



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/2016
Convocatoria Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Eficacia de las intervenciones que integran *Mindfulness* en psicología clínica: una revisión de la literatura.

Tutora: Gemma Benavides Gil

Elche, a 17 de Junio de 2016

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
3. Método.....	9
4. Resultados.....	10
5. Discusión/Conclusión.....	19
6. Referencias.....	20
7. Anexos	
Anexo A.....	33
Anexo B.....	34



1. Resumen

La terapia cognitivo-conductual ha ido evolucionando desde las llamadas Terapias de Primera Generación, en la que destacan las técnicas desarrolladas a partir del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, las Terapias de Segunda Generación, en las que se incluyen variables de tipo cognitivo y social, hasta las actuales Terapias de Tercera Generación. Entre estas últimas destaca el *Mindfulness*, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctica Conductual. El presente trabajo tiene como objetivo llevar a cabo una revisión bibliográfica de la eficacia del *mindfulness*, bien aplicado aisladamente, bien como técnica integrante de un paquete terapéutico basado en las terapias de tercera generación, para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos y problemas de salud. Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se ha consultado las bases de datos Scopus, Psycarticles, PsicoDoc y Google Académico. Se han revisado estudios de metodología empírica, estudios de casos y meta análisis englobados dentro de la disciplina de psicología clínica, y que abarcan el periodo desde 2006 hasta la actualidad. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la eficacia terapéutica del *mindfulness* en trastornos tales como la depresión, el trastorno bipolar, la ansiedad y el estrés, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos de la personalidad, los trastornos alimentarios, los trastornos del sueño, los trastornos psicóticos, el dolor crónico, el cáncer y otros trastornos.

Palabras clave: *Mindfulness*, Terapias de tercera generación, eficacia terapéutica, trastornos psicológicos.

Abstract

The cognitive behavioral therapy has progressively evolved since the so-called First Wave of Therapies, in which the techniques developed basing on the classical conditioning and on the operant conditioning are to stand out, as well as the Second Wave of Therapies, in which some cognitive and social variables are included, until the current Third Wave of Therapies. *Mindfulness* stands out among the latter, together with the Acceptance and Commitment Therapy and the Dialectical Behavior Therapy. This project has the objective of carrying out a bibliographic review about the efficacy of *mindfulness*, either applied in isolation, or as a technique part of a therapeutic package based on therapies of the third wave, for the treatment of several psychological disorders and health problems. The data bases *Scopus*, *Psycarticles*, *PsicoDoc* and *Google Scholar* have been consulted for the

carrying out of the bibliographic review. Studies of empirical methodology have been revised, as well as case studies and meta-analyses included within the clinical psychology discipline, which are comprehended in the time period from 2006 to date. The results bring to light the therapeutic efficacy of *mindfulness* in several disorders such as depression, bipolar disorder, anxiety and stress, obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, personality disorders, eating disorders, sleeps disorders, psychotic disorders, chronic pain and other.

Keywords: Mindfulness, third-generation behavior therapies, therapeutic efficacy, psychological disorders.



2. Introducción

Desde finales del siglo XIX, donde la filosofía imperante era el psicoanálisis, hasta la actualidad, la bien conocida “Terapia de Conducta” ha dado tres importantes saltos generacionales. El inicio lo encontramos en la aparición de los psicólogos conductuales y con ellos la llamada 1º generación o Primera Ola de Terapias de Conducta. Ésta surge a mediados del siglo XX, a raíz de la insatisfacción con los constructos hipotéticos e intrapísquicos del psicoanálisis y ante la necesidad de obtener conocimientos sobre el comportamiento humano a través del método experimental, basándose en los principios del condicionamiento y el aprendizaje (Mañas, 2009). En lo que se refiere a la práctica clínica, las principales técnicas derivaban por un lado, del condicionamiento clásico pavloviano (esquema E-R) como por ejemplo, técnicas de desensibilización sistemática de Wolpe y de exposición de Eysenck y, por otro lado, del condicionamiento operante, el cual seguía un esquema inverso (Respuesta-Consecuencia), aportando técnicas para la modificación de conducta como el refuerzo o el castigo. El principal objetivo consistía en crear cambios de “primer-orden”, estos son, cambios conductuales creados por manejo de las contingencias, de forma indirecta y desde una perspectiva contextualista, holista e ideográfica. Sin embargo, el éxito como tal, no perduró muchos años, y probablemente su declive pudo deberse tanto a la falta de eficacia en el tratamiento en adultos, como a la poca importancia otorgada al lenguaje y a la cognición humana.

Es por ello que en los años 60 las terapias tomaron una nueva perspectiva que incluía los pensamientos y los aspectos verbales ligados al razonamiento (Vallejo, 2010). Se implantó así el paradigma cognitivo argumentando que si la causa de la conducta era el pensamiento (o emoción, esquema mental, creencia, etc.) se había de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta (Mañas, 2009), constituyéndose la demandada Terapia Cognitiva-conductual (TCC). De esta forma la ciencia psicológica básica pasó de la psicología del aprendizaje (esquema E-R) al llamado procesamiento de la información (esquema Input-Output (I-O) del cognitivismo).

Pensamientos irracionales, esquemas cognitivos patológicos o deficientes estilos en el procesamiento de la información se podían debilitar o eliminar a través de su detección, corrección, evaluación y discusión (Hayes, 2004). Los objetivos se centraban en el cambio de la conducta desadaptativa teniendo en cuenta el contexto funcional pero actuando sobre las cogniciones a través de un tratamiento no ideográfico, donde cada disfunción cognitiva va asociada a un trastorno. La metodología ahora empleada era directa, sin embargo, las técnicas para este cambio seguían centrándose en el análisis de contingencias de la primera

generación. Estas eran fundamentalmente la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Racional Emotiva del Ellis, el modelado, la Terapia de Resolución de Problemas de D'Zurilla y Golfried, el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas de inoculación de estrés de Meichenbaum.

A pesar de la gran eficacia de las TCC, la divulgación de esta terapia de conducta ha sido originaria de una serie de críticas, la mayoría centradas en la idea de que de esta forma los pacientes dejaban de fijarse en los hechos, lo real, para focalizar su modificación en lo simbólico alejándose de este modo del momento presente (Vallejo, 2010). Todo ello, más el desconocimiento sobre por qué resultan exitosas o por qué fracasan las actuales TCC más el hecho de que actualmente existan concepciones y modelos cuya aproximación mantienen una perspectiva radicalmente funcional al comportamiento humano (Hayes, 2004 a,b) son algunas de las razones por las que se articuló la emergencia de una nueva ola de terapias, las llamadas terapias de tercera generación.

Esta "Tercera Ola" se diferencia de las anteriores en la relevancia que le otorgan al contexto y a las funciones de las conductas, más que a su forma o el modo en que se presentan. Aquí las estrategias de cambio no son de primer-orden o directas sino que más bien son experimentadas por las propias personas, ampliando considerablemente el objetivo a tratar. Algunos autores como Pérez Álvarez (2006) las definen como "el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar, la reorientación de la vida" (p.166). Esto es, que no se pretende tanto que el sujeto cambie sus síntomas sino que aprenda a convivir con ellos, los acepte, cambiando el curso de su experiencia subjetiva y la conciencia que tenga de ella, haciendo que los síntomas vayan perdiendo su carga (Moñivas, García-Diex, y García-de-Silva, 2012). Para conseguirlo, en sus componentes incluyen procesos de *mindfulness* y aceptación, así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas (Hayes, 2004).

Por lo tanto, el *Mindfulness* se incluye en esta Tercera Ola generacional, y es introducida en la psicología contemporánea hace aproximadamente 30 años de la mano de Kabat-Zin, para incrementar la consciencia y responder más habilidosamente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a otro tipo de problemas de comportamiento (Bishop *et al.*, 2004). Su origen se encuentra en el budismo, más especialmente es budismo Theravada y su fundamentación teórica está basada en el Abhidharma, una de las tres divisiones de los textos esenciales de Siddhartha Gautama Sakyamuni, Buda.

Este tipo de meditación incluida en el tipo Vipassana o de Insight, tiene más de 25 siglos de antigüedad y su marco filosófico de referencia es el contextualismo funcional. Su denominación es la traducción inglesa de la palabra Sati (procedente de la lengua Pali) que en castellano ha sido traducida como “atención plena” o “conciencia plena”, la cual se opone a la falta de consciencia o *mindlessness*. Respecto a su significado, muchos autores ofrecen definiciones acertadas. Entre ellas encontramos: “Prestar atención de manera intencional al momento presente con interés, curiosidad y aceptación” (Moñivas, García-Diex, y García-de-Silva, 2012, p. 84) o la propia de Jon Kabat Zinn (2004), que difiere poco de la anterior, donde es definida como el acto de prestar atención de manera intencional al momento presente, lo cual supone pasar de guiarnos por la “reactividad de la mente” (respuestas automáticas e inconscientes), a asumir su “responsabilidad” (respuestas controladas y conscientes).

