que poner etiquetas a los pensamientos, como por ejemplo: “pensamiento irracional”; y que el objetivo del cambio es la conexión con los pensamientos y no el propio pensamiento. La finalidad es que el paciente reoriente la atención a otros aspectos del momento presente, como respirar, caminar o sonidos ambientales, evitando así la rumia asociada al malestar depresivo y las recaídas de la depresión, reduciendo la reactividad emocional.

Aceptación

A partir de este mecanismo se hace hincapié en ayudar a las personas a aceptar los pensamientos o emociones con las que pelean, sin tratar de cambiar o reducir su frecuencia (Grégoire, Baron, & Baron, 2012). Hay que destacar que la evitación de emociones, pensamientos o sensaciones, son conductas desadaptativas las cuales producen un impacto significativo en la vida de la persona, por lo que el entrenamiento en aceptación sería muy favorable para la misma, ya que reduce el repertorio de reacciones emocionales y conductas desadaptativas. Además, también se enseña que las sensaciones y sucesos mentales, no duran toda la vida, y no siempre son los mismos; esto, junto con el cambio de la conciencia del momento presente, sirve como recurso para que el cambio sea útil (Delgado, 2009) y conseguir un menor nivel de evitación experiencial.

Auto-observación

Hay dos tipos de auto-observación, la adaptativa, que es la que se utiliza en la terapia de *mindfulness* y la desadaptativa (Delgado, 2009). La adaptativa se diferencia de la desadaptativa en varios aspectos: no hay rumiación, está focalizada en el presente, no juzga lo observado, no compara el estado actual con el ideal, y se acepta la experiencia observada notando su transitoriedad.

2. ENFOQUES TERAPÉUTICOS DE *MINDFULNESS* APLICADOS A ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

2.1. Reducción de estrés Basada en Conciencia Plena (MBSR)

Fue creado en 1982 por Jon Kabat-Zinn, en el centro médico de Massachussets, es conocido como el primer programa en el que se asoció la meditación con la psicología occidental y la medicina convencional. Se desarrolló con el fin de atender a poblaciones con una amplia variedad de enfermedades crónicas y trastornos relacionados con el estrés. Esta práctica también se ha extendido a contextos no médicos, como las escuelas, prisiones, programas de entrenamiento atlético, etc., Debido a la gran variedad de ámbitos nunca es aplicado de la misma forma, por tanto, la mejor manera de impartirlo dependerá tanto de los elementos del lugar en los que se va a realizar la intervención, como del nivel de experiencia y comprensión de los pacientes.

El MBSR es una intervención psico-educativa que sostiene que el sufrimiento humano y el estrés son el resultado de los apegos (deseos y aversiones). Con el fin de soportar este sufrimiento, este programa propone adoptar siete conductas concretas que conforman los pilares de la práctica de la atención plena: no juzgar, tener paciencia, ser valiente, tener fe en uno mismo, ser tolerante y dejar pasar (no apegarse). Estas conductas dependen unas de otras y han de ser cultivadas durante la práctica de los ejercicios impartidos en el programa y así poder conservar una meditación resistente.

Esta intervención es llevada a cabo durante un curso de entre ocho a diez semanas; está destinado a grupos de treinta personas aproximadamente, que se reúnen una vez a la semana durante dos horas. De forma individual y con ayuda audiovisual, cada paciente, debe practicar los ejercicios en casa, y al mismo tiempo realizar autorregistros.

El MBSR cuenta con dos estilos de meditación; la formal y la informal. En la práctica formal se incluyen: la revisión atenta del cuerpo (*Body Scan*), meditación sentado o tumbado (*Hatha Yoga*) y la meditación caminando. Como se ha nombrado anteriormente, también se incorpora la práctica informal en la que se enseña cómo afrontar los eventos desagradables o de la vida cotidiana, también incluye ejercicios prácticos para la mejora de la comunicación interpersonal, y utiliza, los pensamientos y emociones repetitivas para observar la relación que tienen con las sensaciones, acciones y comportamientos habituales de los pacientes. Como

consecuencia de las prácticas anteriores, este programa, produce un aumento en la capacidad de afrontar con serenidad y equilibrio los problemas o situaciones que afectan a la vida diaria de los pacientes , viviendo el momento presente, sin prestar atención a los problemas pasados o futuros (Kabat-Zinn, 1996).

