



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster

Terapias basadas en Mindfulness en poblaciones adultas con trastornos depresivos: una revisión de revisiones sistemáticas.

Autor/a: Martín Lloret Pineda

Tutor/a: Jose Antonio Piqueras Rodríguez

Tutor/a: David Pineda Sánchez

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.JAPR.MLP.230115

Convocatoria: Enero.

Terapias basadas en Mindfulness en poblaciones adultas con trastornos depresivos: una revisión de revisiones sistemáticas.

RESUMEN

Antecedentes: El trastorno depresivo es considerado como uno de los principales problemas para la sociedad, dada su alta comorbilidad y discapacidad. Las terapias basadas en Mindfulness [MBI] llevan décadas obteniendo resultados positivos como abordaje psicológico de diferentes patologías; sin embargo, su investigación presenta todavía resultados ambiguos e imprecisos, y el número de investigaciones de alta calidad son aún escasos. **Objetivos:** Explorar el efecto de las MBI para la mejora de los síntomas de pacientes con trastornos de depresión. **Método:** Siguiendo la estrategia colectiva de la declaración PRISMA, se realizaron búsquedas en las bases de datos Cochrane Library, Pubmed, Scopus, Web of Science, Psycodoc, Medline (en ovidsp), PsycInfo, PsycArticles y CSIC. No se realizaron búsquedas de estudios adicionales en las listas de referencias. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la herramienta AMSTAR. **Resultados:** Un total de 12 revisiones sistemáticas y meta analíticas fueron incluidas, incluyendo un total de 128 estudios controlados aleatorizados sobre la intervención de 5.105 pacientes y 5.004 controles. La mayoría de los estudios muestran que las MBI tienen un efecto positivo sobre la sintomatología depresiva. **Conclusiones:** Las intervenciones son eficaces para reducir la sintomatología depresiva. Sin embargo, todavía es necesario una mayor cantidad de investigaciones de alta calidad, debido a limitaciones de los estudios, que afectan a la calidad de las investigaciones.

Palabras clave: Mindfulness; Depresión; Revisión de revisiones sistemáticas; Estudios controlados aleatorizados; Adultos.

Background: Depressive disorder is considered one of the main problems for society, given its high comorbidity and disability. Mindfulness-based therapies [MBI] have been obtaining positive results for decades as a psychological approach to different pathologies; however, their research still presents ambiguous and imprecise results, and the number of high quality investigations are still scarce. **Objectives:** To explore the effect of MBI for the improvement of symptoms in patients with depressive disorders. **Methods:** Following the collective strategy of the PRISMA statement, it searched in Cochrane Library, Pubmed, Scopus, Web of Science, Psycodoc, Medline (in ovidsp), PsycInfo, PsycArticles and CSIC databases. Reference lists were not searched for additional studies. Risk of bias was assessed using the AMSTAR tool. **Results:** A total of 12 systematic and meta-analytic reviews were included, including a total of 128 randomized controlled studies on the intervention of 5.105 patients and 5.004 controls. Most studies show that MBIs have a positive effect on depressive symptomatology. **Conclusions:** Interventions are effective in reducing depressive symptomatology. However, more high-quality research is still needed due to study limitations, which affect the quality of the research.

Keywords: Mindfulness; Depression; Review of systematic reviews; Randomized controlled studies; Adults.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

El trastorno depresivo mayor afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo (Vos et al., 2016). A nivel individual, cualquier persona tiene un riesgo de aproximadamente un 10% de experimentar un episodio depresivo a lo largo de su vida (Kessler et al., 2005; Lim et al., 2018; Steel et al., 2014), siendo una de las principales causas de discapacidad (Ferrari et al., 2013), con grandes costes económicos para la sociedad (Gelenberg, 2010).

No sólo tiene una alta prevalencia, sino que también se asocia a una morbilidad considerable (Gabilondo et al., 2010; Winkler et al., 2015), tiene un impacto perjudicial en la calidad de vida (Daly et al., 2010; Guan et al., 2011), un alto riesgo de suicidio (Hawton et al., 2013), de presentar trastornos cerebrovasculares, enfermedades cardíacas y otras causas médicas de mortalidad (Gilman et al., 2017; Walker et al., 2015).

El trastorno depresivo se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, baja autoestima, culpa, poca concentración, cansancio y/o trastornos del sueño o del apetito. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017a). En cuanto a su origen, se considera la suma o combinación de interacciones entre factores biológicos, sociales y psicológicos (OMS, 2017a). Su etiopatología, en consecuencia, es multifactorial y compleja.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM], en su quinta edición, establece que los trastornos depresivos son: Trastorno depresivo mayor, Trastorno depresivo persistente, Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, Trastorno depresivo debido a enfermedad médica, Otro trastorno depresivo especificado, Trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association [APA], 2013).

De la misma manera, el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE], en su undécima edición, establece que los trastornos depresivos son: Trastorno depresivo, episodio único; Trastorno depresivo, recurrente; Trastorno distímico; Trastorno disfórico premenstrual; Trastorno mixto de ansiedad y depresión; Otros trastornos depresivos especificados; Trastorno depresivo, sin especificación (OMS, 2018a).

El Mindfulness o atención plena es una práctica derivada de la psicología y la filosofía budistas. Se ha vuelto popular en las últimas décadas, principalmente, debido al interés y los descubrimientos científicos. Sin embargo, la atención plena budista, que se desarrolló en las culturas y religiones asiáticas precientíficas, la cual se basa en el cultivo a largo plazo de la conciencia introspectiva de la experiencia vivida, es menos susceptible de investigación empírica. Para complicar aún más la ciencia de la atención plena, sus definiciones son multifacéticas, difíciles de desentrañar y requieren mucha práctica personal para ganar experiencia. De hecho, la definición de Mindfulness ha ido modificándose con el paso de los años (Tabla 1).

Tabla 1*Definición de Mindfulness con el transcurso de los años.*

Definición de Mindfulness	Autor y año
“Mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”	Hanh, 1976
“Llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándoles sin juzgar.”	Kabat-Zinn, 1990
“Mindfulness se define como prestar atención con propósito en el presente sin juzgar.”	Kabat-Zinn, 2003.
“Forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es.”	Bishop et al., 2004
“Tendencia a ser conscientes de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas.”	Cardaciotto, 2005
“Conciencia de la experiencia presente con aceptación.”	Germer, 2005
“Capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento.”	Simón, 2007

En la actualidad, dos de las intervenciones basadas en Mindfulness [MBI] más extendidas son:

1. Reducción del estrés basada en la atención plena [MBSR].
2. Terapia cognitiva basada en la atención plena [MBCT].

La MBSR fue el enfoque pionero en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología occidental, fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1982 (Kabat-Zinn, 1982). Ha sido descrita como una intervención de grupo fundamentada en la progresividad de la conciencia, cuyos pilares son: no esforzarse, aceptación, paciencia, no juzgar, confianza y no centrarse (Kabat-Zinn, 1982).

Los componentes del programa son cinco: la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, la revisión atenta del propio cuerpo y el Hatha Yoga. La duración del programa es de ocho semanas, y los participantes realizan autorregistros y practican los ejercicios individualmente con ayuda audiovisual en sus hogares. Se realiza, además, una reunión semanal de dos horas y media para la práctica grupal (Kabat-Zinn, 1982).

La MBCT fue creada posteriormente por Teasdale, Segal y Williams (Teasdale et. al., 2000) como un tratamiento específico de prevención de recaídas para la depresión. Se centra en los síntomas depresivos y en los procesos cognitivos, dado que combina componentes psicológicos y educativos de la terapia cognitivo-conductual [TCC] para la depresión, con

elementos de meditación inspirados en el programa MBSR (Kabat-Zinn, 1982). Entrena a los pacientes para cambio en el modo de relacionarse con sus pensamientos y emociones negativas, en lugar de cambiarlos, para facilitar el proceso de afrontamiento denominado por ellos mismos como descentramiento (Irrarrazaval, 2010).