Como indica Mañas (2009), *mindfulness* se está presentando como “una alternativa terapéutica, como una nueva técnica de intervención o método clínico, o incluso como una filosofía de intervención, e incluso un estilo de vida” (p.13-29). Por tanto, *mindfulness* se puede emplear de diferentes formas. Primero para referirnos a un constructo teórico, así se ha desarrollado el Inventario *Mindfulness* de Friburgo Walach, Buchheld, Büttenmüller, Kleinknecht y Schmidt (2006) y la Escala para pacientes de cáncer (Carlson y Brown, 2005). En segundo lugar, como una práctica para desarrollar *mindfulness* (como la meditación) y en tercer lugar, como un proceso psicológico (estar consciente o atento ‘mindful’) (Germer, 2011). Incluso también se ha venido a considerar como un constructo de personalidad pretendiendo medir cuánto *mindfulness* “tiene” una persona y cómo puede afectar esto a las diversas dimensiones psicológicas, así como a procesos concretos (Vallejo, 2006).

La evidencia empírica de su utilidad se ha encontrado en un número relevante de publicaciones desde 1970 hasta la actualidad, más especialmente durante la última década. El beneficio de éstas se encuentra tanto actuando como un componente más de las terapias desarrolladas en el marco del conductismo radical y contextual para la eficacia del tratamiento, como una técnica o “entrenamiento en *mindfulness*” con demostrada eficacia en aplicaciones no clínicas, por ejemplo, con una muestra de fumadores donde los resultados al final medidos con el FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*), demostraron que este entrenamiento en *mindfulness* disminuía el grado puntuado en la subescala de ansiedad, de depresión y de estrés en comparación con la evaluación realizada antes y durante el tratamiento (Davis *et al.*, 2015).

De estas Terapias de tercera generación surgidas en los años 90 nacieron numerosas terapias tales como la Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o

FAP; Kohlenberg y TSai, 1991) o la Terapia Integral de Pareja (*Integrative Behavioral Couples Therapy* o IBCT; Jacobson y Christensen, 1996). Sin embargo, en el presente trabajo nos centraremos en aquellas que incluyen *mindfulness* en su protocolo, entre las que destacan:

- El programa de reducción del estrés (*Mindfulness-based Stress Reduction* o MSRB; Kabat-Zinn, 1982). Esta es la primera aplicación clínica que encontramos dentro de las nuevas terapias como un tratamiento de los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos, dirigido en un principio a pacientes con enfermedades crónicas, más especialmente dolor crónico. El objetivo del programa es adoptar actitudes provenientes del Zen como no juzgar, tener paciencia, tener confianza en la propia bondad, etc., a fin de poder afrontar el sufrimiento y el estrés que poseemos los humanos como consecuencia de los apegos que impiden aceptar la impermanencia y crean la ilusión de que posee una identidad estática y separada del entorno (Pérez y Botella, 2006). Para conseguirlo, utiliza tres técnicas formales de meditación: la meditación estática, en la vida cotidiana o caminando; la revisión atenta del cuerpo o *Body scan* y el Hatha Yoga, para obtener mayor consciencia de las sensaciones corporales. La MBSR cuenta con constatadas pruebas de eficacia con estudios como los de Davison *et al.* (2003) en la modificación de ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias.
- La Terapia Dialéctica Conductual (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT; Linehan, 1993a; 1993b), utilizada para el tratamiento del suicidio y en el abordaje de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) a partir de una teoría biopsicosocial, que alude a una cadena de factores que se inician en un ambiente invalidante que incapacita al sujeto para regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás. Incluye sesiones individuales y sesiones grupales para el entrenamiento de diversas habilidades durante no menos de 6 meses. La DBT actúa sobre cuatro tipos de habilidades: básicas de consciencia, de efectividad interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia al malestar. En esta terapia la toma de habilidades de consciencia (práctica de *mindfulness*) se encuentra situada en la primera fase de la intervención, a fin de que el paciente vaya tomando consciencia de sus experiencias, para más tarde poder validar lo adaptativo y poder reemplazar los comportamientos disfuncionales que se engloban dentro del modelo biopsicosocial. Para ello emplea las técnicas “qué” (observar, describir y participar) y “cómo” (no juzgar, centrarse en una cosa a la vez, con eficacia) (Lineham, 2003).
- La Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la depresión (*Mindfulness-*

Based Cognitive Therapy o MCBT; Segal, Williams y Teasdale, 2002). Añadiendo TCC a las técnicas propuestas en la MBSR, esta terapia intenta prevenir las recaídas en la depresión crónica. Por tanto, el objetivo se centra en cambiar radicalmente la relación que el sujeto establece con los pensamientos, sentimientos y sensaciones que contribuyen a la recaída en la depresión (Kabat-Zinn, 2015).

- La Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Plantea que los procesos relacionados con el lenguaje son los desencadenantes de la patología. Muy frecuentemente los símbolos verbales asumen las funciones de los eventos con los que se relacionan y los pacientes parecen vivir exclusivamente en sus mentes, siendo insensibles a lo que experimentan (Botella y Pérez, 2006). Los objetivos fundamentales de esta terapia son reducir la tendencia a la evitación experiencial y a fusionar los símbolos verbales con los eventos. Es decir, cuando dejamos que lo verbal domine el pensamiento, tendemos a evaluar/comparar los eventos verbales y sus presuntas consecuencias dando lugar en muchas ocasiones a que optemos por una evitación experiencial, que en lugar de aliviar el malestar, lo acrecienta. Esto nos hace dejar en segundo lugar la atención a las contingencias ambientales y, lo que es peor, al reconocimiento de nuestros propios valores y de la realización de conductas acordes a ellos. Es aquí donde hallamos entonces el poder del *mindfulness*.

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica de la eficacia del *mindfulness*, bien aplicado aisladamente, bien como técnica integrante de un paquete terapéutico en el tratamiento de distintos trastornos psicológicos y problemas de salud.

3. Método

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica planteada se ha consultado como bases de datos electrónicas principales Scopus y Psycarticles, acompañadas de PsicoDoc y Google Académico, como fuentes de refuerzo. Los criterios de selección se han basado en que los trabajos fueran de metodología empírica, estudios de casos o meta análisis que estuvieran englobados dentro de la disciplina psicología clínica, y que abarcaran el periodo desde 2006 hasta la actualidad, 2016.

Aportando la palabra “mindfulness” + “efficacy”, el 97% de los estudios hallados en el caso de Scopus (759 de un total de 786) pertenecían a la última década, el 86% en el caso de Psycarticles (840 del total de 974) y un 100% en PsicoDoc (2 de un total de 2). A estos criterios y debido a que la revisión se ha realizado separando diferentes trastornos, en la

búsqueda de esas dos palabras clave se les ha añadido el trastorno a revisar hallando de esta forma un total de 1880 artículos, de los cuales únicamente 60 han sido analizado en presente trabajo, seleccionados porque estaban en la franja de tiempo establecida, incluían *mindfulness* en el tratamiento, y aportaban datos sobre su eficacia terapéutica. En el Anexo A. se presenta el número de artículos encontrados en las principales bases de datos consultadas y el número de artículos seleccionados para su análisis en cada uno de los trastornos estudiados.

4. Resultados

En los últimos 20 años, *mindfulness* se ha convertido en el centro de atención de una considerable comunidad de clínicas, y en menor grado, de la psicología experimental (Bishop *et al.*, 2004). Actualmente, en el ámbito de la psicología, *mindfulness* ha sido incluido en una gran variedad de terapias y programas de tratamiento. La utilidad y eficacia del empleo de las técnicas *mindfulness* ha quedado demostrada en un amplio repertorio de estudios. La búsqueda para la revisión bibliográfica se ha hecho en función del trastorno psicológico sobre el que intervenir y, a partir de ahí, mostrando las diferentes terapias de tercera generación en las que interviene el *mindfulness* como técnica, para hacer efectivo el tratamiento psicológico en el ámbito clínico.