En una revisión sistemática realizada por Ferreira-Vorkapic, Rangé, Nardi, & João (2013), se ha constatado que la meditación podría reducir los síntomas de ansiedad y que podría funcionar en adición a la terapia cognitiva comportamental. Los resultados muestran que la meditación potencia la capacidad de acercarse a los acontecimientos estresantes como retos en lugar de amenazas, lo que reduce los síntomas de ansiedad y estrés. Por otra parte las sesiones grupales del MBRS parece ser eficaces para enseñar a los pacientes a cuidar mejor de sí mismos, vivir una vida más sana y adaptarse más eficazmente al estrés

Además de una reducción en los síntomas de ansiedad encontraron un mantenimiento de las mejoras conseguidas mediante el MBRS, debido al aprendizaje de los pacientes, que incorporan a su vida diaria las enseñanzas que imparte el programa.

En una investigación realizada por Franco (2010), se aplicó una adaptación del MBRS a una muestra compuesta por 38 médicos de atención primaria y se encontró una reducción significativa de los niveles de estrés y ansiedad en el grupo al que se aplicó el MBRS en comparación con el grupo control. Además se demostró, que éstas reducciones de estrés significativas se mantuvieron por 6 meses después de finalizar la intervención

El mantenimiento de los efectos del programa MBRS también fue demostrado en un estudio realizado por Zernicke et al. (2013), en el que gracias a una intervención con el MBRS se redujo la gravedad de los síntomas del síndrome del colon irritable y síntomas de estrés, manteniéndose a los seis meses posteriores de la intervención (Flores-Valdez, León-Santos, Vera-Hernández, & Hernández-Pozo, 2013).

En un estudio controlado aleatorio dirigido por Yeoungsuk (2015) para examinar los efectos del MBSR en la depresión, la ansiedad, el estrés y la atención plena en 44 estudiantes de enfermería; los participantes fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria: el grupo experimental (n=21), fue sometido al MBRS y el grupo control (n=23), no recibió ningún tipo de tratamiento. Los resultados obtenidos comparando las puntuaciones de ambos grupos después de recibir el tratamiento, indicaron disminuciones significativamente mayores en la

depresión, la ansiedad y el estrés en el grupo experimental. Además de lo mencionado anteriormente, este estudio apoya que la eficacia del MBRS depende de la duración estándar del programa: el MBRS debe comprender las 2-2.5 horas por semana, para conseguir disminuir la depresión, la ansiedad y el estrés en los pacientes. En otro estudio Campbell, Labelle, Bacon, & Carlson (2011) demostraron que el MBSR resulta eficaz en la reducción de la rumia depresiva y en la mejora de la atención consciente en pacientes con cáncer (Flores-Valdez et al., 2013). Esto puede deberse a que el MBRS se centra en la respiración y utiliza esta estrategia como una herramienta para vivir en el presente y separar a los pacientes de experiencias internas problemáticas. De esta forma, los pacientes son entrenados para detener el ciclo de la rumia depresiva, y con ello, la depresión: niveles altos de *mindfulness* correlacionan con disminuciones en los niveles de la rumia depresiva (Deyo, 2007).

Otro de los hallazgos encontrados con respecto a la eficacia del MBRS en la ansiedad y depresión, fue descubierto en un estudio clínico aleatorio realizado por Kolahkaj & Fatemeh (2015), en el cual, se utilizó una muestra formada por 48 mujeres con esclerosis múltiple (EM) divididas en dos grupos: un grupo control (tratamiento habitual) y otro grupo experimental (además del tratamiento habitual, recibieron el MBRS). Al terminar el tratamiento, observaron que en el grupo experimental, la depresión, la ansiedad y el estrés disminuyó significativamente lo que demostró la eficacia del MBRS para disminuir la depresión, ansiedad y los niveles de estrés.

Estos resultados, pueden deberse a las técnicas utilizadas en el MBRS, que permiten a los participantes darse cuenta de cuáles son los eventos mentales, los que pueden causar, depresión, ansiedad o estrés, y poder verlos como transitorios y no anclados en la realidad. De esta manera, los participantes del programa se enfrentan a los contenidos de los pensamientos, negativos o positivos, en lugar de adentrarse en los pensamientos futuros o pasados, los cuales desarrollan la depresión y la ansiedad / estrés, respectivamente.

Hay que destacar que la investigación sobre los efectos de *mindfulness* en adolescentes es muy limitada, en el ámbito académico, los adolescentes se ven sometidos a la tensión académica, los problemas con sus semejantes y los síntomas emocionales como la ira, la tristeza, la frustración, la preocupación, el miedo etc., y la mejora de su concepto académico e identidad. Estos factores pueden desarrollar la depresión, la preocupación o trastornos conductuales en la población adolescente.