En lo relativo a la información hallada sobre la eficacia de los MBI en trastornos depresivos, la evidencia reciente sugiere que los MBI parecen ser eficaces en el tratamiento de pacientes con riesgo de recaída (Kuyken et al., 2008; Teasdale et al., 2000). También como intervención de un episodio depresivo mayor, aunque los resultados no han sido consistentes a lo largo de las investigaciones (Costa y Barnhofer, 2016; Manicavasgar et al., 2011).

Un metaanálisis con muestras de sujetos con un episodio actual de TDM (Strauss et al., 2014), incluyó tanto trastornos de ansiedad como depresivos, concluyendo los beneficios de MBI para trastornos depresivos, sin importar la gravedad sintomatológica, aunque no así para la gravedad de ansiedad (Strauss et al., 2014).

Estudios más recientes han probado en formas más complejas de depresión, como la depresión crónica y la depresión resistente al tratamiento (Eisendrath et al. 2016; Cladder-Micus et al. 2018; Michalak et al. 2016). Mientras que un ensayo controlado aleatorizado (Cladder-Micus et al., 2018) y un estudio piloto (Eisendrath et al., 2008) han encontrado efectos del MBCT sobre la rumiación en la depresión crónica y resistente al tratamiento, otro ensayo controlado aleatorizado no encontró ningún efecto (Eisendrath et al. 2016).

1.2 Objetivos

Este trabajo tiene como principal objetivo recopilar las evidencias aportadas de estudios de alta calidad, como revisiones sistemáticas y meta analíticas, con el fin de averiguar la fuerza y la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness como tratamiento en población con diagnóstico de trastornos depresivos.

2. MATERIALES Y MÉTODO

2.1 Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios se muestran en la tabla 2. La selección de los estudios se realizó en base a los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Revisiones sistemáticas y metaanálisis basados en estudios controlados aleatorizados.
- 2) Personas diagnosticadas de algún trastorno depresivo recogido en DSM o CIE.
- 3) Tratamientos basados en Mindfulness.
- 4) Personas con edades comprendidas entre los 18 años de edad en adelante.
- 5) Estudios escritos en inglés y en español.

Se excluyeron de la selección personas menores de 18 años, personas no diagnosticadas de algún trastorno depresivo recogido en DSM5, DSMIV, CIE11 y CIE10, tratamientos que no fueran basados en Mindfulness, estudios que no incluyeran estudios controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas y metaanálisis escritos en un idioma distinto a inglés y español. Para evitar el solapamiento de los artículos primarios se llevó un registro manual de los ECA incluidos en otras revisiones, por lo tanto, también se excluyeron los trabajos cuyos artículos primarios hubieran sido incluidos en otras revisiones, tal como recomiendan algunos autores (Lunny et al., 2020).

Las revisiones sistemáticas se seleccionaron de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 2) siguiendo la estrategia de búsqueda PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultados y Diseño del estudio).

Tabla 2
Criterios PICO de inclusión y exclusión de estudios.

	Inclusión	Exclusión
Población	Personas mayores de 18 años con diagnóstico de depresión.	Población general, personas sin diagnóstico, menores de 18 años.
Intervención	Intervenciones basadas en Mindfulness.	Cualquier intervención diferente a MBI.
Comparador	No se utilizó un estudio comparador en este trabajo.	No se utilizó un estudio comparador en este trabajo.
Resultados	Cuestionarios estandarizados para medir la depresión, tales como BDI, BDI II, HAMD o similares.	Cuestionarios diferentes a los mencionados.
Tipo de estudios primarios	Ensayos controlados aleatorizados [ECA].	Estudios de caso, estudios controlados no aleatorizados. Cualquier otro tipo de estudio a ECA.
Tipo de estudio y diseño	Revisiones sistemáticas y metaanálisis.	Cualquier otro tipo de estudio.

2.2 Fuentes de información

La revisión de revisiones se realizó durante octubre de 2022 a enero de 2023, siguiendo los elementos de notificación preferentes para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (Declaración PRISMA) (Page et al., 2021). El estudio se basó en un protocolo previamente establecido y revisado por los tutores correspondientes con experiencia suficiente en revisiones y en síntesis de conocimientos.

Se realizó una búsqueda sistemática de revisiones sistemáticas y metaanálisis en las bases de datos Cochrane Library, Pubmed, Scopus, Web of Science, Psycodoc, Medline (en ovidsp), PsycInfo, PsycArticles y CSIC el 23 de diciembre de 2022 que investigaran la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en poblaciones con diagnóstico de trastorno depresivo. Se consideraron aquellos estudios escritos en inglés y en español. No se ha realizado una búsqueda en las referencias de los artículos considerados como elegibles para identificar publicaciones adicionales.

2.3 Estrategia de búsqueda

Se utilizó el siguiente algoritmo de búsqueda en las bases de datos: "Mindfulness [Title/Abstract] AND depr* [Title/Abstract] AND systematic review [Title/Abstract]". Además, se utilizaron las pestañas de filtrado oportunas para cada base de datos con el fin de acotar la búsqueda al campo de la psicología (Anexo 1).

2.4 Proceso de selección de los estudios

Para facilitar el proceso, se utilizó el programa Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>), programa desarrollado para agilizar el proceso de cribado a través de la selección y búsqueda de palabras relevantes de los títulos y resúmenes de las revisiones sistemáticas, para así facilitar la inclusión o exclusión de los estudios en la investigación (Ouzzani et al, 2016).

La selección de los estudios fue llevada a cabo por un único investigador. Se llevó a cabo mediante un enfoque de varios pasos previamente establecidos. La primera selección de estudios se realizó filtrando los artículos duplicados. Posteriormente, se realizó el cribado por título y resumen. A continuación, se realizó la evaluación del texto completo.

2.5 Evaluación del riesgo de sesgo de los artículos incluidos

Los datos se extrajeron y evaluaron cualitativamente mediante la herramienta para la evaluación del riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas AMSTAR-2 [A MeaSurement Tool to Asses Systematic Reviews]. AMSTAR consta de 16 ítems y tiene una buena validez de contenido para medir la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas (Ciapponi, 2018).

2.6 Síntesis de datos

Para organizar los datos de los estudios, las características se han agrupado en función del autor y año del trabajo, el diseño, el tipo de intervención, el tipo de grupo o grupos de control, los instrumentos utilizados para la medición de los resultados, la población o poblaciones objeto de estudio, el manual o manuales diagnósticos utilizados, la cantidad de pacientes y la calidad del estudio (Tabla 3). Por otro lado, para organizar los resultados, se han considerado el autor y año del estudio, los resultados principales, así como los datos postratamiento y seguimiento de los artículos que incorporaran un metaanálisis (Tabla 4).

3. RESULTADOS

3.1 Selección de los estudios

El proceso de búsqueda se refleja en la figura 1. La estrategia de búsqueda dio como resultado un total de 1.449 referencias, en las bases de datos Cochrane Library (N= 6), Scopus (N=301), Web of Science (N=613), Pubmed (N=411), PsycArticles (N=4), Psycodoc (N=6), PsycInfo (N=41), Medline (N=23) y CSIC (N=4). De los 1.449 resultados, 855 no se mantuvieron tras la eliminación por duplicación. Otros 183 artículos se excluyeron por el título y el resumen, debido a su falta de concordancia con los criterios de inclusión. A continuación, se seleccionaron y leyeron 411 a texto completo, de los cuales 403 fueron excluidos, ya sea debido a la correcta medición de síntomas depresivos, pero la ausencia de diagnóstico (N = 256), a una metodología no adecuada, como la ausencia de ECA (N = 120), intervención distinta a Mindfulness (N = 12), incapacidad para acceder al trabajo (N = 10), o estar escrito en un idioma distinto a inglés o castellano (N = 1).

