

Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2007/11

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud Carlos III



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Gobierno
de Canarias

Miró Barrachina, MT.

Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. / autores, Miró Barrachina, MT... [et al.]. – Madrid : Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de Salud, D.L. 2009. – 114 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS ; 2007/11)

Bibliografía

D.L. TF 1606/09
ISBN
NIPO 477-09-035-0

1. Atención Plena 2. Depresión 3. Ansiedad
I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Ciencia e Innovación

Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Imprime: Litografía Gráficas Sabater

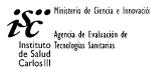
Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”.

Para citar este informe:

Miró Barrachina MT, Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, Giménez Molinero S, Rivero Santana A, González Lorenzo M. Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2007/11.



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud
Carlos III



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Gobierno
de Canarias

Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer a D^a. Beatriz Duque González su apoyo como documentalista en la revisión, a D^a. Thayli León Plasencia su apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión, y a D^a. Carmen Bujalance Jiménez su ayuda en labores de formato del informe.

Índice

Siglas y acrónimos.....	9
Resumen.....	11
Summary	17
I. Introducción	21
I.1. Definición de la Atención Plena	22
I.2. Aplicaciones clínicas de la Atención Plena.....	25
I.2.1. La Reducción del Estrés por medio de la Atención Plena	26
I.2.2. La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena	27
I.2.3. Atención Plena y Terapia Conductual Dialéctica ...	28
I.2.4. La Atención Plena en la Terapia de Aceptación y Compromiso	29
II. Objetivos de la revisión	33
II.1 Objetivos primarios	33
II.2 Objetivos secundarios	33
III. Metodología	35
III.1. Diseño	35
III.2. Criterios de selección	35
III.2.1. Tipos de estudios	35
III.2.2. Tipos de participantes	36
III.2.3. Tipos de intervención	37
III.2.4. Tipos de medidas de resultados	38
III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios.....	40
III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios	41
III.5. Extracción y análisis de los datos	41
IV. Resultados.....	43
IV.1. Estudios incluidos y excluidos	43
IV.2. Calidad Metodológica	44
IV.2.1. Revisiones Sistemáticas (RS).....	44
IV.2.2. Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA).....	45
IV.2.3. Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA)	48
V.3. Resultados evaluados	52

IV.3.1. Revisiones Sistemáticas	52
IV.3.2. Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA).....	53
IV.3.3. Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA)	62
V. Discusión	69
VI. Conclusión.....	79
VII. Referencias	81
VII. Contribución de los autores y revisores externos	85
Anexos.....	87
Anexo 1. Estrategia de búsqueda.....	87
Anexo 2. Escala de Oxman.....	96
Anexo 3. Escala de Jadad.....	97
Anexo 4. Escala de Estabrooks.....	98
Anexo 5. Niveles y Grados de Evidencia.....	100
Anexo 6. Hoja de extracción de datos estudios incluidos (RS).....	101
Anexo 7. Hoja de extracción de datos estudios incluidos (ECA).....	101
Anexo 8. Hoja de extracción de datos estudios incluidos (ECNA).....	102
Anexo 9. Tabla de calidad y nivel de evidencia de las Revisiones Sistemáticas (RS)	102
Anexo 10. Tabla de calidad y nivel de evidencia de los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA).....	103
Anexo 11. Tabla de calidad y nivel de evidencia de los Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA)	103
Anexo 12. Referencias. Estudios incluidos.....	104
Anexo 13. Referencias. Estudios excluidos.....	106
Anexo 14. Características de los estudios (ECA)	111
Anexo 15. Características de los estudios (ECNA)	113

Siglas y acrónimos

- ACT:** Acceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceptación y Compromiso)
- EEQ:** Emotional Expressiveness Questionnaire (Cuestionario de Expresión Emocional)
- AMT:** Autobiographical Memory Test (Test de Memoria Autobiográfica)
- BAI:** Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck)
- BDI:** Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)
- BHS:** Beck Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza de Beck)
- CSQ:** Coping Styles Questionnaire (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento)
- DAS:** Dysfunctional Attitude Scale (Escala de Actitudes Disfuncionales)
- DBT:** Dialectical Behavior Therapy (Terapia Conductual Dialéctica)
- ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado
- ECNA:** Ensayo Controlado No Aleatorizado
- GSi:** Global Severity Index (Índice de Severidad Global)
- HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Ansiedad de Hamilton)
- HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Hamilton)
- IIP-PD:** Inventory of Interpersonal Problems_Personality Disorders (Inventario de Problemas Interpersonales_Trastornos de la Personalidad)
- KHS:** Kazdin Hopelessness Scale for Children (Escala de Desamparo para Niños de Kazdin)
- LPC:** Lifetime Parasuicidal Count (Cuenta de eventos parasuicidas a lo largo de la vida)
- MBCT:** Mindfulness Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena)
- MBSR:** Mindfulness Based Stress Reduction (Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena)
- MED:** Medicación
- MOPS:** Measure of Parenting Style (Medida del Estilo Parental)
- PSI:** Personal Style Inventory (Inventario del Estilo Personal)
- RSQ:** Response Style Questionnaire (Cuestionario de Estilo de Respuestas)
- RUM:** Rumination Scale (Escala de Rumiación)
- SCID-II:** Structured Clinical Interview for DSM-IV- Personality Disorders (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV- Trastornos de la Personalidad)

SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised (Listado de Síntomas-90-Revisado)

SIQ-JR: Suicidal Ideation Questionnaire-Junior high school responders (Cuestionario de Ideación Suicida)

STAI: State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo)

TAU: Treatment as usual (Tratamiento habitual)

WBSI: White Bear Suppression Inventory (Inventario de Supresión 18del Oso Blanco)

Resumen

Introducción:

La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes y los que más demanda generan en los Centros de Salud Mental. Generalmente, los tratamientos son administrados de forma individual, por lo que los trabajadores de la salud muchas veces no tienen tiempo para llevar a cabo el tratamiento óptimo. Además, a pesar de la evidencia empírica acerca de la eficacia de los psicofármacos y los tratamientos psicológicos habituales para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, existe un alto porcentaje de personas que recaen y presentan una sintomatología resistente a éstos. Para hacer frente a estas limitaciones, en los últimos años se han generado nuevas estrategias de tratamiento basadas en la práctica de la Atención Plena. Ésta se considera en la actualidad la habilidad psicológica clave para detener los circuitos automáticos que sostienen estos trastornos mentales. Además, estas estrategias presentan la ventaja de que pueden ser implementadas en grupo, de modo que se trata de intervenciones en las cuales la relación coste-beneficio es óptima. En este marco, adquiere pleno sentido la revisión de los nuevos tratamientos basados en la Atención Plena para hacer frente a la ansiedad y la depresión.

Objetivos:

1. Llevar a cabo una revisión sistemática sobre la evidencia empírica acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión.
2. Conocer el grado de eficacia en el mantenimiento de las mejorías logradas después del entrenamiento en Atención Plena.

Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE (desde 1950 hasta agosto 2007), EMBASE (desde 1980 hasta agosto 2007), PreMedline (hasta agosto 2007), PsycINFO (desde 1887 hasta agosto 2007), CRD (desde 1973 hasta agosto 2007), Cochrane

Library (versión 2007), CINAHL (desde 1982 hasta agosto 2007), SCI (desde 1900 hasta agosto 2007), SSCI (desde 1956 hasta agosto 2007) y Current Contents (Social & Behavioral Sciences, Clinical Medicine) (desde 1998 hasta agosto 2007). El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas.

Criterios de selección:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de desacuerdos y/o duda entre ellos se acudió a un tercer revisor. Esta revisión sistemática integró la información de revisiones sistemáticas (RS) previas sobre el tema, así como la de los estudios primarios publicados hasta agosto de 2007 sobre la Atención Plena como intervención clínica en pacientes con ansiedad generalizada y/o depresión mayor. La selección de los estudios se limitó a aquellos publicados en los idiomas inglés o español.

En base al diseño de los estudios se incluyeron Revisiones Sistemáticas (RS), Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) y Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA). Se excluyeron revisiones históricas, estudios de un solo caso, consensos de expertos, estudios de cohortes (EC), estudios observacionales (EO), estudios de comparación intragrupo (ECI), estudios de evaluación económica (EE) y estudios cualitativos (ECU).

Por otra parte, se incluyeron estudios con participantes con trastornos depresivos (depresión mayor, episodios depresivos, trastorno distímico) y con trastornos de ansiedad, que se ajusten a los criterios de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10, World Health Organization 1994) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association 2001). También debían contar con alguna medida cuantitativa de la sintomatología inicial.

Se excluyeron estudios en los que se había reclutado personas con un episodio o trastorno atribuible al consumo de sustancias psicoactivas, un episodio o trastorno atribuible a una enfermedad médica, antecedentes de episodios hipomaniacos, maníacos o mixtos o un trastorno ciclotímico, un episodio depresivo mayor superpuesto o explicado mejor por otro trastorno mental severo, otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto u otro trastorno mental orgánico.

Respecto a las intervenciones contempladas, se incluyeron estudios que habían utilizado el entrenamiento en Atención Plena como intervención clínica en formato grupal, independientemente de que ésta ocurriese en un marco de “Reducción de Estrés” (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR), “Terapia Cognitiva” (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT), “Terapia Conductual Dialéctica” (Dialectical Behavior Therapy - DBT) o “Terapia de Aceptación y Compromiso” (Acceptance and Commitment Therapy - ACT). Se excluyeron de la revisión los estudios que habían utilizado la Atención Plena en una única sesión.

Se excluyeron de la revisión los estudios que habían utilizado la Atención Plena en una única sesión.

Las medidas de resultado que se incluyeron en esta RS evaluaron la efectividad a través de medidas como la remisión del trastorno, la respuesta al tratamiento, el nivel de Atención Plena, las variables cognitivas de estilos de respuesta, las variables cognitivas de metacognición, el mantenimiento de la remisión o de la respuesta al tratamiento en el seguimiento, la satisfacción con el tratamiento, la calidad de vida relacionada con la salud, el funcionamiento social y la utilización de recursos (consumo de fármacos, hospitalizaciones, etc.). También se evaluaron los efectos adversos a través del número de abandonos y el número de participantes que experimentaron al menos un efecto adverso.

Extracción y análisis de datos:

Una vez identificadas las referencias que cumplían con los criterios de inclusión, los datos de los estudios se introdujeron en unas tablas de extracción de datos, diseñadas diferencialmente para los ECA, ECNA y para las RS.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad para los ECA, la escala de Estabrooks para los ECNA y la escala de Oxman para las RS.

Resultados:

A partir de las bases de datos electrónicas se identificaron un total de 2650 referencias. Al eliminar los duplicados se revisaron 1450 referencias, de las que se seleccionaron 86 y se incluyeron 14 de ellas. Además, se incluyó 1 referencia localizada en la búsqueda manual. En total, fueron 15 los estudios incluidos: 1 RS (Baer 2003), 8 ECA (Lee

2007, Lynch 2003, Lynch 2007, Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000, Williams 2008) y 6 ECNA (Kabat-Zinn 1992, Katz 2004, Kingston 2007, Miller 1995, Ramel 2004, Weiss 2005).

La calidad total de los ECA, según la escala de Jadad, fue de 2,38 puntos sobre 5. En base a la escala de Estabrooks, la calidad total de los ECNA fue de 23,17 puntos sobre 35 a partir de la escala de Oxman, y la puntuación de la calidad global de las RS fue de 8 puntos sobre 10.

La RS que ha sido incluida en esta revisión (Baer 2003), tenía como objetivo llevar a cabo una síntesis sobre la literatura existente acerca de la eficacia de terapias psicológicas basadas en la Atención Plena para el tratamiento de diferentes trastornos físicos y psicológicos. En los estudios incluidos en la revisión de Baer (2003) se utilizó la MBSR para los pacientes con ansiedad, para personas con problemas físicos, personas que siguen algún tipo de psicoterapia y consumen medicación y para poblaciones no clínicas. Además, se implantó la MBCT en participantes con depresión. Los resultados de la revisión de Baer (2003) mostraron que la MBSR resultó ser más eficaz que la lista de espera o el tratamiento usual, mientras que la MBCT resultó ser más eficaz que el tratamiento usual para prevenir las recaídas en depresión. En general, los resultados indicaron que los tratamientos MBSR y MBCT ayudan a mejorar el funcionamiento psicológico.

En cuanto a los ECA incluidos en esta revisión, en siete de los ocho estudios, los participantes presentaron un diagnóstico de depresión mayor y sólo un estudio (Lee 2007) utilizó participantes con trastornos de ansiedad. Se aplicó MBCT a los pacientes con depresión mayor remitida con dos o más episodios y a los sujetos con depresión unipolar y bipolar (con ideación suicida) remitida. Se utilizó MBSR para los participantes con trastornos de ansiedad y se intervino con DBT para las personas mayores con depresión mayor y al menos un trastorno de la personalidad. Las medidas de resultados se clasificaron en 6 categorías, siendo la más frecuente la descripción de los “síntomas depresivos” (Lee 2007; Lynch 2003, 2007; Williams 2000, 2008), seguida de las categorías “recaídas en depresión” (Ma 2004; Teasdale 2000, 2002), “circuitos automáticos de pensamientos rumiadores” (Ma 2004, Teasdale 2000) y “niveles de ansiedad” (Lee 2007, Williams 2008), “metacognición” (Teasdale 2002) y “cambios en la memoria” (Williams 2000).

Se incluyeron seis ECNA, de los cuales cuatro utilizaron como tratamiento el MBSR (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995, Kamel 2004, Weiss 2005). Dos de estos estudios incluyeron a personas con ansiedad y los otros dos a personas que padecían ansiedad y depresión. En el estudio

de Kingston (2007), en el que los participantes incluidos fueron diagnosticados con depresión mayor con al menos tres episodios, se utilizó MBCT como intervención clínica. La DBT fue implementada en el estudio de Katz (2004), en el que la muestra era de adolescentes con intentos suicidas. Las medidas de resultado más evaluadas fueron los “síntomas depresivos” y los “niveles de ansiedad”. La siguiente medida de resultado más evaluada se correspondió con las “rumiaciones”. En cambio, las medidas de resultado menos frecuentes fueron “conductas e ideación suicidas”, “alcance de los objetivos terapéuticos” y “bienestar psicológico”.

Conclusiones:

En relación al tratamiento de la ansiedad, el modelo más utilizado ha sido el MBSR. Los estudios muestran cierta evidencia a favor de la eficacia de este entrenamiento, pero ésta no es concluyente.

Respecto al tratamiento de la depresión, el modelo de MBCT es el que cuenta con una mayor evidencia científica, mostrando ser eficaz a la hora de prevenir las recaídas. También cuenta con cierta evidencia favorable en el tratamiento de síntomas afectivos residuales en pacientes depresivos resistentes al tratamiento. Estos datos hacen que no se pueda considerar que el modelo MBCT sea recomendable en el abordaje de un primer episodio de depresión mayor, ni tampoco en el tratamiento de la depresión en fase aguda; para estos casos, existen otros tratamientos farmacológicos o psicológicos más indicados.

Summary

Introduction:

Depression and anxiety are the most frequent mental disorders and the most demanding on Healthcare centres. Treatments are applied individually and healthcare workers, most of the time, do not have enough time to give the optimum treatment. Despite the empirical evidence about the use of medication and usual psychological therapies for the treatment of anxiety and depression, a large percentage of patients relapse and present a symptomatic resistance. In order to overcome these limitations, new strategies of treatment based on Mindfulness Meditation have emerged during the last years. Nowadays, it is considered the central skill to stop automatic mental processes that maintain mental problems. These treatments present the advantage that they are high cost-efficient because they can be applied in groups. Therefore, it is important to revise new treatments based on Mindfulness Meditation to combat depression and anxiety.

Objectives:

1. To systematically review the empirical literature investigating the effectiveness of psychological treatments based on Mindfulness Meditation to treat anxiety and depression.
2. To study the effectiveness of psychological approaches based on Mindfulness in the maintenance of the gains.

Search strategy:

The following databases were searched: MEDLINE (from 1950 until August 2007), EMBASE (from 1980 until August 2007), PreMedline (until August 2007), PsycINFO (from 1887 until August 2007), CRD (from 1973 until August 2007), Cochrane Library (version 2007), CINAHL (from 1982 until August 2007), SCI (from 1900 until August 2007), SSCI (from 1956 until August 2007) and Current Contents (Social & Behavioral Sciences, Clinical Medicine) (from 1998 until August 2007). We completed the literature research by manually searching references mentioned in the

systematic reviews included and by conducting a free search, adhered to the selection criteria.

Selection criteria:

The whole selection process for the studies was carried out by two reviewers. In case of doubt and/or disagreement, a third reviewer was consulted. This systematic review (SR) completes the information obtained in previous SRs with primary studies published until August 2007 on clinical intervention programmes based on Mindfulness Meditation for anxiety and depression.

The selection of studies was limited to those studies published in Spanish and English. Regarding the studies design, we included Systematic Reviews (SRs), Randomized Controlled Trials (RCTs) and Non-randomised Controlled Trials (NRCTs). Cohort Studies (CSs), Observational Studies (OSs), Intragroup Comparative Studies (ICSs), Economic Evaluations (EEs), Qualitative Studies (Qs), Historical Reviews, One Case Studies and Expert Consensus were excluded.

Also, we included studies which recruited participants meeting the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10, World Health Organization 1994) criteria and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association 2001) criteria for depressive disorders (major depression, depressive episodes, dysthymic disorder) and for anxiety disorders. Quantitative measures of the participants baseline symptoms were required. Exclusion criteria were disorders or episodes due to drugs or medical illness, a history of hypomanic episodes, manic episodes, mixed episodes, or cyclothymic disorder, major depressive episode comorbid or due to another severe mental disorder, personality disorders and organic mental disorders.

Regarding the interventions, we included studies that used a group skills-training Mindfulness program, in the context of "Stress Reduction" (Mindfulness Stress Reduction), "Cognitive Therapy" (Mindfulness Based Cognitive Therapy), "Dialectical Behavioural Therapy" or "Acceptance and Commitment Therapy". Studies which used only one session of Mindfulness training were excluded.

The outcome measures included in this systematic review assessed the following aspects: effectiveness measured by remission, response to treatment, reached level of mindfulness, cognitive variables of response style, cognitive variables of metacognition, maintenance of remission or of the response to treatment during the follow up, satisfaction with the

treatment, health related quality of life, social functioning and use of resources (medication, hospitalizations, etc). Also, adverse effects, number of drop outs, and number of participants who felt at least one adverse effect.

Data collection and analysis:

Once we identified the references which met all the inclusion criteria, the data were entered into data extraction tables. These tables were specifically designed for the RCTs, NRCTs and for the SRs.

The quality of the studies was assessed using the Jadad Scale for the RCTs the Estabrooks Scale for the NRCTs and the Oxman Scale for the Systematic Reviews.

Results:

A total of 2650 references were found in the electronic databases. Once the duplicates were discarded, 1450 references were reviewed. We retrieved 86, of which 14 were included. In addition, we included 1 extra reference found in a free research. A total of 15 studies were included: 1 SR (Baer 2003), 8 RCTs (Lee 2007, Lynch 2003, Lynch 2007, Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000, Williams 2008) and 6 NRCTs (Kabat-Zinn 1992, Katz 2004, Kingston 2007, Miller 1995, Ramel 2004, Weiss 2005).

According to the Jadad Scale, the total quality of RCTs was 2.38 points out of 5. According to the Estabrooks Scale, the total quality of the NRCTs was 23.17 points out of 35. According to the Oxman Scale, the mean score for the global quality of the SRs was 8 points out of 10.

The goal of the SR (Baer 2003) was to summarize the empirical research on the utility of mindfulness based interventions in the treatment of physical and psychological disorders. In the studies included in this revision, MBSR was used to treat anxiety disorders, physical problems, psychotherapy and medical patients and nonclinical populations. MBCT was applied on patients with depression. MBCT was more effective than the waiting-list or the usual treatment and MBCT showed to be more effective than the usual treatment in preventing relapse in depressed patients. General findings suggest that mindfulness based interventions may improve the psychological functioning.

Regarding the RCTs included in this revision, in seven out of eight studies the participants were diagnosed with major depression and only one study (Lee, 2007) included participants with anxiety disorders.

Recovered depressed patients with two or more episodes and patients with unipolar and bipolar depression with suicidal ideation received MBCT. MBSR was used for treating patients with anxiety disorders and DBT for depressed older adults. We identified six outcome measures. The most common was “depressed symptoms” (Lee 2007; Lynch 2003, 2007; Williams 2000, 2008) followed by “depression relapse” (Ma 2004; Teasdale 2000, 2002), “autonomous ruminative processes” (Ma 2004, Teasdale 2000) and “anxiety levels” (Lee 2007, Williams 2008), “metacognition” (Teasdale 2002) and “memory changes” (Williams 2000).

Six NRCTs were included. Four studies used MBSR (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995, Kamel 2004, Weiss 2005), two of which included participants with anxiety disorders and two of which included patients with anxiety and depression. In the study of Kingston (2007), subjects diagnosed with major depression with at least three episodes received MBCT. In the study of Katz (2004), adolescents with suicide attempts or suicidal ideation were treated with DBT. The most frequent outcomes assessed were “depressive symptoms” and “anxiety levels”, followed by “rumination”. The least common outcome measures were “suicidal attempt” and “ideation”, “goal achievement” and “psychological wellbeing”.