Los resultados del estudio realizado por Anand & Sharma (2014) proporcionan evidencia de la efectividad del programa MBSR en la reducción significativa de las manifestaciones fisiológicas y emocionales del estrés, el estrés académico, el estrés debido a las interacciones entre compañeros y la mejora del autoconcepto académico y el bienestar. La práctica regular fue útil para el cultivo de la atención plena. Los hallazgos sugieren que la intervención es factible y aceptable en este grupo de edad.

Un foco de investigación reciente, es la determinación de cuáles son los "componentes activos" con los que el MBSR ejerce un papel mediador sobre la salud. Algunos de los mecanismos fisiológicos, que se activan al practicar la meditación, son los incrementos en la activación izquierda anterior del cerebro asociados con afecto positivo, aumentos de los niveles de anticuerpos que aumentan el funcionamiento inmune y reducciones en el cortisol, una hormona liberada durante el estrés (Davidson et al., 2003).

En una investigación sobre los procesos psicológicos del MBSR realizada por Malcoun (2008) se comprobó la eficacia del MBRS en la salud psicológica y física de una muestra heterogénea formada por 71 pacientes adultos. Los resultados obtenidos mostraron una mejora de los síntomas psicológicos de la ansiedad y depresión, y asimismo, se relacionó con un aumento en la reducción de estrés. Por el contrario, no encontraron relación alguna entre la práctica de *mindfulness* y una mejora de los síntomas físicos (dolor corporal). Por tanto, confirmaron que la práctica de *mindfulness* juega un rol importante en el MBRS con relación a las mejoras en la salud psicológica de los pacientes. En otro estudio realizado por Carmody & Baer (2008) estudiaron mediante el MBRS la relación entre la práctica de *mindfulness* y los niveles de éste, los síntomas de salud física y psicológica, el estrés percibido y el bienestar psicológico en una muestra de 174 pacientes adultos. Los pacientes, además de asistir al MBRS, tenían que dedicar una parte del tiempo a la práctica de *mindfulness* en casa, realizando ejercicios de meditación formal (*body-scan*, *yoga*, meditación sentada). Encontraron una relación significativa entre el aumento de los niveles de *mindfulness* con una mejoría en la mayoría de las facetas de *mindfulness* y en varias medidas de los síntomas psicológicos (depresión y ansiedad) y del bienestar.

En resumen, se puede decir que ambos estudios sugieren que la práctica de *mindfulness* produce un aumento en los niveles de *mindfulness* del paciente, y a su vez, provoca una

reducción de los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión), de los niveles de estrés y un aumento del bienestar psicológico de los pacientes sometidos al MBRS.

2.2. Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT)

La terapia basada en la conciencia plena existe gracias a Segal, Williams, & Teasdale (2012) y fue diseñada para evitar las recaídas de la depresión crónica. En esta terapia se enseñan ejercicios de meditación de *mindfulness* derivados del MBRS. Estos ejercicios consisten en: el escaneo del cuerpo (*body -scan*), abrirse con conciencia plena, caminar con plena conciencia, tener conciencia plena de la respiración, del estado de nuestro cuerpo, de los sonidos que nos rodean y de nuestros pensamientos. Además de las técnicas procedentes del MBRS, en la MBCT se incluyen las técnicas de terapia cognitiva; los ejercicios en los que se plantean cómo cambia la raíz de nuestros pensamientos según nuestro estado de ánimo; la psicoeducación de síntomas depresivos, y pensamientos automáticos y su discusión; y por último, también incluye la preparación de un proyecto de prevención de recaídas de la depresión.

Una recaída implica la reactivación en los períodos de un estado de ánimo bajo, de patrones de pensamiento negativo similares a los que se encuentran activos durante los episodios previos de depresión (Zindel, Williams, Mark, & Teasdale, 2008). En base a esto, la preparación del proyecto en la prevención de recaídas está basado en el control de la reactivación y en la identificación de los patrones de pensamiento negativo, éstos tienen un mecanismo de activación automática, a modo de viejos hábitos mentales que aparecen y se disparan.

Las estrategias empleadas por los pacientes para reducir los viejos hábitos mentales son bastante contraproducentes, lo que les lleva a rumiar cognitivamente, en los estados emocionales presentes, pasados y futuros, generando nuevos estados de ánimo negativos indeseados. Estos intentos por resolver los problemas, pensando indefinidamente sobre ellos, llevan a los pacientes a un estado de bloqueo del que no son capaces de salir sin ayuda.