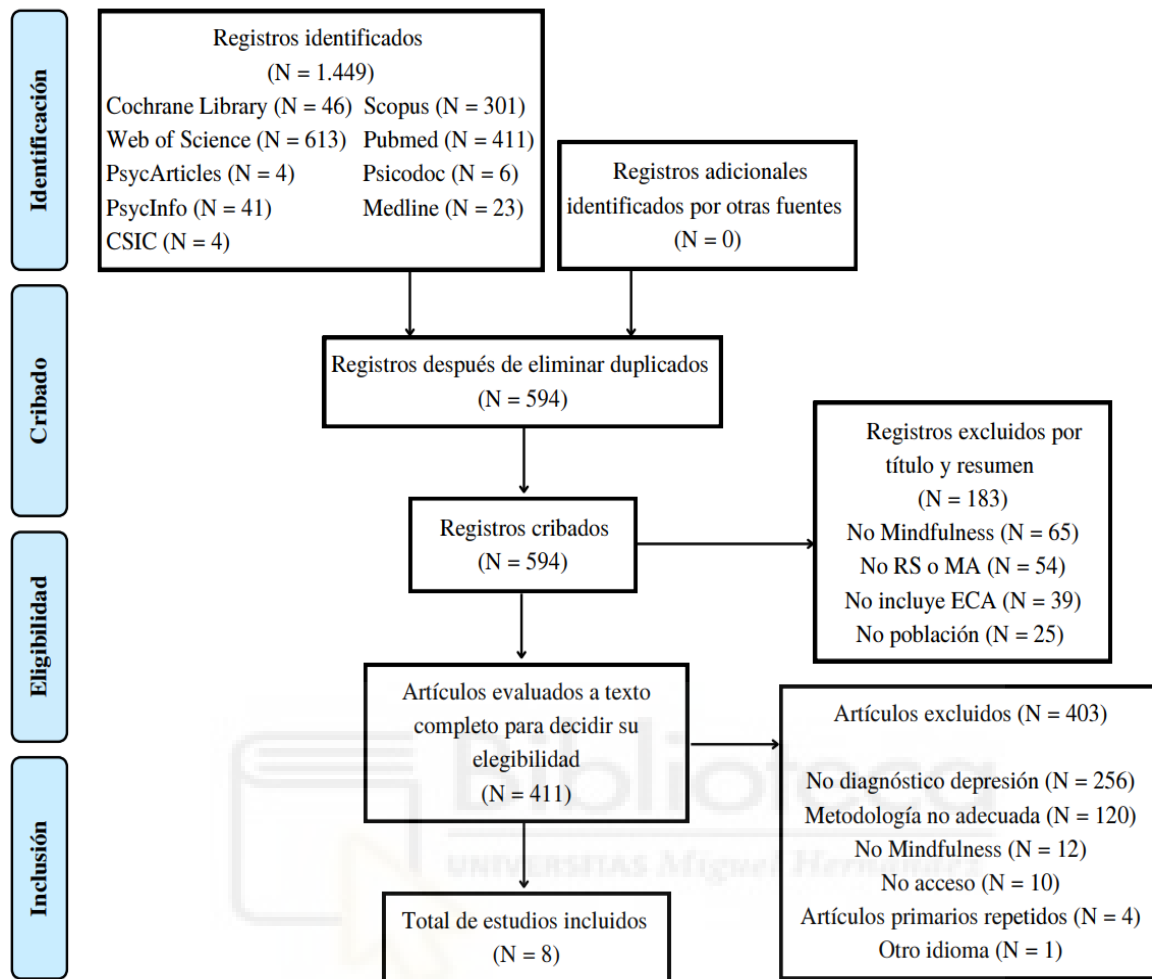
Finalmente, doce trabajos fueron incluidos en la revisión de revisiones tras el proceso de cribado y la evaluación de texto completo, tal como se muestran en la figura 1. De estos estudios, nueve incluyen operaciones cuantitativas a través de meta análisis. El número de estudios incluidos en estas revisiones varió de 4 (Reangsing et al., 2021) a 20 (Van der Velden et al., 2015), por lo que se incluyó un total de 128 estudios primarios. Sin embargo, tras examinar el solapamiento de estudios primarios entre las diferentes revisiones, se encontraron 85 ECA originales. Los datos exactos de los participantes de ambos grupos no han podido extraerse debido a la falta de disponibilidad de tales datos en cuatro de las revisiones sistemáticas incluidas (Liberali, 2017; Van der Velden et al., 2015; Alsubaie et al., 2017; Perestelo-Perez et al., 2017) (Tabla 3). La suma aproximada de pacientes es de 5.105, y en el caso de los controles, alrededor de 5.004.

3.2 Características de los estudios

Las características de los estudios se presentan en la tabla 3. El tipo de intervención más común de los ECA ha sido el programa MBCT (N=74), seguido por el mismo programa MBCT junto con el tratamiento habitual de los participantes (N=31), mientras que las modalidades adaptadas de Mindfulness (MBI) han sido menores (N=10) y el resto son mucho menores (MBSR=3; PBCT+TH=1). Por otro lado, en los grupos control, se han llevado a cabo distintas modalidades con diferentes niveles de intervención, tales como tratamientos consolidados como la TCC (N=18), aunque el tratamiento de control más utilizado es el mantenimiento del tratamiento habitual (N=53), lista de espera (N=19), psicoeducación (N=7), placebo (N=5) o activación conductual (N=3), entre otras.

En cuanto a la medición de los resultados obtenidos, se han utilizado distintos cuestionarios ampliamente conocidos por su alto nivel de fiabilidad y validez. Los más utilizados han sido el Inventario de Depresión de Beck en su primera edición (Beck et al., 1987) (N=21), en su segunda edición (Beck et al., 1996) (N=36) y la Escala para la valoración de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960) (N=25). El resto de los instrumentos utilizados para la medición se utilizaron en muchas menos ocasiones (Tabla 3).

Figura 1
Diagrama de flujo PRISMA



3.3 Riesgo de sesgo de los estudios individuales

La evaluación del riesgo de sesgo se presenta en el anexo 2. Todos los estudios presentan las preguntas de investigación y los criterios de inclusión y exclusión pertinentes. Los trabajos de menor calidad son aquellos que no presentaron datos cuantitativos, debido a que tres de los ítems se fundamentan en esta cuestión. La gran mayoría realizaron la búsqueda en dos bases de datos o más, describieron los artículos incluidos con suficiente detalle, y en la mitad, la selección y la extracción de datos fue por duplicado. Sólo uno explicitó las fuentes de financiación, y casi todos informaron de la gestión de los conflictos de intereses. La puntuación resultante es orientativa sobre del nivel de calidad y riesgo de sesgo del estudio; se incluye en la tabla de características de los estudios incluidos (tabla 3).