A continuación se presentan de forma detallada algunos de los estudios más significativos que demuestran la eficacia de las intervenciones que integran *mindfulness* en distintos trastornos psicológicos y problemas de salud. En el Anexo B. se adjunta un cuadro resumen de todos los resultados obtenidos.

Trastornos depresivos

Las primeras y la mayoría de las investigaciones para el trastorno depresivo son a través de la MBCT. Su eficacia quedó ya demostrada hace 15 años en pacientes que exclusivamente habían tenido tres o más episodios de depresión antes del experimento (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000).

Actualmente, también se ha encontrado que la aplicación de la MBCT en pacientes con historia depresiva e ideas suicidas, puede disminuir la relación cognitiva que establecían entre los síntomas depresivos y las ideas suicidas recurrentes, lo cual reducía significativamente la vulnerabilidad a la recaída en depresión con ideas suicidas (Barnhofer *et al.*, 2015). En la última década las investigaciones sobre la MBCT han llegado incluso a demostrar que ésta puede llegar a ser más efectiva que los propios antidepresivos. Así lo

expusieron Kuyke *et al.*, (2008) donde el porcentaje de recaídas en el grupo experimental (con interrupción de antidepresivos) fue de un 60%, mientras que en el control 47%, lo cual indicaba que la MCBT era más eficaz, reducía los síntomas depresivos residuales, la comorbilidad psiquiátrica y mejoraba la vida en los dominios físicos y psicológicos. Además, en mujeres en período perinatal la MCBT, a través de un programa online ("*Mindfuln Mood Balance [MMB] Program*"), demostró su aceptabilidad y factibilidad en un total de 39 mujeres en riesgo de recaer en la depresión. (Felder *et al.*, 2016).

La aplicación de *mindfulness* como técnica también resultó efectiva en el contexto escolar con adolescentes de 13 a 20 años. El grupo experimental (que practicaba *mindfulness*) redujo significativamente sus síntomas depresivos, lo que confirmaba que la práctica de *mindfulness* podía ayudar a reducir y prevenir la depresión en esta población (Raes, Griffith, Van der Gucht y Williams, 2013).

La comorbilidad de los trastornos depresivos con la sintomatología ansiosa y depresiva está altamente relacionada. Numerosos estudios refieren que la MBCT en pacientes ambulatorios adultos no sólo resulta efectiva para los trastornos del ánimo sino que también disminuye los niveles de ansiedad, estrés e insomnio en grupos heterogéneos (Ree y Craigi, 2007). Es más, el meta análisis llevado a cabo por Hofmann, Sawyer, Witt y Oh (2010) mostró que la aplicación de *mindfulness* en numerosos trastornos fue eficaz tanto para mejorar la ansiedad en dicho trastorno como los síntomas del estado de ánimo aunque los mayores tamaños de efecto se dieron cuando se trataba directamente con pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Un ejemplo es el estudio de Preddy, McIndoo y Hopko (2013) donde en un grupo de estudiantes con depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada a los que se les aplicó una versión corta de MBCT disminuyeron los síntomas depresivos y ansiosos e incrementó su calidad de vida en la evaluación post-tratamiento.

Trastorno bipolar

Aunque Hollon y Ponniah (2010) verificaron que la MBCT definitivamente resultaba efectiva en trastornos del ánimo, pero cuando se trataba de trastorno bipolar (TB) la TCC, la psicoeducación, la terapia interpersonal y de ritmo social y la terapia centrada en la familia (FFT) eran más eficaces. Es más, la eficacia de las intervenciones psicológicas varía dependiendo de las características de los sujetos y del curso de la enfermedad (Reinares, Sánchez-Moreno y Fountoulakis, 2014). En 2012, Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball y Hadzi-Pavlovic quisieron comprobar la diferencia de resultados en trastorno bipolar del tratamiento TCAP con el tratamiento habitual. Solo se encontró una diferencia en los

resultados hallados en el STAI, el cual demostró que el grupo experimental disminuyó los síntomas de ansiedad.

No obstante, Weber *et al.* (2010) demostraron que la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (TCAP) era factible y bien aceptada entre los pacientes bipolares. Para ello se realizó un estudio con un grupo de 23 pacientes ambulatorios (tipo I, II y NOS), Aunque la práctica fuera disminuyendo con el tiempo, todos informaron sentirse haberse beneficiado del programa ya que hubo un cambio en los síntomas depresivos evaluados antes y después del tratamiento con TCAP (Weber y *et al.*, 2010).

La MBCT-C se ha utilizado incluso en prevención a padecer trastorno bipolar en hijos con TAG y con algún padre bipolar utilizando principios de la TCC y *mindfulness* durante 12 sesiones de periodicidad semanal. Después de la intervención, los niños redujeron la ansiedad de clasificación clínica, así como de rasgo, asociando el aumento de *mindfulness* con disminución de la ansiedad y por tanto riesgo de padecerlo (Cotton *et al.*, 2014).

Ansiedad y estrés

Los primeros estudios encontrados en la última década emplean en gran parte la MBSR para la disminución del estrés, afecto negativo, rumiación, estados y rasgos de ansiedad y para incrementar el afecto positivo hacia uno mismo. Ejemplos son el entrenamiento en MBSR para terapeutas en formación de Shapiro, Brown, y Biegel, (2007) o en profesionales de la Salud en Colombia, los cuales tras recibir un entrenamiento en *mindfulness* durante 4 semanas, redujeron la ansiedad, la depresión, la somatización y la percepción de estrés (Manotas, Segura, Eraso, Oggins y McGovern, 2014). Otros ejemplos de MBSR son en padres y profesores de niños con necesidades especiales, reduciéndose significativamente el nivel de ansiedad y estrés e incrementándose la atención plena, la auto-compasión y el crecimiento personal (Benn, Akiva, Arel y Roeser (2012), o el entrenamiento en *mindfulness* en padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista, el cual tuvo a largo plazo un efecto positivo en los niveles de estrés y bienestar psicológico de los padres, llegando a encantarse con el comportamiento de sus hijos (Cachia, Anderson y Moore, 2015).

En el ámbito clínico, McManus, Surawy, Muse, Vazquez-Montes y Williams (2012) investigaron en pacientes hipocondriacos, añadiendo al tratamiento usual de éstos la MCBT. En un total de 78 pacientes los resultados mostraron que una gran cantidad de ellos había reducido los criterios diagnósticos para la hipocondría.

Cuando se trata de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) el estudio empírico llevado a cabo por Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault (2008) utilizó la

TCAT en un total de 15 pacientes aleatorios diagnosticados frente a un grupo control de 16. Los resultados mostraron no ser sólo efectiva en los síntomas específicos del TAG, sino también en la sintomatología depresiva, calidad de vida y teniendo un efecto significativo tanto en la evitación experiencial como en la atención.

No obstante, hay resultados contradictorios cuando se trata del trastorno de ansiedad social. En un estudio con un grupo de 53 pacientes diagnosticados la TCC grupal resultó ser más eficaz que la MBSR, quedando ésta como una ayuda más a la eficacia de la CBGT. (Koszycki *et al.*, 2007).

Trastorno obsesivo-compulsivo

Si bien *mindfulness* consigue que los pensamientos, incluido los pensamientos obsesivos, sean observados sin juzgarlos, viendo cómo vienen y se van, Whal *et al.*, (2013) compararon esta forma de ver los pensamientos obsesivos (y por tanto exponerse) con distracción. Cuando los pacientes usaban *mindfulness* reducían su ansiedad y tendían a neutralizar ya desde la primera fase a la segunda, mientras que con la distracción esto no ocurría. En otro estudio realizado por Twohig *et al* (2010) con pacientes con TOC, se comparó la eficacia de la ACT con un entrenamiento en relajación progresiva (PRT) en un total de 79 adultos de ambos sexos demostrando que la ACT producía mejores cambios en el post-tratamiento y seguimiento produciendo un mayor cambio en los rasgos depresivos en aquellos que habían padecido antes al menos un episodio depresivo.

Trastorno de estrés postraumático

Ya hace más de una década los estudios corroboraban que el *mindfulness* podía ayudar a los pacientes diagnosticados con TEPT. Un ejemplo de ellos sería el llevado a cabo por Williams, Teasdale, Segal y Soulsby (2000), en el que concluyeron que ésta ayudaba a reducir la memoria autobiográfica de pacientes depresivos con ideas suicidas y que padecían TEPT.

En una investigación más reciente llevada a cabo por Bränström, Kvillemo y Moskowitz (2011) con pacientes diagnosticados previamente de cáncer y con trastorno de estrés postraumático. El entrenamiento en *mindfulness* mostró que reducía los síntomas de estrés postraumático de evitación.