Para solucionar el problema de las recaídas en la depresión, se realizaron varios estudios empíricos sobre la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en la atención plena (MBCT). En uno de ellos, Zindel et al. (2008) realizaron un ensayo clínico aleatorio, en el que aplicaron la MBCT, y encontraron resultados beneficiosos con respecto a las recaídas de la depresión. Por

tanto, los participantes que recibieron la MBCT durante 8 semanas tuvieron una probabilidad mucho menor de padecer una recaída durante los 12 meses posteriores a su participación en el tratamiento. Además también se mostró que los más beneficiados en el programa fueron los casos más “crónicos” en comparación con los que presentaban una breve historia de depresión.

En otro estudio, Teasdale et al. (2000), evaluaron a 145 pacientes depresivos recuperados de recaídas recurrentes, durante un periodo de 60 semanas. Una parte de la muestra recibió un tratamiento usual (TAU), y la otra parte recibió el MBCT. Aquellos con entrenamiento de *mindfulness* (MBCT) y además habían sufrido tres o más episodios previos de depresión (77% de la muestra) experimentaron una reducción significativa en la recaída de esta, pero en los pacientes con sólo dos episodios previos de depresión, la MBCT no redujo la recaída. Es importante señalar que la MBCT fue diseñado para los pacientes con depresión remitida y es poco probable que sea eficaz en el tratamiento de la depresión aguda, donde factores tales como dificultades de concentración y la intensidad del pensamiento negativo pueden eliminar la adquisición de las habilidades de control de atención central de la MBCT.

En un diseño controlado aleatorio Cladder-Micus et al. (2017) investigaron el efecto que tiene la MBCT sobre la reactividad cognitiva en 115 pacientes depresivos con remisión recurrente, comparándolo con el Tratamiento Usual (TAU) en la reactividad cognitiva en estos pacientes. Los resultados indicaron una reducción significativa de la reactividad cognitiva ($d=0,51$) de los participantes que realizaron el curso de la MBCT, en contraste con el grupo TAU que mostró un aumento en la reactividad cognitiva, indicando quizás, que el MBCT puede inhibir el aumento natural de la reactividad cognitiva con el tiempo. Además compararon las puntuaciones basales con las puntuaciones de después del tratamiento y encontraron que la reactividad cognitiva mediaba parcialmente el efecto sobre la depresión. Por lo tanto, este estudio proporciona una evidencia de que la MBCT reduce la reactividad cognitiva y pruebas de que la reactividad cognitiva es un mecanismo de trabajo de la técnica.

Los hallazgos encontrados en los estudios anteriores, demuestran que la MBCT es un buen tratamiento para evitar las recaídas en aquellos pacientes cuya historia de depresión incluye tres o más recaídas relacionadas con factores internos, y han vivido su primer episodio depresivo más temprano. Según Teasdale et al. (2000) la eficacia de la MBCT para prevenir recaídas en este tipo de pacientes se debe a la interrupción del patrón de pensamiento rumiador en momentos de riesgo de recaída. En cambio, no resulta eficaz para prevenir recaídas en

personas con dos episodios, ya que, en este caso, las recaídas están provocadas por sucesos vitales estresantes, en lugar de por mecanismos internos automatizados. El hecho de que las personas que han tenido tres o más episodios de depresión, tengan mayores episodios de recaídas, es porque los patrones de pensamientos rumiadores están relacionados con factores internos, y porque han vivido su primer episodio depresivo más temprano que los pacientes con dos episodios, y como consecuencia de esto se ha provocado el reforzamiento del patrón de pensamientos rumiadores (Miró, Perestelo-Pérez, Pérez, Rivero, & González, 2011).

Por último, en un estudio realizado con una población no-clínica Hossein, Foroozan, & Neda (2011) demostraron que el entrenamiento con la MBCT ayuda a la desconexión de los pensamientos disfuncionales habituales, que aumentan el riesgo de experimentar la preocupación y la depresión. Por ejemplo, usar un enfoque en la respiración ayuda a cambiar la atención y desviarla de corrientes de pensamientos negativos, preocupaciones o falta general de conciencia, lo que lleva al paciente a disminuir su tendencia a preocuparse y con esto a reducir sus niveles de depresión experimentados antes, durante y después de circunstancias estresantes; además de producir una importante reducción en la generación de ideas negativas automáticas y actitudes disfuncionales.

2.3. Terapia dialéctica conductual (DBT)

En su nacimiento, la DBT se desarrolló como el único tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), pero se fue innovando hasta poder tratar otras patologías relacionadas con la desregulación emocional como la ansiedad o la depresión.