Tabla 3

Características de los estudios incluidos

Autor, Año	Diseño	Tipo de Intervención	Grupos Control	Medición resultados	Población	Manual Diagnóstico	N° pacientes	Calidad estudio
Wang, 2018	11 ECA	4 MBCT 1 MBCT+TH 2 MBSR 1 PBCT+TH 1 MBY 2 MBI	N = 401 1 TCC 4 TH 2 Psicoeduc. 1 Relajación 1 Paseo 1 HEP 1 CBASP+TH 1 Descanso	1 BDI 4 BDI-II 6 HAMD	Adultos diagnosticados de TDM o episodios depresivos en el momento de la intervención.	CIE-10 DSM-IV	N = 363 EM 44.4 años	10/16
Zhang, 2022	7 ECA	5 MBCT+TH 2 MBCT	N = 227 7 TH 1 Psicoeduc. 1 CBASP	5 HAMD 3 QSA2 BDI-II 1 WHOQOL-BREF 1 BDI 1 SDS	Adultos con TDM e ideación suicida.	CIE-10 DSM-IV	N = 252 EM 43 años	6.5/16
Reangsing, 2021	4 ECA	1 MBRP+TH 1 MORE (MBCT) 2 MBI	N = 108 Intervención de control no especificada	1 DASS-21 1 BSI 1 HADS 1 HAMD 7 BDI-II 1 BSI	Adultos con trastorno depresivo comórbido a trastorno por abuso de alcohol.	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N = 241 EM 41.63 años	5/16
Tretto-Sverre, 2022	11 ECA	7 MBCT 4 MBI	N = 394 11 TCC	1 CES-D 2 HAMD 2 PHQ-9	Adultos con TDM, mujeres embarazadas con TDM, depresión recurrente, pacientes en remisión de depresión recurrente.	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N = 404 EM 42.2 años	13/16
Liberali, 2017	14 ECA	9 MBCT 4 MBCT+TH 1 MBCT-TS	N ~ 708 5 TH 1 TCC 3 m-ADM 1 Psicoeduc. 3 Control activo 2 Placebo	5 BDI-II 2 HDRS 1 HAMD 3 BDI 1 BSS 2 RRS 1 RSQ 1 IDS 1 BSI	Adultos con TDM, sin respuesta al tratamiento habitual, con 3 o más episodios previos, con ideación suicida, remisión parcial	DSM-IV SCID DSM-IV-TR	N ~ 708	3.5/16

Li, 2022	18 ECA	13 MBCT 1 MBT 2 MBI 1 MBSR 1 MBYI	N = 566 5 TH 1 TCC 1 Relajación 1 Psicoeduc. 6 Lista de espera 2 AC 1 Placebo 1 caminar	7 BDI-II 5 BDI 3 HDRS 2 IDS 1 MADRS	Adultos con al menos un episodio o remisión del diagnóstico de trastorno depresivo con síntomas depresivos o subdepresivos según criterios clínicos.	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N = 561	7.5/16
Alsubaie, 2017	10 ECA	3 MBCT 5 MBCT+TH 1 MBCT + DRAM 1 MBCT + ADM	N ~ 560 4 TH 1 DRAM 1 Placebo 3 Lista de espera 1 m-ADM	2 EQ 4 RSS 2 ESM 2 PSWQ 1 STAI 2 DAS 3 RRQ	Adultos con depresión recurrente, pacientes con síntomas residuales, depresión en el momento de la intervención, síntomas residuales de depresión recurrente.	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N ~ 562	7.5/16
Van der Velden, 2015	20 ECA	15 MBCT 5 MBCT+TH	N ~ 940 10 Lista espera 8 TH 2 m-ADM 1 CPE + TH	5 HDRS 6 BDI-II 7 BDI 5 SCID 1 RSQ 3 ESM	Adultos con TDM recurrente, historia de ideación suicida, en remisión parcial, síntomas residuales.	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N ~ 940	5.5/16
Chiesa, 2010	11 ECA	10 MBCT + TH 1 MBCT + ADM	N = 377 10 TH 1 ADM	4 BDI	Adultos con dos o más episodios en remisión, depresión recurrente, depresión e ideación suicida en remisión o residual, depresión recurrente y problemas de sueño	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N = 381	9.5/16
Perestelo-Perez, 2017	9 ECA 2pECA	10 MBCT 1 MBY	N ~ 381 4 Lista espera 4 TH 1 Placebo 1 m-ADM	9 RRS 1 RRQ 1 EQ	Adultos en remisión con al menos 2 episodios, con ≥ 3 episodios y síntomas residuales, TDM actual,	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N ~ 381	8.5/16

			1 TCC 1 AC 1 TH+Caminar		estudiantes universitarios, TDM antecedentes de depresión, depresión recurrente en remisión parcial o total.			
Strauss, 2014	4 ECA	3 MBCT 1 PBCT	N = 97 1 Psicoeduc. 1 TCC 2 TH	1 HAMD 3 BDI-II	Adultos con TDM y HAMD < 8, entrevista CIDI y BDI-II < 20, depresión crónica y depresión recurrente.	DSM-IV SCID	N = 87	7.5/16
Seshadri, 2021	7 ECA	7 MBCT	N = 245 4 TH 2 TCC 1 HEP 1 Psicoed.	2 BDI-II 4 HAMD 1 BSI	Adultos con trastorno depresivo mayor, depresión resistente al tratamiento y TDM con dolor crónico comórbido.	Sistema de clasificación y diagnóstico no especificado	N = 225	13/16

Notas: ECA= Estudio controlado aleatorizado; MBI= Intervención basada en Mindfulness; MBCT= Terapia cognitiva basada en Mindfulness; BDI= Inventario de depresión de Beck; CBT= Terapia cognitivo conductual; TH= Tratamiento habitual; HEP= Programa de mejora de la salud; MDD= Trastorno depresión mayor; MBSR= Reducción del estrés basado en Mindfulness; PBCT= Terapia cognitiva basada en la persona; CBASP = Sistema de análisis cognitivo-conductual para psicoterapia; MBYI= Yoga basado en Mindfulness; SCID= Entrevista clínica estructurada para DSM-IV-TR; No Tx=Trastorno; TBE=Tratamiento basado en la evidencia; GDS= Escala de depresión geriátrica; SCID= Entrevista clínica estructurada para los trastornos DSM; MBCT-TS= Mindfulness + apoyo para continuar con el tratamiento antidepressivo habitual; Control Activo= Actividad física, movimiento funcional, terapia musical, nutrición; MORE= Mejora de la recuperación basado en mindfulness; HDRS= Escala de valoración de la depresión de Hamilton ; HAMD= Escala de depresión de Hamilton; IDS/ IDS-SR= Inventario de sintomatología depresiva; BSS= Escala de Beck para la ideación suicida; BSI= Inventario de sintomatología breve; RRS= Escala de respuesta rumiativa; MBRP= Prevención de recaídas basado en mindfulness; EM= Edad media; DASS-21= Escalas de depresión, ansiedad y estrés; HADS= Escala para hospital de ansiedad y depresión; CES-D= Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; PHQ-9= Cuestionario de salud del paciente; MADRS= Escala de calificación de la depresión Montgomery-Asberg; EQ= Cuestionario de experiencias (rumiación); DRAM= Monitorización activa de la recuperación de depresión; ADM= interrupción gradual de antidepressivos; m-ADM= Mantenimiento antidepressivos; RSQ = Cuestionario de Estilos de Respuesta; ESM= Metodología de muestreo de experiencias; RRQ = Subescala del cuestionario Rumiación; STAI = Inventario de ansiedad de Beck; pECA = Pseudo estudio controlado aleatorizado; EQ = Subescala de rumiación del Cuestionario de Experiencia; CIDI = Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (OMS, 1997).

3.4 Resultados de los estudios individuales

Los resultados sintetizados de cada estudio se presentan en la tabla 4.

El estudio de Wang (Wang et. al, 2018) tiene como objetivo comprobar la eficacia de las MBI en TDM. Los resultados indican que el grupo MBI muestra una mejora significativa en la disminución de la gravedad de los síntomas depresivos en comparación con el control (SMD = $-.59$; $p = .006$; $I^2 = 85\%$). Sin embargo, esta significación desapareció tras eliminar los cuatro ECA que mostraban datos outliers. Tampoco hubo diferencias significativas en la fase de seguimiento (SMD = $-.08$; $p = .75$; $I^2 = 54\%$). En los análisis de subgrupos, se confirmaron los efectos de las MBI para la gravedad de los síntomas depresivos en 8 de los 23 subgrupos, incluidos los estudios de grupo de control TH, sin predominio de género, participantes menores de 44,4 años, puntuación Jadad ≥ 3 (herramienta para evaluar el riesgo de sesgo con una puntuación máxima de 7), y MBI junto a TH (Wang et. al, 2018). En los análisis de meta regresión, los participantes más jóvenes y una mayor proporción de hombres se asocian significativamente con una mejoría más pronunciada de la gravedad de los síntomas depresivos. Sin embargo, la duración de los MBI y la puntuación media de HAMD no se asocia con una mejoría de la gravedad de los síntomas depresivos (Wang et. al, 2018).