Conclusions:

In relation to the treatment of anxiety, the MBSR model has been the most used. Studies show some evidence for the efficacy of this training, but this is not conclusive.

In the treatment of depression, the MBCT model has the most scientific evidence, showing to be effective in preventing relapses. It also has some favourable evidence in the treatment of residual affective symptoms in depressive patients resistant to treatment. These data do that the MBCT model not to be recommended in dealing with a first episode of major depression, nor in the treatment of depression in acute phase; for these cases, there are other psychological or pharmacological treatments more indicated.

I. Introducción

Esta revisión sistemática tiene como objetivo conocer la efectividad de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Su propósito último es contribuir a mejorar la eficacia de los tratamientos que componen la cartera de servicios de los profesionales de la salud mental pública.

La ansiedad, especialmente la ansiedad generalizada, y la depresión, especialmente el episodio de depresión mayor, son los trastornos mentales más frecuentes y los que más demanda generan en los Centros de Salud Mental^(1,2,3). Para ambos trastornos, existen tratamientos farmacológicos y psicológicos de eficacia empírica demostrada^(4,5). Sin embargo, la mayor parte de estos tratamientos tienen que ser administrados en formato individual y, en el caso de los tratamientos psicológicos, con frecuencia los profesionales de la atención pública no disponen del tiempo necesario para llevar a cabo el tratamiento en condiciones óptimas. Además, existe un porcentaje importante de pacientes que recaen, y muestran una sintomatología resistente tanto a los psicofármacos como a los tratamientos psicológicos con las técnicas habituales^(6,7). En el caso del trastorno por ansiedad generalizada, se estima que las técnicas cognitivo-conductuales, que son las que han demostrado una mayor eficacia, fracasan en el 50% de los casos a la hora de mantener a estos pacientes dentro de rangos normales de ansiedad^(8,9). De igual modo, existe una creciente investigación que describe la depresión como un trastorno crónico y/o recurrente. Se estima que los pacientes que se recuperan de un episodio depresivo inicial, tienen un 50% de probabilidades de volver a recaer. Además, para los que tienen un historial de dos o más episodios, el riesgo de recurrencia aumenta a un 70-80%^(10,11). Parece claro, por tanto, que tanto la ansiedad como la depresión presentan un riesgo importante de convertirse en trastornos crónicos si no se abordan adecuadamente. Para explicar este riesgo de cronicidad, se han propuesto varias hipótesis, tales como la hipótesis de la activación diferencial⁽¹²⁾, o la hipótesis del pensamiento repetitivo⁽¹³⁾. En ambos casos, se apunta a mecanismos de automatización producidos por la asociación repetida de un estado de ánimo (ansioso o depresivo) con estados corporales y patrones de pensamiento disfuncionales. La práctica repetida de estas asociaciones disfuncionales conduciría a una automatización de los circuitos

neuronales que sostienen estos estados mentales. De este modo, una vez que los circuitos se han establecido y consolidado, podrían activarse de nuevo ante cambios ambientales mínimos.

Para hacer frente al riesgo de cronicidad de los casos recidivantes, así como para afrontar la desbordante demanda de ayuda que generan los casos de ansiedad y depresión, en los últimos años se han generado nuevas estrategias de tratamiento basadas en la práctica de la Atención Plena (“mindfulness”) ^(14,15). Ésta se considera en la actualidad una habilidad psicológica clave para detener los circuitos automáticos que sostienen estos trastornos mentales. En otras palabras, se entiende como la puerta de entrada a la auto-observación terapéutica⁽¹⁶⁾. Además, las estrategias de cambio psicológico basadas en la Atención Plena presentan la enorme ventaja de que pueden ser implementadas en grupo, de modo que se trata de intervenciones en las cuales la relación coste-beneficio es óptima. De igual modo, estas estrategias utilizan recursos tecnológicos para optimizar el tiempo del profesional, como por ejemplo entregar a los pacientes CDs con instrucciones detalladas para practicar en casa las habilidades que se aprenden en el grupo. Asimismo, estas estrategias se benefician de canalizar de modo adecuado los recursos internos de los pacientes al servicio de su propia salud, facilitando la aceptación de lo que no se puede cambiar, ayudando a cambiar lo que se puede cambiar e instruyendo al paciente para que aprenda a discriminar entre un caso u otro.

I.1. Definición de la Atención Plena

La Atención Plena tiene que ver con la calidad de la conciencia con la que vivimos nuestras vidas. Podemos vivir con “piloto automático” o podemos vivir con Atención Plena. La diferencia está en la forma en la que estamos presentes en nuestra experiencia. En el primer caso, estamos nada más que de cuerpo presente mientras la mente está quién sabe dónde. En el segundo caso, en cambio, estamos presentes en nuestra experiencia con todos nuestros sentidos. Estar presente, en castellano, tiene la doble acepción de estar en el momento presente, pero también de estar con presencia, con conciencia, en contacto con el yo observador.

La definición de Atención Plena, o *mindfulness*, más utilizada en el campo de los tratamientos psicológicos, la define como la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella. La práctica de la Atención Plena supone, asimismo,

dirigir la atención al momento presente que estamos viviendo, con una actitud de compasión, interés, apertura y amabilidad, independientemente de si la experiencia resulta agradable o desagradable. Como resulta evidente, practicar la Atención Plena requiere una revisión profunda de la propia demanda de cambio de la que parten los pacientes y que demasiado a menudo es asumida por los profesionales. La demanda de cambio con frecuencia surge de una actitud de no-aceptación de la realidad y la atención se focaliza de forma intensa en desear estar en otro lado, o desear ser otra persona. Cuando queremos llegar a otro estado, creamos una situación en la que no aceptamos el estado en el que estamos (el estado A, por ejemplo, ansiedad) y queremos llegar a otro estado distinto (el estado B, por ejemplo, bienestar); entonces, el problema es cómo ir de A a B. Para ello, se pueden emplear miles de trucos que van desde los saludables, por ejemplo, correr tres kilómetros, hasta los no-saludables, ingerir drogas, etc. Pero el punto importante es que al desear estar en B, no se está aceptando que se está en A. Y esta no aceptación de A forma parte constitutiva del estado A. Por eso, en el contexto de la Atención Plena se dice que sin aceptación no puede haber cambio, y que la mejor manera de ir de A a B, es permaneciendo en A. Porque, solamente la permanencia en el estado en que se está con Atención Plena, permite observar el estado y disolver las reacciones automáticas. Entre aceptación y cambio existe una tensión dialéctica que los profesionales deben saber manejar para ponerla al servicio de la salud. Los tratamientos psicológicos que utilizan la Atención Plena como componente clave enfatizan este aspecto. En detalle, las características de la Atención Plena son las siguientes:

- a) *Capacidad de observar sin juzgar*: La primera característica de la Atención Plena reside en la capacidad de la mente de observar sin juzgar, sin criticar y sin reaccionar a la experiencia tal y como es en el momento presente. Cuando se observa sin juzgar, la conciencia se comporta como un espejo, utilizando una metáfora clásica. El espejo refleja la imagen que se le presenta y nada más. No añade nada de su parte. No tiene sesgos. Esta capacidad de observar sin juzgar, igual que la capacidad de decir la verdad, existe en todas las personas. Pero no existe en todas las personas de la misma manera. Debido a los condicionamientos culturales, y a los automatismos adquiridos, para las personas no entrenadas observar sin juzgar es difícil. Con el entrenamiento adecuado, no obstante, las personas aprenden a situarse ante la propia

experiencia sin prejuicios, accediendo así a un plano de la realidad distinto del habitual.

- b) *Cultivo de la bondad y la amabilidad hacia la propia experiencia. En la práctica, el desarrollo de la capacidad de observar sin juzgar ni criticar requiere el desarrollo de una actitud de compasión, amabilidad y cariño hacia la propia experiencia, como si fuéramos nuestro mejor amigo.*
- c) *Aceptación de la experiencia. Para observar la experiencia tal y como es, es necesario antes que nada aceptar la experiencia. Esto es especialmente necesario en los estados emocionales negativos. No es posible observar la propia ansiedad, por ejemplo, si uno no acepta que está ansioso. Tampoco se puede observar la ira, la tristeza, etc., si se intentan evitar a toda costa.*
- d) *Ecuanimidad. La Atención Plena es ecuánime, es decir, no toma partido por unas experiencias u otras. No se aferra a lo que observa como agradable, ni intenta evitar lo desagradable. Atiende a todas las experiencias por igual. En la práctica de la Atención Plena se acepta la experiencia tal y como es, ya sea ésta agradable o desagradable, como un suceso que ocurre. Y todos los sucesos son transitorios y no-permanentes.*
- e) *Conciencia no-conceptual. La Atención Plena es un estado de conciencia no-conceptual, pre-verbal. No se trata de pensar, porque el pensamiento tiene que ver con los conceptos y las palabras. Por eso, tampoco se trata de comparar unas experiencias con otras. Se trata simplemente de observar la experiencia con la mente de un principiante, como si ocurriera por primera vez. Se trata, en definitiva, de sentir de un modo directo e inmediato lo que está sucediendo sin la mediación del pensamiento.*
- f) *Atención al presente. La Atención Plena se mantiene en contacto con lo que ocurre en el presente. Ocurre en el aquí y ahora. La habilidad de estar en el presente requiere una actitud receptiva, hacer un hueco entre el pasado y el futuro, quedarse libre de preocupaciones y de anticipaciones, así mismo requiere prestar atención a lo que nos pasa y está pasando, para mirar y formular la intención de ver.*
- g) *Sin metas u objetivos. La Atención Plena es un estado de conciencia que carece de metas u objetivos, es decir, no se trata de conseguir nada, ni de llegar a ningún estado particular, como por ejemplo, relajarnos.*

- h) *Conciencia del cambio. La Atención Plena es conciencia del cambio. Es la observación del fluir de la experiencia. Ver los fenómenos en su devenir, en su movimiento, en su proceso. Por eso no puede ser conceptual, porque el concepto es precisamente el medio por el cual fijamos las cosas, las separamos de su entorno y las convertimos en objetos fijos. Observar el devenir, el proceso, significa ver los fenómenos en su nacimiento, su desarrollo y su decaimiento.*
- i) *Observación participante. La Atención Plena es una observación participante, porque a la vez que uno contempla las propias sensaciones, emociones o pensamientos, los está sintiendo.*

En síntesis, la Atención Plena consiste en prestar atención a propósito, de manera intencional, a la experiencia que ocurre en el momento presente, sin juzgarla y sin reaccionar a ella. Requiere el cultivo de una actitud amistosa, compasiva, abierta y curiosa hacia la experiencia presente, independientemente de que ésta sea positiva y agradable o negativa y desagradable. Se trata, por tanto, de una invitación a que los pensamientos, sensaciones y sentimientos entren en la conciencia y sean conocidos. De este modo, la persona se va haciendo consciente de sus patrones automáticos de pensamiento y sentimiento. Así, por medio de la práctica disciplinada de las instrucciones aprendidas en el tratamiento, la persona aprende a liberarse de su ignorancia acerca de sí misma y de sus reacciones automáticas y, de este modo, puede superar la esclavitud de la ansiedad o de la depresión y ser libre para dirigir su vida hacia aquellas metas que considere valiosas.

I.2. Aplicaciones clínicas de la Atención Plena

Durante las dos últimas décadas, la Atención Plena ha sido introducida en numerosos programas de mejora de la salud y también en los principales modelos de tratamientos psicológicos, para hacer frente a diversos trastornos mentales (ansiedad, depresión, estrés, etc.). Las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la Atención Plena o *mindfulness* más extendidas, que han sido descritas en forma de manual y que cuentan con apoyo empírico son las siguientes: la Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR), la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT), la Terapia Conductual Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy - DBT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy -

ACT). Aunque restringiremos la exposición a estos cuatro enfoques, la Atención Plena también ha estado presente en las terapias humanistas y en los enfoques psicodinámicos actuales.

I.2.1. La Reducción de Estrés por medio de la Atención Plena

El programa para la Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena, que empezó hace más de treinta años con una pretensión bastante específica, como reducir el dolor y el estrés asociado a las enfermedades crónicas, se ha convertido en un movimiento que se ha extendido por numerosos centros hospitalarios de EE.UU. y de otras partes del mundo. Este programa está basado en la meditación *vipassana (mindfulness meditation)*, de la que toma la mayoría de sus prácticas. Probablemente, una de las claves del éxito de este programa reside en que puede ser aplicado de forma masiva. En el centro donde se originó el programa, admiten hasta 30 pacientes por grupo, sin hacer distinciones respecto a cuál sea el tipo de dolencia que padecen. Se entiende que sea cual sea la condición del paciente, su experiencia consiste en un flujo continuamente cambiante de estados internos, igual que la experiencia de cualquier ser humano. El desarrollo de la Atención Plena sirve para observar momento a momento tales estados. Si el paciente es capaz de desarrollar su habilidad de Atención Plena, podrá distinguir en su experiencia el flujo cambiante de sensaciones, por un lado, de aquello que está superpuesto sobre la experiencia, a saber, sus comentarios mentales más o menos automáticos, por otro lado. En otras palabras, a través del programa, los pacientes aprenden a distinguir lo que son sensaciones primarias de lo que son reacciones secundarias, superpuestas sobre las primeras⁽¹⁴⁾.

Este programa comienza con una sesión de orientación en la que se explican los fundamentos del programa así como los métodos que se van a utilizar. Se insiste en que la Atención Plena es una habilidad, igual que aprender a tocar el piano, y para desarrollarla hay que practicar en casa durante 6 días a la semana, además de asistir a una sesión grupal semanal durante 8 semanas. Las tareas para practicar en casa consisten en meditaciones formales guiadas por medio de un CD, registros de las experiencias durante la meditación y ejercicios de yoga; así mismo también se dan instrucciones para extender la Atención Plena del “laboratorio” de la meditación formal a la vida cotidiana. Durante las sesiones grupales, que tienen una duración de dos horas y media a tres, se practica meditación de Atención Plena en distintas posiciones,

tumbados, caminando y sentados, y se debate sobre las experiencias de los participantes. Así mismo, el programa incluye información didáctica sobre el estrés o sobre cualquier otra condición a la que se haya adaptado.

I.2.2. La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena

La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena para el tratamiento de la depresión ha sido desarrollada por un grupo de investigadores agrupados en torno a J. Teasdale. Durante décadas, este autor ha estado trabajando en el desarrollo de un modelo cognitivo para prevenir las recaídas en la depresión. Para explicar la mayor vulnerabilidad de los pacientes a medida que sufren recaídas, Teasdale (1988)⁽¹⁷⁾ formuló la hipótesis de la activación diferencial. Según esta hipótesis, la asociación entre el estado de ánimo bajo y los patrones de pensamiento negativos repetida durante los episodios de depresión, conduce a una mayor probabilidad de reactivación de los patrones de pensamiento disfuncionales en los momentos de estado de ánimo bajo. De este modo, una vez establecido el circuito automático que conecta el estado de ánimo bajo con los patrones disfuncionales, con menos estrés ambiental y ante ligeras variaciones del estado de ánimo, se podrían reactivar los patrones de pensamiento negativo. Esta hipótesis concuerda con los datos que muestran que el estilo de respuesta rumiadora puede perpetuar la depresión. Así, de la hipótesis de la activación diferencial, se desprende la idea de que para prevenir las recaídas en la depresión es necesario dotar a las personas de medios útiles para detener los circuitos automáticos de pensamiento rumiador.

Con este objetivo, se ha sistematizado un tratamiento para la prevención de recaídas en depresión, en el que se combinan el programa para la reducción de estrés anteriormente descrito, con principios de la terapia cognitiva clásica. La idea es utilizar los períodos de remisión para trabajar en la “desautomatización” de la mente, de forma que cuando vengan los estados de ánimo bajo, el paciente sea capaz de reconocer el estado, observarlo, y dejarlo pasar⁽¹⁵⁾. Al igual que el programa anterior para la reducción del estrés, este programa tiene una duración de 8 semanas y la estructura es similar al anterior: una reunión semanal de unas dos horas de duración y trabajo en casa. Se admiten hasta 12 pacientes por grupo. De igual modo, se incorporan aquí meditaciones formales y se entregan grabaciones en audio para facilitar el trabajo para casa. También se incorporan los ejercicios para

extender la práctica a la vida cotidiana. Para facilitar esta extensión y permitir la “desautomatización” se incorporan registros diarios de actividades. Además de ejercicios estructurados de terapia cognitiva encaminados a conocer los mecanismos que perpetúan la depresión, los pacientes trabajan con la capacidad de “descentrarse” o “desidentificarse” de los pensamientos y sentimientos negativos. Así mismo, antes de finalizar el programa, a los participantes se les pide que confeccionen una lista con las señales que les avisan de que están en riesgo de volver a recaer en depresión. Por ejemplo, no tener ganas de ver a nadie, sentirse irritable, pérdida de motivación, etc. Se les pide también que confeccionen planes explícitos de qué hacer cuando notan que estas señales están presentes.

I.2.3. Atención Plena y Terapia Conductual Dialéctica

La Terapia Conductual Dialéctica ha sido creada para tratar el trastorno límite de personalidad, aunque recientemente se ha adaptado también a otras poblaciones. El trastorno límite de personalidad es un trastorno mental grave que resulta especialmente difícil de tratar no sólo por el dramatismo de las crisis de desequilibrio emocional, que con cierta frecuencia acaban en intentos de suicidio, sino también porque los pacientes cuestionan continuamente al terapeuta o abandonan la terapia.

Lineham (1993a)⁽¹⁸⁾ ha desarrollado un “paquete” de tratamiento que incluye los siguientes aspectos: a) terapia individual, b) entrenamiento de habilidades en grupo, c) consultas telefónicas y d) consulta de casos en el equipo terapéutico. Además, estos aspectos se encuentran integrados en un enfoque altamente estructurado que ofrece un mapa muy completo, de forma que en cada momento el terapeuta sabe dónde se encuentra. Los ejes que configuran dicho mapa terapéutico son los siguientes: 1) mejorar las capacidades conductuales de los pacientes, 2) aumentar su motivación para el cambio, 3) ayudarles a generalizar las nuevas conductas a todos los aspectos relevantes de sus vidas, 4) apoyar a los terapeutas, y 5) estructurar el ambiente para promover el éxito tanto de los pacientes como de los terapeutas.

Este tratamiento se encuadra en la tradición de la terapia cognitivo-conductual. Así por ejemplo, se utiliza una jerarquía específica de conductas problema que son los objetivos del tratamiento individual. Para identificar estas conductas se utiliza un sistema de registro en el cual el paciente rellena diariamente una ficha en la que anota la

frecuencia, intensidad y situaciones en las que las conductas problema ocurren. Cuando ocurre alguna conducta objetivo de tratamiento, como por ejemplo una conducta auto-lesiva, se lleva a cabo un *análisis de la cadena* de eventos que han conducido a tal situación, siguiendo el esquema tradicional del análisis funcional en el que se analizan los antecedentes, la conducta y las consecuencias. Dentro de los antecedentes se analizan con todo detalle los sentimientos, emociones, pensamientos, sensaciones y conductas del paciente antes de la conducta-problema, para llegar a establecer los eslabones en la cadena. Después, se considera la función de la conducta al contemplar minuciosamente las consecuencias de la misma, estableciendo también aquí los eslabones de la cadena. Durante el *análisis de la cadena*, que se lleva a cabo de forma exhaustiva, paciente y terapeuta se sitúan en una estrategia de solución de problemas, dentro de la cual se utilizan también el manejo de contingencias, la reestructuración cognitiva y/o la exposición.

En la práctica, estas herramientas permiten un abordaje muy claro y estructurado de unas dinámicas personales caracterizadas por su carácter caótico. Con este tipo de seguimiento en la terapia individual, más el aprendizaje de habilidades en grupo, el paciente límite tiene la oportunidad de mejorar su condición, con trabajo intenso, en el plazo de un año, más o menos. El trabajo en grupo se centra en enseñar habilidades de toma de conciencia, y también habilidades de tolerancia al estrés, la ambigüedad, el malestar y la incertidumbre, así mismo se enseñan habilidades de regulación emocional y de eficacia interpersonal. El primer grupo de habilidades, la toma de conciencia, es el fundamento de las demás habilidades; aquí se diferencia entre habilidades “qué” y habilidades “cómo”. En las primeras se agrupan las habilidades de observar, describir y participar y en las segundas las habilidades de no-juzgar, centrarse sobre una sola cosa en cada momento y actuar con eficacia. La práctica de estas habilidades en la vida cotidiana conduce a vivir desde la conciencia, con Atención Plena⁽¹⁹⁾.