El objetivo fundamental de la DBT se basa en buscar la armonía entre la aceptación y el cambio, a la vez que los pacientes aprenden a controlar sus emociones extremas, reduciendo así las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo y poder aceptarse tal y como son. Su autora Linehan (1993), la distingue de otras terapias cognitivo- conductuales (TCC) por dos factores: el de aceptación y el de validación, basándose menos en el cambio. Hay que añadir que otra de las distinciones con las TCC, es el modo en el que se aborda el tratamiento, ya que en la DBT se utiliza una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia, en lugar de especificar las técnicas a utilizar (García Palacios, 2006).

A lo largo de la DBT se realiza un entrenamiento en habilidades interpersonales, de regulación de emociones, de tolerancia al malestar y de conciencia plena para conseguir que los

pacientes puedan regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás. Las habilidades de toma de conciencia con *mindfulness* se enseñan a los pacientes dentro del módulo de entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar, trabajando la aceptación. En general, las habilidades de *mindfulness*, son un requisito previo durante todo el entrenamiento para poder trabajar las otras estrategias y conseguir buenos resultados.

Aparte, otro ejercicio propuesto por la DBT es la conciencia de la conexión con el universo, que consiste en concentrar la atención en aquella parte del cuerpo que está en contacto con un objeto, como puede ser el suelo, pensando con afecto en ese objeto hasta que aparezca una sensación de estar en conexión, ser amado o querido (Botella & Pérez, 2007).

En resumen, ésta terapia se caracteriza por ser específica y sistemática, pero debido a la variedad de procedimientos a seguir a la hora de su aplicación presenta el problema de la complejidad y la heterogeneidad (Echeburúa & de Corral, 1999).

En un estudio aleatorizado realizado con 24 pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad y repartidos al azar en dos grupos de tratamiento, que posteriormente fueron destinados a recibir la DBT o la TCC, se mostró que los pacientes que recibieron la terapia orientada a la DBT mostraron mejores resultados en medidas de suicidio y conducta parasuicidas, ideación suicida, depresión, impulsividad, ira, funcionamiento psicológico global y una reducción de los días en hospitales psiquiátricos (Ralph, 2000).

Se realizó un estudio con el propósito de comparar la efectividad de un programa de Terapia de Conducta Dialéctica Completa (DBT), con un grupo de habilidades de la DBT con mujeres adolescentes. Se utilizaron medidas de datos archivados de un estudio en curso de mujeres adolescentes que participaban en un programa de la DBT; también contaron con una muestra actual, compuesta por 132 mujeres adolescentes y se repartieron en dos grupos: en uno de ellos, formado por 69 mujeres adolescentes, se examinó la efectividad de un programa de Terapia de Conducta Dialéctica completa (DBT) y otro grupo, formado por 63 mujeres adolescentes, en el que se comparó la efectividad de habilidades de la DBT. Posteriormente, en ambos grupos se tomaron medidas pre- y post- del nivel de depresión, de ira e ideación suicida y los resultados indicaron una reducción general en las cuatro medidas, incluyendo depresión, ansiedad, ira e ideación suicida. Es importante destacar, que las adolescentes que participaron en el programa DBT completo mostraron una disminución significativamente mayor en las medidas del nivel de depresión, lo que indica que las mujeres adolescentes que luchan con la

depresión, pueden beneficiarse del programa completo, en comparación con el grupo que se sometió al programa de habilidades de DBT (Castellanos, 2014).

Ha habido intentos de integrar la tecnología informática aplicada a la psicoterapia y en algunos casos, las intervenciones han sido tan eficaces como las intervenciones presenciales. Se han encontrado estudios que ponen en evidencia que los tratamientos de psicoterapia computarizados reducen la depresión (Richards & Richardson, 2012) y la ansiedad (Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker, & Mataix-Cols, 2004). Debido a que la DBT ha sido impartida de manera presencial y ha tenido éxito en una variedad de trastornos psicológicos, en diferentes tipos de poblaciones y por su formato estructurado de entrenamiento en habilidades, se ha considerado como una aspirante ideal para su extensión como una intervención computarizada (Linehan & Wilks, 2015).

2.4. La Terapia Breve Relacional (BRT)

Fue desarrollada por Safran & Muran (2005) y, a diferencia de las anteriores terapias, está basada en un enfoque psicodinámico en el que se incorpora el entrenamiento en conciencia plena tanto para los pacientes como para los terapeutas. Este tipo de terapia pretende establecer unos adecuados vínculos terapéuticos para asegurar el éxito del tratamiento. Estos vínculos pueden ser alterados por percepciones diferentes de la realidad, las cuales, pueden ser modificadas por las preconcepciones o prejuicios propios.