Otros estudios con excombatientes comparaba los resultados de un grupo experimental donde el tratamiento del TEPT era a través del *mindfulness* y un grupo control tratado con la común psicoeducación. La conclusión fue que el TEPT, aunque sí podía reducir la evitación a los síntomas y pensamientos derivados del TEPT y que podía ser

eficazmente tratado con una intervención breve en *mindfulness*, los resultados no eran de la intensidad suficiente como para no tener ningún síntoma del TEPT (Niles *et al.*, 2012; King *et al.*, 2013). No obstante, en la actualidad estos programas de meditación sobre excombatientes han seguido en pie y aunque se notó una reducción en el TEPT en aquellos que ya estaban recibiendo una terapia sanitaria más el actual entrenamiento en *mindfulness*, resultado ser efectivos, aún se requiere de una mayor clarificación (Heffner, Crean y Kemp, 2016).

Trastornos de la personalidad

La mayor eficacia en este trastorno la encontramos sobretodo en la aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT). El estudio realizado en 2007 por Huss y Baer, combinaba esta terapia con la MBCT para pacientes que además de tener Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), tenían una historia con episodios depresivos. La integración de ambas resultó muy eficaz para la prevención de las depresiones en estos pacientes. También en una muestra de 63 estudiantes de entre 18 a 25 años con al menos un intento de suicidio y con tres o más criterios para TLP demostró que la DBT reduce el suicidio, la depresión, el número de autolesiones, los criterios de TLP y el consumo de las sustancias psicotrópicas, aumentando la adaptación social en esta población (Pistorello *et al.*, 2012).

En 2010, la alta comorbilidad del TLP con trastorno en la conducta alimentaria (TCA) hizo que se aplicara la DBT en una paciente joven diagnosticada de bulimia nerviosa y rasgos acusados de TLP. La evaluación mostró cómo la paciente mejoró en prácticamente todos los aspectos: disminución de las conductas relacionadas con el comportamiento propio del TLP y la patología alimentaria. Además, hubo una disminución importante en la sintomatología depresiva y la expresión patológica de la ira y aumento en la utilización de estrategias de regulación emocional (Navarro *et al.*, 2010).

Sauer y Baer (2012) midieron el efecto del *mindfulness* a corto plazo en pacientes con TLP. Para ello, después de un estado de furia, al grupo experimental de un total de 40 individuos se les entrenó en *mindfulness* durante una hora para posteriormente ser sometidos a una tarea de tolerancia al dolor, mientras que el grupo control, prosiguió en la rumia durante esta hora. Los resultados mostraron que el grupo *mindfulness* no sólo persistió durante más tiempo en la tarea de tolerancia al dolor, sino que disminuyeron significativamente sus niveles de cólera.

El estudio más reciente llega de la mano de Elices, Pascual, Portella, Feliu-Soler, Martín-Blanco, Carmona y Soler (2016). Éstos aplicaron una vez más la DBT en 64 pacientes diagnosticados de TLP. En comparación con el grupo control, los participantes

experimentaron una reducción significativa de los síntomas de TLP y de la capacidad de descentramiento. Tal es así que las tasas de respuesta al tratamiento.

Trastornos alimentarios

La introducción de *mindfulness* en los trastornos alimentarios se debe a la comparación de su eficacia con el tratamiento habitual de intervención psicoeducacional/cognitiva-comportamental (PECB). Kristeller, Wolever, y Sheets (2013) demostraron en la post-intervención de 4 meses tras el entrenamiento basado en *mindfulness* para la conciencia de la comida (MB-EAT) que un 95% de los participantes iniciales dejó de cumplir los criterios para el diagnóstico de trastorno alimentario. Es por ello que actualmente incluso existen numerosos estudios que demuestran que *mindfulness* puede ser la primera técnica de intervención en estos trastornos, y más efectiva que los tradicionales.

Las primeras investigaciones halladas en la última década comienzan con la eficacia de *mindfulness* en pacientes con hiperfagia, más específicamente con el Síndrome de Prader-Willi. Singh *et al.*, (2008) demostraron que el uso de una alimentación saludable, seguida de ejercicio y estrategias basadas en *mindfulness* para la comida reducía considerablemente el peso, más que sólo usando alimentación saludable y ejercicio. Lo mismo ocurría mezclando la MBSR con la intervención cognitiva de comer con estrés (SEI), cuya combinación resultó más efectiva que alguna por separado (Pepping, O'Donovan, Zimmer-Gembeck y Hanisch, 2015).

En cirugía bariátrica, paciente que en período post-quirúrgico no podían evitar los atracones de comida (Leahey, Crowther y Irwin, 2008), el *mindfulness* resultó tener una correlación positiva con restringir la comida y negativa con los comportamientos emocionales y externos. (Ouwens, Schiffer, Visser, Raeijmaekers y Nyklíček, 2015). Además, Courbasson, Nishikawa y Shapira (2010) en TCA comórbido al trastorno por abuso de sustancias (alcohol y drogas). La MACBT (*Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy*) mejoró los objetivos establecidos en los episodios compulsivos por comer, en las actitudes hacia la comida, en la gravedad del abuso de alcohol y drogas y en los síntomas depresivos.

En un estudio con sólo mujeres se observó que cuatro facetas del FFMQ (conciencia, inactividad, no juzgar y describir) eran más poderosas sobre el trastorno alimentario que incluso los propios síntomas depresivos o ansiosos (Lavender, Gratz, y Tull, 2011). Sin embargo, en otro estudio con mujeres fumadoras *mindfulness* predijo que por un lado había dos facetas que sí estaban relacionadas con una disminución de los síntomas del trastorno de alimentación (baja bulimia) y con la satisfacción corporal (describir y no juzgar) pero, sin

embargo, otras como “actuar y conciencia” estaban relacionadas de forma negativa, ya que precedía baja bulimia pero con síntomas anoréxicos (Adams, McVay, Kinsaul, Benitez, Vinci, Stewart y Copeland, 2012).

Por otro lado, la aplicación de una breve DBT por Klein, Skinner y Hawley (2013) demostró ser más eficaz actuando en grupo que individualmente en el trastorno por atracón. El grupo tratado redujo la insatisfacción corporal, la sensación de ineficacia y el perfeccionismo.

Trastornos del sueño

En un estudio de Ong, Shapiro y Manber (2008) sometieron a 30 pacientes con Insomnio Primario (psicofisiológico). En lo que se refiere al *mindfulness* se encontró una correlación significativa entre el número de sesiones de meditación y los cambios en una medida característica de la excitación. Los resultados generales indicaron que el tratamiento aportó mejoras clínicamente significativas en varios síntomas de insomnio durante la noche, así como reducciones estadísticamente significativas en la excitación antes de dormir, el esfuerzo del sueño, y cogniciones disfuncionales relacionados con el sueño.

La ACT también puede ser eficaz para el tratamiento del insomnio. Esta fomenta la disposición a experimentar malestar a corto plazo producido durante la implementación de estrategias de control de restricción del sueño y de estímulo haciendo que los sujetos experimenten pensamientos desagradables, sentimientos y sensaciones físicas, pero sin juzgarlas (Dalrymple, Fiorentino, Politi y Posner, 2010).

Trastornos psicóticos

El entrenamiento en *mindfulness* también parece eficaz en pacientes psicóticos. Tras comparar un grupo tratado con *mindfulness* y otro que estaba en lista de espera se comprobó que los primeros mejoraron su funcionamiento clínico, y en los pensamientos e imágenes perturbadoras, aunque no en las voces (Chadwick, Hughes, Russell, Russell y Dagnan, 2009). Sin embargo, en 2015 Escudero-Pérez trabajó con pacientes psiquiátricos en los que la despersonalización agudizaba las alucinaciones auditivas y con ello el malestar. Con su intervención demostró que la formación en *mindfulness* disminuía el estrés asociado a escuchar voces.

La ACT también resultó ser efectiva en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con persistentes síntomas positivos (Bacon, Farhall, y Fossey, 2013). Para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia se ha llevado a cabo la adaptación del MBSR, la intervención MIRRORS (*Mindfulness Intervention for Rehabilitation and Recovery*

in Schizophrenia), la cual podría ser muy efectiva de cara al futuro ya que consigue que los pacientes trabajen más horas en la rehabilitación (Davis *et al.*, 2015).

