

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 03/12/2020. Aceptado: 03/02/2021

NUEVOS ABORDAJES EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: MINDFULNESS AL SERVICIO DE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA

**NEW APPROACHES IN ANXIETY AND DEPRESSION: MINDFULNESS
MEETS SPECIALIZED MENTAL HEALTH CARE NEEDS**

C. Collado-Navarro¹, C. Colomina-Llobell², L. Camacho-Guerrero², A. Barceló-Soler³

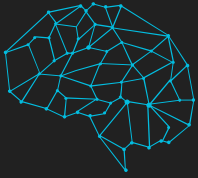
¹Psicólogo Clínico en Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

²Psicóloga Clínica en Consorcio Corporació Sanitària Parc Tauli de Sabadell.

³Investigador en Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza

Correspondencia: Carlos Collado-Navarro. Centro de salud "Trinitat".
Calle de Flora, 7, 46010 Valencia, Valencia. Correo: carloscollado.psicologo@gmail.com

Declaración de Conflicto de intereses: El presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación y ha sido elaborado por los autores sin conflicto de intereses económicos, éticos o de otra índole. CCN, CCLL y LCG han llevado a cabo el estudio de campo; CCN y CCLL han redactado el artículo; LCG y ABS han realizado los análisis estadísticos.



RESUMEN

Los trastornos emocionales (ansiedad, depresión y trastornos relacionados) son los trastornos psicológicos más prevalentes según estudios epidemiológicos recientes. Debido a su alta prevalencia en la población, encontrar un tratamiento coste-efectivo para estos trastornos se ha convertido en un objetivo clave para la psicología clínica, sobre todo en contextos públicos donde cuentan con recursos limitados y se enfrentan a largas listas de espera. Con este panorama asistencial, nos planteamos buscar nuevos abordajes terapéuticos que puedan sostener la creciente prevalencia de los trastornos ansioso-depresivos. En este contexto, las intervenciones grupales basadas en Mindfulness cuentan con numerosos estudios que abalan su eficacia en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión.

En esta línea de trabajo, en el Hospital Universitario de la Plana (Vila-Real, Castellón) se ha llevado a cabo una Intervención Basada en Mindfulness para el tratamiento de los síntomas ansioso-depresivos en un contexto público de Salud Mental Especializada. La muestra estuvo compuesta 58 pacientes (82,8% mujeres, edad media 39,16 años; DT = 11,52) con síntomas del espectro ansioso-depresivo, pertenecientes a la Unidad de Salud Mental de Carinyena (Vila-Real, Castellón) que asistieron a 8 sesiones grupales de tratamiento basado en atención plena, impartidas por dos Psicólogos Internos Residentes. Las sesiones de tratamiento abarcan los contenidos teóricos y prácticos de los dos principales protocolos de Mindfulness que existen, el Programa de Reducción del Estrés basado en la atención plena (MBSR); y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT). Los participantes respondieron los cuestionarios BDI-II y STAI, que evalúan depresión y ansiedad respectivamente. Los análisis indicaron un descenso significativo en ambas variables de estudio tras el tratamiento, con tamaños del efecto entre medios y altos. Así, los resultados van en la línea de trabajos anteriores y apoyan la implantación Intervenciones grupales Basadas en Mindfulness en el Sistema Público de Salud Mental Español.

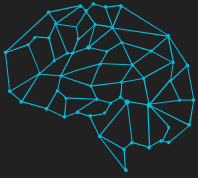
Palabras clave: Mindfulness, atención plena, tratamiento transdiagnóstico, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, salud mental, terapia grupal.

ABSTRACT

Emotional disorders (anxiety, depression and related disorders) are the most prevalent psychological disorders according to recent epidemiological studies. Due to their high prevalence in the population, finding a cost-effective treatment for these disorders has become a key objective for clinical psychology, especially in public contexts where limited resources and long waiting lists are becoming an alarming problem. With this healthcare panorama, we propose to search for new therapeutic approaches that can sustain the growing prevalence of anxiety-depressive disorders. In this context, numerous studies prove the effective ness of Mindfulness-Based group interventions in reducing anxiety and depression symptoms.