1.2.4. La Atención Plena en la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso es el vehículo por medio del cual la Atención Plena ha entrado en la Terapia de Conducta. No se trata, sin embargo, de un tratamiento psicológico generado para tratar algún trastorno específico, sino que es un enfoque general orientado

hacia la aceptación y el cambio de conducta. Se trata de un enfoque de terapia individual, en el que las estrategias de cambio se diseñan en función de las necesidades del cliente, y pueden incluir: estrategias de psico-educación, solución de problemas, exposición, extinción, cambios en contingencias de refuerzos, etc. Para enseñar habilidades de Atención Plena se suelen practicar breves ejercicios durante las sesiones, pero no se recomienda la práctica de la meditación ni en los pacientes ni en los terapeutas. En inglés el nombre de esta terapia es “*Acceptance and Commitment Therapy*”, cuyas letras capitales forman el acrónimo ACT, que a su vez significa “Actúa” y sirve de consigna para resumir esta orientación, que también queda bien recogida en el título de uno de los libros del principal proponente de este enfoque: “*Sal de tu mente y entra en tu vida*”. El objetivo de esta terapia es entrenar al paciente en la flexibilidad psicológica, entendida como la voluntad de experimentar el momento presente tal y como es, teniendo en cuenta los propios valores⁽²⁰⁾.

El constructo central sobre el que gira la ACT es el de evitación “experiencial”, que consta de dos componentes: por un lado, consiste en la no aceptación de las experiencias negativas privadas (tales como sensaciones, emociones, pensamientos, impulsos, etc.), y por otro lado, consiste en evitar activamente tales experiencias, aunque esta evitación se haga por medios perjudiciales. Se sostiene que numerosos cuadros clínicos patológicos tienen que ver con la evitación de las experiencias privadas que no se aceptan, y se evitan por medio del abuso de sustancias, la disociación, el abuso de la comida, la evitación de los lugares públicos, etc. De hecho, cuando se hizo explícito el constructo de evitación “experiencial” en una escala para medirlo, se vio que correlacionaba con cuadros psicopatológicos⁽²¹⁾. Además, estudios de laboratorio sobre la supresión del pensamiento han mostrado que cuanto más se intenta suprimir un pensamiento o un sentimiento, más aumenta la probabilidad de experimentarlo⁽²²⁾. En lugar de un marco de no-aceptación, se trata de ayudar al paciente a crear un marco de aceptación de la experiencia tal y como es, de forma que, a través de la aceptación, puedan emerger nuevos contextos en los que se puedan establecer nuevas relaciones funcionales. Los nuevos marcos de referencia se establecen en función de los valores del individuo. De este modo, lo que en otras terapias era visto como problemas de significado, en este caso es visto como cuestiones de clarificación de valores. En esta terapia, se intenta que el paciente preste atención a lo que considera los valores más profundos y fundamentales de su vida. Explícitamente se habla acerca de qué es lo que le gustaría conseguir en

sus relaciones íntimas, en su trabajo, en su desarrollo personal, etc. Para activar esta clarificación de los valores últimos, se le pide al paciente, por ejemplo, que piense en qué es lo que le gustaría que apareciera escrito en su epitafio, igual que hacían los terapeutas existencialistas. A partir de aquí, se les pide a los pacientes que se comprometan a realizar las acciones relevantes para ser coherentes con los valores establecidos y se analizan los obstáculos que lo impiden. Para ayudar a los pacientes a superar estos obstáculos se utiliza una gran variedad de técnicas, pero las más comunes hacen referencia a la aceptación, al estar presente, a lo que llaman “de-fusión”, que hace referencia a que no hay que tomar el contenido de un pensamiento en el sentido literal de las palabras y que no hay que confundir los pensamientos con la realidad. También se enfatiza la idea de que el sí mismo es un contexto. Se recomienda observar la experiencia y utilizar etiquetas descriptivas para describirla brevemente con una actitud de no-juicio. Si se presenta la tendencia a evitar la acción, por ejemplo, se observa entonces esta tendencia. Así, se anima a los pacientes a no fusionarse con sus pensamientos, sino a verlos como objetos que pasan. Ante la aparición de un pensamiento del estilo “no sirvo para esto”, por ejemplo, se recomienda que el paciente utilice la siguiente frase: “estoy teniendo el pensamiento de que no sirvo para esto”. Al hacerlo así, emerge un sentido de sí mismo diferente de lo observado, y los pacientes pueden reconocer que la sensación que tienen de inutilidad es producto de que se han fusionado con ese pensamiento. Se entiende que uno mismo no es de ninguna manera determinada, sino que uno mismo es el lugar, el contexto, en el que ocurren los eventos privados⁽²³⁾.

II. Objetivos de la revisión

Esta revisión sistemática tiene como objetivo principal aportar conocimiento científicamente válido y útil para los pacientes, los profesionales y los gestores de la sanidad, sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena para abordar la ansiedad y la depresión, con la finalidad de mejorar la cartera de servicios disponible en los Centros Públicos de Salud Mental. Dado que estos tratamientos se pueden aplicar en formato grupal, inicialmente presentan una óptima relación costes-beneficios. Por otro lado, dado que en los Centros Públicos de Salud Mental ya se ofertan tratamientos grupales para entrenar relajación, si los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena tuvieran una eficacia terapéutica mayor que la relajación, sería relativamente fácil sustituir estos entrenamientos por programas psicológicos basados en la Atención Plena, bien estructurados y científicamente validados. En este marco, adquiere pleno sentido la revisión de los nuevos tratamientos basados en la Atención Plena para hacer frente a la ansiedad y la depresión.

II.1. Objetivos primarios

Conocer la efectividad del entrenamiento en Atención Plena, entendido como una intervención clínica, en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y en el trastorno de depresión mayor.

II.2. Objetivos secundarios

- Realizar una revisión sistemática sobre las intervenciones clínicas basadas en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad generalizada y la depresión mayor.
- Conocer el grado de eficacia en el mantenimiento de las mejorías logradas después del entrenamiento en Atención Plena.

III. Metodología

III.1. Diseño

Identificación de los estudios clínicos acerca de la implantación de terapias psicológicas basadas en la Atención Plena en pacientes con ansiedad y depresión, para comprobar su eficacia en base a la evidencia científica disponible. Revisión sistemática (RS) sobre terapias psicológicas basadas en la Atención Plena para pacientes con ansiedad y depresión, con el propósito de mejorar su funcionamiento psicológico.

Se desarrolló un protocolo detallado que describe las siguientes etapas del proceso: 1) definición de los objetivos de la RS, 2) descripción de los criterios de selección de los estudios de la revisión, 3) búsqueda de los artículos relevantes publicados y 4) extracción y síntesis de datos.

III.2. Criterios de selección

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

III.2.1. Tipos de estudios

Esta RS integra la información de RS previas sobre el tema, así como la de los estudios primarios publicados hasta agosto de 2007 sobre la Atención Plena como intervención clínica en pacientes con ansiedad generalizada y/o depresión mayor. La selección de los estudios se limitó a aquellos publicados en los idiomas inglés o español.

III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios a incluir en la revisión siguen alguno de los siguientes diseños de estudio:

- Revisiones sistemáticas (RS)
- Ensayos controlados aleatorizados (ECA)
- Ensayos controlados no aleatorizados (ECNA)

III.2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyen de la revisión los estudios que siguen los siguientes diseños de estudio:

- Estudios de cohortes, observacionales (EC, EO)
- Estudios de comparación intragrupo (ECI)
- Estudios de evaluación económica (EE)
- Estudios cualitativos (ECU)
- Revisiones históricas
- Estudios de un solo caso
- Consensos de expertos

III.2.2. Tipos de participantes

Se incluyen los estudios en los que participan pacientes con diagnósticos de ansiedad generalizada o de depresión mayor.

III.2.2.1. Criterios de inclusión

Estudios con pacientes con diagnósticos primarios de ansiedad generalizada o de depresión mayor, que se ajusten a los criterios de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1992)⁽²⁴⁾ o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2003)⁽²⁵⁾, y que cuenten además con alguna medida cuantitativa de la sintomatología inicial.

Siguiendo la nomenclatura y los criterios diagnósticos de la CIE-10⁽²⁴⁾ se incluyen estudios que recluten a personas con:

- Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
- Trastornos depresivos:
 - o F32.x Episodios depresivos
 - o F33.x Trastorno depresivo mayor, recurrente
 - o F34.1 Trastorno distímico

También se incluyen estudios que recluten a personas según la puntuación obtenida en algún cuestionario validado para evaluar ansiedad y depresión (p. ej., la Escala de Valoración de Hamilton para la evaluación de la ansiedad [Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A], el Cuestionario sobre Preocupación de la Universidad Estatal de

Pennsylvania [Penn State Worry Questionnaire – PSWQ], el Inventario de Ansiedad de Beck [Beck Anxiety Inventory – BAI], el Cuestionario de Depresión de Beck [Beck Depression Inventory – BDI], la Escala de Valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D], la Escala de Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS], la subescala de ansiedad y depresión del Inventario de Síntomas-90-Revisado [Symptom Checklist-90-Revised – SCL-90-R], etc.).

III.2.2.2. Criterios de exclusión

Estudios con pacientes con otros tipos de diagnóstico psicopatológico. Se excluyen los estudios en los que se recluten personas que presenten:

- Un episodio o trastorno atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19, según la CIE-10; p. ej., drogas, medicamentos).
- Un episodio o trastorno atribuible a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- Antecedentes de episodios hipomaníacos, maníacos o mixtos (F30.x, F31.x) o un trastorno ciclotímico (F34.0).
- Un episodio depresivo mayor que esté superpuesto o se explique mejor por otro trastorno mental severo (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno psicótico).
- Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69).
- Otro trastorno mental orgánico (F00-F09, según la CIE-10; p. ej., demencia, delirium).

III.2.3. Tipos de intervención

Se incluyen los estudios que utilicen la Atención Plena como intervención clínica en su estrategia de tratamiento.

III.2.3.1. Criterios de inclusión

- Se incluyen los estudios que utilicen el entrenamiento en Atención Plena como intervención clínica en formato grupal, independientemente de que ésta ocurra en un marco de

“reducción de estrés” (MBSR), “terapia cognitiva” (MBCT), “Terapia Conductual Dialéctica” (DBT) o “Terapia de Aceptación y Compromiso” (ACT).

- Se incluyen los estudios que cumplan con los siguientes requisitos:
 - o Grupos de control adecuados (comparables).
 - o Suficiente potencia para detectar los efectos del tratamiento.
 - o Información sobre el número de individuos que inician y finalizan el tratamiento.
 - o Descripción adecuada y suficiente del tratamiento sesión a sesión.
 - o Descripción de los procedimientos de entrenamiento y supervisión de los terapeutas.
 - o Evaluación de la adherencia al modelo de tratamiento del terapeuta y de su competencia en su manejo.
 - o Descripción de seguimientos de los cambios adecuados.

III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyen de la revisión los estudios que utilicen la Atención Plena en una única sesión.

III.2.4. Tipos de medidas de resultados

Para evaluar si el entrenamiento en Atención Plena como intervención clínica resulta eficaz en el tratamiento de la ansiedad generalizada y la depresión mayor, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

Efectividad

- ‘Remisión’ del trastorno: se toma en cuenta el estado final satisfactorio, definido por el criterio general de los investigadores originales del estudio. Para ello se valora si la remisión del trastorno es parcial o total, en función de la presencia/ausencia de los síntomas (según los criterios de la CIE-10 o del DSM-IV), los cambios en las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas de diagnóstico validadas (p. ej., HAM-A, PSWQ, BAI, BDI, HAM-D, MADRS, SCL-90-R, etc.).
- Respuesta al tratamiento: comprende la mejoría significativa de los participantes con relación al inicio del estudio. La mejoría está en función del juicio clínico, de la disminución de los

síntomas según los criterios de la CIE-10 y del DSM-IV, y de las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas de diagnóstico validadas (p. ej., HAM-A, PSWQ, BAI, BDI, HAM-D, MADRS, SCL-90-R, etc.).

- Nivel de Atención Plena (Escala de Atención Plena y Darse Cuenta [Mindfulness Attention Awareness Scale – MAAS]; Inventario de Habilidades de Atención Plena de Kentucky [Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – KIMS]).
- Variables cognitivas de estilos de respuesta (Cuestionario de Estilo de Respuestas [Response Style Questionnaire – RSQ]).
- Variables cognitivas de metacognición (Cuestionario de Metacogniciones [Metacognition Questionnaire – MCQ-30]).
- Mantenimiento de la remisión de síntomas o de la respuesta al tratamiento en el seguimiento (Cuestionarios de Seguimiento ad hoc).
- Satisfacción del paciente con el tratamiento.
- La calidad de vida relacionada con la salud (Cuestionario de Salud SF-36 y SF-12 [SF-36 and SF-12 Health Survey], EuroQol – EQ-5D, etc.)
- Funcionamiento social (Escala de Discapacidad de Sheehan [Sheehan Disability Scale – SDS], Escala de Evaluación General [Global Assessment Scale – GAS], Escala de Adaptación Social Autoinformada [Social Adjustment Scale-Self Report – SAS-SR]).
- Utilización de recursos (consumo de fármacos, hospitalizaciones, etc.).

Efectos Adversos

- Número total de abandonos por cualquier causa como una medida aproximada de la aceptabilidad del tratamiento.
- Número de abandonos debido a los efectos adversos.
- Número de participantes que experimentaron al menos un efecto adverso (incluido el aumento de los niveles de la sintomatología o los cambios conductuales, como por ejemplo, el aumento del consumo de alcohol).

En las medidas de resultado, se tuvo en cuenta:

- Resultado al finalizar el tratamiento,
- Seguimiento a corto plazo (hasta seis meses después del tratamiento),

- Seguimiento a medio plazo (siete a 12 meses después del tratamiento),
- Seguimiento a largo plazo (más de 12 meses después del tratamiento).

III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios

Para la búsqueda de estudios se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas de medicina y de ciencias sociales:

- MEDLINE (desde 1950 hasta agosto 2007)
- EMBASE (desde 1980 hasta agosto 2007)
- PreMedline (hasta agosto 2007)
- PsycINFO (desde 1887 hasta agosto 2007)
- CRD (desde 1973 hasta agosto 2007)
- Cochrane Library (versión 2007)
- CINAHL (desde 1982 hasta agosto 2007)
- SCI (desde 1900 hasta agosto 2007)
- SSCI (desde 1956 hasta agosto 2007)
- Current Contents (Social & Behavioral Sciences, Clinical Medicine) (desde 1998 hasta agosto 2007)

La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo 1.

El proceso de selección de los estudios se realizó por dos revisores de forma independiente y en caso de duda y/o desacuerdos entre ellos se acudió a un tercer revisor, que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores.

La selección de los estudios se realizó a partir de los abstracts recuperados en las bases de datos según los criterios de inclusión/exclusión antes citados y previa valoración de la relevancia para esta RS.

A continuación, se recuperaron las publicaciones completas, incluyendo todas aquellas en las que su elegibilidad no se podía determinar por el abstract, y volviendo a comprobar la concordancia con los criterios de la revisión.

Una vez seleccionados los artículos, se extrajeron posibles referencias de interés. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de los estudios primarios

incluidos, siempre que éstas cumplieren los criterios de selección establecidos.

III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó por dos revisores de forma independiente. En caso de duda o desacuerdo entre ellos, se procedió a comprobar inicialmente los criterios del protocolo y, posteriormente, se llegó a un acuerdo por consenso.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la Escala de Oxman⁽²⁶⁾ para las RS, la Escala de Jadad⁽²⁷⁾ para los ECA, y la Escala de Estabrooks⁽²⁸⁾ para los otros estudios comparativos. Estas escalas se adjuntan en los Anexos 2, 3 y 4 respectivamente.

III.5. Extracción y análisis de los datos

Los artículos y otros productos obtenidos en la búsqueda de la literatura científica fueron valorados críticamente en función de sus niveles de calidad y evidencia (ver Anexo 5), con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el protocolo. Una vez identificados estos estudios, se realizó la extracción de los datos en tablas diferenciadas para las RS, los ECA y los ECNA (las tablas utilizadas pueden consultarse en los Anexos 6, 7 y 8). Asimismo, se emplearon otras tablas destinadas a extraer los datos de la calidad y nivel de evidencia de los estudios incluidos (ver Anexos 9, 10 y 11).

IV. Resultados

IV.1. Estudios incluidos y excluidos

Un total de 2650 referencias fueron encontradas en las bases de datos electrónicas. Al eliminar los duplicados se revisaron 1450 referencias. A continuación, en el proceso de lectura de títulos y resúmenes obtenidos, se seleccionaron 86 referencias para la lectura del texto completo y se excluyeron las 1364 restantes. Tras obtener los artículos originales se incluyeron 14 estudios y, mediante búsqueda manual, a pesar de que no cumplía con el período de búsqueda, se consideró relevante para la revisión el estudio de Williams (2008) (Anexo 12), resultando un total de 15¹ estudios incluidos: 1 RS (Baer 2003), 8 ECA (Lee 2007, Lynch 2003, Lynch 2007, Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000, Williams 2008) y 6 ECNA (Kabat-Zinn 1992, Katz 2004, Kingston 2007, Miller 1995, Ramel 2004, Weiss 2005).

Se excluyeron 72 estudios por no cumplir los criterios de inclusión (Anexo 13). Los motivos de exclusión se detallan a continuación:

- Fase de lectura de títulos y resúmenes: 1364 referencias excluidas:
 - o 499 referencias no cumplieron los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño.
 - o 578 referencias no cumplieron los criterios de inclusión estipulados para los participantes.
 - o 233 referencias no cumplieron los criterios de inclusión sobre el tipo de intervención.
 - o 54 referencias no cumplieron los criterios de inclusión contemplados para los resultados.

- Fase de revisión de los artículos originales: 72 estudios excluidos:
 - o 55 estudios fueron excluidos por su diseño.
 - o 6 estudios se excluyeron en base a los participantes que formaban la muestra.
 - o 8 estudios fueron excluidos por el tipo de intervención aplicada.

¹ Nota: De aquí en adelante las referencias de los estudios incluidos en la revisión aparecerán de la siguiente forma: Primer autor y año

- o 3 estudios fueron excluidos tomando como referencia sus medidas de resultado.

Hay que destacar que en esta revisión se incluyeron dos estudios (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995) que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos para el diseño, ya que no contaban con grupo control. A pesar de ello, se consideró adecuado incluirlos por ser estudios pioneros en observar la eficacia de la Atención Plena como intervención terapéutica para pacientes con ansiedad, y por haber implementado un seguimiento de tres años, que si bien no permite evaluar los efectos de la Atención Plena en sentido estricto, da una idea de sus efectos a largo plazo. Asimismo, se ha tenido en cuenta que estos trabajos han sido publicados en el *American Journal of Psychiatry*, que se considera una revista de gran impacto dentro de esta área de conocimiento.

IV.2. Calidad Metodológica

IV.2.1. Revisiones Sistemáticas (RS)

Para medir la calidad de las revisiones sistemáticas, se utilizó la escala de calidad de Oxman⁽²⁶⁾, cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos (Anexo 2). La escala de Oxman evalúa cinco categorías: i) definición del tema de estudio de la revisión (2 puntos), ii) selección de los artículos de la revisión (2 puntos), iii) importancia y relevancia de los artículos incluidos en la revisión (2 puntos), iv) valoración de la calidad de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos), y v) combinación de los resultados de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos).

En la tabla 1 se puede encontrar la descripción de las puntuaciones de calidad y validez para la RS incluida (Baer 2003).

Tabla 1. Nivel de calidad de las revisiones sistemáticas (RS) (Escala de Oxman 1994)							
Estudio	Puntuación (/10)	Tema (/2)	Selección (/2)	Importancia y Relevancia (/2)	Calidad (/2)	Combinación Resultados (/2)	Nivel de Evidencia
BAER 2003 EE.UU.	7	2	2	1	0	2	la

EE.UU.: Estados Unidos

La RS de Baer (2003) alcanzó una puntuación global de 7 puntos en la escala de Oxman, obteniendo la máxima puntuación en todas las categorías menos en las de “Calidad” e “Importancia y relevancia”.

En la categoría “Tema” esta RS obtuvo una puntuación de 2 sobre 2, ya que se hizo la revisión sobre un tema claramente definido y se describió con claridad la población de estudio, la intervención realizada y los resultados considerados. Asimismo, la categoría “Selección” alcanzó la máxima puntuación (2 puntos), porque se buscaron los artículos adecuados para tratar el objeto de la revisión, y éstos tenían un diseño apropiado. Por otro lado, esta RS alcanzó los 2 puntos posibles en la categoría de “Combinación de resultados”, ya que se llevó a cabo un meta-análisis coherente con los datos disponibles.

La categoría “Importancia y relevancia” puntuó 1. No se le otorgó la máxima puntuación posible (2 puntos) ya que, a pesar de que esta RS incluía artículos importantes y relevantes, sólo realizó la búsqueda en dos bases de datos electrónicas y sólo incluyó artículos en inglés, siendo posible que algunos estudios relevantes no fuesen identificados e incluidos en esta RS.

La categoría con menor puntuación (0 sobre 2 puntos) fue la de “Calidad”. Esta categoría no pudo ser valorada favorablemente porque en el artículo no se menciona si los autores valoraron la calidad de los estudios incluidos.

IV.2.2. Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA)

Para evaluar la calidad y validez de los ECA se utilizó la escala de Jadad⁽²⁷⁾, teniendo en cuenta, además, el ocultamiento de la asignación (Anexo 3). Esta es una escala en la que se obtienen puntuaciones que oscilan entre 0 y 5 puntos. La escala utiliza tres criterios: i) la aleatorización, ii) el enmascaramiento o cegamiento y iii) el control de las pérdidas en el seguimiento.