En el estudio de Zhang (Zhang et. al, 2022), cuyo principal objetivo es investigar en la eficacia de las MBI en ideación suicida de pacientes depresivos, en 6 de los 7 estudios controlados aleatorizados existe una disminución de los síntomas depresivos al finalizar el tratamiento en comparación con el tratamiento farmacológico habitual (SMD= $-.96$; [95% IC= $-1.54 - .38$]; $p = .001$; $I^2 = 85\%$). Además, se obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida (N=656; SMD= $-.82$; [95% IC= $-1.41 - -.23$]; $p = .00001$; $I^2 = 92\%$). En ambos casos, el análisis estadístico revela un tamaño del efecto moderado. Por otro lado, no hubo diferencia entre MBCT y los grupos control de psicoeducación y sistema de análisis cognitivo-conductual para psicoterapia (Zhang et. al, 2022).

En el estudio de Reangsing (Reangsing et. al, 2021), cuyo principal objetivo es investigar en la eficacia de las MBI en pacientes depresivos con trastorno por consumo de alcohol comórbido, dos de los cuatro trabajos informan de una reducción de los síntomas depresivos tras la intervención, mientras que uno de ellos se menciona únicamente el resultado de la ansiedad por alcohol, en el último la disminución ocurre únicamente en los síntomas relacionados con el alcohol, pero no en depresión (Reangsing et. al, 2021).

En el estudio de Trettø -Sverre (Trettø -Sverre et. al, 2022), el objetivo principal era el de averiguar si las terapias basadas en Mindfulness y la Terapia Cognitivo Conductual son equivalentes en el tratamiento de la depresión. La diferencia entre grupos entre MBI y TCC después de la intervención se aproximó a cero, por lo que la hipótesis nula de no equivalencia fue rechazada ($g = -.011$ [90% IC= $-.210 - .188$]; $p = .024$; $I^2 = 0\%$). Se encontró equivalencia estadística significativa para los estudios de pacientes con depresión, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abandono, el número medio de sesiones y la duración media de la terapia, de unas 14,5 horas. Los datos de seguimiento van en la misma línea ($g = .013$; [95% IC= $-.324 - .350$]; $p = .124$; $I^2 = 58.5\%$).

Tabla 4*Principales resultados de los estudios.*

Autor, Año	Resultados Principales	Datos post tratamiento	Datos Seguimiento
Wang, 2018	<p>El grupo MBI muestra una mejora significativa en la disminución de la gravedad de los síntomas depresivos. Esta significación disminuye tras eliminar cuatro ECA que mostraban datos outliers. No diferencias significativas en seguimiento.</p> <p>Efectos de las MBI para la gravedad de los síntomas depresivos en 8 de los 23 subgrupos. Los participantes más jóvenes y hombres en general se asociaron con una mayor mejoría de la gravedad de los síntomas depresivos.</p>	<p>N=722 k=11 SMD= -.59 [95% IC= -1.01 – -.17] I² = 85% p = .006 Z = 2.75</p>	<p>N = 141 k=4 SMD= -.08 [95% IC= -.58 – -.42] I² = 54% p = .75 Z = .32</p>
Zhang, 2022	<p>En 6 de los 7 ECA disminuyen los síntomas depresivos, así como una reducción de la ideación suicida al finalizar el tratamiento. Tamaño del efecto moderado en ambos.</p> <p>Por otro lado, no hay diferencia entre MBCT y dos grupos control, el de psicoeducación y el de sistema de análisis cognitivo-conductual.</p>	<p>N=399 k=6 SMD= - .96 [95% IC= -1.54 – -.38] p=.001 I²=85% Z = 3.25</p>	-
Reangsing, 2021	<p>En Bevan (2010), los resultados son significativos en la reducción de los síntomas depresivos y la ansiedad por el alcohol. En Kamboj et al. (2017), se obtuvo una reducción de la ansiedad por el alcohol del grupo de intervención, pero no en comparación al grupo control.</p> <p>En Yadav (2016), se redujo significativamente la ansiedad por el alcohol, pero no los síntomas depresivos. En Garland et al. (2010), disminuyeron significativamente los síntomas de depresión, pero no los síntomas de consumo por alcohol.</p>	-	-

Trettø - Sverre, 2022	La hipótesis nula de no equivalencia fue rechazada. Se encontró diferencia significativa para los estudios de pacientes con depresión. Además, no se encontraron diferencias entre MBI y la en las tasas de abandono, número medio de sesiones y duración media de la terapia (14,5 h).	g = - .011 [90% IC= - .210 - .188] p = .024 I ² = 0 %	g = .013 [95% IC= - .324 - .350] p = .124 I ² = 58.5 %
Liberali, 2017	MBCT mejora los resultados de tasa y tiempo de recaída, provoca retraso para el cambio de medicación y demanda del terapeuta. Presenta mejores resultados respecto al tiempo de recaída, reducción de rumiación, pensamientos negativos y aumento de palabras positivas.	N=554 k=4 SD= -.52 [95% IC= -1.05 - .00] p =.004 I ² = 77.7%	-
Li, 2022	En contra, un estudio con grupos MBCT, TH y placebo no mostró mejoras en la rumiación. En otro, psicoeducación mostró mejores resultados de la demanda de terapeuta y el uso de nueva medicación que MBCT y TH. Otro trabajo mostró resultados similares entre los grupos, con una disminución en depresión y ansiedad primero en MBCT, y luego TCC y TH.	Rumiación: g= -.46 [95% IC=-.58--.34] p < .001 I ² = 37%	-
Li, 2022	El objetivo del estudio es el de averiguar el efecto de MBI en los síntomas de rumiación y depresión. En rumiación, el efecto global es favorable para MBI y estadísticamente significativo, sin importar el método de comparación.	Depresión: g=-.58 [95% IC=-.83--.32] p < .001 Z = 4.47 I ² = 71%	-
Alsubaie, 2017	En depresión, 15 de 18 estudios mostró efectos positivos de MBI sobre el grupo de control. Los estudios se dividieron en dos subgrupos según el tipo de grupo control. En ambos, los resultados sugieren un efecto global fue favorable a MBI.	-	-
Alsubaie, 2017	MBCT lleva a una reducción en los síntomas depresivos, tanto en depresión residual como en recaída. Estos efectos están mediados por los aumentos significantes en habilidades de mindfulness, aceptación sin juicio y curiosidad propios de la intervención. El aumento del afecto positivo, la actividad placentera y las experiencias recompensantes se asocia con la disminución de la depresión. MBCT mostró disminución significativa en las actitudes disfuncionales y reactividad emocional.	-	-

Van der Velden, 2015	<p>Doce de los veinte estudios encontraron cambios de mejora debido al efecto del MBCT. Tres estudios, disminución de la rumiación junto a reducción de los síntomas de depresión tras el tratamiento. Dos de cada tres, aumento de la atención plena tras la intervención como mediador del resultado del tratamiento.</p> <p>Dos ensayos no encontraron pruebas de las variables teóricas predichas de mindfulness. Un ECA encontró que MBCT se asoció con una disminución de los intentos de suprimir los pensamientos negativos.</p>	-	-
Chiesa, 2010	<p>MBCT podría resultar en una disminución de la proporción de recaída en pacientes con TDM en comparación con el tratamiento habitual. Además, uniendo MBCT junto a la interrupción gradual de antidepresivos de mantenimiento, no hubo diferencia frente a la continuación de los antidepresivos con respecto al número de tasas de recaída.</p>	<p>N=326 k=4 DMP = .30 [95% IC= .17 – .56] p < .0001 I² = 39% Z=3.80</p>	-
Perestelo-Pérez, 2017	<p>MBCT produce una reducción de la rumiación de forma significativa y moderada comparado con el tratamiento habitual. Este efecto parece independiente del nivel de gravedad o del número de episodios depresivos previos. También se mantiene en el seguimiento un mes después en los tres estudios que ofrecieron datos.</p> <p>Las intervenciones basadas en Mindfulness parecen tan eficaces para reducir la rumiación como las intervenciones TCC, la medicación habitual y la activación conductual.</p>	<p>N=447 k=5 DMP= -.53 [95% IC= -.72 – -.34] p < .00001 I² = 0% Z= 5.45</p>	-