In this line of work, at the Hospital Universitario de la Plana (Vila-Real, Castellón) a Mindfulness-Based Intervention has been carried out for treating anxiety-depressive symptoms in a public context of specialized Mental Health. The sample consisted of 58 patients (82.8% women, mean age 39.16 years; SD = 11.52) with symptoms of the anxiety-depressive spectrum, belonging to the Carinyena Mental Health Center (Vila-Real, Castellón) who attended 8 group sessions of Mindfulness-Based treatment, taught by two Internal Resident Psychologists. Treatment sessions cover theoretical and practical contents of two well-established protocols: Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) and the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Participants answered the BDI-II and STAI questionnaires, which assess depression and anxiety respectively. Outcomes showed a significant decrease in both study variables after treatment, with medium and high effect sizes. Thus, the results are in-line with previous publications and support the implementation of Mindfulness-Based group Interventions in the Spanish Public Mental Health System.

Keywords: Mindfulness, transdiagnostic treatment, emotional disorders, anxiety, depression, mental health, group therapy.



INTRODUCCIÓN

LOS TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN SALUD MENTAL

Actualmente, los trastornos emocionales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados) son los trastornos psiquiátricos más frecuentemente atendidos en los Centros de Salud Mental Especializada, donde los recursos son insuficientes para atender de manera óptima a los pacientes según marcan las Guías de Práctica Clínica (Cordero-Andrés et al., 2017).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, solo en España la depresión afecta a 2,5 millones de personas, mientras que 2 millones de personas padecen trastornos de ansiedad (cifras equivalentes a un 5,2% y a un 4,1% de la población general respectivamente) (World Health Organization, 2017). Los trastornos emocionales se posicionan cada vez más como un problema de primer orden en nuestro país, lo cual se traduce en un aumento de la presión asistencial en las Unidades de Salud Mental Especializada. Los datos recogidos en la Estrategia Autonómica de Salud Mental planteada para 2016- 2020 (GV, 2016), reflejan un aumento progresivo, pero constante de las primeras consultas y visitas sucesivas en Castellón y en Comunidad Valenciana desde el 2010 hasta el 2015.

Los análisis que quedan plasmados en esta estrategia, indican como debilidades respecto a la intervención en Salud Mental en la Comunidad valenciana: las escasas terapias psicosociales y psicológicas en comparación con los tratamientos farmacológicos, y la elevada variabilidad en la práctica clínica, con la escasez de programas y protocolos de actuación comunes. También ponen de manifiesto como una amenaza a considerar la cultura de la medicalización al abordar los problemas psicológicos como un tipo de "malestar tratable".

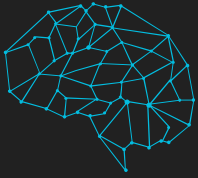
A modo de conclusión, y tras la revisión realizada basada en la evidencia, podemos afirmar que los trastornos ansioso depresivos, y las patologías asociadas a la regulación emocional, constituyen una prioridad en las Unidades de Salud Mental Especializada. Se necesita un modelo de intervención que pueda abordar la ansiedad y la depresión de una forma coste-efectiva, cumpliendo además con los objetivos planteados en la Estrategia Autonómica de Salud Mental respecto a la elaboración de procesos y a la asistencia de calidad de estas patologías.

Los formatos grupales de terapia suelen encontrarse en entornos clínicos públicos con recursos limitados y suponen ciertas ventajas, especialmente respecto a la diseminación y accesibilidad de los tratamientos basados en la evidencia (Laposa, Mancuso, Abraham, & Loli-Dano, 2017; Osma et al., 2019). Desde una visión práctica, el formato grupal permite que un mayor número de pacientes sean atendidos a la vez, reduciendo las listas de espera y siendo más coste-efectivos que los formatos individuales (Norton, 2012). Además, la mayoría de los estudios no han encontrado diferencias significativas entre el formato individual y el formato grupal en términos de eficacia (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004).