El método de puntuación consiste en asignar un punto cuando se cumple el criterio y cero puntos cuando no se cumple; además, se da un punto adicional (bonificación) cuando se describe el método de aleatorización y éste es adecuado, y un punto más cuando se describe el método de enmascaramiento (del paciente y del investigador) y también es adecuado. Se resta un punto si el método de aleatorización se describe pero es inadecuado, así como también se resta un punto si se describe el método de enmascaramiento pero es inadecuado. Se presta especial atención al ocultamiento de la asignación debido a que

ofrece una evaluación de la buena ejecución del esquema de asignación.

Teniendo en cuenta que los trabajos sobre los que trata esta revisión consisten en intervenciones psicológicas, no es posible el cegamiento de participantes e investigadores. Por tanto, para dicha categoría se otorgará un punto si se informa del cegamiento de los evaluadores, y un punto más si se describe el método de enmascaramiento.

En la tabla 2 se detallan las puntuaciones de calidad y validez para los ECA.

Tabla 2. Calidad y nivel de evidencia de los ensayos controlados aleatorizados (ECA) (Escala de Jadad 1996)

Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)	Ocultamiento de la Asignación (OA) *	Nivel de Evidencia
LEE 2007 COREA DEL SUR	3	1	1	1	D	Ib
LYNCH 2003 RU	1	0	0	1	D	Ib
LYNCH 2007 EE.UU.	1	1	0	0	D	Ib
MA 2004 RU	2	1	0	1	D	Ib
TEASDALE 2000 RU & CANADA	4	1	2	1	A	Ib
TEASDALE 2002 RU & CANADA	3	1	1	1	D	Ib
WILLIAMS 2000 RU	2	1	0	1	D	Ib
WILLIAMS 2008 RU	3	1	0	1	D	Ib

*OA: A = adecuado; B = inadecuado; D = desconocido
 EE.UU.: Estados Unidos
 RU: Reino Unido

Uno de los ocho ECA (Teasdale 2000) identificados en la presente RS obtuvo una valoración global de 4 puntos, tres estudios (Lee 2007, Teasdale 2002, Williams 2008) alcanzaron una puntuación total de 3 sobre 5, dos de ellos (Ma 2004, Williams 2000) una puntuación de 2 y dos estudios (Lynch 2003, Lynch 2007) una puntuación de 1. Por tanto, el promedio de la calidad total fue de 2,38 puntos sobre 5, con una desviación estándar de 1,06 puntos.

En cuanto a la categoría “Aleatorización”, ninguno de los ECA obtuvo la puntuación máxima que se puede alcanzar (2 puntos), por lo que se les otorgó 1 punto a cada uno, lo cual significa que no describieron el método de aleatorización o que éste no se consideró adecuado. En el caso de Lynch (2003) se restó un punto por considerarse inadecuado el método de aleatorización. El promedio obtenido fue de 0,88 puntos sobre 2, con una desviación estándar de 0,35 puntos.

La categoría “Cegamiento” presenta las puntuaciones más bajas de la tabla, ya que sólo un estudio (Teasdale 2000) obtuvo 2 puntos, la máxima puntuación. Otros dos estudios (Lee 2007 y Teasdale 2002) puntuaron con 1 punto, pues mencionaban el cegamiento de los evaluadores, mientras que el resto de trabajos obtuvo cero puntos. El promedio en esta categoría fue de 0,5 puntos sobre 2, con una desviación estándar de 0,76 puntos.

En la última categoría, “Seguimiento”, siete de los ocho estudios incluidos alcanzaron la puntuación máxima, 1 punto. El trabajo de Lynch (2007) obtuvo cero puntos en esta categoría, al no describir las pérdidas de seguimiento. El promedio alcanzado fue de 0,88 puntos sobre 1, con una desviación estándar de 0,35 puntos. Seis de los ocho estudios incluidos realizaron un seguimiento al finalizar el tratamiento, de los cuales cuatro llevaron a cabo un seguimiento de un año (Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002 y Williams 2000) y dos de seis meses (Lynch 2003 y Lynch 2007). Los dos estudios restantes sólo reflejaron puntuaciones pre-post (Lee 2007 y Williams 2008).

En cuanto al “Ocultamiento”, éste se consideró adecuado en uno de los ocho estudios (Teasdale 2000), ya que en el resto de los trabajos fue desconocido.

IV.2.3. Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA)

Para evaluar la calidad y validez de los ECNA se empleó la Escala de Estabrooks⁽²⁷⁾ (Anexo 4). Su puntuación puede oscilar entre 0 y 35

puntos y en ella se evalúan seis categorías: i) diseño y asignación (5 puntos), ii) reclutamiento (6 puntos), iii) criterios de inclusión y de exclusión (4 puntos), iv) descripción de la intervención (4 puntos), v) análisis estadístico y conclusiones (6 puntos) y vi) medidas de resultado (10 puntos).

Sin embargo, para evaluar la calidad metodológica de los ECNA de esta revisión, se excluyó la primera pregunta de la categoría “Diseño y asignación”, ya que en este tipo de estudios no existe asignación aleatoria de la intervención. Por tanto, la puntuación máxima posible para dicha categoría fue de 3 puntos, en lugar de 5 puntos.

El índice de validez a obtener para cada categoría varió con las puntuaciones obtenidas en cada una de dichas categorías:

- i) diseño y asignación (0-1 bajo; 2-3 medio)
- ii) reclutamiento (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto)
- iii) inclusión y exclusión (0-1 bajo; 2-3 medio; 4 alto)
- iv) descripción de la intervención (0 bajo; 1-2 medio; 3-4 alto)
- v) análisis estadístico y conclusiones (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto)
- vi) medidas de resultado (0-4 bajo; 5-7 medio; 8-10 alto)

El índice total de validez en la escala puede ser “alto”, “medio” o “bajo” y se calcula en función de las puntuaciones obtenidas en las diferentes categorías. Así, si la mayoría de las valoraciones en cada una de las categorías es “baja”, el índice total será “bajo”, si de las cinco categorías no hay más de dos con puntuaciones de índice “bajo” y no hay más de dos con puntuaciones de índice “alto”, el índice total será “medio”, y si de las cinco categorías ninguna tiene puntuaciones de índice “bajo” y la mayoría son de índice “alto”, entonces, el índice total será “alto”.

En la tabla 3 se adjuntan las puntuaciones de calidad y validez para cada uno de los ECNA que se comentan a continuación.

Los seis ECNA incluidos en esta RS obtuvieron puntuaciones entre 12 y 28 puntos, resultando un promedio de 23,17 puntos sobre 35, con una desviación estándar de 5,88 puntos. Cuatro de los ECNA presentaron una validez total “alta” (Kabat-Zinn 1992, Kingston 2007, Millar 1995, Ramel 2004), uno alcanzó una validez total “media” (Katz 2004), y tan solo un estudio obtuvo una validez total “baja” (Weiss 2005).

Tras realizar una valoración conjunta de los niveles de calidad de los estudios, las puntuaciones más altas se hallaron en las categorías “Análisis estadísticos” y “Descripción de la intervención”. La primera obtuvo un promedio de 5 puntos sobre 6 y una desviación estándar de 1,26 puntos, mientras que la segunda alcanzó un promedio de 3 puntos sobre 4 y una desviación estándar de 0,89 puntos. En puntuaciones más

altas les sigue la categoría de “Inclusión y exclusión”, con una puntuación promedio de 3,33 puntos sobre 4 y una desviación estándar de 1,21 puntos.

En la categoría de “Análisis estadístico”, cuatro estudios alcanzaron puntuaciones “altas” y dos puntuaciones “medias”. En “Descripción de la intervención” cuatro estudios presentaron puntuaciones de índice “alto” y dos de ellos obtuvieron puntuaciones “medias”. En la categoría “Inclusión y exclusión”, cuatro estudios obtuvieron puntuaciones “altas”, un estudio alcanzó una puntuación “media” y otro una puntuación “baja”.

Las puntuaciones más bajas correspondieron a la categoría “Diseño y asignación”, con un promedio de 2 puntos sobre 5 y una desviación estándar de 0,63 puntos. Cuatro estudios obtuvieron una puntuación “media” y dos una puntuación “baja”.

También obtuvo puntuaciones bajas la categoría de “Medidas de resultado”, con un promedio de 5,33 puntos sobre 10 y una desviación estándar de 1,26 puntos. Aquí, sólo un estudio puntuó “alto”, tres puntuaron “medio” y uno puntuó “bajo”.

Las puntuaciones intermedias residen en la categoría “Reclutamiento”, con una puntuación promedio de 4,5 puntos sobre 6 y una desviación estándar de 2,35 puntos. En esta categoría, cuatro estudios mostraron puntuaciones “altas”, uno obtuvo una puntuación “media” y otro alcanzó una puntuación “baja”.

Estudio	Validez Total	Puntuación (/35)	Niveles de Calidad*			Diseño y Asignación (/3)	Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/4)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)	Nivel de Evidencia
			A	M	B							
KABAT-ZINN 1992 EE.UU.	Alto	27	4	1	1	6 Alto	4 Alto	4 Alto	6 Alto	5 Medio	Ila	
KATZ 2004 CANADÁ	Medio	22	2	3	1	6 Alto	3 Medio	4 Alto	4 Medio	3 Bajo	Ila	
KINGSTON 2007 RU	Alto	28	4	2	0	6 Alto	4 Alto	3 Alto	6 Alto	7 Medio	Ila	
MILLER 1995 EE.UU.	Alto	24	3	2	1	5 Alto	4 Alto	2 Medio	6 Alto	6 Medio	Ila	
RAMEL 2004 EE.UU.	Alto	26	3	3	0	4 Medio	4 Alto	2 Medio	5 Alto	8 Alto	Ila	
WEISS 2005 EE.UU.	Bajo	12	1	2	3	0 Bajo	1 Bajo	3 Alto	3 Medio	3 Bajo	Ila	

Niveles de Calidad: A: Alto; M: Medio; B: Bajo
 EE.UU.: Estados Unidos
 RU: Reino Unido

V.3. Resultados evaluados

Los resultados evaluados se describen según el tipo de diseño (RS, ECA y ECNA), según las categorías de participantes, intervención utilizada y medidas de resultados de cada uno de los estudios.

Se incluyeron artículos que midiesen la efectividad de la Atención Plena como intervención clínica para la ansiedad y la depresión. Además, sólo se incluyeron artículos que tuviesen medidas psicológicas de respuesta al tratamiento. Las hojas empleadas para la extracción de datos de los distintos estudios pueden consultarse en los Anexos 6, 7 y 8.

IV.3.1. Revisiones Sistemáticas

Sólo se identificó una RS (Baer 2003), centrada en medir la eficacia de la Atención Plena en el tratamiento psicológico de la ansiedad y la depresión, que cumpliera con los criterios de selección establecidos. Una descripción más detallada de este estudio se encuentra en la tabla 4.

La RS de Baer (2003) tenía como objetivo realizar una síntesis de la literatura existente sobre la utilidad de terapias psicológicas basadas en la Atención Plena para el tratamiento de diferentes trastornos físicos y psicológicos. Esta revisión incluyó un total de veintidós estudios, de los que cinco se referían a dolor crónico, cinco a enfermedades médicas (fibromialgia, psoriasis y cáncer), tres evaluaban los efectos de las terapias basadas en Atención Plena en personas que seguían algún tipo de psicoterapia con medicación, cuatro estaban centrados en una población no clínica, y sólo cinco estudios evaluaban la eficacia del tratamiento en trastornos psicológicos (dos en ansiedad, otros dos en depresión y uno en trastornos de la alimentación). De todos los estudios mencionados, sólo cuatro satisfacían los objetivos del presente estudio (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995, Teasdale 2000, Williams 2000).

En cuanto al tipo de intervención, todos los estudios utilizaron como tratamiento la Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena, salvo dos, que utilizaban Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena con una población con depresión.

Los resultados hallados muestran que las intervenciones psicológicas basadas en la Atención Plena parecen ser eficaces para aliviar trastornos de depresión y ansiedad, así como problemas físicos. La MBSR mostró ser más eficaz que la lista de espera o el tratamiento

usual, mientras que la MBCT mostró ser más eficaz que el tratamiento usual para prevenir las recaídas en depresión. En general, los resultados indicaron que ambas ayudan a mejorar el funcionamiento psicológico.

Tabla 4. Características de la revisión sistemática

Estudio	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios localizados
BAER 2003 EE.UU.	No se describen	- Medline - PsycInfo	<p>Se incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículos publicados en inglés. - Estudios en los que se comparaba un grupo entrenado en Mindfulness con un grupo control (inter-grupos). - Estudios pre- post. <p>Se excluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tesis no publicadas. - Conferencias. - Estudios que contenían como intervención tipos de meditación que no fuesen Mindfulness (Meditación Transcendental). 	<p>21 estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 ECA - 15 estudios cuasi-experimentales - 9 estudios pre-post - 9 estudios comparación inter-grupos - 3 estudios con seguimiento (post)

IV.3.2. Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA)

IV.3.2.1. Características de los participantes

A continuación se describen las principales características de los participantes que han conformado la muestra de los 8 ECA incluidos en esta RS. Se ofrece información sobre la edad de los participantes, el sexo, el diagnóstico clínico, el tratamiento médico y el número de episodios depresivos. Un resumen de estos datos se encuentra en la tabla 5. Se ofrece una descripción más detallada de estos estudios en el Anexo 14, donde se exponen las características de los estudios incluidos.

En los ECA, la menor edad presentada por los participantes fue de 18 años, siendo la mayor de 80 años. En seis estudios la edad de la muestra osciló entre 18 y 35 años, y en los dos estudios restantes

(Lynch 2003, Lynch 2007) los participantes tenían edades comprendidas entre 50 y 80 años.

En todos los ECA incluidos, los participantes eran de ambos sexos, aunque predominaba la participación de las mujeres en seis de los ocho estudios. Los hombres sólo fueron mayoritarios en un estudio (Lee 2007), mientras que en otro no se informó del porcentaje de mujeres y hombres (Williams 2008).

En siete de los ocho ECA identificados, los participantes presentaban un diagnóstico de depresión mayor (en todos menos en Lee 2007). En cuatro de estos estudios se hacía alusión a depresión mayor remitida con al menos dos episodios (Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000), en otro estudio se recogía el diagnóstico de depresión mayor con al menos un trastorno de la personalidad (Lynch 2007), y en otro estudio se contemplaba la depresión unipolar y la depresión bipolar con ideación suicida remitida (Williams 2008). El estudio de Lee (2007) incluyó participantes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico con y sin agorafobia.

En cuanto a la medicación, se encontró que todos los participantes consumían o habían consumido fármacos para tratar su problema de salud. En cuatro estudios (Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000), los participantes tenían una historia de consumo de antidepresivos, pero no los habían consumido durante las últimas doce semanas. En dos estudios (Lynch 2003, Lynch 2007) se hacía explícito que los participantes tomaban antidepresivos, en un estudio (Lee 2007) el tratamiento se componía de antidepresivos y ansiolíticos, y en otro estudio no se especificó el tipo de medicación (Williams 2008).

Se creó una categoría para diferenciar a los participantes con dos episodios depresivos de los que tenían tres o más episodios. Esta diferenciación se debe a que varios estudios acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en pacientes con depresión distinguieron entre estos dos grupos y llegaron a la conclusión de que pertenecían a poblaciones distintas. De los cuatro estudios que incluyeron a pacientes con dos o más episodios depresivos (Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000), dos de ellos (Ma 2004, Teasdale 2000) distinguieron entre los participantes con dos episodios y los participantes con tres o más episodios.

Tabla 5. Características de los participantes (ECA)

Estudio	N	Edad	Sexo	Diagnóstico Clínico	Tratamiento Médico	Número de episodios depresivos
LEE 2007 COREA DEL SUR	46	20-60	34,8% Mujeres 65,2% Hombres	Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de pánico con o sin agorafobia	Antidepresivos y ansiolíticos	No se describe
LYNCH 2003 RU	36	60-80	80,6% Mujeres 19,4% Hombres	Depresión mayor	Antidepresivos	Ninguno: 15% Entre 2-25: 55% No recuerdan el número de episodios: 30%
LYNCH 2007 EE.UU.	65	55-75	46,2% Mujeres 23,8% Hombres	Depresión y depresión con al menos un trastorno de la personalidad	Antidepresivos	No se describe
MA 2004 RU	75	18-65	77,3% Mujeres 22,7% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	Dos episodios: 24,66% Tres o más episodios: 75,34%
TEASDALE 2000 RU & CANADÁ	145	18-65	75,9% Mujeres 24,1% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	Dos episodios: 23% Tres o más episodios: 77%
TEASDALE 2002 RU & CANADÁ	100	18-65	77,3% Mujeres 23,7% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	No se describe

Tabla 5. Características de los participantes (ECA) (continuación)

Estudio	N	Edad	Sexo	Diagnóstico Clínico	Tratamiento Médico	Número de episodios depresivos
WILLIAMS 2000 RU	45	Media 44 años	73,3% Mujeres 26,7% Hombres	Depresión mayor remitida con dos o más episodios	Personas con historia de consumo de antidepresivos, pero sin consumo en las últimas doce semanas	No se describe
WILLIAMS 2008 RU	66	18-65	Mixto	Depresión unipolar y bipolar con ideación suicida, remitida	Medicación	No se describe

IV.3.2.2. Características de las intervenciones

Las intervenciones que se aplican en los ocho ECA que se incluyeron en esta RS se muestran en la tabla 6. La clasificación de las intervenciones se realizó a partir de las diferentes estrategias de tratamiento basadas en la Atención Plena, recogidas en tres categorías: Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena, Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena y Terapia Conductual Dialéctica. En todos estos tratamientos, en los cuales la Atención Plena es el aspecto central, se incorporan estrategias cognitivo-conductuales. Resulta remarcable que no aparezca ningún estudio realizado desde el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso. La razón probablemente se debe a que en este modelo no se lleva a cabo un entrenamiento sistemático de la Atención Plena, aunque esta noción se encuentre incorporada a la estrategia de tratamiento. En realidad, desde este modelo, a la hora de describir la intervención se recurre a otros términos, como aceptación o flexibilidad psicológica, evitando de este modo la mención de la Atención Plena en los títulos de los trabajos.

Se identificaron cinco estudios que utilizaron MBCT como tratamiento (Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002, Williams 2000, Williams 2008), dos que utilizaron DBT (Lynch 2003, Lynch 2007) y uno que utilizó MBSR (Lee 2007). Se encontró que la intervención MBCT se aplica con los pacientes con depresión mayor remitida con dos o más episodios y con los pacientes con depresión unipolar y bipolar con

ideación suicida remitida. Se utilizó MBSR para los participantes con trastornos de ansiedad y se utilizó DBT con las personas mayores con depresión mayor, y con las personas mayores con depresión mayor y al menos un trastorno de la personalidad.

Tabla 6. Características de las intervenciones (ECA)

ESTUDIO	MBCT	MBSR	DBT
LEE 2007 COREA DEL SUR		x	
LYNCH 2003 RU			x
LYNCH 2007 EE.UU.			x
MA 2004 RU	x		
TEASDALE 2000 RU & CANADÁ	x		
TEASDALE 2002 RU & CANADÁ	x		
WILLIAMS 2000 RU	x		
WILLIAMS 2008 RU	x		

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena);
MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction (Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena);
DBT: Dialectical Behavior Therapy (Terapia Conductual Dialéctica)

IV.3.2.3. Características de las medidas de resultado

Las medidas de resultado se clasificaron en seis categorías: recaídas (RD), síntomas depresivos (SD), nivel de ansiedad (NA), circuitos automáticos de pensamientos ruidadores (CAPR), metacognición (MC) y cambios en la memoria (CM). Estas medidas se describen en la tabla 7 para los ECA incluidos en esta RS.

La medida de resultado “Recaídas” se recoge en tres de los estudios (Ma 2004, Teasdale 2000, Teasdale 2002) y se relaciona con la medida de resultado “Circuitos automáticos de pensamientos ruidadores” que se evalúa en los estudios de Teasdale (2000) y Ma

(2004). Esta categoría se refiere a un circuito que conecta el ánimo bajo con pensamientos negativos rumiadores. En estos dos estudios se encontró que existe un mayor riesgo de recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos, debido a que éstos tienen pensamientos depresivos rumiadores conectados a emociones negativas, independientemente de los eventos externos. Así mismo, tienen procesos de recaída endógenos, al contrario de las personas con dos episodios depresivos, que tienen un patrón de recaída relacionado fundamentalmente con sucesos externos. Los pacientes con tres o más recaídas han vivido su primer episodio depresivo más temprano que los pacientes con dos episodios y han ido reforzando ese patrón de pensamiento depresivo. A partir de estos resultados, se concluye que las personas con dos episodios depresivos y las personas con tres o más episodios depresivos pertenecen a poblaciones distintas. La MBCT resulta ser eficaz para prevenir recaídas en pacientes recuperados con tres o más recaídas porque interrumpe el patrón de pensamiento depresivo endógeno en momentos de riesgo de recaída; en cambio, no resulta eficaz para prevenir recaídas en personas con dos episodios, ya que se entiende que las recaídas, en este caso, se deben a sucesos vitales estresantes, en lugar de a mecanismos endógenos automatizados. Los instrumentos utilizados en estos dos estudios para evaluar la depresión y sus recaídas fueron el BDI y la escala HAM-D.