Strauss, 2014	Se presentan beneficios significativos en la gravedad de los síntomas primarios de MBI en comparación con las condiciones de control en todos los estudios.	N=160 k=4 DMP= -.73 [95% IC= -1.36 – -.09] p < .03 I ² = 70% Z= 2.24	-
Seshadri, 2021	Los pacientes mostraron una pequeña mejoría general significativamente estadística de los síntomas depresivos tras la intervención.	N=470 k=7 DMP = .40 [95% IC=.12 – .67] p = .005 I ² = 49%	-

Nota: MBCT= Terapia cognitiva basada en Mindfulness; k= número de estudios; I²= Heterogeneidad; MBI=intervención basada en la atención plena; MBRP=prevención de recaídas basada en la atención plena; ECA=Estudio controlado aleatorizado; IC= Intervalo de confianza; TH = Tratamiento habitual; DMP= diferencias medias ponderadas estandarizadas; TDM=Trastorno depresivo mayor.

En el estudio de Liberali (Liberali, 2017), que incluyen muestras sin respuesta al tratamiento habitual, con 3 o más episodios previos, con ideación suicida y/o remisión parcial, se han encontrado datos ambiguos. Por un lado, los resultados a favor, sugieren que la MBCT mejora los resultados de tasa y tiempo de recaída, provoca retraso para el cambio de medicación y el tiempo de demanda del terapeuta. Los estudios de tres muestras (MBCT como intervención frente a grupos control TH, psicoeducación, placebo o TCC) demostraron que la MBCT presenta mejores resultados respecto al tiempo de recaída que los grupos de medicación antidepressiva, placebo y grupos de psicoeducación. También reducción de rumiación, reducción de pensamientos negativos y aumento de cantidad de palabras positivas en dos estudios. De los catorce trabajos de la revisión, solo cuatro estudios presentaron datos. El tamaño del efecto muestra un resultado moderado a favor de MBCT ($SD = -.52$ [95% IC = -1.05 - .00]; $p = .004$; $I^2 = 77.7\%$) (Liberali, 2017).

Por otro lado, en el ECA de Bieling (Bieling et al. 2012) los grupos MBCT, TH y placebo no mostraron mejoras en la rumiación. En otro estudio (Williams et al. 2014), el grupo de psicoeducación mostró mejores resultados de la demanda de terapeuta y el uso de nueva medicación que los grupos MBCT y TH. Por último, el estudio de Omid (Omid et al. 2013) mostró resultados similares entre los grupos, con una disminución en depresión y ansiedad primero en MBCT, seguido de los grupos TCC y TH (Liberali, 2017).

En cuanto al estudio de Li (Li et. al, 2022), el objetivo principal es el de averiguar el efecto de MBI en los síntomas de rumiación y depresión. En relación a la rumiación, el efecto global es favorable para MBI y estadísticamente significativo. Por tanto, el resultado sugiere que los MBI tiene un efecto positivo en el tratamiento de rumiación de los pacientes con depresión, sin importar el método de comparación ($g = -.46$ [95% IC = $-.58 - .34$]; $p < .001$; $I^2 = 37\%$) (Li et. al, 2022). En los resultados de depresión, de los 18 estudios, 15 mostraron los efectos positivos de los grupos de mindfulness en comparación con el grupo control. Los estudios se dividieron en dos subgrupos según el tipo de grupo control. En ambos, los resultados sugieren un efecto global favorable a MBI. Estos valores demuestran el notable impacto de mindfulness en los síntomas depresivos de los pacientes ($g = -.58$ [95% IC = $-.83 - .32$]; $p < .001$; $I^2 = 71\%$) (Li et. al, 2022).

El estudio de Alsubaie (Alsubaie et. al, 2017) pretende averiguar los mecanismos de acción de MBCT y MBSR en personas con afecciones físicas y/o psicológicas. Solo se han seleccionado los resultados de muestras con trastornos depresivos. Los resultados indican que la MBCT lleva a una reducción en los síntomas depresivos, tanto en los casos de depresión residual como en los de recaída. Estos efectos están mediados por los aumentos en habilidades de mindfulness, aceptación sin juicio y curiosidad propios de la intervención (Alsubaie et. al, 2017).

A continuación, en cuanto a la medición del afecto, se encontró que el aumento del afecto positivo, la actividad placentera y las experiencias recompensantes se asocian con la disminución de la depresión. El aprendizaje de la autocompasión tiene un papel mediador entre la efectividad de MBCT y la depresión durante un período de seguimiento de 15 meses. También se encontró que altos niveles de reactividad emocional predecían un peor resultado en términos de síntomas depresivos y tasa de recaídas. En el grupo MBCT este vínculo entre reactividad y resultado fue menor. En relación al funcionamiento cognitivo y el procesamiento atencional, un estudio examinó la memoria autobiográfica, habilidades de

cambio, actitud disfuncional, atención y rumiación, encontrando que la MBCT mostró disminución significativa únicamente en las actitudes disfuncionales (Alsubaie et. al, 2017).

El estudio de Van der Velden (Van der Velden et. al, 2015) tiene como objetivo evaluar el progreso en la investigación empírica sobre los mecanismos de cambio de MBCT para TDM recurrente. Doce de los veinte estudios encontraron que los cambios de mejora en mindfulness, rumiación, preocupación, autocompasión, descentramiento o meta conciencia son debido al efecto del MBCT (Van der Velden et. al, 2015). Tres de siete estudios hallaron que la disminución de la rumiación se asociaba con una reducción de los síntomas de depresión tras el tratamiento de MBCT. Dos de cada tres, que el aumento de la atención plena tras la intervención como mediador del resultado del tratamiento, así como que la disminución de la rumiación está relacionada con el resultado del tratamiento (Van der Velden et. al, 2015).

Por otro lado, dos ensayos no encontraron pruebas de las variables teóricas predichas de mindfulness o rumiación, sin encontrar una explicación de tal suceso. Un ECA (Hepburn et al., 2009) encontró que el tratamiento MBCT se asoció con una disminución de los intentos de suprimir los pensamientos negativos, y se ha planteado la hipótesis de que la disminución de la supresión de pensamientos podría estar relacionada con la disminución de la cognición depresiva. Solo dos estudios investigaron los correlatos neurales y los mecanismos en el tratamiento MBCT del TDM, y el resultado fue inconsistente. En cuanto al riesgo de sesgo y la generalidad de los resultados, la mayoría de los ensayos incluidos no informaron sobre las medidas de fidelidad (competencia del terapeuta, adherencia al tratamiento MBCT) del tratamiento. Concluyen que el estudio de mecanismos específicos en el tratamiento MBCT del TDM recurrente está aún en sus primeras fases.

El estudio de Chiesa (Chiesa y Serretti, 2010) tiene como objetivo examinar la evidencia de ECA en pacientes psiquiátricos. En cuanto a la reducción de sintomatología depresiva, MBCT+ TH es significativamente mejor que el TH sólo para la reducción de los síntomas residuales medio con las diferencias medias ponderadas estandarizadas [DMP] (DMP= -10.28 [IC 95%= -17.18; -3.38], $p = .003$). Estos resultados perdieron fuerza cuando se excluyeron los estudios de baja calidad, aunque el resultado fue el mismo. La comparación de MBCT + ADM (la gradual interrupción de la medicación) frente a solamente ADM en un estudio encontró una reducción significativamente mayor de las puntuaciones de BDI en el grupo MBCT en comparación con el grupo de control (DMP= -4.35 [IC 95%= -8.6; -.10] $p = .04$) (Chiesa y Serretti, 2010).