Más específicamente, las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* (IBM), en formato grupal, han demostrado eficacia en la reducción de los síntomas nucleares de los trastornos emocionales (Hervás et al. 2016). Por lo tanto, podemos concluir que los enfoques grupales basados en atención plena, constituyen una opción terapéutica que podría ser eficaz al permitir abordar las necesidades asistenciales de la Comunidad Valenciana, cumpliendo los estándares de eficacia clínica.

MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

La atención plena o *Mindfulness*, entendida como "una capacidad humana universal y básica que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento" (Simón, 2007), puede ser utilizada como componente principal dentro de un programa de intervención, o también puede utilizarse como una herramienta terapéutica más. Respecto a la primera utilidad, los programas de tratamiento normalmente incluyen psicoeducación, prácticas formales e informales de atención plena, y diferentes ejercicios introspectivos. Kabat-Zinn fue quien desarrolló el Programa de Reducción del Estrés basado en la atención plena (MBSR: *Mindfulness Based Stress Reduction*) (Kabat-Zinn, 1990, 2003, 2007), el primer abordaje terapéutico que aplicó *Mindfulness* a los problemas psicológicos y médicos. Este programa, junto con la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (*Mindfulness based cognitive therapy*, MBCT) (Segal, Williams & Teasdale, 2013), creada para la prevención de recaídas en depresión, constituyen los protocolos grupales pioneros, con mayor extensión y evidencia a nivel internacional que utilizan la atención plena como elemento fundamental de la intervención.



Los tratamientos psicológicos encargados de abordar los trastornos emocionales, se focalizaban en sus inicios en cambiar el pensamiento a través de la conducta, o sustituir unos pensamientos por otros (modelo cognitivo-conductual).

La terapia cognitivo conductual (TCC), postula que en la base de los trastornos psicológicos existen cogniciones desadaptativas o "negativas" sobre el yo, el mundo y los otros, y que éstos pueden cambiarse, a través del desafío de su significado, por otros pensamientos más realistas. La TCC cuenta una extensa evidencia empírica para muchos trastornos psicológicos, y se recomienda como la terapia psicológica de primera línea para la depresión (NICE 2009) y los trastornos de ansiedad (NICE 2011). En los últimos años, ha surgido una nueva generación de terapias conductuales, la "tercera ola" de la terapia cognitivo conductual, que trata de cambiar los pensamientos con estrategias que van más allá del desafío racional de los mismos (Alonso & Germer, 2016). Esta corriente se centra principalmente en la función de las cogniciones teniendo en cuenta su contexto. Aborda conceptos como la supresión del pensamiento o la evitación experiencial, utilizando estrategias tales como ejercicios de atención plena, aceptación de pensamientos y sentimientos no deseados y / o defusión cognitiva para provocar el cambio (Hunot et. al, 2013).

En términos generales, la práctica regular de la atención plena o *Mindfulness* incrementa la capacidad de regulación emocional, traduciéndose en mejoras en la ansiedad, el estrés y la depresión, además de lograr un mayor bienestar subjetivo en la persona que lo practica. El desarrollo de una conciencia más profunda también fortalece la capacidad para anular las respuestas automáticas a estímulos estresantes, y permite al cuerpo reconocer, reaccionar y recuperarse de este tipo de estímulos de forma más rápida (Kirby, 2016; Greeson et al 2018).

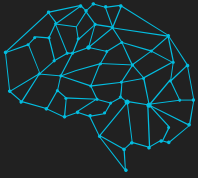
En una revisión realizada por Hervás, Cebolla y Soler en 2016, concluyen que las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* son un grupo de intervenciones eficaces en un rango amplio de problemas tanto mentales como de salud. Por ello, uno de los aspectos más relevantes a destacar de esta técnica es su amplio rango de aplicación. En atención primaria, encontramos un ensayo clínico aleatorizado realizado por Sundquist et al. (2015) que compara en un grupo de pacientes con síntomas ansioso depresivos o adaptativos, un abordaje basado en atención plena con el tratamiento habitual basado en TCC. Este ensayo concluyó que la terapia

grupal basada en atención plena puede ser igual de eficaz que la terapia cognitivo conductual individual.