En el estudio de Teasdale (2002), las medidas de resultado empleadas fueron “Recaídas” y “Metacognición”. Para medir la metacognición, Teasdale y sus colaboradores crearon una nueva medida basada en la Medida de la toma de conciencia y afrontamiento en la memoria autobiográfica [Measure of Cognitive Awareness and Coping in Autobiographical Memory – MACAM]. Esta medida evalúa la conciencia metacognitiva (la posición cognitiva en la cual se ve a los pensamientos como sucesos mentales que pasan, en lugar de identificarse con ellos), que es medida a partir del recuerdo de episodios autobiográficos.

A partir de los resultados obtenidos, se observó que existía una estrecha relación entre la vulnerabilidad a las recaídas en pacientes con depresión mayor y el hecho de que mostraran una capacidad reducida para la metacognición cuando experimentaban pensamientos y emociones negativas. En otras palabras, los pacientes con tendencia a deprimirse tendían a “identificarse” con sus pensamientos y sentimientos negativos.

Con la práctica de la Atención Plena, los pacientes aprenden a ver los pensamientos como pensamientos, es decir, como sucesos mentales

pasajeros. En este estudio (Teasdale 2002) se apreció que el grupo que siguió la MBCT mostraba un incremento de la capacidad metacognitiva respecto a los pensamientos y emociones negativas, siendo más capaz de “descentrarse” o “desidentificarse” de los pensamientos negativos a medida que ocurren. Teasdale y sus colaboradores proponen que es este incremento de la capacidad metacognitiva lo que contribuye a reducir el riesgo de recaídas. En congruencia con la hipótesis de este estudio, en el grupo control no se manifestó ninguna disminución de las recaídas.

Las medidas de resultado “Síntomas depresivos” y “Cambios en la memoria” se encontraron en el estudio de Williams (2000), cuyo objetivo fue evaluar si la MBCT puede influir en la memoria autobiográfica de las personas deprimidas, quienes tienden a recordar eventos de forma categórica y a sobregeneralizar los recuerdos.

Los resultados de este estudio (Williams 2000) mostraron que el entrenamiento en MBCT es eficaz para reducir la tendencia a la sobregeneralización de los recuerdos en pacientes con depresión. Sin embargo, no se encontraron cambios en las emociones, por lo que los cambios en la memoria parecían no llevar consigo cambios emocionales. En el estudio de Williams 2000, las escalas de medida empleadas se correspondieron con la escala HAM-D y el Test de Memoria Autobiográfica [Autobiographical Memory Test – AMT].

La medida “Síntomas depresivos” también fue contemplada en el estudio de Lynch (2003), donde se halló que, al finalizar el tratamiento, el 71% del grupo que recibió DBT con medicación remitió los síntomas depresivos, mientras que en el grupo que recibió sólo fármacos remitió el 47% de los individuos. A los seis meses, estas diferencias se hicieron más pronunciadas: el 75% del grupo que recibió DBT con medicación remitió los síntomas, mientras que en el grupo intervenido con medicación sólo remitió en el 31% de los casos, concluyendo que el entrenamiento en DBT puede ser adaptado para personas mayores, incrementando los efectos de la medicación antidepresiva.

En el estudio de Lynch (2007) se encontró que al terminar el tratamiento, sólo el grupo que recibió DBT con medicación remitió los síntomas depresivos. Las remisiones del grupo que recibió sólo medicación se alcanzaron al finalizar el periodo de seguimiento. Así, la implantación del modelo DBT adaptado para personas mayores resultó eficaz para el tratamiento de depresión mayor con un trastorno de la personalidad comórbido. Los principales instrumentos usados en los dos estudios de Lynch fueron el BDI, la escala HAM-D y la Escala de Desesperanza de Beck [Beck Hopelessness Scale – BHS].

Las medidas “Síntomas depresivos” y “Nivel de Ansiedad” fueron utilizadas en los estudios de Lee (2007) y Williams (2008). En el primer estudio, se comparó un grupo intervenido con Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena con un grupo intervenido mediante un programa educativo. El grupo que recibió MBSR manifestó una mejoría significativa en todas las escalas de ansiedad, en comparación con el grupo que recibió el programa educativo. En cambio, los resultados en depresión no mostraron una mejoría significativa.

En el estudio de Williams (2008) se evaluó la eficacia de MBCT en el tratamiento de depresión y ansiedad en personas con depresión unipolar y bipolar, encontrando que en el grupo que recibió MBCT, sólo los individuos con depresión bipolar manifestaron una disminución significativa de los niveles de ansiedad. En cuanto a la disminución de los síntomas depresivos, en el grupo que recibió MBCT, no se encontraron diferencias significativas entre las personas con depresión unipolar y bipolar. Los instrumentos usados por estos dos ECA para los síntomas depresivos fueron el BDI y la escala HAM-D, mientras que para la ansiedad se empleó el BAI y la escala HAM-A.

Tabla 7. Características de las medidas de resultados (ECA)

ESTUDIOS	MEDIDAS DE RESULTADO						ESCALAS DE MEDIDA
	RD	SD	NA	CAPR	MC	CM	
LEE 2007 COREA DEL SUR		x	x				BDI, HAM-A, HAM-D, STAI, SCL
LYNCH 2003 RU		x					Depresión y desamparo (BDI, HAM-D, BHS), ambivalencia emocional (AEQ), supresión de pensamientos (WBSI), adaptación (CSQ), sociotropía y autonomía (PSI)
LYNCH 2007 EE.UU.		x					BDI, HAM-D, IIP-PD, SCID II
MA 2004 RU	x			x			BDI, HAM-D, recaídas, sucesos vitales
TEASDALE 2000 RU & CANADÁ	x			x			BDI, HAM-D, recaídas
TEASDALE 2002 RU & CANADÁ	x				x		BDI, HAM-D, recaídas
WILLIAMS 2000 RU		x				x	AMT, HAM-D
WILLIAMS 2008 RU		x	x				BAI, BDI

AEQ: Emotional Expressiveness Questionnaire (Cuestionario de Expresión Emocional); **WBSI:** White Bear Suppression Inventory (Inventario de Supresión); **AMT:** Autobiographical Memory Test (Test de Memoria Autobiográfica);

BAI: Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck); **BDI:** Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck); **BHS:** Beck Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza de Beck); **CAPR:** Circuitos automáticos de pensamientos rumiadores; **CM:** Cambios en la memoria; **CSQ:** Coping Styles Questionnaire (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Ansiedad de Hamilton); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Hamilton); **IIP-PD:** Inventory for Interpersonal Problems_Personality Disorders (Inventario de Problemas Interpersonales_Trastornos de la Personalidad); **MC:** Metacognición; **NA:** Niveles de ansiedad; **PSI:** Personal Style Inventory (Inventario del Estilo Personal); **RD:** Recaídas en depresión para pacientes con dos o más episodios depresivos; **SCID-II:** Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV Trastornos de la Personalidad); **SCL:** Symptom Checklist (Inventario de Síntomas);

SD: Síntomas depresivos; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo)

IV.3.3. Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA)

IV.3.3.1. Características de los participantes

En este apartado se describen las principales características de los participantes incluidos en los ECNA incluidos en esta RS: edad, sexo, diagnóstico clínico y tratamiento médico. Un resumen de estos datos se encuentra en la tabla 8. Se ofrece una descripción más detallada de estos estudios en el Anexo 15, donde se exponen las características de los estudios incluidos.

En la tabla 8 se puede apreciar que la menor edad presentada por los participantes incluidos en los estudios fue de 14 años y la mayor de 75 años. Cinco de los seis estudios incluyeron a personas adultas con una edad comprendida entre 22 y 75 años y en uno de los estudios se incluyen adolescentes con un rango de edad entre 14 y 17 años (Katz 2004).

La muestra de los seis ECNA se compuso de grupos mixtos de hombres y mujeres, la mayoría de ellos (cinco estudios) tenían un porcentaje mayor de mujeres, mientras que en uno de ellos la mayoría de los participantes eran hombres (Ramel 2004).

En cuanto al diagnóstico clínico, dos estudios (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995) incluyeron a personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico con y sin agorafobia. En un ECNA los participantes tenían un diagnóstico clínico de depresión mayor (con al menos tres recaídas) remitida (Kingston 2007), y en otro los participantes padecían depresión y ansiedad (Weiss 2005). El estudio de Ramel (2004), tenía una muestra de personas con depresión mayor, distimia, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad, mientras que el estudio de Katz (2004) incluyó a adolescentes con intentos suicidas.

Se observa que en cinco de los seis ECNA los participantes consumían algún tipo de fármaco, en su mayoría antidepresivos o ansiolíticos recetados por un psiquiatra. El estudio de Weiss (2005) no describió si los participantes incluidos tomaban algún fármaco.

Tabla 8. Características de los participantes (ECNA)					
ESTUDIO	N	EDAD (años)	SEXO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	TRATAMIENTO MÉDICO
KABAT-ZINN 1992 EE.UU.	- 24 individuos incluidos en el estudio - 58 individuos siguieron la intervención pero no fueron evaluados semanalmente	26-64	77% Mujeres 23% Hombres	Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de pánico con o sin agorafobia	50% toma ansiolíticos u otra medicación
KATZ 2004 CANADÁ	61	14-17	83,9% Mujeres 16,1% Hombres	Adolescentes con intentos suicidas ingresados en un hospital psiquiátrico	Medicación prescrita por el psiquiatra
KINGSTON 2007 RU	19	20-62	89,5% Mujeres 10,5% Hombres	Depresión mayor con al menos tres episodios, remitida	Antidepresivos
MILLER 1995 EE.UU.	- 18 individuos incluidos en el estudio - 39 individuos siguieron la intervención pero no fueron evaluados semanalmente		77% Mujeres 13% Hombres	Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de pánico con o sin agorafobia	50% toma ansiolíticos u otra medicación
RAMEL 2004 EE.UU.	27	Media de 50,9 años	35% Mujeres 65% Hombres	Depresión mayor, Distimia, Trastorno bipolar, Trastornos de ansiedad	57% de los individuos toma medicación recetada por el psiquiatra
WEISS 2005 EE.UU.	31	22-75	61,3% Mujeres 38,7% Hombres	Trastorno depresivo y Trastorno de ansiedad	No se describe

IV.3.3.2. Características de las intervenciones

La clasificación de las diferentes intervenciones identificadas en los ECNA se llevó a cabo de igual forma que en los ECA, encontrándose las mismas modalidades de intervención: MBCT, MBSR y DBT. En la tabla 9 se encuentran las intervenciones utilizadas en los seis ECNA incluidos en esta RS.

Cuatro estudios (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995, Ramel 2004, Weiss 2005) utilizaron como tratamiento la MBSR, de los que dos estudios (Kabat-Zinn 1992, Miller 1995) incluyeron a personas con ansiedad y otros dos incluyeron a individuos que sufrían ansiedad y depresión (Ramel 2004, Weiss 2005).

En el estudio en el que los participantes incluidos fueron diagnosticados con depresión mayor, con al menos tres episodios, (Kingston 2007) se utilizó como intervención psicológica la MBCT. La DBT fue implantada en el estudio en el cual la muestra era de adolescentes con intentos suicidas (Katz 2004).

Tabla 9. Características de las intervenciones (ECNA)

ESTUDIO	MBCT	MBSR	DBT
KABAT-ZINN 1992 EE.UU.		X	
KATZ 2004 CANADÁ			X
KINGSTON 2007 RU	X		
MILLER 1995 EE.UU.		X	
RAMEL 2004 EE.UU.		X	
WEISS 2005 EE.UU.		X	

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena); **MBSR:** Mindfulness Based Stress Reduction (Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena); **DBT:** Dialectical Behavior Therapy (Terapia Conductual Dialéctica)

IV.3.3.3. Características de las medidas de resultado

En la tabla 10 se informa de las medidas de resultado identificadas en los seis ECNA incluidos: síntomas depresivos (SD), nivel de ansiedad (NA), rumiación (RUM), conductas e ideación suicidas (CIS), nivel de logro o alcance de los objetivos terapéuticos (OT) y grado de bienestar psicológico subjetivo (BS). En esta ocasión se consideró más relevante describir las medidas de resultado de forma independiente para cada estudio, en lugar de comentarlas por categorías de resultados.

El estudio de Katz (2004) se centró en estudiar la eficacia de la DBT, en adolescentes ingresados en un hospital psiquiátrico con conductas e ideación suicidas, frente al tratamiento usual, basado en psicoterapia psicodinámica.

Las medidas de resultado empleadas en este estudio fueron “Síntomas depresivos” y “Conductas e ideación suicidas”. Para la evaluación pre-post se utilizaron el BDI, la Escala de Desesperanza para Niños de Kazdin [Kazdin Hopelessness Scale for Children – KHS], el Cuestionario de Ideación Suicida (Suicidal Ideation Questionnaire – SIQ) y el Número de eventos Parasuicidas a lo largo de la Vida (Lifetime Parasuicide Count – LPC). En el seguimiento de un año se usaron las escalas BDI y SIQ, considerando el número de hospitalizaciones, las visitas a urgencias y la adherencia a las recomendaciones establecidas durante el seguimiento.

En comparación con el grupo que recibió el tratamiento usual, se halló que la DBT redujo las conductas problemáticas y que una gran mayoría de los participantes no abandonaron el tratamiento hasta su finalización. Sin embargo, ambos grupos mostraron reducciones significativas en los síntomas depresivos y en las conductas e ideación suicidas. Al cabo de un año estas mejorías se mantuvieron y se comprobó que los participantes que siguieron la DBT mostraban adherencia al tratamiento recomendado.

En el estudio de Kingston (2007) se evaluó la eficacia de la MBCT en la reducción de los síntomas depresivos residuales y sus efectos en las rumiaciones de personas con depresión mayor con tres o más episodios, por lo que las medidas de resultado empleadas fueron “síntomas depresivos” y “rumiación”. Dichas medidas fueron evaluadas con las escalas BDI y RUM (Escala de Rumiación), encontrando que al finalizar el tratamiento con MBCT, los pacientes experimentaron una reducción significativa de los síntomas depresivos, obteniendo en el BDI una puntuación pre- de 30,33 puntos y una puntuación post- de 12,33 puntos. El grupo que siguió el tratamiento usual experimentó una menor

reducción en los síntomas depresivos, alcanzando una puntuación pre- de 29,18 puntos y una puntuación post- de 22,09. El nivel de rumiación también se redujo significativamente en el grupo que recibió MBCT, con una puntuación pre- de 60,33 puntos y una puntuación post- de 49,33 puntos, en comparación con el grupo control que obtuvo una puntuación pre- de 63,33 puntos y una puntuación de 59 al finalizar el tratamiento. Los síntomas depresivos continuaron decreciendo al cabo de un mes. En este estudio se expuso que los efectos positivos de la Atención Plena en los síntomas depresivos se deben a que reduce las rumiaciones en los pacientes con depresión mayor.

El objetivo del estudio de Kabat-Zinn (1992) fue determinar si la MBSR era eficaz como intervención terapéutica para los trastornos de ansiedad. Para ello, se utilizó como medidas de resultado el “nivel de ansiedad” operacionalizado por medio de las escalas BAI, HAM-A, y SCL-90-R. Se observó que en 21 de los 24 participantes que siguieron la MBSR disminuyeron los niveles de ansiedad, y se redujo el número de personas con ataques de pánico. También, a pesar de que los participantes no sufrían depresión, manifestaron una reducción de los síntomas depresivos según las escalas BDI y HAM-D, manteniendo estos cambios durante los tres meses de seguimiento. Así mismo, al comparar los sujetos experimentales con los participantes no incluidos en el estudio, se observó que ambos grupos disminuyeron sus niveles de ansiedad, lo cual permitiría generalizar el estudio. Por tanto, este ECNA sugiere que la MBSR es un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad.

El estudio de Miller (1995) consiste en un seguimiento de tres años de los participantes del estudio de Kabat-Zinn (1992), encontrando que al cabo de tres años se mantenían los cambios en los niveles de ansiedad obtenidos en el estudio anterior. En base a estos resultados, parece que la MBSR es eficaz a largo plazo para el tratamiento de trastornos de ansiedad. No obstante, esta afirmación debe ser tomada con cautela debido a la ausencia, estrictamente hablando, de un grupo control en estos estudios.

El objetivo del estudio de Ramel (2004) fue evaluar si el entrenamiento en MBSR podía reducir la rumiación, los trastornos psicológicos y las creencias disfuncionales. Se emplearon para ello tres medidas de resultado: “Síntomas depresivos”, “Nivel de Ansiedad” y “Rumiación”, que fueron evaluadas con las escalas BDI, BAI, RSQ. Al finalizar el tratamiento, se observó que los pacientes redujeron su tendencia a rumiar, manteniendo estos logros al cabo de las diez semanas de seguimiento. Estos resultados sugieren que la disminución

en la rumiación tiene como consecuencia una reducción de los síntomas depresivos, los niveles de ansiedad y las creencias disfuncionales.

Weiss (2005) se encargó de estudiar si la implementación de MBSR junto con psicoterapia individual, frente a la terapia individual sola, aliviaba de forma más rápida los problemas psicológicos de los participantes. Las ganancias terapéuticas fueron evaluadas a partir de las puntuaciones medias de los participantes en el Índice de Severidad Global del Listado de Síntomas-90-R, cumplimentado una semana antes de la primera sesión de estudio y a la finalización del mismo. Los resultados indicaron que, al final del tratamiento, ambos grupos manifestaron una disminución del malestar psicológico; sin embargo, el grupo que recibió MBSR junto con psicoterapia individual terminó el tratamiento psicológico antes que el grupo control, mostrando niveles más altos en el nivel de logros alcanzado (distancia para alcanzar sus metas de mejoría en una escala del 1 al 100).

Tabla 10. Características de las medidas de resultado (ECNA)

ESTUDIO	Medidas de Resultado						Escala de medida
	SD	NA	RUM	CIS	OT	BP	
KABAT-ZINN 1992 EE.UU.		x					BAI, BDI, HAM-A, HAM-D, Fear Survey Schedule, Mobility Inventory for Agoraphobia, SCL- 90-R
KATZ 2004 CANADÁ	x			x			BDI, KHS, LPC, SIQ, número de hospitalizaciones, adherencia al tratamiento
KINGSTON 2007 RU	x		x				BDI, RUM
MILLER 1995 EE.UU.		x					BAI, BDI, HAM-A, HAM-D, Fear Survey Schedule, Mobility Inventory for Agoraphobia, SCL- 90-R
RAMEL 2004 EE.UU.	x	x	x				BDI, DAS, RSQ, STAI
WEISS 2005 EE.UU.					x	x	GSI del SCL-90-R, distancia para alcanzar sus metas en una escala de 100 puntos

BAI: Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck); **BDI:** Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck); **BP:** Grado de bienestar psicológico subjetivo; **CIS:** Conductas e ideación suicidas; **DAS:** Dysfunctional Attitude Scale (Escala de Actitudes Disfuncionales); **GSI:** Global Severity Index (Índice de Severidad Global); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Ansiedad de Hamilton); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Hamilton); **KHS:** Kazdin Hopelessness Scale for Children (Escala de Desesperanza para Niños de Kazdin);

LPC: Lifetime Parasuicidal Count (Cuenta de eventos parasuicidas a lo largo de la vida); **NA:** Niveles de ansiedad; **OT:** Alcance de los objetivos terapéuticos; **RSQ:** Response Style Questionnaire (Cuestionario de Estilo de Respuesta); **RUM:** Rumination Scale (Escala de Rumiación); **SCL-90-R:** Symptom Checklist-90-R (Listado de Síntomas-90-Revisado); **SD:** Síntomas depresivos; **SIQ:** Suicidal Ideation Questionnaire-Jr (Cuestionario de Ideación Suicida); **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo)

V. Discusión

Para poder decir que un tratamiento es eficaz, desde el punto de vista tanto de los profesionales de la clínica como de los gestores de la salud, hay que contar con estudios que incluyan, al menos, un año de seguimiento de los pacientes tratados. Siguiendo este criterio, únicamente los estudios del grupo de Teasdale, en el caso de la depresión, y del grupo de Kabat-Zinn, en el caso de la ansiedad, lo cumplen. Esta necesidad de mostrar el mantenimiento de los logros alcanzados mediante el tratamiento, resulta especialmente relevante en el caso de los tratamientos basados en la Atención Plena, porque se considera que la práctica de la Atención Plena produce la “desautomatización” de los circuitos disfuncionales que sostienen el trastorno. En consecuencia, cabe esperar que los cambios logrados se mantengan en el tiempo siempre que se siga practicando la habilidad aprendida. Los estudios tanto del grupo de Teasdale como de Kabat-Zinn apuntan en esta dirección.