Respecto a la prevención de recaídas, cuatro estudios que comparan MBCT+TH y TH, muestran que, tras la intervención, el 32% de los pacientes con 3 o más episodios previos recayeron en los 12 meses siguientes, en comparación con el 60% de los grupos de control (CP=0,36 [IC 95%= .19 - .48] $p < .0003$). Sin embargo, con solo 2 episodios previos de MD, no hallaron diferencias significativas entre los grupos (MBCT 50%; TH 27%; CP=3,17 [IC 95%= .97- 10.37] $p = .16$, $I^2=0\%$). Las intervenciones MBCT y ADM en comparación con ADM aislado, no encontraron diferencias significativas en el número de recaídas (MBCT 47%, ADM 60%; CP=0,61 [95% IC=.30; 1.25], $p = .18$) (Chiesa y Serretti, 2010).

El estudio de Perestelo-Pérez (Perestelo-Pérez et al., 2017) tiene como objetivo comprobar la eficacia de las MBI en síntomas de rumiación sobre poblaciones de diversa índole (ver tabla 4). Los únicos datos cuantitativos extraídos son únicamente los relativos a los ECA. El resultado de los seis estudios que compararon MBCT con TH o lista de espera, fue significativamente favorable para la intervención de mindfulness (N = 516; $g = -0,59$; [IC 95%: 0.77, 0.41]; $I^2 = 0\%$) (Perestelo-Pérez et al., 2017). Tres estudios realizaron un seguimiento un mes después de la intervención. La diferencia es significativa a favor de MBI, aunque en comparación con el momento post intervención, el efecto fue menor ($g = -0,46$, IC 95%: $-0,81, -0,10$; $I^2 = 0\%$). En comparación con otros tratamientos activos para la depresión (TH, TCC y activación conductual), tres estudios revelan que la diferencia de las puntuaciones sobre la eficacia de la rumiación no fue significativa (N = 113; $g = -0,02$; IC del 95%: $-0,39, 0,35$; $I^2 = 0\%$) (Perestelo-Pérez et al., 2017).

A continuación, el estudio de Strauss (Strauss et al., 2014) tiene el principal objetivo de comprobar la eficacia de MBI en personas que experimentan un episodio o trastorno actual de tipo ansioso o depresivo. Únicamente se ha extraído la información relativa a trastornos y episodios depresivos. El análisis de subgrupos muestra que existen diferencias significativas entre grupos tras la intervención sobre personas diagnosticadas de un trastorno depresivo, con un gran tamaño del efecto medio-alto en la gravedad de los síntomas (g de Hedge = $-0,73$; [IC del 95% = $-1,36 - -0,09$]; $z(3) = 2,24$; $p = .03$) (Strauss et al., 2014).

El estudio de Seshadri (Seshadri et al., 2021) tiene como objetivo sintetizar la evidencia de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la psicoterapia positiva (PPT) en el tratamiento de un episodio actual de depresión mayor. Únicamente se ha extraído la información que refiere a las MBCT. Los resultados indican que los pacientes muestran una pequeña mejoría general significativamente estadística de los síntomas depresivos tras la intervención (DMP = $.40$ [95% IC = $.12 - .67$]; $p = .005$; $I^2 = 49\%$). Además, MBCT y ACT son significativamente superiores a las condiciones de control de tratamiento habitual, y son comparables a la TCC en la reducción de los síntomas depresivos. Según los autores, debido a la escasez de ECA de alta calidad, el metaanálisis no tiene la potencia adecuada para detectar diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades terapéuticas (Seshadri et al., 2021).

4. DISCUSIÓN

4.1 Interpretación general de los resultados.

Este trabajo ha tenido como principal objetivo el de ahondar y averiguar las evidencias aportadas de estudios de alta calidad, tales como revisiones sistemáticas y meta analíticas, con el fin de averiguar la eficacia y la fuerza de las intervenciones basadas en Mindfulness como tratamiento en población con diagnóstico de trastornos depresivos. Doce estudios fueron revisados tras la revisión exhaustiva de la literatura examinada. Hay heterogeneidad entre los estudios (pacientes con trastornos depresivos de diversa índole, así como objetivos distintos entre sí).

La mayoría de los estudios examinados han evaluado el efecto de las técnicas propias del MBCT en distintas poblaciones, todas con pacientes con diagnóstico de depresión. Tal y como se ha mencionado anteriormente, el MBCT fue creada por Teasdale, Segal y Williams

(Teasdale et al., 2000) como un tratamiento específico que se centra en los síntomas anímicos depresivos, así como en los procesos cognitivos, combinando los componentes de la Terapia Cognitivo Conductual.

4.1.1 Trastornos depresivos

Las intervenciones basadas en Mindfulness son eficaces como intervención de los distintos trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, episodio depresivo, depresión crónica, depresión recurrente), según la mayoría de los estudios (Zhang et al., 2022; Reansing et al., 2021; Tretto-Sverre et al., 2022; Liberali, 2017; Li et al., 2022; Alsubaie et al., 2017; Van der Velden et al., 2015; Chiesa et al., 2010; Perestel-Perez et al., 2017; Strauss et al., 2014; Seshadri et al., 2021). En total, 10 de los 12 concuerdan en esta conclusión, lo que equivale a aproximadamente 103 de los 128 artículos primarios. En contra o en disonancia con tal afirmación, algunas investigaciones concluye que así las MBI son eficaces, pero no lo asegura con rotundidad (Chiesa et al., 2010; Seshadri et al., 2021), la mitad de los estudios primarios incluidos no encuentran tal efecto (Reansing et al., k=2) o no lo encuentran tras eliminar datos outliers (Wang et al., 2018).

Estas conclusiones coinciden con las de investigaciones previas plasmadas en este trabajo, donde a pesar de haber un evidencia favorable para riesgo de recaída (Kuyken et al., 2008; Teasdale et al., 2000), algunos estudios presentan resultados inconsistentes (Costa y Barnhofer, 2016; Manicavasgar et al., 2011).

4.1.2 Trastorno por consumo de alcohol

Existen evidencias a favor y en contra de la eficacia de MBI para el consumo de alcohol. La mitad de los ECA redujeron la sintomatología tras la intervención, mientras que en la mitad restante no se produjo tal efecto (Reansing et al., 2021).

4.1.3 Ideación suicida

Existe una reducción de la ideación suicida tras el tratamiento en la mayoría de los ECA, con un tamaño del efecto moderado (Zhang et al., 2022).

4.1.4 Rumiación

Los principales estudios que investigan sobre MBI en rumiación e incorporan 18 ECA (Li et al., 2022), y 11 ECA (Perestelo-Perez et al., 2017), respectivamente, las MBI tienen un efecto favorable sobre rumiación, y así lo corroboran la mayoría de los ECA de otros trabajos (Van der Velden et al., 2015; Alsubaie et al., 2017). Por el contrario, unos pocos ECA reflejan que no hay diferencias en las puntuaciones tras la intervención (Van der Velden et al., 2015 (k=2); Liberali, 2017 (k=1)) o el seguimiento (Perestelo-Perez et al., 2017 (k=3)). Estos resultados coinciden con investigaciones previas (Cladder-Micus et al., 2018) mientras que contrastan con otras (Eisendrath et al., 2008).

4.1.5 MBI en comparación con TCC

Las MBI no obtienen puntuaciones significativamente diferentes a las comparadas con la Terapia cognitivo conductual en los trabajos en los que se ha realizado tal comparación. Estos resultados se mantienen cuando es el principal objetivo del estudio (Tretto-Sverre et al., 2022) o cuando la TCC forma parte de algún grupo control (Liberali, 2017; Perestelo –Perez et al., 2017; Seshadri et al., 2021).