En esta línea encontramos el metaanálisis de Kourhy et al. (2013), en el que se realizó una revisión general del valor terapéutico de las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* a través de 209 estudios, que incluyeron 12.145 participantes con diferente edad, género y perfil clínico. Los resultados mostraron una eficacia similar a la terapia cognitivo-conductual, y ligeramente superior si se comparaba con otras intervenciones como la psicoeducación o la relajación. De manera más específica, en los trastornos de ansiedad y depresión, con las IBM sí que se obtuvo un tamaño del efecto más elevado, y clínicamente significativo, cuyas ganancias se mantuvieron también en el seguimiento. Otros autores (Strauss et al., 2014) realizaron un metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados de IBM en el que se incluyeron solo pacientes diagnosticados con un episodio depresivo o ansioso en el momento de la intervención, encontrándose en los resultados una disminución de la gravedad de los síntomas primarios y concluyendo que este enfoque puede considerarse una intervención efectiva para esta población.

Centrándonos en el tratamiento de los trastornos afectivos, en los últimos años han surgido diferentes revisiones respaldando la eficacia de las IBM en abordaje de estas patologías, especialmente en depresiones graves o con mayores síntomas residuales (Kuyken et al., 2016), o en depresiones resistentes que no mejoran con tratamiento (Deen, Sipe & Eisendrath, 2016). No obstante, también podemos encontrar revisiones como la de Gotnik et al. realizada en 2015, que nos orientan hacia un uso de las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* en fases agudas del trastorno depresivo mayor. La MBCT para la prevención de recaídas en depresión (dos o tres episodios previos de depresión mayor), cuenta con el nivel de eficacia más establecido dentro de las guías de práctica clínica más utilizadas (NICE, Australia y nueva Zelanda), que justifican su uso como tratamiento de elección para la depresión resistente.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, encontramos menos evidencia en comparación a los trastornos afectivos. Aun así, en una revisión que abarca 19 ensayos clínicos aleatorizados en los que se aplicaban Intervenciones Basadas en *Mindfulness* a trastornos del espectro ansioso, se observó una reducción importante de los síntomas de ansiedad y los síntomas depresivos comórbidos (Vøllestad, Sivertsen & Nielsen, 2011). También se ha mostrado eficacia en el abordaje



de pacientes con ansiedad por la salud, tanto al finalizar la intervención como en el mantenimiento de los resultados en el seguimiento (McManus, et. al, 2012).

Con todo lo expuesto, consideramos que las intervenciones grupales basadas en *Mindfulness* podrían consolidarse como una opción terapéutica eficaz y coste-efectiva, que además abordaría el problema de la espera de atención de los pacientes al contar con las ventajas de los tratamientos grupales.

El objetivo general del presente estudio es el de evaluar la efectividad de una adaptación propia de los protocolos MBSR y MBCT para tratar sintomatología ansiosa y depresiva en las Unidades de Salud Mental públicas.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cuasi-experimental, en el que se ha planteado una hipótesis, se ha realizado la intervención y se han evaluado los resultados, pero no ha existido un grupo control que permita hacer comparaciones:

La hipótesis planteada postula que los pacientes que reciban el tratamiento basado en *Mindfulness* reducirán síntomas clínicos (ansiedad y depresión). Como se explica en apartados posteriores, se realizaron las 8 sesiones de atención plena a varios grupos de pacientes, y tras la recogida de los datos pre y post de las variables estudiadas, se analizaron los resultados.