Dolor crónico

En 7 jóvenes con enfermedad renal terminal (ESRD), la DBT mejoró la depresión y la adherencia al tratamiento (Bohlmeijer, Prenger, Taal, y Cuijpers, 2010). En pacientes con Fibromialgia el entrenamiento en *mindfulness* mejoró las dimensiones de funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, funcionamiento social, rol emocional, salud mental y componente mental (Franco, Mañas y Justo, 2010). Sin embargo, en otro estudio, la aplicación de la MBSR en pacientes con dolor crónico a fin de disminuir la depresión, estrés y ansiedad, tuvo efectos muy poco significativos (Hashim, Vadnais y Miller, 2013).

No obstante, en una intervención con pacientes con esclerosis múltiple el entrenamiento en *mindfulness* aumentó su calidad de vida, siendo mucho más efectiva en aquellos que tenían síntomas depresivos mayores (Schirda, Nicholas y Prakash, 2015). Es necesario que, aunque existan evidencias empíricas de su efectividad en este ámbito, se siga investigando.

Cáncer

En 2010, Foley y colaboradores demostraron que la MBCT parece efectiva en personas afectadas por cáncer, mejorando *mindfulness* el índice de depresión, de preocupación y de angustia en estos pacientes. Además, la MBSR había resultado eficaz en estudios previos para la reducción de la tensión y aumento del bienestar, como demuestra, por ejemplo, el trabajo de Tacón, Caldera y Ronaghan (2004) con 27 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Si hablamos más específicamente de la fatiga crónica padecida en supervivientes de cáncer, la MBCT y la MBSR han resultado efectivas. La aplicación de la MCBT en un grupo experimental resultó ser mucho muy efectiva, disminuyendo drásticamente la fatiga crónica en comparación a los supervivientes que estaban en lista de espera (Van der Lee y Garssen, 2010) y la MBSR en otro estudio, obtuvo mejora en en fatiga, vitalidad, depresión y perturbaciones al dormir (Johns, Brown, Beck-Coon, Monahan, Tong y Kroenke, 2014).

Otros trastornos

Profundizando en el estudio de pacientes adolescentes, la MBSR se aplicó sobre pacientes ambulatorios entre los 14-18 años con diagnósticos heterogéneos en un centro psiquiátrico reportando un mejora diagnóstica muy significativa en comparación a los

pacientes del grupo control (Biegel *et al.*, 2009). Otras aplicaciones clínicas que encontramos con el uso de MBSR es sobre pacientes con Síndrome de Tourette (ST) y trastorno de Tic Crónico (CRD), dejando una puerta abierta al *mindfulness* en este ámbito. En la investigación del 58% de los pacientes consideraron haber disminuido la severidad de los tics y el deterioro producido por éstos (Reese *et al.*, 2015).

También se aplicó el MBSR en personas con diabetes de tipo I encontrándose que después de la intervención los pacientes disminuyeron su percepción de estrés y ansiedad, añadiendo a su vida reinterpretaciones positivas, la expresión de sentimientos y la aceptación (Berghmans, Godard, Joly, Tarquinio y Cuny, 2012). Este mismo tratamiento también se aplicó en mujeres con Trastorno Disfórico Premenstrual, las cuales incrementaron la tolerancia al dolor, disminuyeron la severidad de los síntomas y redujeron la presión en la sangre reactiva al estrés mental (Bluth, Gaylord, Nguyen, Buneviciu. and Girdler, 2015).

En adolescentes con trauma y problemas de comportamiento incluir la ACT y DBT en la Terapia Modo Desactivación (MDT) resultó más eficaz frente al uso de la Terapia Cognitivo-Comportamental en el estudio realizado por Wart y Apsche (2014). En pacientes con Epilepsia lo que más efectivo resultó fue la MBCT ya que previno los episodios de trastorno depresivo mayor, redujo los síntomas de la depresión, y aumentó la satisfacción con la vida en las personas con epilepsia. (Thompson, Patel, Selwa Stoll, Begley, Johnson y Fraser, 2015).

Además, el entrenamiento en *mindfulness* mostró reducir la ansiedad y depresión acompañado con una mejora en la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII-MII), aunque no redujera la gravedad de la enfermedad (Neilson *et al.*, 2016).

Por último, es necesario añadir que la efectividad del tratamiento en los pacientes muchas veces viene medida por el vínculo paciente-terapeuta existente. Bruce, Manber, Shapiro, y Constantino (2010) propusieron que la práctica de *mindfulness* podría ayudar a los psicoterapeutas a relacionarse mejor con sus pacientes. Este beneficio interpersonal ayudará a la reducción de los síntomas y al aumento del bienestar en el paciente.

5. Discusión/Conclusiones

La revisión de la literatura llevada a cabo constata el papel del *mindfulness* en el ámbito clínico. El *mindfulness* se incluye como tratamiento psicológico de numerosas terapias de tercera generación tales como la DBT, MBCT, ACT o la MBSR, para los siguientes trastornos de alta relevancia clínica: trastornos depresivos, trastorno bipolar, trastornos del ánimo (TAG, TOC y TEPT), trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad (TLP), dolor crónico, cáncer y otras aplicaciones clínicas.

Retomando nuestro objetivo que pretendía medir si realmente podía llegar a ser eficaz aplicándolo al ámbito clínico como técnica aislada o como integrante de otras terapias y no únicamente como una tipo de meditación Zen de focalización en el momento presente, la atención plena o *mindfulness* sí que parece efectiva en la mayoría de los trastornos mencionados. Cabe destacar la intervención con la DBT en los trastornos de personalidad límite, con la MBCT en los trastornos depresivos, con la MBSR en trastornos del ánimo y la ACT en lo que a trastornos del sueño se refiere. Parece que el cambio de actitud que consigue transmitir, la capacidad de centrarse en el momento presente, liberando a la persona de preocupaciones, rumiaciones, aumentando su capacidad de aceptación de las cosas tal como vienen, no juzgar los pensamientos, y en general la propia esencia del *mindfulness* aporta a los pacientes un grado de mejoría con respecto a su trastorno, llegando a eliminar incluso en muchas ocasiones los criterios diagnósticos en el post-tratamiento de los casos.

Sin embargo, y a pesar de las ventajas que se ha deseado obtener, esta revisión se ve un poco limitada debido a que la heterogeneidad en los autores y estudios hallados, han hecho que los estudios de caso, experimentales y meta-análisis revisados no siguieran todos los mismos criterios de muestreo (diferencias en el género, edad, población, etc.) y en la metodología (variabilidad en la duración de los períodos del pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento o seguimiento además de los instrumentos empleados). Es decir, es importante considerar que estudios de intervención breve o versión corta, o estudios de menos de un año de seguimiento, quedan muy limitados en cuanto a su eficacia en el tiempo.

Además, al estar midiendo en el ámbito clínico muchos de los resultados hallados en los pacientes es posible se encontraran influenciados tanto a veces positivamente, como negativamente por el tratamiento en medicación, sobre todo en los casos en que los estudios están realizados directamente sobre poblaciones psiquiátricas.

6. Referencias bibliográficas

- Adams, C., McVay, M., Kinsaul, J., Benitez, L., Vinci, C., Stewart, D. & Copeland, A. (2012). Unique relationships between facets of mindfulness and eating pathology among female smokers. *Eating Behaviors*, 13 (4), pp.390-393.
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5 (2), 159-172. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2010v1n1a6>
- Ansón López, L. & Ripollés Colomer, L. (2015). Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad. *Agorasalut*, (1), 163-171. <http://dx.doi.org/10.6035/agorasalut.2015.1.12>
- Atkinson, B. J. (2013). Mindfulness training and the cultivation of secure, satisfying couple relationships. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2 (2), 73-94. <http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000002>
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2013). The Active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 42 (04), 402-420. <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465813000209>
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The Active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 402-420. <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465813000209>
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., & Williams, J. M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (6), 1013-1020. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000027>
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117.
- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48 (5), 1476-1487. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027537>
- Berghmans, C., Godard, R., Joly, J., Tarquinio, C. & Cuny, P. (2012). Effets de l'approche de réduction du stress mindfulness based stress reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) et le mode de coping chez des patients diabétiques : une

étude pilote contrôlée et randomisée. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170 (5), 312-317.

- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (5), 855-866. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016241>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11 (3), 230-241. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bluth, K., Gaylord, S., Nguyen, K., Bunevicius, A. & Girdler, S. (2015). Mindfulness-based stress reduction as a promising intervention for amelioration of premenstrual dysphoric disorder symptoms. *Mindfulness*, 6 (6), 1292-1302. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-015-0397-4>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (6), 539-544. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- Botella, C., García, A., Heliodoro, J., & Navarro, M. (2012). Aplicación de la Terapia Dialéctica Comportamental en un Caso de Anorexia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al tratamiento: Un estudio de caso con seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI, 121-128.
- Bränström, R., Kvillemo, P. & Moskowitz, J. (2011). A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological well-being and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. *Int.J. Behav. Med.*, 19 (4), 535-542. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Brewer, J. A., Elwafi, H. M., & Davis, J. H. (2013). Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27 (2), 366-379. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028490>
- Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47 (1), 83-97. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018842>

- Cachia, R., Anderson, A. & Moore, D. (2015). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-015-0193-8>
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005) Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 37 (04), 403. <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465809990166>
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40 (08), 1239-1252. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291709991747>
- Corsica, J., Hood, M., Katterman, S., Kleinman, B., & Ivan, I. (2014). Development of a novel mindfulness and cognitive behavioral intervention for stress-eating: A comparative pilot study. *Eating Behaviors*, 15 (4), 694-699. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.002>
- Cotton, S., Luberto, C., Stahl, L., Sears, R. & Delbello, M. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20 (5), A86-A87. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2014.5228>
- Dalrymple, K., Fiorentino, L., Politi, M., & Posner, D. (2010). Incorporating principles from Acceptance and Commitment Therapy into Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: A Case Example. *J Contemp Psychother*, 40 (4), 209-217. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-010-9145-1>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48 (2), 198-208. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022062>
- Davis, J., Manley, A., Goldberg, S., Stankevitz, K., & Smith, S. (2015). Mindfulness training for smokers via web-based video instruction with phone support: a prospective observational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15 (1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-015-0618-3>
- Davis, L. W., Lysaker, P. H., Kristeller, J. L., Salyers, M. P., Kovach, A. C., & Woller, S. (2015). Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase

- schizophrenia. *Psychological Services*, 12 (3), 303-312.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/ser0000028>
- Davison, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacjer, J., Rosenkranz, M., Muller, D & Santorelli, S. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3>
- De la Fuente Arias, M., Granados, M. S., & Justo, C. F. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en la autoestima y la inteligencia emocional percibidas. *Psicología Conductual*, 18 (2), 297.
- De la Vega-Rodríguez, I. & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicol.*, 10 (1). <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Elices, M., Pascual, J., Portella, M., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of Mindfulness Training on Borderline Personality Disorder: A Randomized Trial. *Mindfulness*, 7 (3), 584-595. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-016-0492-1>
- Escudero-Pérez, S., León-Palacios, M., Úbeda-Gómez, J., Barros-Albarrán, M., López-Jiménez, A., & Perona-Garcelán, S. (2015). Dissociation and mindfulness in patients with auditory verbal hallucinations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17 (3), 294-306.
<http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2015.1085480>
- Felder, J., Segal, Z., Beck, A., Sherwood, N., Goodman, S., Boggs, J., Lemon, E. & Dimidjian, S. (2016). An open trial of web-based mindfulness-based Cognitive Therapy for Perinatal Women at Risk for Depressive Relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84 (2), Feb 2016, 134-145. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000068>
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A. R., & Rossi, J. S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (4), 608-616.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0021742>
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (1), 72-79.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0017566>

- Franco, C., Mañas, I. y Justo, E. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 2 (2), 117-130.
- Franco, C., Mañas, I., Cangas, A., Moreno, E. and Gallego, J. (2010). Reducing teachers' psychological distress through a mindfulness training program. *Spanish Journal of Psychology*, 13 (02), 655-666.
- Gagliesi, P., & Argentino, D. F. (2007). Terapia dialéctica conductual en el tratamiento del desorden límite de la personalidad. *Revista Persona*, 7 (Suplemento I).
- Galve, J. J. G. (2013). Atención plena: revisión. *Medicina naturista*, 7 (1), 5-8.
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10 (1), 83-91. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018441>
- Harrington, A., & Dunne, J. D. (2015). When mindfulness is therapy: ethical qualms, historical perspectives. *American Psychologist*, 70 (7), 621 -623. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039460>
- Hashim, B. L., Vadnais, M., & Miller, A. L. (2013). Improving adherence in adolescent chronic kidney disease: A dialectical behavior therapy (DBT) feasibility trial. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1 (4), 369-379. <http://dx.doi.org/10.1037/cpp0000024>
- Hayes, S. C, Strosahl K. D & Wilson, K. G (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S.C Hayes, V. M Follette & M.M Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp.1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665. [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Heffner, K. L., Crean, H. F., & Kemp, J. E. (2016). Meditation programs for veterans with posttraumatic stress disorder: aggregate findings from a multi-site evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8 (3), 365-374. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000106>
- Hick, S. & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. NY: Guilford (traducción castellana de Kairos, 2010)

- Hick, S. (2008). Cultivating therapeutic relationships; the role of mindfulness. In S. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. NY: Guilford (traducción castellana de Kairos, 2010).
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (2), pp.169-183. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018555>
- Hollon, S. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety, 27* (10), pp.891-932. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20741>
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 98* (2), 310-325. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031313>
- Huss, D. & Baer, R. (2007). Acceptance and change: the integration of mindfulness-based cognitive therapy into ongoing dialectical behavior therapy in a case of borderline personality disorder with depression. *Clinical Case Studies, 6* (1), 17-33. <http://dx.doi.org/10.1177/1534650106290374>
- Jacobson, N.S & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Johns, S., Brown, L., Beck-Coon, K., Monahan, P., Tong, Y., & Kroenke, K. (2014). Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psycho-Oncology, 24* (8), 885-893. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3648>
- Kabat-Zinn, J. & Satrústegui, A. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.
- Katterman, S., Kleinman, B., Hood, M., Nackers, L., & Corsica, J. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors, 15* (2), 197-204. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Khong, B. S. L. (2009). Expanding the understanding of mindfulness: seeing the tree and the forest. *The Humanistic Psychologist, 37* (2), 117-136. <http://dx.doi.org/10.1080/08873260902892006>
- King, A., Erickson, T., Giardino, N., Favorite, T., Rauch, S., Robinson, E., Kulkarni, M., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (mbct)

- for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30 (7), pp.638-645. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22104>
- Klein, A., Skinner, J., & Hawley, K. (2013). Targeting binge eating through components of dialectical behavior therapy: preliminary outcomes for individually supported diary card self-monitoring versus group-based DBT. *Psychotherapy*, 50 (4), pp.543-552. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033130>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Koszycski, D., Benger, M., Shlik, J. & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (10), 2518-2526. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.011>
- Kristeller, J., Wolever, R., & Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5 (3), 282-297. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 966-978. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013786>
- Lang, A. (2013). What mindfulness brings to psychotherapy for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 30 (5), 409-412. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22081>
- Lavender, J., Gratz, K., & Tull, M. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40 (3), 174-182. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.555485>
- Lázaro, A. M., Diex, G. G., & de Silva, R. G. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (12), 83-89. <http://dx.doi.org/10.5218/prts.2012.0009>
- Leahey, T., Crowther, J. & Irwin, S. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy Intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15 (4), 364-375. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.01.004>
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.

- Linehan, M.M (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- López, A. G., & Yust, C. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 97-114.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J. & McGovern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management*, 21 (2), 207-225. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035150>
- Masterpasqua, F. (2016). Mindfulness mentalizing humanism: A transtheoretical convergence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26 (1), 5-10. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039635>
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69 (2), 178-187. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035623>
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J. M. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (5), 817-828. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028782>
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 16 (1), 1. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10347>
- Navarro, M., Jorquera Rodero, M., García Palacios, A., & Botella Arbona, C. (2010). Terapia dialéctica comportamental (DBT) en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), 61-74. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4085>
- Neilson, K., Ftanou, M., Monshat, K., Salzberg, M., Bell, S., Kamm, M., Connell, W., Knowles, S., Sevar, K., Mancuso, S. & Castle, D. (2016). A controlled study of a group mindfulness intervention for Individuals living with inflammatory bowel

- disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22 (3), 694-701.
<http://dx.doi.org/10.1097/mib.0000000000000629>
- Niles, B. L., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D. J., Silberbogen, A. K., Paysnick, A., & Wolf, E. J. (2012). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (5), 538-547. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026161>
- Ong, J., Shapiro, S., & Manber, R. (2008). Combining Mindfulness Meditation with Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia: A Treatment-Development Study. *Behavior Therapy*, 39 (2), 171-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.002>
- Ouwens, M., Schiffer, A., Visser, L., Raeijmaekers, N., & Nyklíček, I. (2015). Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females. *Appetite*, 87, 62-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.11.030>
- Palacios, A. G., Haro, M. V. N., Guillén, V., Marco, H., & Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18 (1), 197.
- Pareja, M. Á. V. (2006). Atención Plena. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5 (2), 231-254.
- Pareja, M. Á. V. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- Pepping, C., O'Donovan, A., Zimmer-Gembeck, M., & Hanisch, M. (2015). Individual differences in attachment and eating pathology: The mediating role of mindfulness. *Personality And Individual Differences*, 75, 24-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.040>
- Pérez M. A. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P., Ball, J. & Hadzi-Pavlovic, D. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 (5), 333-343. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12033>
- Preddy, T., McIndoo, C. & Hopko, D. (2013). Abbreviated Mindfulness-Based Therapy for a Depressed College Student. *Clinical Case Studies*, 12 (5), 360-372. <http://dx.doi.org/10.1177/1534650113496142>

- Raes, F., Griffith, J., Van der Gucht, K. & Williams, J. (2013). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: a cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5 (5), 477-486. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>
- Ree, M. & Craigie, M. (2007). Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behav. change*, 24 (02), 70-86. <http://dx.doi.org/10.1375/bech.24.2.70>
- Reese, H., Vallejo, Z., Rasmussen, J., Crowe, K., Rosenfield, E. & Wilhelm, S. (2015). Mindfulness-based stress reduction for tourette syndrome and chronic tic disorder: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (3), 293-298. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.001>
- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J. & Fountoulakis, K. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*, 156, 46-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.017>
- Roemer, L., Lee, J., Salters-Pedneault, K., Erisman, S., Orsillo, S. & Mennin, D. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40 (2), 142-154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.001>
- Roemer, L., Orsillo, S. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 1083-1089. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012720>
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3 (4), 433-441. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025465>
- Schirda, B., Nicholas, J. A., & Prakash, R. S. (2015). Examining trait mindfulness, emotion dysregulation, and quality of life in multiple sclerosis. *Health Psychology*, 34 (11), 1107-1115. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000215>
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2015). *Terapia cognitiva de la depresión basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona: Kairós
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G & Teasdale, J.D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in

- training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1 (2), 105-115.
<http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Simón, V. (2013). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació psicológica*, (100), 162-170.
- Singh, N., Lancioni, G., Singh, A., Winton, A., Singh, J., McAleavey, K. & Adkins, A. (2008). A mindfulness-based health wellness program for an adolescent with prader-willli syndrome. *Behavior Modification*, 32 (2), 167-181.
<http://dx.doi.org/10.1177/0145445507308582>
- Swales, M. (2009). Dialectical behaviour therapy: description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5 (2), 164-177.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0100878>
- Swart, J., & Apsche, J. (2014). A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed personality disorders, and experiences of childhood trauma. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9 (1), 23-29.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0101011>
- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health*, 22 (2), 193-203.
<http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.22.2.193>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-623.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Thompson, N., Patel, A., Selwa, L., Stoll, S., Begley, C., Johnson, E. & Fraser, R. (2015). Expanding the efficacy of Project UPLIFT: Distance delivery of mindfulness-based depression prevention to people with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (2), 304-313. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038404>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 705-716.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0020508>

- Van der Lee, M. & Garssen, B. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology*, 21 (3), 264-272. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1890>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79 (1), 42-51. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2767>
- Vøllestad, J., Nielsen, M., & Nielsen, G. (2011). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal Of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x>
- Vujanovic, A. A., Niles, B., Pietrefesa, A., Schmertz, S. K., & Potter, C. M. (2013). Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans. *Spirituality in Clinical Practice*, 1, 15-25. <http://dx.doi.org/10.1037/2326-4500.1.S.15>
- Wahl, K., Huelle, J., Zurowski, B. & Kordon, A. (2012). Managing obsessive thoughts during brief exposure: an experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (4), 752-761. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9503-2>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality And Individual Differences*, 40(8), 1543-1555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Wart, J., & Apsche, J. (2014). Mindfulness, mode deactivation, and family therapy: A winning combination for treating adolescents with complex trauma and behavioral problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9 (2), 9-14. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100992>
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G. & Aubry, J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*, 25 (6), 334-337.
- Williams, J. M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10 (1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018360>
- Williams, J. M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 150-155. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.109.1.150>

- Wilson, K.G & Luciano, M.C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (3), 362-374. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019172>
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12* (1), 97-114.



7. Anexos

Anexo A

Tabla 1. Número de artículos encontrados en las principales bases de datos consultadas y número de artículos seleccionados para su análisis

Trastorno psicológico	Scopus	Psycarticles	Total	Analizados
Trastorno depresivos <i>depressive disorder</i>	71	326	397	7
Trastorno bipolar <i>bipolar disorder</i>	8	87	96	4
Ansiedad y estrés <i>anxiety and stress</i>	60	429	489	7
Trast. obsesivo-compulsivo <i>Obsessive-compulsive disorder</i>	8	66	74	2
Trastorno de estrés postraumático <i>Posttraumatic stress disorder</i>	15	123	138	4
Trast. Personalidad Límite <i>borderline personality disorder</i>	4	99	103	5
Trastornos alimentarios <i>eating disorders</i>	10	120	130	10
Trastorno del sueño <i>sleep disorder</i>	6	89	95	2
Trastornos psicóticos <i>psychotic disorders</i>	2	83	85	4
Dolor crónico <i>Chronic pain</i>	25	131	156	4
Cáncer <i>Cáncer</i>	15	102	117	3
Otros trastornos				8

60

ANEXO B

Tabla 2. Eficacia de la intervención con mindfulness en psicología clínica

TRASTORNO Y AUTORES DESTACADOS	EFICACIA DEL MINDFULNESS
Trastornos depresivos	
Ree y Craigie (2007)	MBCT mejora ansiedad, estrés, depresión e insomnio en grupos de pacientes heterogéneos adultos.
Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, . . . y Teasdale (2008)	En pacientes con depresión recurrente la MCBT más eficaz que los propios antidepressivos.
Hofmann, Sawyer, Witt y Oh (2010)	<i>Mindfulness</i> mejora la ansiedad y depresión, pero mayor tamaño de efecto con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.
Preddy, McIndoo y Hopko (2013)	Versión corta de MBCT es eficaz en estudiantes con trastorno depresivo y TAG.
Raes, Griffith, Van der Gucht y Williams (2013)	<i>Mindfulness</i> como técnica de prevención y reducción de depresión en ámbito escolar.
Barnhofer, Crane, Brennan, Duggan, Crane, Eames, . . . y Williams (2015)	MBCT disminuye la relación entre síntomas depresivos e ideas suicidas recurrentes.
Felder, Segal, Beck, Sherwood, Goodman, Boggs, Lemon y Dimidjian (2016)	La MBCT previene la recaída en depresión en mujeres en periodo perinatal.
Trastorno bipolar	
Weber, Jermann, Gex-Fabry, Nallet, Bondolfi y Aubry (2010)	La TCAP eficaz por el cambio en síntomas depresivos el tratamiento en trastorno bipolar.
Hollon y Ponniah (2010)	La MBCT menos eficaz que las terapias habituales para TB.
Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball y Hadzi-Pavlovic (2012)	TCAP no eficaz para la reducción de recaídas en trastorno bipolar, pero sí en disminución de ansiedad.
Cotton, Luberto, Stahl, Sears y Delbello (2014)	MBCT-C prevención de padecer Trastorno Bipolar en niños con TAG y algún padre bipolar. MBCT-C disminuyó ansiedad.
Ansiedad y estrés	
Shapiro, Brown y Biegel (2007)	La MBSR en terapeutas disminuye el estrés, afecto negativo, rumiación, estados y rasgos de ansiedad, e incrementa el afecto positivo.
Koszycki, Benger, Shlik y Bradwejn (2007)	la Terapia cognitivo conductual grupal (CBGT) más efectiva que la MBSR en Ansiedad Social.
Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault (2008)	Eficacia de la TCAT frente al grupo control en pacientes con TAG.