4.2 Potenciales limitaciones del estudio

A pesar de que la estrategia de búsqueda incluyó bases de datos suficientes para la investigación, la búsqueda se restringió a artículos en inglés y español, lo que puede limitar el número de revisiones sobre la temática tratada. Existe un solapamiento controlado de artículos primarios, lo que podría conllevar la generalización de resultados inexactos. No todos los trabajos incluyen datos cuantitativos, ni la mayoría presentan datos de una fase de seguimiento. Aunque se proporciona una lista de motivos de exclusión, no se presenta una lista de artículos excluidos potencialmente relevantes.

5. Conclusiones

La depresión se ha identificado como un factor de riesgo para la salud de la población global. La alta prevalencia y comorbilidad de la depresión crea la necesidad de implementar intervenciones basadas en la evidencia. Este trabajo ha resumido los estudios que ponen el foco en la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness para la reducción de los síntomas depresivos. Mientras que las intervenciones han obtenido resultados satisfactorios, se han encontrado limitaciones y, por consiguiente, futuras vías de investigación

Para conseguir una mayor y mejor evidencia, es necesario un mayor número de investigaciones de alta calidad. Investigaciones futuras deberían centrarse en la estandarización de la intervención, ampliando el número de muestras para la obtención de una mayor cantidad de datos, perfeccionando las intervenciones, obteniendo datos cuantitativos y realizando una fase de seguimiento para comprobar el efecto de la intervención a largo plazo.

6. REFERENCIAS

- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W. y Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical psychology review*, 55, 74-91.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*, 1(82), 10-1037.
- Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T. y Segal, Z. V. (2012). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 365.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D. y Carmody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), pp. 230-241.
- Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Drexel University.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441-453.
- Ciapponi, A. (2018). AMSTAR-2: herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones de salud. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 21(1).
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijzen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S. y Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914-924.
- Daly, E. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Gaynes, B. N., Warden, D. y Cook, I. (2010). Health-related quality of life in depression: A STAR* D report. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(1), 43-55.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A. y Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(2), 99-110.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. y Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. y Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern european country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.016>

- Gelenberg, A. J. (2010). The prevalence and impact of depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 26446.
- Germer, C. K. (2005). Teaching mindfulness in therapy. *Mindfulness and psychotherapy*, 1(2), 113-129.
- Gilman, S. E., Sucha, E., Kingsbury, M., Horton, N. J., Murphy, J. M. y Colman, I. (2017). Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *Canadian Medical Association Journal*, 189(42), 1304–1310. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170125>
- Guan, B., Cohen, P., Deng, Y. y Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.010>.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Hanh, T. N. y Hoa, M. Q. (1976). *The miracle of being awake*. Kandy, Sri Lanka: Buddhist Publication Society.
- Hawton, K., Haw, C. y Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* ; 147(1–3):17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>.
- Irarrazaval, L. (2010). Psicoterapia basada en mindfulness: Un antiguo método para una nueva Psicoterapia. *Rev GPU.*; 6 (4): 465-71.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Mindfulness-based stress reduction. *Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, 467.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical consideration and preliminary results. *Gen Hosp Psych.*; 4:33- 47.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. y Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(6):966–78. doi: 10.1037/a0013786.
- Li, P., Mao, L., Hu, M., Lu, Z., Yuan, X., Zhang, Y. y Hu, Z. (2022). Mindfulness on rumination in patients with depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16101.
- Liberali, R. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Major depressive disorder-systematic review and metanalysis. *Fisioterapia em Movimento*, 30, 335-349.
- Lunny, C., Brennan, S. E., Reid, J., McDonald, S. y McKenzie, J. E. (2020). Overviews of reviews incompletely report methods for handling overlapping, discordant, and problematic data. *Journal of clinical epidemiology*, 118, 69-85.

- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., y Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Penate, W., Rivero-Santana, A. y Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 282-295.
- Reangsing, C., Wimolphon, P., Wongsuraprakit, S. y Oerther, S. (2021). Effects of mindfulness-based interventions on depressive symptoms and alcohol craving in individuals with comorbid alcohol use disorder and depression: a systematic review. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 59(12), 41-47.
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A. y Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and positive psychotherapy for major depression. *American journal of psychotherapy*, 74(1), 4-12.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J. y Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *bmj*, 358.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 5-30.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. y Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS one*, 9(4), e96110.
- Sverre, K. T., Nissen, E. R., Farver-Vestergaard, I., Johannesen, M. y Zachariae, R. (2022). Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clinical Psychology Review*, 102234.
- Teasdale, J. D., Segal, V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J.M. y Lau, M.A. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.*; 70:275-287.
- Van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J. y Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical psychology review*, 37, 26-39.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Brown, A., Carter, A. y Zuhlke L.J. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Walker, E.R., McGee, R.E. y Druss, B.G., (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 72, 334–341.

- Wang, Y. Y., Li, X. H., Zheng, W., Xu, Z. Y., Ng, C. H., Ungvari, G. S. y Xiang, Y. T. (2018). Mindfulness-based interventions for major depressive disorder: a comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 229, 429-436.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. y Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 275.
- Winkler, P., Horáček, J., Weissová, A., Šustr, M. y Brunovský, M. (2015). Physical comorbidities in depression co-occurring with anxiety: a cross sectional study in the Czech primary care system. *International journal of environmental research and public health*, 12(12), 15728-15738.
- World Health Organisation. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization (2018a). WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Zhang, B., Fu, W., Guo, Y., Chen, Y., Jiang, C., Li, X. y He, K. (2022). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.



ANEXO 1. Estrategias de búsqueda por base de datos

COCHRANE LIBRARY

(mindfulness[Title/Abstract]) AND (depr*[Title/Abstract])

Filters applied: Meta-Analysis, Systematic Review, English, Spanish

SCOPUS

(TITLE-ABS-KEY (mindfulness) AND TITLE-ABS-KEY (depr*) AND TITLE-ABS-KEY ("systematic review")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NEUR") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MULT")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))

WEB OF SCIENCE

((TS=(mindfulness)) AND TS=(depr*)) AND TS=("systematic review") Refined By:Languages: English or Spanish.

MEDLINE (EN OVIDSP)

(mindfulness and depr* and "systematic review").m_titl.

PsycInfo

TI mindfulness AND KW depr* AND TI "systematic review" limit to "review articles"

PsycArticles

TI mindfulness AND TI depr* AND TI revision sistematica

CSIC

1. [Por Campos] Título documento(Todas las palabras)="mindfulness"

Y Título documento(Todas las palabras)="revisión sistemática"

ANEXO 2

Tabla 5

Evaluación del riesgo de sesgo.

	Wang, 2018	Zhang, 2022	Reangsin g, 2021	Trettø, 2022	Liberali, 2017	Li, 2022	Alsubaie, 2017	V. der Velden, 2015	Chiesa, 2010	Perestelo , 2017	Strauss, 2014	Seshadi, 2021
1. Componentes PICO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. Metodología explícita	Sí	No	No	No	No	No	Sí parcial	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí
3. Diseño de estudio	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	No
4. Búsqueda exhaustiva	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí
5. Selección por duplicado	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
6. Extracción por duplicado	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí
7. Lista de excluidos	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No
8. Descripción estudios incluidos	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí
9. Evaluación riesgo de sesgo	Sí	No	No	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	No	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí
10. Fuentes de financiación	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí
11. Metodología correcta metaanálisis	Sí	Sí	No MA	Sí	No MA	No	No MA	No MA	Sí	Sí	Sí	Sí
12. Riesgo de sesgo en metaanálisis	Sí	No	No MA	Sí	No MA	No	No MA	No MA	Sí	Sí	Sí	Sí

13. Riesgo de sesgo estudios individuales	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
14. Explicación y discusión heterogeneidad	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
15. Investigación sesgo publicación	Sí	No	No MA	Sí	No MA	Sí	No MA	No MA	No	Sí	Sí	Sí
16. Conflicto de Intereses	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No
Total	10 /16	6.5/16	5/16	13/16	3.5/16	7.5/16	7.5/16	5.5/16	9.5/16	8.5/16	7.5/16	13/16