En primer lugar, se trabaja sobre las preconcepciones y prejuicios contruidos en torno a la relación paciente-terapeuta y establece como una meta, la salud psicológica de los pacientes, permitiendo que éstos puedan prescindir de una auto-imagen rígida, sin que las nuevas experiencias afecten a su salud psicológica, a la vez que éstos se ocupan de cuestionar los esquemas relacionales.

Por consiguiente, para poder cambiar los modos habituales de comportamiento de los pacientes, entra en juego la práctica de *mindfulness* que puede ser muy útil para desautomatizar el funcionamiento cognitivo y dejar de anclarse en estos esquemas y a los propios pensamientos y sentimientos. Esta práctica puede realizarse mediante la meditación y ejercitando la atención

en la vida cotidiana. Resumiendo lo anterior, el fin en sí mismo está en llegar a elaborar “una mente de principiante” aprendiendo a ser consciente y a tratar de desprenderse de las preocupaciones según vayan surgiendo.

En este tipo de terapias se pueden producir rupturas en la alianza terapéutica, estas rupturas pueden ser causadas por la forma en que el terapeuta utiliza ciertas técnicas, como por ejemplo, una imposición de sus valores personales; la creación de dependencia en el paciente, el uso inapropiado del silencio, una organización rígida de la terapia y hacer comentarios personales inadecuados (Hadley & Strupp, 1983).

Las rupturas también pueden ser causadas por el comportamiento del paciente; en éste caso puede haber dos tipos de rupturas: de retirada o confrontación. En la de retirada, el paciente responde a la tensión aislándose del terapeuta, y/o de algunos aspectos de su propia experiencia; y en la ruptura de confrontación, manifiesta su enfado culpabilizando al terapeuta de una forma agresiva. (Safran & Muran, 2000). El intento por fortalecer la alianza y la resolución de la ruptura por parte de ambos, podría llegar a fortalecer la alianza terapéutica, y generar un cambio en los patrones interpersonales del paciente. En resumen, las rupturas son útiles porque proporcionan oportunidades para comprender los fundamentos relacionales del paciente y pueden fortalecer la alianza terapéutica.

En la terapia BRT hay una serie de recomendaciones que pueden ser adoptadas en cada tipo de rupturas de la alianza terapéutica y, dependiendo del tipo de ruptura y modelos de estadio-proceso pueden ser: el uso de la metacognición, la justificación terapéutica, el reencuadre o la modificación de las tareas y objetivos, el micro-procesamiento o atención consciente propuesto por (Linehan, 1993), el examen de temas relacionales nucleares del paciente, la clarificación de los malentendidos, prestar atención a las transiciones de los estados del *self* en el sistema paciente-terapeuta y la forma en que se articulan, etc.

En general, a diferencia de las terapias cognitivas clásicas (TCC), la BRT no tiene un formato fijo ni una duración predeterminada, sino que se define por poner énfasis en los problemas asociados con el desarrollo de la formulación del caso en las fases tempranas del tratamiento, ya que la perspectiva relacional asume que el terapeuta no puede mantenerse fuera del terreno relacional para desarrollar una formulación “objetiva” (Safran & Medea, 2010).

En un estudio piloto realizado por Jeremy, Muran, Samstag, & Winston (2005) se probó la eficacia de la BRT en pacientes en los que resulta complicado establecer una alianza terapéutica. En la primera fase del estudio, 60 pacientes fueron repartidos de manera aleatoria entre la terapia dinámica a corto plazo (STDP) y la terapia cognitiva a corto plazo (CBT) y observaron su progreso en las primeras ocho sesiones de tratamiento. En la segunda fase del estudio, a los 60 pacientes se les ofreció la opción de ser reasignados a la BRT o a una condición de control. Para los pacientes procedentes de CBT, la condición de control fue STDP y para los pacientes procedentes de STDP, la condición de control fue (CBT). Hubo 10 pacientes que pidieron ser reasignados a la BRT y consiguieron continuar con el tratamiento, por el contrario, los que fueron asignados a un grupo control abandonaron el tratamiento. Estos hallazgos nos proporcionan evidencia que apoya el valor potencial del BRT como una intervención útil en el contexto de las rupturas de la alianza terapéutica.

3. CONCLUSIONES

Las terapias de conducta de tercera generación (TTG) cada vez están ganando mayor importancia y suponen un gran avance en el tratamiento para los trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión.