La ansiedad y la depresión son cuadros clínicos que se solapan en algunos aspectos e incluso, en ocasiones, se llega a hablar de la existencia de un síndrome ansioso-depresivo. Sin llegar a utilizar esta terminología, en el estudio de Ramel (2004) se aplicó un mismo tratamiento basado en el cultivo de la Atención Plena, el MBSR, tanto a personas diagnosticadas con depresión como con ansiedad. La hipótesis inicial era que en ambos casos los trastornos estaban mantenidos por creencias disfuncionales y por circuitos automáticos de pensamiento rumiador. En el caso de la depresión, este circuito estaría referido al pasado, mientras que en el caso de la ansiedad estaría referido al futuro. Los datos obtenidos muestran que la reducción en pensamiento rumiador está asociada con la mejora de los síntomas, especialmente los de ansiedad. Pero, en este estudio, la submuestra de pacientes con depresión mayor es demasiado pequeña para poder extraer conclusiones, ya que de los 5 pacientes con episodio depresivo presente sólo 2 finalizan el estudio.

En la misma línea de aplicar MBSR tanto a pacientes ansiosos como depresivos, el estudio de Weiss (2005) muestra que la utilización de este procedimiento acorta la consecución de objetivos en terapia individual. Sin embargo, este estudio sólo utiliza una medida general de sintomatología (el SCL-90) y carece de datos de seguimiento, por lo que no permite extraer ninguna conclusión respecto a los procesos

implicados en la mejoría. A su vez, en el estudio de Williams (2008) se utiliza un mismo procedimiento para tratar síntomas de ansiedad y de depresión, la MBCT. En este estudio, donde los pacientes presentan un diagnóstico de depresión unipolar y bipolar con ideación suicida remitida, el tratamiento sólo consigue una reducción significativa de las puntuaciones en ansiedad en la submuestra de pacientes bipolares.

Los tratamientos basados en la Atención Plena, como el MBSR o la MBCT, no han sido utilizados en pacientes con un primer episodio de depresión mayor; por tanto, no se debe entender que estos tratamientos sean recomendables en estos casos. Por el contrario, estos tratamientos han sido utilizados con pacientes deprimidos que presentan síntomas residuales después de recibir otros tratamientos para la depresión, y que se muestran resistentes al tratamiento. Por ejemplo, en el ensayo controlado no aleatorizado de Kingston (2007), se aplica el programa MBCT para tratar síntomas residuales de depresión, que no están en fase aguda. Sin embargo, la muestra de este estudio es muy pequeña como para permitir extraer conclusiones. De hecho, de un total de 19 pacientes depresivos recurrentes, 2 de ellos tenían un diagnóstico previo de trastorno bipolar II y 9 pacientes habían mostrado comportamientos autolesivos en el pasado. Este último hecho es relevante pues el estudio no controla la variable de personalidad y, por tanto, no se puede excluir la sospecha de que fueran pacientes merecedores de un posible diagnóstico comórbido del eje II.

En otro estudio, Keeney y Williams (2006)⁽²⁹⁾ han informado de la utilización de MBCT en pacientes deprimidos y resistentes al tratamiento, consiguiendo una reducción clínicamente significativa en las puntuaciones del BDI. Sin embargo, las deficiencias metodológicas de este estudio, un ensayo no aleatorizado y sin grupo de control, impiden cualquier generalización. No obstante, el estudio de Cebolla y Miró (2006)⁽³⁰⁾, llevado a cabo en nuestro contexto, ha informado también acerca de la utilización exitosa de MBCT con pacientes deprimidos resistentes al tratamiento.

En el caso de la utilización del entrenamiento en Atención Plena en pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, los estudios incluidos en esta revisión muestran que el MBSR resulta útil. En el estudio de Lee (2007), en el que se incluyen pacientes con ansiedad generalizada y también con trastorno de pánico con y sin agorafobia, los pacientes del grupo de MBSR muestran una reducción significativa en las puntuaciones de las escalas de ansiedad; sin embargo, no es posible saber si estos logros se mantienen después de un año.

En el estudio de Kabat-Zinn (1992), cuyos pacientes presentan los mismos diagnósticos que la muestra de Lee (2007), se comprobó que tras las 8 semanas de entrenamiento en Atención Plena que requiere el programa MBSR, los pacientes mostraron mejoría. Al cabo de tres años, los logros alcanzados en el tratamiento se mantenían, según se mostró en el seguimiento llevado a cabo por Miller (1995). Asimismo, se comprobó que los pacientes seguían practicando la Atención Plena y continuaban libres de síntomas.

A pesar de que estos estudios no contaron con un grupo de control, por lo que su nivel de evidencia es menor, han tenido un impacto importante en el área de los tratamientos psicológicos, ya que no es usual contar con trabajos de seguimiento de tres años y que sean publicados en una revista de alto índice de impacto en psiquiatría. La argumentación que los autores de estos trabajos ofrecieron para explicar la eficacia del entrenamiento en Atención Plena en trastornos de ansiedad, se basaba en su analogía con las técnicas de exposición. Dichos autores consideran que la práctica de la Atención Plena puede ser concebida como un procedimiento de exposición en imaginación y, por tanto, puede resultar tan eficaz como las técnicas de exposición para tratar la ansiedad. En otras palabras, la observación sostenida de los pensamientos y sentimientos temidos conduciría a una disminución tanto de la reactividad emocional, como de las conductas disfuncionales de evitación y escape. De este modo, conduciría a la reducción de la ansiedad.

Cuando el entrenamiento en Atención Plena se lleva a cabo desde el modelo de DBT, resulta más difícil extraer conclusiones sobre la eficacia de la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, principalmente por dos razones: en primer lugar, la DBT ha sido creada para trabajar con los trastornos límites de personalidad y, por extensión se ha utilizado también con otros trastornos graves. Este es el caso de los adolescentes con intentos de suicidio del estudio de Katz (2004), o de los pacientes mayores deprimidos que además muestran un trastorno de personalidad concomitante en los estudios de Lynch (2003 y 2007); todos ellos recogidos en esta revisión. Por esta razón, dado que se trata de poblaciones muy específicas en las que la depresión está enmarañada con otros factores, no resulta legítimo generalizar a partir de estos resultados.

En segundo lugar, la DBT es un procedimiento terapéutico que engloba varios componentes y fases, y aunque la Atención Plena es la habilidad que se considera más importante y fundamental, no es la única habilidad que se entrena. Por tanto, para poder atribuir los logros

alcanzados por este tratamiento a la Atención Plena, sería necesario llevar a cabo un estudio en el que se investigara la contribución relativa de cada componente del tratamiento al resultado final. Aunque este análisis empírico de los componentes resulte lógico para la mentalidad investigadora, el hecho de que ningún equipo de investigación haya abordado esta tarea, puede ser un claro indicio de la complejidad que supone.

Por otro lado, los estudios incluidos en esta revisión que más claramente avalan la eficacia de la Atención Plena se encuentran en el área de la prevención de las recaídas en depresión, utilizando el modelo de MBCT. Ésta ha sido comprobada en dos ECA de los que el segundo es una replicación del primero (Teasdale 2000; Ma 2004). Los resultados mostraron que la MBCT ayudaba a los individuos que estaban peor, es decir, cuya depresión era más severa (los que habían sufrido más de tres episodios de depresión). En el primer estudio, el riesgo de recaída se redujo del 66% al 37% (Teasdale 2000). En su replicación, se obtuvo el mismo patrón de resultados, aunque en este caso el riesgo de recaída se redujo de un 78% a un 36% (Ma 2004). No obstante, en ninguno de estos ECA el programa tuvo efectos sobre los pacientes que habían sufrido sólo dos episodios (el criterio mínimo para entrar en el programa). Los participantes que se beneficiaron de la MBCT indicaban que eran capaces de relacionarse con su experiencia depresiva de otro modo, desde una perspectiva descentrada, más amplia, que les permitía ver que sus pensamientos depresivos eran sólo pensamientos, en lugar de descripciones de la realidad. Esta capacidad de ver los pensamientos como pensamientos, a medida que suceden, requiere del desarrollo de la conciencia metacognitiva que, según Teasdale (1999)⁽³¹⁾, es el mecanismo fundamental por medio del cual opera la MBCT. Además, Williams (2000) encontró que después de seguir un programa en MBCT, los pacientes con depresión reducían el número de recuerdos autobiográficos sobregeneralizados e incrementaban la especificidad de sus recuerdos.

Dada la excelencia metodológica con la que se han llevado a cabo estos estudios y dado que han demostrado la eficacia de la MBCT para reducir la recaídas en depresión en los pacientes más severos, no resulta sorprendente que este programa terapéutico haya sido reconocido por las autoridades sanitarias inglesas y por la “NICE” (“Guidelines as a preventive therapy for patients with recurrent depression”)⁽³²⁾.

El modelo MBCT ha sido creado específicamente para reducir las recaídas en depresión. Sin embargo, en su desarrollo se ha sabido

integrar, por un lado, la sabiduría acumulada en el modelo de MBSR y, por otro lado, el conocimiento acumulado después de cinco décadas de investigación sobre la terapia cognitiva de la depresión. A continuación revisamos brevemente dicha investigación sobre el modelo cognitivo de la depresión, para que sirva de contexto para comprender la aportación que significa el modelo MBCT.

El modelo cognitivo de la depresión surgió con la hipótesis, planteada por Beck^(33, 34), de que la depresión estaba causada por eventos estresantes que activaban esquemas cognitivos depresógenos subyacentes. Estos esquemas, a su vez, producían sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental, la personalización, etc. En la terapia, con la ayuda del terapeuta, el paciente podía llegar a comprender sus reglas tácitas de funcionamiento y, con esfuerzo y práctica, podía ir combatiendo su “construcción” depresiva de los eventos. Este planteamiento convertía a las actitudes disfuncionales, es decir, a los contenidos cognitivos o el “qué” del pensamiento, en el objetivo central del tratamiento; por ejemplo, la persona deprimida que se dice a sí misma: “no sirvo para nada”. Esta frase así como los sentimientos de inutilidad que la acompañan, debían ser observados y registrados por el paciente en el momento de su ocurrencia. Posteriormente, en la sesión con el terapeuta, serían analizados para llegar a descubrir, por medio del análisis y la reflexión, sus propias reglas tácitas de funcionamiento. Este planteamiento fue enormemente útil tanto para la psicoterapia como para la investigación. Desde el punto de vista terapéutico, pronto quedó claro que la terapia cognitiva era tan eficaz como la terapia farmacológica para tratar un episodio de depresión mayor.

Además, los datos también parecían indicar que la terapia cognitiva tenía algún efecto preventivo, en el sentido de que los pacientes tratados por este procedimiento recaían menos que los tratados con fármacos. Así, mientras varios estudios ponían de manifiesto que la terapia cognitiva reducía el riesgo de recaídas futuras en comparación con los fármacos, esos mismos estudios venían a cuestionar el papel asignado a las actitudes disfuncionales, ya que en las mediciones post tratamiento no había diferencias en las escalas que medían dichas actitudes entre el grupo de terapia cognitiva y el grupo de farmacoterapia^(35, 36). Estos datos sirvieron para abrir el debate en torno a los mecanismos de cambio realmente efectivos en la terapia cognitiva. Parecía que los esquemas cognitivos habían perdido la hegemonía explicativa. ¿Cómo explicar que los pacientes mejoraran sin que hubieran cambiado sus actitudes disfuncionales, consideradas como las

causantes del trastorno? Varios autores sugirieron que el cambio importante que tiene lugar en la terapia cognitiva no tiene tanto que ver con el “qué” del pensamiento, sino con el “cómo”; es decir, que lo que resulta importante en el cambio no son tanto los contenidos cognitivos en sí, sino cómo la persona se relaciona con esos contenidos, sean éstos los que sean. No es lo mismo tener un pensamiento y tomarlo como cierto, que tener un pensamiento y tomarlo como un pensamiento. En un caso y otro la relación que se mantiene con el pensamiento es diferente.

Lo expuesto hasta aquí se trata de una cuestión muy importante, porque si lo que mantiene la depresión son los esquemas cognitivos subyacentes que sostienen las actitudes disfuncionales, entonces es necesario recurrir a una terapia cognitiva individual para dismantelar los contenidos cognitivos disfuncionales. Pero si los mecanismos responsables del mantenimiento de la depresión no residieran a nivel de contenidos, sino de procesos; si lo importante no fuera el “qué”, sino el “cómo”, la situación sería diferente. Porque si se puede trabajar con la forma del pensamiento, con el “cómo” independientemente de su contenido, esto haría posible el trabajo en grupo.

En este contexto, Teasdale (1988)⁽¹⁷⁾ planteó la hipótesis de la activación diferencial para explicar la recurrencia de la depresión. Según esta hipótesis, la asociación repetida entre el estado de ánimo negativo y los patrones de pensamiento disfuncional que se produce durante el episodio depresivo, conduciría a una mayor probabilidad de activación de dichos patrones en estados de ánimo bajo. De este modo, cuanto más se repitiera tal asociación, menos falta harían las situaciones ambientales estresantes para reinstaurar los patrones disfuncionales.

Aunque Teasdale (1999)⁽³¹⁾ no cuestiona la utilidad de trabajar con los contenidos cognitivos disfuncionales, especialmente en el tratamiento de procesos agudos y en terapia individual, plantea que el trabajo posterior, en la prevención de recaídas, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo del pensamiento rumiador. Esta idea proviene de los datos de la investigación que muestra que los procesos relevantes en los episodios iniciales de la depresión, no son los mismos procesos relevantes en su mantenimiento. Mientras los episodios iniciales están fuertemente correlacionados con situaciones ambientales estresantes o eventos vitales negativos, los episodios subsiguientes están más relacionados con el estado de ánimo disfórico y los estilos de pensamiento disfuncional.

Nolen-Hoeksema (1991)⁽¹³⁾ ha propuesto que el estilo de respuesta rumiador a la propia depresión puede perpetuarla. El estilo de pensamiento rumiador consiste en una respuesta negativa, de no aceptación o de abierto rechazo a la propia situación. Además, la persona está centrada en sí misma y su atención se dirige a las discrepancias entre el estado percibido actual de sí mismo o del mundo y el estado deseado. Con frecuencia, el inicio del pensamiento rumiador se relaciona con intentar encontrar la causa de la depresión y también con el dar vueltas sobre aspectos de inadecuación personal.

El modelo MBCT asume que la vulnerabilidad a la depresión persistente y a las recaídas, está relacionada con la facilidad con la que la configuración del engranaje depresivo puede ser restablecida en momentos de ánimo disfórico. Después de la recuperación de una depresión, es más fácil que estados ligeros de disforia reactiven ciclos depresógenos. Por esta razón, aumenta la posibilidad de tener una depresión una vez se ha tenido un primer episodio. Desde este modelo, el objetivo no es intervenir sobre el contenido de las cogniciones, ni evitar los estados de tristeza o infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos de pensamiento rumiador se establezcan en momentos de incremento de disforia. Desde esta propuesta de explicación de las recaídas en depresión, se extraen las siguientes conclusiones a la hora de diseñar un entrenamiento en Terapia Cognitiva para la depresión:

a) La intervención debe redirigir las fuentes de procesamiento que se necesitan para activar los engranajes depresógenos hacia fuentes no depresógenas. A través de un entrenamiento de la atención se puede hacer este cambio;

b) Debe generar nuevos esquemas relacionados con la depresión, pero no depresógenos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos de dicho estado), y confeccionar nuevos recuerdos;

c) Los modelos esquemáticos depresógenos deben ser re-entrenados, reduciendo así la posibilidad de que aparezca una nueva recaída;

d) Los tratamientos deben implicar experiencias de “trabajo para casa” donde practicar y entrenar las habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otras formas más eficaces.

Como conclusión, desde esta perspectiva no haría falta intervenir sobre los estados de infelicidad o depresión ligera, sino que el objetivo real debería ser prevenir el reestablecimiento de los engranajes

depresivos, de tal forma que la tristeza o el ánimo disfórico que puede aparecer en cualquier momento no vaya evolucionando cada vez más.

Así mismo, la corporalidad también es muy importante. Dado que el bucle sensorial se retroalimenta por el estado del cuerpo (expresión facial, posición encorvada, etc.) y dado que está conectado al resto del sistema, si la intervención va dirigida a este subsistema todo el engranaje depresivo se verá modificado. Por tanto, la intervención debe ir encaminada también hacia aspectos corporales que hagan que el mantenimiento del episodio depresivo sea difícil.

La estrategia que surge como consecuencia de este planteamiento de las recaídas en depresión, implica procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración cognitiva diferente, sin tratar de cambiar los contenidos de los esquemas (el qué del pensamiento), sino la relación que establece la persona con sus propios pensamientos (el cómo del pensamiento). Para hacer esto, el modelo MBCT propone un entrenamiento basado en la meditación, en el que se entrena la habilidad de la Atención Plena o “mindfulness”. Así, la MBCT es un programa de entrenamiento en Atención Plena y en terapia cognitiva altamente estructurado de 8 semanas de duración, y ha sido desarrollado en forma de manual por Segal, Williams y Teasdale (2002)⁽¹⁵⁾. Como ya hemos señalado, la MBCT incorpora el programa MBSR desarrollado por Jon Kabat-Zinn (1990)⁽¹⁴⁾ al marco clásico de la terapia cognitiva de la depresión (conocimiento de la existencia de pensamientos disfuncionales en estados de ánimo disfórico, registro de pensamientos automáticos, práctica diaria, etc.). La Atención Plena se define como una habilidad que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar”.

Cuando es entrenada mediante la meditación, la Atención Plena promueve la observación y aceptación de los pensamientos que emergen, mientras la atención se centra plenamente en la respiración, o se atiende a las sensaciones corporales.

La principal razón por la que se explica el efecto que tienen las intervenciones basadas en la Atención Plena es a través de cambios cognitivos relacionados con la capacidad de percibir los pensamientos sólo como pensamientos, no como reflejos de la realidad. En otras palabras, por medio de la meditación se produciría un aumento de las habilidades metacognitivas de descentramiento. Para Segal, Williams y Teasdale (2002)⁽¹⁵⁾ esos cambios cognitivos son el objetivo final del entrenamiento en Atención Plena, y lo que se pretende con dicho entrenamiento es provocar un insight metacognitivo, es decir, un darse cuenta no sólo intelectual de que los pensamientos no son la realidad,

sólo son pensamientos. Se considera también que el conocimiento y la aceptación que produce el tratamiento basado en el entrenamiento de la Atención Plena, provoca un mejor acceso a modelos esquemáticos alternativos. Esto se debe a que el ejercicio de observar desde la distancia o descentrarse ayuda a tomar perspectiva, y por tanto entrena la capacidad de afrontar de forma efectiva los problemas, así como el uso de estrategias cognitivas potencialmente más productivas. Además, el cambio en las creencias sobre la utilidad de estrategias cognitivas disfuncionales, como el pensamiento rumiador o la preocupación, está asociado con la capacidad de observar los resultados que tienen sobre la solución de problemas, y por tanto estimula el uso de estrategias alternativas más efectivas.

Así mismo, el entrenamiento en Atención Plena puede promover un reconocimiento de las primeras señales de la aparición del problema, de tal forma que si se aplican las habilidades aprendidas (no juzgar la experiencia, ecuanimidad, y aceptación) hay más probabilidades de ser efectivos en la prevención del problema. Por otro lado, desde el modelo de DBT, Linehan (1993a)⁽¹⁸⁾ ha puesto de manifiesto que la observación sin juicios más la habilidad de describir la experiencia, permiten repensar las consecuencias de determinados comportamientos, lo que puede llevar a una reducción de la impulsividad y de las conductas disfuncionales.

En síntesis, la Atención Plena supone un tipo de autoobservación que podríamos llamar adaptativa, en contraposición a la autoobservación rumiadora o no adaptativa. Se sabe que las personas diagnosticadas de depresión tienen una probabilidad mayor de estar centradas en sí mismas que las que no están deprimidas. Teniendo en cuenta estos datos, es comprensible que la idea de entrenar a una persona propensa a la depresión en técnicas de autoobservación, en lugar de en técnicas de distracción, pueda ser considerada como una aproximación terapéutica inadecuada o no necesaria. Sin embargo, evitar las estrategias de autoobservación puede, así mismo, contribuir a reforzar la evitación de las experiencias desagradables que el paciente ya lleva a cabo. El punto clave aquí reside en proponer estrategias de autoobservación dentro del marco de la Atención Plena, y debe cumplir las siguientes condiciones:

- a) Se fija en lo que ocurre en el presente.
- b) No compara el estado actual con el ideal.
- c) No juzga lo que observa.
- d) Acepta la no permanencia de la experiencia.

Bajo estas condiciones, la autoobservación llevada a cabo con Atención Plena es esencialmente diferente de la autoobservación analítica con un claro componente rumiador. Llevar a cabo estas distinciones en la práctica requiere entrenamiento por parte de los profesionales. En la medida en que el profesional sea capaz de detectar hasta qué punto el paciente ha incorporado los principios de la Atención Plena a la observación de su propia experiencia, será capaz de ir guiándolo no sólo a la hora de prevenir las recaídas en depresión, sino también a salir de ella si se ha recaído.

Es posible, por tanto, que la implementación de las técnicas de Atención Plena con pacientes deprimidos en fase aguda requiera de procedimientos especiales, por ejemplo, ir introduciendo periodos breves de meditación o ir entrenando al paciente en desarrollar actitudes compasivas hacia sí mismo antes de iniciar el entrenamiento en Atención Plena. Estas estrategias, en cualquier caso, tendrían que ser minuciosamente investigadas.