Benn, Akiva, Arel y Roeser (2012)	MBSR reduce el nivel de ansiedad y estrés e incrementa la atención plena, auto-compasión y crecimiento personal en padres y profesores de niños con necesidades especiales.
McManus, Surawy, Muse, Vazquez-Montes y Williams (2012)	MBCT como complemento al tratamiento habitual en hipocondríacos reduce criterios diagnósticos.
Manotas, Segura, Eraso, Oggins y McGovern (2014)	MBSR reduce la ansiedad, depresión, somatización y percepción de estrés en profesionales de la salud.
Cachia, Anderson y Moore (2015)	El entrenamiento en <i>mindfulness</i> mejora los niveles de estrés y bienestar de los padres con hijos autistas.
Trastorno obsesivo-compulsivo	
Twohig, Hayes, Plumb, Pruitt, Collins, Hazlett-Stevens y Woidneck (2010)	La ACT más efectiva que el entrenamiento en relajación progresiva.
Wahl, Huelle, Zurowski, y Kordon (2012)	<i>Mindfulness</i> para los pensamientos obsesivos en vez de la distracción a los mismos, reduce ansiedad desde la primera de las tres fases.
Trastorno de estrés postraumático	
Bränström, Kvillemo, y Moskowitz (2011)	<i>Mindfulness</i> reduce los síntomas de evitación de estrés post-traumático en pacientes diagnosticados de cáncer.
Niles, Klunk-Gillis, Ryngala, Silberbogen, Paysnick y Wolf (2012)	La intervención breve de <i>mindfulness</i> sobre excombatientes es eficaz para los pensamientos del TEPT, pero no los elimina completamente.
King, Erickson, Giardino, Favorite, Rauch, Robinson, Kulkarni y Liberzon (2013)	MBCT reduce los síntomas de evitación y pensamientos de estrés postraumático en TEPT.
Heffner, Crean y Kemp (2016)	Programas de meditación resultan efectivos, pero requieren de mayor clarificación.
Trastornos de la personalidad	
Huss y Baer (2007)	Aplicación de la DBT con la MBCT eficaz en pacientes con TLP e historia depresiva previa. Previene las depresiones en estos pacientes.
Navarro, Jorquera Rodero, García Palacios y Botella Arbona (2010)	DBT eficaz en paciente con TLP y TCA. Disminuye sintomatología depresiva, ira patológica y aumenta estrategias de regulación emocional.
Sauer y Baer (2012)	<i>Mindfulness</i> mejora la tolerancia al dolor y disminuye los niveles de cólera en pacientes con TLP.
Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop y Verson (2012)	La DBT en estudiantes con intentos de suicidio y TLP reduce el suicidio, depresión, número de autolesiones, criterios de TPL, las sustancias psicotrópicas y aumenta la adaptación social.
Elices, Pascual, Portella, Feliu-Soler, Martín-Blanco, Carmona y Soler (2016)	DBT disminuye los síntomas TLP y aumenta capacidad descentramiento. Tasa de respuesta de 40% frente al 13% del grupo control.

Trastornos alimentarios	
Singh, Lancioni, Singh, Winton, Singh, McAleavey, y Adkins (2008)	En pacientes con síndrome Prade-Willi, el entrenamiento en <i>mindfulness</i> les hace reducir más aún el peso que sólo con dieta y ejercicio.
Leahey, Crowther y Irwin (2008)	<i>Mindfulness</i> eficaz en pacientes con recurrentes atracones después de ser operados por cirugía bariátrica
Courbasson, Nishikawa, y Shapira (2010)	MACBT mejora objetivos episodios compulsivos en pacientes con TAC comórbido al Trastorno de abuso de sustancias
Lavender, Gratz y Tull (2011)	Estudio en mujeres. 4 facetas del FFMQ (cuestionario <i>mindfulness</i>) más relación con el TCA que los propios síntomas depresivos o ansiosos.
Adams, McVay, Kinsaul, Benitez, Vinci, Stewart y Copeland (2012)	El FFMQ en mujeres fumadoras disminuye la bulimia y aumenta satisfacción corporal, pero predice alto nivel de síntomas anoréxicos
Klein, Skinner y Hawley (2013)	DBT en grupo eficaz para los atracones, más que el tratamiento individual
Kristeller, Wolever y Sheets (2013)	Con la MB-EAT un 95% de pacientes con TCA dejan de tener criterios diagnósticos en la post-intervención.
Corsica Hood, Katterman, Kleinman y Ivan (2014)	<i>Mindfulness</i> puede ser el primer método de intervención en los trastornos alimentarios, con eficacia demostrada
Ouwens, Schiffer, Visser, Raeijmaekers y Nyklíček (2015)	En cirugía bariátrica <i>mindfulness</i> correlación positiva con restringir comida y negativa con los comportamientos emocionales y externos.
Pepping, O'Donovan, Zimmer-Gembeck y Hanisch (2015)	El MBRS más intervención cognitiva de comer con estrés (SEI) es más efectiva que alguna de las dos por separado.
Trastornos del sueño	
Ong, Shapiro y Manber (2008)	<i>Mindfulness</i> eficaz en pacientes con Insomnio Primario. Mejora en síntomas de insomnio, reducción excitación antes de dormir, y cogniciones disfuncionales relacionadas con el sueño.
Dalrymple, Fiorentino, Politi y Posner (2010)	ACT junto con TCC eficaz en el insomnio por la experimentación directa del malestar en la restricción del sueño.
Trastornos psicóticos	
Chadwick, Hughes, Russell, Russell y Dagnan (2009)	<i>Mindfulness</i> mejora el funcionamiento crónico en pacientes psicóticos, los pensamientos e imágenes, pero no las voces.
Bacon, Farhall y Fossey (2013)	ACT efectiva en pacientes con esquizofrenia.
Escudero, Palacios, Gómez, Barros, López y Perona (2015)	Entrenamiento en <i>mindfulness</i> disminuye el estrés asociado a escuchar voces.
Davis, Lysaker, Kristeller, Salyers, Kovach y Woller (2015)	MIRRORS como adaptación del MBSR eficaz en la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos.
Dolor crónico	
Bohlmeijer, Prenger, Taal y	La DBT mejora adherencia y depresión en adolescentes con

Cuijpers (2010)	ESRD.
Franco, Mañas y Justo (2010)	<i>Mindfulness</i> mejora el funcionamiento físico, dolor, salud general y componente mental en pacientes con fibromialgia
Hashim y Vadnais y Miller (2013)	La MBSR cambios poco significativos en la disminución de la depresión, ansiedad y estrés en pacientes con dolor crónico.
Schirda, Nicholas y Prakash (2015)	<i>Mindfulness</i> aumenta la calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple con síntomas depresivos mayores.
Cáncer	
Van der Lee y Garssen (2010)	MBCT para disminución de la fatiga crónica en supervivientes del cáncer.
Johns, Brown, Beck-Coon, Monahan, Tong y Kroenke (2014)	MBRS mejora la fatiga, vitalidad, depresión y perturbaciones al dormir en pacientes con cáncer.
Foley, Baillie, Huxter, Price y Sinclair (2010)	MBCT en pacientes con cáncer mejora el índice de depresión, preocupación y angustia. Poca evidencia empírica.
Otros trastornos	
Biegel, Brown, Shapiro y Schubert (2009)	MBSR eficaz en pacientes adolescentes psiquiátricos con diagnósticos heterogéneos.
Berghmans, Godard, Joly, Tarquinio y Cuny (2012)	MBSR en diabéticos de Tipo I, aumenta la capacidad para combatir el estrés y ansiedad y añade reinterpretaciones positivas a su vida, a la expresión de sentimientos y la aceptación.
Wart, J., & Apsche, J. (2014)	La ACT y DBT más eficaz frente a la TCC en adolescentes con trauma y problemas de comportamiento.
Reese, Vallejo, Rasmussen, Crowe, Rosenfield y Wilhelm (2015)	MBSR Síndrome de Tourette y Trastorno de Tic Crónico (CRD) 58% de los pacientes disminuye la severidad de los tics y deterioro producido por éstos.
Thompson, Patel, Selwa, Stoll, Begley, Johnson y Fraser (2015)	MBCT previene episodios del Trastorno Depresivo Mayor, reduce sintomatología depresiva, y aumenta satisfacción de vida en personas con epilepsia.
Bluth, Gaylord, Nguyen, Bunevicius y Girdler (2015)	MBSR en síntomas del Trastorno Disfórico Premenstrual incrementa la tolerancia al dolor, disminuyeron la severidad de los síntomas y redujeron la presión en al sangre reactiva al estrés
Neilson, Ftanou, Monshat, Salzberg, Bell, Kamm, Connell, Knowles, Sevar, Mancuso y Castle (2016)	<i>Mindfulness</i> en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII-MII) disminuye ansiedad y depresión, aunque no la gravedad de la enfermedad
Bruce, Manber, Shapiro y Constantino (2010)	<i>Mindfulness</i> para un mejor vínculo entre paciente- terapeuta en la clínica.