Dentro de las TTG se encuentran los programas basados en *mindfulness*, que son unos de los responsables de este avance. El primer programa fue creado por Kabat- Zin y estaba destinado a la reducción de estrés (MBRS), y a partir de éste se desarrollaron los demás programas basados en *mindfulness*, como son: la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y la Terapia Breve Relacional (BRT). La base de estos programas está en no cambiar la experiencia del paciente -en el sentido de experimentar, vivir, y sentir en uno mismo-, promoviendo la aceptación psicológica y dando importancia a los valores del paciente o del terapeuta. Todo esto se realiza utilizando técnicas menos directas y más experienciales, a diferencia de las utilizadas en las terapias de primera y segunda generación, que utilizan técnicas más directas y didácticas.

Después de realizar esta revisión, se ha encontrado una evidencia relacionada con el éxito de los programas basados en *mindfulness* en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos, principalmente, en la ansiedad y depresión, pero en la DBT, la evidencia

encontrada ha sido en pacientes con TLP porque la mayoría de las intervenciones en la DBT son aplicadas en estos pacientes; se ha podido encontrar una disminución significativa en los niveles de depresión, ira e ideación suicida. También, ha sido considerada como una buena terapia para computarizarla, debido a su carácter específico y sistemático y a la variedad de poblaciones implicadas en este tipo de terapia.

Debido a su enfoque bien definido, sistemático y centrado en el paciente, hay que decir, que el MBRS es uno de los programas más empleados en la investigación para el tratamiento de problemas de humor y ansiedad en las poblaciones clínicas, a diferencia de la MBCT, que es la terapia menos conocida. La evidencia encontrada en torno al programa MBRS se ha asociado a una reducción de los síntomas de estrés y con ello de enfermedades asociadas a éste. También ha quedado demostrado que ambas terapias han sido eficaces para la prevención de recaídas en la depresión, disminuyendo los pensamientos disfuncionales, aumentando las habilidades de atención plena y reduciendo el patrón rumiador cuando hay riesgo de recaída, manteniendo mejoras hasta 6 meses después del tratamiento.

En general, se necesita más investigación futura sobre los "ingredientes activos" de los programas de *mindfulness* y de los factores que influyen en la salud de los pacientes con trastornos psicológicos para mejorar la comprensión de los mecanismos psicológicos subyacentes de estos programas, y así aumentar su fiabilidad, debido a que muchas personas no se sienten atraídas por la naturaleza y falta de información de los programas basados en *mindfulness*. Por ejemplo, en la BRT, hay pocas evidencias sobre su relación con el *mindfulness* debido a su escasa investigación y por ser el programa más reciente, pero se ha demostrado que es una intervención muy útil en el contexto de las rupturas de la alianza terapéutica.

A pesar de estas carencias, las investigaciones actuales sobre los beneficios de esta práctica y sus buenos resultados, hacen que la práctica de *mindfulness* se siga extendiendo a un mayor número de trastornos abriéndose hueco en el futuro de la psicología clínica actual.

4. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Anand, U., & Sharma, M. P. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based stress reduction program on stress and well-being in adolescents in a school setting. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5(1), 17–22.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1993). *Domine la ansiedad y el pánico*. (J. M. García, Ed.). Murcia: Autor-editor.
- Bishop, S. y colaboradores. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. <https://doi.org/10.1093>
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389–395.
- Botella, L., & Pérez, M. A. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66–77), 77–120.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Campbell, T., Labelle, L., Bacon, S., & Carlson, L. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlistcontrolled study. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 262–271.
- Carmody, J., & Baer, R. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23–33.
- Castellanos, O. (2014). *Effectiveness of a Full Dialectical Behavior Therapy Program as Compared to a Skills Group with Adolescent Females in a Community Mental Health Setting*. Massachusetts school of professional psychology.

- Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. In E. G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 159–182). Barcelona: Ariel.
- Cladder-Micus, M., Van Aalderen, J., Donders, A., Spijker, J., Vrijzen, J., & Speckens, A. (2017). Cognitive reactivity as outcome and working mechanism of mindfulness-based cognitive therapy for recurrently depressed patients in remission. *Cognition and Emotion*, 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2017.1285753>
- Davidson, R., Kabat- Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570.
- Delgado, L. C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. Universidad de Granada.
- Deyo, M. (2007). *Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Pacific Graduate School of Psychology, ProQuest Dissertations Publishing*. Palo Alto. Retrieved from <https://0search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/304774928?accountid=14555>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 25(102), 585–614.
- Ferreira-Vorkapic, C., Rangé, B., Nardi, A., & João, R. (2013). Domando La Mente: Discusión de los resultados de la investigación sobre meditación y trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 101–110.
- Flores-Valdez, I. H., León-Santos, M. P., Vera-Hernández, E., & Hernández-Pozo, M. (2013). Intervenciones psicológicas para el manejo y reducción de estrés en pacientes hipertensos: una revisión sobre su efectividad. *Psychologia : Avances de La Disciplina*, 7(2), 25–44.
- Franco, C. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atención Primaria*, 42(11), 564–570.
- Froján, M. X. (2006). *Tratando depression: guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