VI. Conclusión

El objetivo primario de esta revisión era conocer el grado de eficacia del entrenamiento de la Atención Plena, como intervención clínica, en el tratamiento de la ansiedad generalizada y la depresión mayor. Se eligieron estos trastornos por la alta demanda que generan en los servicios públicos de atención a la salud mental. Así mismo, se eligieron los tratamientos basados en la Atención Plena porque resultan altamente eficientes, ya que se pueden implementar en grupo (entre 12 y 20 pacientes por grupo) y la relación coste-beneficios es óptima; además, en otros países de nuestro entorno europeo, como el Reino Unido, ya han sido incorporados a la cartera de servicios de los centros públicos de salud mental.

En los trabajos incluidos en esta revisión, algunos estudios han investigado la eficacia del tratamiento conjunto de casos de ansiedad y depresión, siendo el modelo de MBSR el utilizado en estos casos; sin embargo, la evidencia obtenida no resulta concluyente, debido al escaso tamaño de las muestras y a la ausencia de períodos de seguimiento relevantes. No obstante, la mayoría de los trabajos abordan el tratamiento de la ansiedad y la depresión por separado.

En relación al tratamiento de la ansiedad, los estudios incluidos en la presente revisión no han abordado la ansiedad generalizada de forma exclusiva, sino que también han incluido a muestras de pacientes con otros cuadros de ansiedad, como es el caso del trastorno de pánico con y sin agorafobia. El modelo de entrenamiento en Atención Plena más utilizado en estos casos ha sido el MBSR. Los estudios muestran cierta evidencia a favor de la eficacia de este entrenamiento, pero ésta no es concluyente, por lo que se requiere más investigación y con períodos de seguimiento de al menos un año, para poder llegar a un grado de evidencia científica aceptable.

En relación al tratamiento de la depresión, el modelo de MBCT es el que cuenta con una mayor evidencia científica en cuanto a su efectividad. Este modelo se muestra eficaz a la hora de prevenir las recaídas en depresión, aunque también cuenta con cierta evidencia favorable en el tratamiento de síntomas afectivos residuales en pacientes depresivos resistentes al tratamiento.

Estos datos hacen que no se pueda considerar que el modelo MBCT sea recomendable en el abordaje de un primer episodio de depresión mayor, ni tampoco en el tratamiento de la depresión en fase aguda; para estos casos, existen otros tratamientos farmacológicos o

psicológicos más indicados. Sin embargo, dada la alta recurrencia de la depresión, no resulta desdeñable contar con un modelo de tratamiento que ha demostrado su eficacia a la hora de prevenir la recurrencia del trastorno, ya que ésta contribuye, en gran medida, a aumentar los elevados índices de prevalencia de la depresión en nuestra sociedad.

En consecuencia, podemos concluir que el modelo MBCT resulta recomendable para la prevención de recaídas en depresión. Por ello, su utilización en los centros públicos de salud mental sería una buena inversión, ya que los pacientes aprenden la habilidad de la Atención Plena, que resulta útil para impedir la autoperpetuación de los mecanismos depresógenos y facilita el desarrollo de estilos de vida más saludables. Por medio de la práctica de la Atención Plena, los pacientes desarrollan la capacidad de relacionarse con su experiencia de un modo más abierto y compasivo, y aprenden a tomar los pensamientos como pensamientos en lugar de como descripciones literales de la realidad. Cuando se alcanza la capacidad de tomar conciencia de los pensamientos como tales, en lugar de “identificarse” con ellos como si fueran una descripción exacta de lo real, se produce un cambio importante y duradero, tal y como los estudios sobre la eficacia de la MBCT han mostrado.

Por último, conviene indicar que el entrenamiento en Atención Plena está siendo incorporado en la actualidad en todos los modelos psicoterapéuticos, desde el psicoanálisis a la terapia de conducta, ya sea como un componente coadyuvante del tratamiento o como el componente principal. Por ello, resulta previsible que en el futuro existan muchos más estudios sobre los efectos de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena. Además, en la actualidad, la investigación sobre las bases neurológicas de la Atención Plena, está proporcionando evidencia de que con la práctica prolongada de la meditación en la Atención Plena se producen cambios neurológicos duraderos en los procesos integradores del cerebro - para una revisión ver Siegel (2007) y Simón (2006)^(37, 38). Por todo ello, pensamos que nos encontramos ante unos tratamientos que están en su infancia respecto a su desarrollo potencial.

VII. Referencias

1. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;19-29.
2. Murray CL, Lopez AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press 1998.
3. Weissman MM, Bruce LM, Leaf P. Affective Disorders. In Robins LN y Regier DA. (eds.) *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*. New York: Free Press 1990;53-80.
4. Hollon SD, Shelton RC, Loosen PT. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:88-99.
5. Segal Z, Vincent P, Levit A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *J Psychiatry Neurosci* 2002;27(4):281-90.
6. Evans MD, Hollon SD, DeRubeis J, et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:802-8.
7. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychol Med* 1995;25:1171-80.
8. Borkovec TD, Rucio. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62:37-45.
9. Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9:54-68.
10. Judd L. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:989-91.

11. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF. Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:782-7.
12. Teasdale JD, Segal Z, Williams J. How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995;33:25-39.
13. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991;100:569-82.
14. Kabat-Zinn, J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte 1990.
15. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press 2002.
16. Borkovec TD. Life in the future versus life in the present. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9(1):76-80.
17. Teasdale J. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cogn Emot* 1988;2:247-74.
18. Linehan MM. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993a.
19. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993b.
20. Hayes SC, Strosahl K, Willson T. *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford 1999.
21. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl KD. Emotional avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1152-68.
22. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology* 2002;39:281-91.
23. Baer R, editores. *Mindfulness based treatment approaches, clinician's guide to evidence base and applications*. New York: Academic Press 2006.

24. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor 1992.
25. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.
26. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1994;272(17):1367-71.
27. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuaid HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clin Trials 1996;17:1-12.
28. Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfold SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand? A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.
29. Keeny MA, Williams JM. Treatment resistant depressed patients show a good response to Mindfulness based Cognitive Therapy. Behav Res Ther 2007;45:617-25.
30. Cebolla A, Miró MT. Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. Revista de psicoterapia 2006;66/67:133-57.
31. Teasdale J. Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. Clin Psychol Psychother 1999;6:145-55.
32. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National clinical Practice Guideline number 23; December 2004.
33. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row 1967.
34. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford 1979.
35. Barber JP, DeRubeis RJ. On second thought: where the action is in cognitive therapy for depression. Cognit Ther Res 1989;13:441-57.

36. Blackburn IM, Eunson KM, Bishop S. A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986;10:67-75.
37. Siegel DJ. *The mindful brain*. New York: Norton 2007.
38. Simón V. Mindfulness y Psicobiología. *Revista de psicoterapia* 2006;66/67:5-30.

VII. Contribución de los autores y revisores externos

- *María Teresa Miró Barrachina*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna – Ha sido la investigadora principal de este proyecto. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Lilisbeth Perestelo Pérez*. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud – Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Jeanette Pérez Ramos*. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud – Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Sofía Giménez Molinero*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna – Ha contribuido en la selección de estudios, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.
- *Amado Rivero Santana*. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud – Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.
- *Marién González Lorenzo*. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación

Canaria de Investigación y Salud – Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.

Revisores externos:

- *D. Francesc Xavier Borrás i Hernández.* Área de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona.
- *D. Joaquim Soler.* Unidad de Trastorno Límite de la Personalidad. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

BASE DE DATOS	PLATAFORMA DE ACCESO	PÁGINA WEB	PERIODO BUSCADO	Nº
MEDLINE	OVID	gateway.ovid.com	1950-agosto (semana 2) 2007	294
EMBASE	OVID	gateway.ovid.com	1980-agosto (semana 2) 2007	455
Medline in process and other non-indexed citations	OVID	gateway.ovid.com	Hasta 16 de agosto de 2007	10
PsycInfo	EBSCOHost	http://search.epnet.com/	1887-actualidad	759
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	Universidad de York	http://www.york.ac.uk/inst/crd/	1973-actualidad	16
Cochrane (revisiones, Central)	Ministerio de Sanidad y Consumo	http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp	Versión 2007, nº 2	122
CINAHL	OVID	gateway.ovid.com	1982-agosto (semana 2) 2007	120
Science Citation Index (SCI)	Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia	http://www.accesowok.fecyt.es/	1900-actualidad	206
Social Science Citation Index (SSCI)	Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia	http://www.accesowok.fecyt.es/	1956-actualidad	434
Current Contents (Social & Behavioral Sciences, Clinical Medicine)	Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia	http://www.accesowok.fecyt.es/	1998-2007	367
*Nº: Número de resultados obtenidos Fecha de acceso: 17 de agosto de 2007 Total: 2650 referencias (con duplicados); 1450 referencias sin duplicados				

Medline

- 1) mindfulness.ti,ab
- 2) MBSR.ti,ab
- 3) MBCT.ti,ab.
- 4) dialect\$ behavio?r\$.ti,ab.
- 5) (acceptance and commitment therapy).ti,ab.
- 6) exp Anxiety Disorders/
- 7) exp Anxiety/
- 8) (anxiety or anxious).ti,ab.
- 9) agoraphobi\$.ti,ab.
- 10) (obsessive adj2 compulsive).ti,ab.
- 11) panic.ti,ab.
- 12) (phobic or phobia).ti,ab.
- 13) (stress adj2 disorder).ti,ab.
- 14) (combat adj2 disorder)
- 15) (traumatic adj2 disorder).ti,ab
- 16) exp Meditation/
- 17) meditation.ti,ab.
- 18) 1 or 2 or 3 or 5 or 16 or 17
- 19) 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
- 20) 18 and 19.ti,ab.
- 21) exp Depression/
- 22) exp Depressive Disorder/.ti,ab.
- 23) depression\$.ti,ab.
- 24) 21 or 22 or 23
- 25) 18 and 24
- 26) 20 or 25

PreMedline

- 1) mindfulness.mp.
- 2) (MBSR or mbct).mp.
- 3) dialecto\$ behavio?r\$.mp.
- 4) (acceptance and commitment therapy).mp.
- 5) (anxiety or anxious).mp
- 6) agoraphobi\$.mp
- 7) (obsessive adj2 compulsive).mp.
- 8) panic.mp.
- 9) (phobic or phobia).mp.
- 10) (stress adj2 disorder).mp
- 11) (combat adj2 (stress or disorder)).mp.
- 12) (traumatic adj2 disorder).mp.
- 13) meditation.mp.
- 14) 1 or 2 or 3 or 4 or 13
- 15) 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
- 16) 14 and 15

Embase

- 1) exp Meditation/
- 2) mindfulness.ti,ab.
- 3) meditation.ti,ab.
- 4) (MBSR or MBCT).ti,ab.
- 5) dialect\$ behavio?r\$.ti,ab.
- 6) (acceptance and commitment therapy).ti,ab.
- 7) exp ANXIETY/
- 8) exp Anxiety Disorder/
- 9) exp ANXIETY DISORDER/
- 10) (anxiety or anxious).ti,ab.
- 11) agoraphobi\$.ti,ab.
- 12) (obsessive adj2 compulsive).ti,ab.
- 13) panic.ti,ab.
- 14) (phobic or phobia).ti,ab.
- 15) (stress adj2 disorder).ti,ab.
- 16) (combat adj2 (stress or disorder)).ti,ab.
- 17) (traumatic adj2 disorder).ti,ab.
- 18) (traumatic adj2 disorder).ti,ab.
- 19) 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
- 20) 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6
- 21) 19 or 20
- 22) exp Depression/
- 23) depressi\$.ti,ab.
- 24) 22 or 23
- 25) 20 and 24
- 26) 21 or 25

PsycINFO

- 1) S1) ((DE "Mindfulness") or (DE "Meditation"))
- 2) S2) mindfulness
- 3) S3) meditation
- 4) S4) (MBSR or MBCT)
- 5) S5) dialectic* behaviour*
- 6) S6) dialectic* behaviour*
- 7) S7) acceptance N2 commitment
- 8) S8) (S7 or S6 or S5 or S4 or S3 or S2 or S1)
- 9) S9) (DE "Anxiety" OR DE "Computer Anxiety" OR DE "Mathematics Anxiety" OR DE "Performance Anxiety" OR DE "Social Anxiety" OR "Speech Anxiety" OR DE "Test Anxiety")
- 10) S10) (DE "Anxiety Disorders" OR DE "Acute Stress Disorder" OR DE "Castration Anxiety" OR DE "Death Anxiety" OR DE "Generalized Anxiety Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Disorder" OR DE "Panic Disorder" OR DE "Phobias" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Separation Anxiety" OR DE "Phobias" OR DE "Acrophobia" OR DE "Agoraphobia" OR DE "Claustrophobia" OR DE "Ophidiophobia" OR DE "School Phobia" OR De "Social Phobia")
- 11) S11) (anxiety or anxious)
- 12) S12) agoraphobi*
- 13) S13) obsessive N2 compulsive
- 14) S14) panic
- 15) S15) (phobic or phobia)
- 16) S16) stress N2 disorder
- 17) S17) combat N2 disorder
- 18) S18) combat N2 disorder
- 19) S19) traumatic N2 disorder
- 20) S20) (S19 or S18 or S17 or S16 or S15 or S14 or S13 or S12 or S11 or S10 or S9)
- 21) S21) (S20 and S8)
- 22) S22) (DE "Major Depression" OR DE "Anaclitic Depression" OR DE "Dysthymic Disorder" OR DE "Dysthymic Disorder" OR DE "Postpartum Depression" OR DE "Reactive Depression" OR DE "Recurrent Depression" OR DE "Treatment Resistant Depression")
- 23) S23) depressi*
- 24) S24) (S23 or S22)
- 25) S25) (S24 or S8)
- 26) S26) (S25 or S21)

CRD

- 1) #1. MeSH Meditation EXPLODE 123
- 2) #2. mindfulness
- 3) #3. meditation
- 4) #4. MBSR OR MBCT
- 5) #5. dialect* AND behavior*
- 6) #6. dialect* AND behaviour*
- 7) #7. acceptance AND commitment AND therapy
- 8) #8. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7
- 9) #9. anxi* OR depressi*
- 10) #10. #8 and #10

Cochrane

- 1) #1. MEDITATION expandir todos los árboles (MeSH)
- 2) #2. mindfulness
- 3) #3. meditation
- 4) #4. (mbsr or mbct)
- 5) #5. (dialect* behavior*)
- 6) #6. (dialect* behaviour*)
- 7) #7. acceptance near commitment near therapy)
- 8) #8. (#1 or #2 or #3 or 4# or 5# or #6 or #7)
- 9) #9. ANXIETY expandir todos los árboles (MeSH)
- 10) #10. ANXIETY DISORDERS expandir todos los árboles (MeSH)
- 11) #11. (anxiety or anxious)
- 12) #12. agoraphobi*
- 13) #13. (obsessive near compulsive)
- 14) #14. panic
- 15) #15. (phobic or phobia)
- 16) #16. (stress near disorder)
- 17) #17. (combat near stress)
- 18) #18. (combat near disorder)
- 19) #19. (traumatic near disorder)
- 20) #20. (#9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19)
- 21) #21. (#8 and #9)
- 22) #22. DEPRESSION expandir todos los árboles (MeSH)
- 23) #23. DEPRESSIVE DISORDER expandir todos los árboles (MeSH)
- 24) #24. depressi*

- 25) #25. dysthymi*
- 26) #26. (#22 or #23 or #24 or #25)
- 27) #27. (#8 and #26)
- 28) #28. (#21 or #27)

CINAHL

- 1) exp Meditation/
- 2) mindfulness.ti,ab.
- 3) meditation.ti,ab.
- 4) (MBSR or MBCT).ti,ab.
- 5) dialect\$ behavio?r\$.ti,ab.
- 6) (acceptance and commitment therapy).ti,ab.
- 7) 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6
- 8) exp Anxiety/
- 9) exp Anxiety Disorders
- 10) (anxiety or anxious).ti,ab.
- 11) agoraphobi\$
- 12) (obsessive adj2 compulsive).ti,ab.
- 13) panic.ti,ab.
- 14) (phobic or phobia).ti,ab.
- 15) (stress adj2 disorder).ti,ab.
- 16) ((combat adj2 (stress or disorder)).ti,ab.
- 17) (traumatic adj2 disorder).ti,ab.
- 18) 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
- 19) 7 and 18
- 20) exp Depression/
- 21) depressi\$.ti,ab.
- 22) dysthymi\$.ti,ab.
- 23) 20 or 21 or 22
- 24) 7 and 23
- 25) 19 or 24

SCI

- 1) #1. TS = mindfulness
- 2) #2. TS = meditation
- 3) #3. TS = (MBSR or MBCT)
- 4) #4. TS = (dialect* SAME behaviour*)
- 5) #5. TS = (dialect* SAME behaviour*)
- 6) #6. TS = (acceptance SAME commitment)
- 7) #7. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
- 8) #8. TS = (anxiety or anxious)
- 9) #9. TS = agoraphobi*
- 10) #10. TS = (obsessive SAME compulsive)
- 11) #11. TS = panic
- 12) #12. TS = (phobic or phobia)
- 13) #13. TS = (stress SAME disorder)
- 14) #14. TS = (combat SAME stress)
- 15) #15. TS = (combat SAME disorder)
- 16) #16. TS = (traumatic same disorder)
- 17) #17. #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
- 18) #18. 7 AND 17
- 19) #19. TS = depressi*
- 20) #20. TS = dysthymi*
- 21) #21. #19 OR #20
- 22) #22. #7 AND #21
- 23) #23. #18 OR #22

SSCI

Idéntica estrategia que SCI

**Medline Current Contents (Social & Behavioral Sciences,
Clinical Medicine)**

- 1) #1. TS = mindfulness
- 2) #2. TS = meditation
- 3) #3. TS = (MBSR or MBCT)
- 4) #4. TS = (dialect* SAME behaviour*)
- 5) #5. TS = (dialect* SAME behaviour*)
- 6) #6. TS = (acceptance SAME commitment)
- 7) #7. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
- 8) #8. TS = (anxiety or anxious)
- 9) #9. TS = agoraphobi*
- 10) #10. TS = (obsessive SAME compulsive)
- 11) #11. TS = panic
- 12) #12. TS = (phobic or phobia)
- 13) #13. TS = (stress SAME disorder)
- 14) #14. TS = (combat SAME stress)
- 15) #15. TS = (combat SAME disorder)
- 16) #16. TS = (traumatic same disorder)
- 17) #17. #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
- 18) #18. 7 AND 17
- 19) #19. TS = depressi*
- 20) #20. TS = dysthymi*
- 21) #21. #19 OR #20
- 22) #22. #7 AND #21
- 23) #23. #18 OR #22
- 24) #24. #23
- 25) #25. #23

Anexo 2. Escala de Oxman

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA:	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

- Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Un tema puede ser definido en términos de la población de estudio, la intervención realizada y los resultados (“outcomes”) considerados

2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados?

- Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: La mejor “clase de estudios” es la que se dirige a la pregunta objeto de la revisión y tiene un diseño apropiado

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y relevantes?

- Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA:

- ¿Qué bases de datos bibliográficas se han usado?
- ¿Seguimiento de las referencias?
- ¿Contacto personal con experto?
- ¿Búsqueda también de estudios no publicados?
- ¿Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés?

4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho lo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?

- Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios (“No es oro todo lo que reluce”)

5. Si los resultados de la revisión han sido combinados, ¿era razonable hacer eso?

- Sí Sí, parcialmente No se puede saber No

PISTA: Considera si:

- Los resultados de los estudios eran similares entre si
- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados
- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados

Estas 5 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al. User's Guides to The Medical Literature. VI. How to use an overview. JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371

Anexo 3. Escala de Jadad

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA:	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

	Sí	No	Bonificación
1. ¿Se menciona si el estudio es aleatorizado?			
2. ¿Se menciona si el estudio es doble ciego? (enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores)			
3. ¿Se describen las pérdidas de seguimiento?			