- García Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctico Comportamental. *eduPsykhé*, 5(2), 255–271.
- Germer, C. K. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. (C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton, Eds.) (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Remo, J. (2015). Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *BioMed Research International*.
- Grégoire, S., Baron, C., & Baron, L. (2012). Pleine conscience et counseling/Mindfulness and Counselling. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(2), 161–177.
- Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy,” in *Empirical Studies in Analytic Theories*. (J. Masling, Ed.). Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Hanh, T. N. (1999). *The Miracle of Mindfulness*. (M. Ho, Ed.). Boston, Massachusetts: Beacon Press.
- Hosseini, K., Foroozan, J., & Neda, H. (2011). Terapia Cognitiva (TCAP) basada en la conciencia reduce la depresión y de ansiedad inducido por el ajuste estresante real en población no clínica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 285–296.
- Jeremy, S., Muran, C., Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 512–531. <https://doi.org/http://0-dx.doi.org.avalos.ujaen.es/10.1037/0033-3204.42.4.512>
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Standards of Practice*. (Y. Haruki, Y. Ishii, & M. and Suzuki, Eds.), *Mindfulness Meditation: What It Is, What It Isn't, And It's Role In Health Care and Medicine*. Netherlands: Eburon.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: Donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.
- Kolahkaj, B., & Fatemeh, Z. (2015). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety,

- Depression and Stress in Women With Multiple Sclerosis. *Nurs Midwifery Studies*, 4(4).
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal29655>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*.
 Netherlands: Guilford Press.
- Linehan, M., & Wilks, C. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy.
American Journal of Psychotherapy, 69(2), 97–110.
- Malcoun, E. (2008). *Unpacking mindfulness: Psychological processes underlying the health
 benefits of a mindfulness-based stress reduction program*. Bryn Mawr College.
- Marks, I., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., & Mataix-Cols, D. (2004). Saving
 clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer. A randomized
 controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9–18.
- Martínez, E., & Pacheco, M. (2012). El incremento de mindfulness con el ejercicio de la
 psicoterapia. *Acción Psicológica*, 9(2), 111–116.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4109>
- Martínez Figueras, L. (2016). *Avances y perspectivas de futuro en la farmacoterapia de los
 trastornos de ansiedad*. Universidad de Alcalá.
- Maxwell, L., & Duff, E. (2016). Mindfulness: An Effective Prescription for Depression and
 Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(6), 403–409.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., & González, M. (2011). Effectiveness
 of mindfulness based treatments for anxiety and depressive disorders: A systematic
 review. *Psicopatología Y Psicología Clínica*, 16(1), 1–14.
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena):
 concepto y teoría. *Portulaira*, 12, 83–39.
- Rahula, W. (2004). *Lo que Buddha enseñó*. Argentina: Kier.
- Ralph, T. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for
 borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413–419.

- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329–342.
- Safran, J., & Medea, E. (2010). Tratamiento psicoanalítico relacional breve, enactment y reparación de las rupturas. *Revista Electrónica de Psicoterapia*, 4(2), 381–398.
- Safran, J., & Muran, C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. New York: The guilford press.
- Safran, J., & Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional* (2nd ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Segal, Z. V, Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition* (2nd ed.). New York: The guilford press.
- Serby, M., & Yu, M. (2003). Overview: depression in the elderly. *National Library of Medicine. The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 70, 38–44.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain* (1st ed.). New York: Norton & Company, Inc.
- Simón, V. M. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Mindfulness Y Psicoterapia*, 17(66–67), 5–30.
- Siverio, E. (2015). *Programa de intervención enfermera para reducir la ansiedad perquirúrgica en pacientes pediátricos*. La laguna, Tenerife.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53–S77.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles Del Psicólogo*, 27 (2), 92–99.
- Yeoungsuk, S. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86–90.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010>

- Zernicke, K., Campbell, T., Blustein, P., Fung, T., Johnson, J., Tocino, S., & Carlson, L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: a randomized wait-list controlled trial. *International Journal Behavioral Medicine*, 20(3), 385–396.
- Zindel, S., Williams, G., Mark, J., & Teasdale, J. (2008). Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. In *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas* (pp. 90–93). Bilbao: Desclée de Brouwer.