Puntuación final	
-------------------------	--

Puntuación final: 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)

MÉTODO DE PUNTUACIÓN:

Se da 1 punto para cada Sí y 0 puntos para cada NO

Se da 1 punto adicional si:

en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y éste es adecuado

y/o

en la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigador y éstos son adecuados

Se resta 1 punto si:

en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y es inadecuado

y/o

en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado

<p>Escala adaptada de: Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? <i>Controlled Clin Trials</i> 1996; 17: 1-12</p>

Anexo 4. Escala de Estabrooks

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA:	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:
DISEÑO Y ASIGNACIÓN	INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
La descripción de la aleatorización fue: Adecuada.....2 Parcial.....1 Inadecuada.....0	¿Los criterios de inclusión/exclusión estaban claramente definidos? Sí.....2 Parcialmente.....1 No.....0
¿Crees que ha habido algún tipo de predisposición en la asignación de la intervención? Sí.....0 Quizás.....1 No.....2	¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc...)? Sí.....2 Parcialmente.....1 No.....0
¿Se evalúa la equivalencia de los grupos a posteriori? Sí.....1 No.....0	Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4
Sub-Total Diseño y Asignación: /5	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN
	¿Se describe la intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada? Sí.....2 Parcialmente.....1 No.....0
RECLUTAMIENTO	¿Se describe la intervención para el grupo control de forma detallada? Sí.....2 Parcialmente.....1 No.....0
¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita? Sí.....1 No.....0	SubTotal Descripción de la Intervención: /4
¿El índice de participación está claramente descrito? Sí.....1 No.....0	ANÁLISIS ESTADÍSTICO:
¿Cuál es el índice de pérdida? <20%.....2 21-50%.....1 >50%.....0	¿Incluye tests? Sí.....1 No.....0
¿Existe justificación para el tamaño de la muestra? Sí.....2 No.....0	Significación estadística y/o C.I. Sí.....1 No.....0
Sub-Total Reclutamiento: /6	¿Es apropiado el análisis estadístico? Sí.....1 No.....0
	¿Se intenta controlar estadísticamente las variables extrañas? Sí/NA.....1 No.....0
	¿Las conclusiones expuestas son razonables y se sustentan en los datos? Sí.....2 Algo.....1 No.....0
	Sub-Total del Análisis Estadístico: /6

MEDIDAS DE RESULTADO	CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE VALIDEZ			
<p>¿Están claramente definidas las medidas de resultados (variables dependientes)?</p> <p>Sí.....2 Algo.....1 No.....0</p> <p>¿Se describe claramente el protocolo de recolección de datos?</p> <p>Sí.....2 Algo.....1 No.....0</p> <p>¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (pasada)?</p> <p>Sí.....2 Algo.....1 No.....0</p> <p>¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (presente)?</p> <p>Sí.....2 Algo.....1 No.....0</p> <p>¿Es apropiado el seguimiento?</p> <p>>2 medidas post.....2 2 medidas post.....1 Sólo 1 post.....0</p> <p>Márquese 0 si las medidas post están planificadas de manera inapropiada</p> <p>Márquese 1 si a pesar de realizarse una sola medida post, parece coherente</p> <p>Sub-Total Medidas de Resultado: /10</p>	Categorías	Subtotal	Índice	
	Diseño y asignación (5)			
	Reclutamiento (6)			
	Inclusión y exclusión (4)			
	Descripción de la intervención(4)			
	Análisis estadístico (6)			
	Medidas de los resultados (10)			
	TOTAL (35 máximo)			
	SUBESCALA Y RATIO DE VALIDEZ			
	<p>Diseño y Asignación</p> <p>0-1.....Bajo 2-3.....Medio</p>			
<p>Reclutamiento</p> <p>0-2.....Bajo 3-4.....Medio 5-6.....Alto</p>				
<p>Inclusión y Exclusión</p> <p>0-1.....Bajo 2-3.....Medio 4.....Alto</p>				
<p>Descripción de la Intervención</p> <p>0.....Bajo 1-2.....Medio 3-4.....Alto</p>				
<p>Análisis Estadístico y Conclusiones</p> <p>0-2.....Bajo 3-4.....Medio 5-6.....Alto</p>				
<p>Medidas de Resultado</p> <p>0-4.....Bajo 5-7.....Medio 8-10.....Alto</p>				
<p>ÍNDICE TOTAL DE VALIDEZ</p> <p>≥ Bajo.....Bajo < 2 Bajo, < 3 Alto.....Medio ≥ 3 Alto, 0 Bajo.....Alto</p>				
<p>Escala adaptada de: Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfeld SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand? A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.</p>				

Anexo 5. Niveles y Grados de Evidencia

Graduación de la evidencia (según la jerarquía de evidencia del NICE)

Nivel	Tipo de Evidencia
la	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis.
lb	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo controlado y aleatorizado.
Ila	Al menos un estudio controlado sin aleatorización, bien diseñado.
Ilb	Al menos un estudio quasi-experimental bien diseñado de otro tipo.
III	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos.
IV	Comités de expertos, artículos de opinión y / o experiencia clínica de autoridades en la materia.

Sistema de gradación para estudios individuales

Grado I (RCT)	<p>la - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>lb - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>lc - ninguna de las anteriores.</p>
Grado II. Ensayos controlados no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión	<p>Ila - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados y ajuste de los efectos por las principales variables de confusión.</p> <p>Ilb – una o más de las anteriores.</p>
Grado III. Resto de estudios	<p>Illa – grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>IIIb – al menos 2 de las anteriores.</p> <p>IIIc – ninguna de las anteriores.</p>

Anexo 6. Hoja de extracción de datos estudios incluidos (RS)

ESTUDIO	AÑOS BÚSQUEDA	BASES DE DATOS	CRITERIOS	Nº ESTUDIOS LOCALIZADOS

Anexo 7. Hoja de extracción de datos estudios incluidos (ECA)

ESTUDIO	N	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD (años)	DISEÑO	GRUPOS				% PÉRDIDAS	TAMAÑO DEL EFECTO	
					I ₁	I ₂	C ₁	C ₂		POST	SEG

I: Intervención; C: Control

Anexo 8. Hoja de extracción de datos estudios incluidos (ECNA)

ESTUDIO	N	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD (años)	DISEÑO	GRUPOS				% PÉRDIDAS
					I ₁	I ₂	C ₁	C ₂	

I: Intervención; C: Control

Anexo 9. Tabla de calidad y nivel de evidencia de las Revisiones Sistemáticas (RS)

ESTUDIO	PUNTUACIÓN (/10)	TEMA (/2)	SELECCIÓN (/2)	IMPORTANCIA Y RELEVANCIA (/2)	CALIDAD (/2)	COMBINACIÓN RESULTADOS (/2)	NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 10. Tabla de calidad y nivel de evidencia de los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA)

ESTUDIO	CALIDAD TOTAL (/5)	ALEATORIZACIÓN (/2)	CEGAMIENTO (/2)	SEGUIMIENTO (/1)	OCULTAMIENTO DE LA ASIGNACIÓN (OA) *	NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 11. Tabla de calidad y nivel de evidencia de los Ensayos Controlados No Aleatorizados (ECNA)

ESTUDIO	VALIDEZ Puntuación (/35)	NIVELES DE CALIDAD*			DISEÑO Y ASIGNACIÓN (/5)	RECLUTAMIENTO (/6)	INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN (/4)	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN (/2)	ANÁLISIS ESTADÍSTICO (/6)	MEDIDAS DE RESULTADO (/10)	NIVEL DE EVIDENCIA
		A	M	B							

Niveles de Calidad: A: Alto; M: Medio; B: Bajo

Anexo 12. Referencias. Estudios incluidos

ESTUDIO	REFERENCIA
BAER 2003 EE.UU.	Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. <i>Clin Psychol Sci Pract</i> 2003;10(2):125-43.
KABAT-ZINN 1992 EE.UU.	Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. <i>Am J Psychiatry</i> 1992;149(7):936-43.
KATZ 2004 CANADÁ	Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> 2004;43(3):276-82.
KINGSTON 2007 RU	Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. <i>Psychol Psychother Theor Res Pract</i> 2007;80(2):193-203.
LEE 2007 COREA DEL SUR	Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. <i>J Psychosom Res</i> 2007;62(2):189-95.
LYNCH 2003 EE.UU.	Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. <i>Am J Geriatr Psychiatry</i> 2003;11(1):33-45.
LYNCH 2007 EE.UU.	Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> 2007;22(2):131-43.
MA 2004 RU	Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2004;72(2):31-40.
MILLER 1995 EE.UU.	Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> 1995;17(3):192-200.
RAMEL 2004 EE.UU.	Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. <i>Cognit Ther Res</i> 2004;28(4):433-55.
TEASDALE 2002 RU & CANADÁ	Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2002;70(2):275-87.

ESTUDIO	REFERENCIA
TEASDALE 2000 RU & CANADÁ	Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2000;68(4):615-23.
WEISS 2005 EE.UU.	Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. <i>Psychother Psychosom</i> 2005; 74(2):108-12.
WILLIAMS 2000 RU	Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. <i>J Abnorm Psychol</i> 2000;109(1):150-5.
WILLIAMS 2008 RU	Williams J Mg, Alatiq Y, Crane C, Banhofer T, Fennell MJV, Duggan DS, Hepburn S, Goodwin GM. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. <i>J Affect Disord</i> 2008;107:275-9.

Anexo 13. Referencias. Estudios excluidos

REFERENCIA
Anónimo. Medicate and meditate. <i>Pharm J</i> 2003;(271):28.
Anónimo. Meditation in psychotherapy. An ancient spiritual practice is finding new uses in the treatment of mental illness. <i>Harv Ment Health Lett</i> 2005;21(10):1-4.
Anónimo. Your brain and psychotherapy: Are there consistent underlying features of therapeutic change? <i>Harv Ment Health Lett</i> 2006;23(2):1-3.
Anónimo. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. <i>Psychother Psychosom</i> 2002;71(6):363.
Allen NB, Knight W, Blashki G, Ciechomski L, Hassed C, Gullone E, et al. Reply. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> 2006;40(9):819-21.
Allen NB, Blashki G, Gullone E. Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> 2006;40(4):285-94.
Andersson G, Bergstrom J, Hollandare F, Ekselius L, Carlbring P. Delivering cognitive behavioural therapy for mild to moderate depression via the Internet: Predicting outcome at 6-month follow-up. <i>Verhaltenstherapie</i> 2004;14(3):185-9.
Baker M. Moving through depression. <i>Posit Health</i> 1998;(34):25-7.
Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hepburn S, Fennell MJ, Williams JM. Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals. <i>Neuroreport</i> 2007;18(7):709-12.
Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? [fe de erratas en <i>Psychosom Med</i> 2002 May-Jun;64(3):449]. <i>Psychosom Med</i> 2002;64(1):71-83.
Bondolfi G. Does approach using "mindfulness" meditative exercises have a role to play?. <i>Sante Ment Que</i> 2004;29(1):137-45.
Carr S. Meditation: meditation and Medication in a personal tale of clinical depression. <i>Perspect Biol Med</i> 1999;43(1):98-102.
Cayoun BA. Towards a four-stage model of mindfulness-based cognitive behaviour therapy for children: A preliminary trial with generalised anxiety disorder. <i>Aust J Psychol</i> 2006:121.
Craske MG, Hazlett-Stevens H. Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: The issue of control. <i>Clin Psychol Sci Pract</i> 2002;9(1):69-75.
Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. <i>Psychosom Med</i> 2003;65(4):564-70.

REFERENCIA

- Day PO, Horton-Deutsch S. Using mindfulness-based therapeutic interventions in psychiatric nursing practice-part I: Description and empirical support for mindfulness-based interventions. *Arch Psychiatr Nurs* 2004;18(5):164-9.
- Deberry S, Davis S, Reinhard KE. A comparison of meditation-relaxation and cognitive/behavioral techniques for reducing anxiety and depression in a geriatric population. *J Geriatr Psychiatry* 1989;22(2):231-47.
- Ernst LS. Opening the door--biofeedback and meditation. *Beginnings* 2002;22(1):11-5.
- Evans J. Mindfulness from a cognitive therapy perspective: Theoretical and clinical implications. *Clinical Psychology Forum* 2006;158:5-8.
- Fennell MJ. Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behav Res Ther* 2004;42(9):1053-67.
- Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust* 2005;182(12):627-32.
- Gazella KA, Jon Kabat-Zinn J. Bringing Mindfulness to Medicine. *Altern Ther Health Med* 2005;11(3):57-64.
- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004;57(1):35-43.
- Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11(3):255-62.
- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004;35(1):35-54.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44(1):1-25.
- Hodo DW. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Am J Psychiatry* 2002;159(7):1257.
- Holmes DS. Meditation and somatic arousal reduction. A review of the experimental evidence. *Am Psychol* 1984;39(1):1-10.
- Holt J. Psychiatry and spirituality at the end of life: A case report. *Psychiatr Serv* 2004;55(6):618-19.
- Ivanovski B, Malhi GS. The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica* 2007;19(2):76-91.
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;10(2):144-56.
- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for

REFERENCIA

- the treatment of depression: Description and comparison. *Behav Anal* 2006;29(2):161-85.
- Kemper KJ. Medical management of depression. *N Engl J Med* 2006 Feb 9;354(6):646-8.
- Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* [1], CD004998. 2006.
- Lake J. The integrative management of depressed mood. *IMCJ* 2004;3(3):34-43.
- Laopaiboon. M. Terapia de meditación para los trastornos por ansiedad. En: *La Biblioteca Cochrane Plus.*, 2007 Número. 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update software.com>.
- Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes. En: *La Biblioteca Cochrane Plus.*, 2007 Número.2.Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update software.com>
- Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry* 2002;50(13):863-9.
- Marx BP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006;37(4):372-5.
- Mason O, Hargreaves I. A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Br J Med Psychol* 2001;74(2):197-212.
- Morgan D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Psychother Res* 2003;13(1):123-5.
- O'Haver DP, Horton-Deutsch S. Using mindfulness-based therapeutic interventions in psychiatric nursing practice-part II: Mindfulness--based approaches for all phases of psychotherapy-clinical case study. *Arch Psychiatr Nurs* 2004;18(5):170-7.
- Orsillo SM, Roemer L, Barlow DH. Integrating Acceptance and Mindfulness into Existing Cognitive-Behavioral Treatment for GAD: A Case Study. *Cogn Behav Pract* 2003;10(3):222-30.
- Pridmore S. Response to 'Mindfulness-based psychotherapies'. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(9):818.
- Proulx K. Integrating mindfulness-based stress reduction. *Holist Nurs Pract* 2003;17(4):201-8.
- Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9(1):54-68.
- Santorelli S. Mindfulness and Medicine. *Explore: The Journal of Science & Healing* 2007;3(2):136-44.
- Schwartz GE, Davidson RJ, Goleman DJ. Patterning of cognitive and somatic processes in the self-

REFERENCIA

- regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosom Med* 1978;40(4):321-8.
- Shannahoff-Khalsa D. A perspective on the emergence of meditation techniques for medical disorders. *J Altern Complement Med* 2006;12(8):709-13.
- Shapiro DH, Jr. Overview: Clinical and physiological comparison of meditation with other self-control strategies. *Am J Psychiatry* 1982;139(3):267-74.
- Sharma R. Meditation and mental well being. *Indian J Physiol Pharmacol* 2006;50(3):205-14.
- Smith A, Graham L, Senthinathan S. Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging Ment Health* 2007;11(3):346-57.
- Smith JC. Meditation as psychotherapy: A review of the literature. *Psychol Bull* 1975;82(4):558-64.
- Smith A. Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behav Cognit Psychother* 2004;32(4):423-30.
- Spoont MR, Sayer NA, Thuras P, Erbes C, Winston E. Practical psychotherapy: Adaptation of dialectical behavior therapy by a VA Medical Center. *Psychiatr Serv* 2003;54(5):627-9.
- Stone AB. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1165-6.
- Sun TF, Wu CK, Chiu NM. Mindfulness Meditation training combined with eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of an elderly patient. *Chang Gung Med J* 2004;27(6):464-9.
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995;33(1):25-39.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Mindfulness training and problem formulation. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;10(2):157-60.
- Teasdale JD. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behav Res Ther* 1999;37 Supl 1:53-77.
- Teasdale JD. Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clin Psychol Psychother* 1999;6(2):146-55.
- Teasdale J. A randomised controlled trial comparing the effectiveness of two versions of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in preventing relapse/recurrence in recovered depressed patients. *National Research Register* 2002.
- Telner JI. Review of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. *The Can J Psychiatry* 2005;50(7):432.

REFERENCIA

Thomas D, Abbas KA. Comparison of transcendental meditation and progressive relaxation in reducing anxiety. *Br Med J* 1998;1 2(6154):1749-30.

Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry* 2007;52(4):260-6.

Vallejo Pareja MA. Mindfulness. *Psicología Conductual* 2006;14(3):433-51.

Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9(1):95-100.

White AR, Pittler MH. Complementary therapies for anxiety. *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 1999 Jun;4(2):53-7.

Williams JM, Duggan DS, Crane C, Fennell MJ. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol* 2006;62(2):201-10.

Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Eur Psychiatry* 2004;19 Supl:76.

Anexo 14. Características de los estudios (ECA)

ESTUDIO	N	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD (años)	DISEÑO	GRUPOS				% PÉRDIDAS	TAMAÑO DEL EFECTO d	
					I ₁	I ₂	C ₁	C ₂		POST	SEG
LEE 2007 COREA DEL SUR	46	Trastorno de ansiedad generalizada	GI: 38,6 GC: 38,1	ECA	Meditación (n = 21)	—	Programa educativo (n = 20)	—	10,9	—	—
LYNCH 2003 RU	36	Mayores de 60 años con depresión mayor	66	ECA Seguimiento: 6 meses	DBT + MED (n = 17)	—	MED (n = 17)	—	5,6	—	—
LYNCH 2007 EE.UU. ESTUDIO 1	34	Mayores de 60 años con depresión	—	ECA Seguimiento: 6 meses	DBT + MED	—	MED	—	—	0,14 (HAM-D) 0,39 (BDI)	—
LYNCH 2007 EE.UU. ESTUDIO 2	Fase I: 65 Fase II: 35	Mayores de 55 años con depresión y al menos un trastorno de la personalidad	Fase I: 60,92 Fase II: 61,40	ECA (pre-post) Seguimiento: 6 meses	MED (n = 65)	DBT + MED (n = 21)	—	MED (n = 14)	Fase I: 46,2 Fase II: 11,4	0,34	0,30
MA 2004 RU	75	Depresión mayor (con 2 o más episodios) remitida	MBCT: 42,9 TAU: 46,1	ECA Seguimiento: 1 año	MBCT (n = 37)	MBCT (2 episodios depresivos) (n = 18)	TAU (n = 38)	MBCT (3 ó más episodios depresivos) (n = 55)	27,0	—	—

I: Intervención; C: Control

ESTUDIO	N	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD (años)	DISEÑO	GRUPOS					% PÉRDIDAS	TAMAÑO DEL EFECTO d	
					I ₁	I ₂	C ₁	C ₂	POST		SEG	
TEASDALE 2000 RU & CANADÁ	145	Depresión mayor (con 2 o más episodios) remitida	TAU: 46,2 MBCT: 40,7	ECA Seguimiento: 1 año	MBCT (n = 76)	MBCT (2 episodios depresivos) (n = 112)	TAU (n = 69)	MBCT (3 ó más episodios depresivos) (n = 34)	9,0	0,60	—	
TEASDALE 2002 RU & CANADÁ	100	Depresión mayor (con al menos 2 episodios)	MBCT: 40,5 TAU: 46,4	ECA Seguimiento: 1 año	MBCT (n = 37)	—	TAU (n = 38)	—	16,0	0,60	—	
WILLIAMS 2000 RU	45	Depresión (con al menos 2 episodios)	44	ECA Seguimiento: 1 año	TAU + MBCT (n = 21)	—	TAU (n = 20)	—	8,9	0,71	—	
WILLIAMS 2008 RU	68	Depresión unipolar y bipolar	18 - 65	ECA Estudio piloto	MBCT (n = 33) 24 unipolar 9 bipolar	—	Lista de espera (n = 35) 27 unipolar 8 bipolar	—	19,1	—	—	

I: Intervención; C: Control

Anexo 15. Características de los estudios (ECNA)

ESTUDIO	N	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD (años)	DISEÑO	GRUPOS				%PÉRDIDAS
					I ₁	I ₂	C ₁	C ₂	
KABAT-ZINN 1992 EE.UU.	22 individuos incluidos en el estudio	Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico con y sin agorafobia	38	Estudio pre-post. Seguimiento: 3 meses	MBSR (n = 22)	—	MBSR Participantes no incluidos en el estudio (n = 58)	—	8
KATZ 2004 CANADÁ	62	Adolescentes con intentos suicidas ingresados en un hospital psiquiátrico	15,4	ECNA Seguimiento: 1 año	DBT (n = 32)	—	TAU (n = 30)	—	16,1
KINGSTON 2007 RU	19	Depresión mayor (residual)	41,8	ECNA Modelo mixto. Seguimiento: 1 mes	MBCT (n = 8)	MBCT (grupo TAU C ₁) (n = 11)	TAU (n = 11)	MBCT (grupo MBCT I ₁) (n = 8)	17,4

I: intervención; C: Control

ESTUDIO	N	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD (años)	DISEÑO	GRUPOS				%PÉRDIDAS
					I ₁	I ₂	C ₁	C ₂	
MILLER 1995 EE.UU.	18 individuos incluidos en el estudio	Participantes del estudio de Kabatt-Zinn (1992): Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico con y sin agorafobia		Estudio pre-post. Seguimiento: 3 años	MBSR (n = 18)		MBSR Participantes no incluidos en el estudio (n = 39)		
	39 individuos no incluidos en el estudio								
RAMEL 2004 EE.UU.	27	Depresión mayor, Distimia, Trastorno bipolar, Trastorno de ansiedad generalizada	50,87	ECNA Diseño 1: Intrasujetos (pre-post) Diseño 2: Intersujetos Seguimiento: 10 semanas	Diseño 1: MBSR (n = 23)	Diseño 2: MBSR (n = 11)		Lista de espera (n = 11)	14,8
WEISS 2005 EE.UU.	31	Trastorno depresivo y trastorno de Ansiedad	MBSR: 41 Sólo psicoterapia: 44,6	ECNA Seguimiento: 6 meses	MBSR (n = 15)		Sólo psicoterapia (n = 16)		74,2

I: intervención; C: Control