PARTICIPANTES

Los participantes fueron pacientes pertenecientes a la Unidad de Salud Mental de Carinyena (Hospital Universitario de la Plana, Castellón) que cumplieran criterios para un diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión de gravedad leve-moderada según DSM-5. Los pacientes fueron entrevistados por su terapeuta de referencia (Psiquiatras y psicólogos clínicos de la unidad) y derivados a la lista de espera de la intervención grupal si consideraban que se podrían beneficiar del tratamiento.

Se realizaron un total de 8 IBM grupales, obteniéndose un tamaño muestra de 58 pacientes (82,8% mujeres, edad media 39,16 años; DT = 11,52) al inicio del tratamiento y 27 que lo finalizan.

Los pacientes podían seguir recibiendo tratamiento psiquiátrico mientras durase la intervención grupal y todos los procedimientos utilizados con los pacientes se hicieron

bajo consentimiento informado siguiendo los principios de la declaración de Helsinki del 1975 y sus posteriores actualizaciones (Comité Ético HUGC 7/2017).

Criterios de inclusión: usuarios del sistema nacional de salud pertenecientes al Departamento de Salud de la Plana, mayores de 18 años y en posesión de la tarjeta sanitaria individual (SIP) que cumplen criterios para un trastorno de ansiedad o depresión de intensidad leve-moderada según DSM-5. Se incluyen trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo, fobias específicas, trastorno de pánico, agorafobia y depresión.

Criterios de exclusión: Padecer otro diagnóstico psiquiátrico grave (dependencia o abuso de sustancias, antecedentes esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, Trastorno Bipolar, Trastorno Personalidad Grave según criterio clínico...); Presencia de ideas delirantes o alucinaciones en el momento del estudio; Riesgo importante de suicidio; Imposibilidad de desplazarse al lugar donde vayan a realizarse las sesiones o incompatibilidad horaria.

MATERIALES-INSTRUMENTOS

Se evaluaron las variables de ansiedad y depresión a través de los cuestionarios: STAI estado y rasgo para evaluar la ansiedad (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) y BDI-II para la evaluación de depresión (Beck, Steer Steer & Brown, 1996) antes y después de finalizar la intervención.

El protocolo utilizado en nuestro estudio es una Intervención Basada en *Mindfulness* de elaboración propia basada en los protocolos MBCT y MBSR, que se elaboró buscando una simplificación de los contenidos más relevantes de ambos programas. En la tabla I detallamos los contenidos y prácticas trabajados en cada sesión.

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Los facultativos de Psicología Clínica, y Psiquiatría que trabajan en la Unidad de Salud Mental de Carinyena, Vila-Real (Castellón), después de valorar los pacientes y establecer un juicio clínico, derivan al grupo a aquellos que consideran que se pueden beneficiar del tratamiento, y que cumplen los criterios de inclusión establecidos. Una vez derivados, se realiza un contacto telefónico con los pacientes en el que se les informa del horario, lugar y temporalidad del grupo, y en caso de acuerdo, se les incluye.

Los grupos de *Mindfulness* para el manejo del malestar emocional estuvieron impartidos por dos Psicólogos Internos

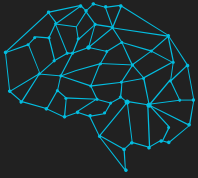


Tabla I. Contenidos y prácticas de la intervención adaptada.

SEM	CONTENIDOS	PRÁCTICAS
S1	Presentación del grupo, normas grupales y programación de las sesiones. Expectativas Introducción al <i>Mindfulness</i> : Definición de <i>Mindfulness</i> ; Las prácticas de meditación; Beneficios del <i>Mindfulness</i> Explicación piloto automático y mente de mono	Meditación de la uva pasa Meditación de la respiración y el cuerpo
S2	Diferencias entre relajación y meditación Actitudes <i>Mindfulness</i> a cultivar Calendario de sucesos agradables	Escáner corporal
S3	Importancia del cuerpo y la respiración Yoga mindful Calendario de Sucesos Desagradables	Espacio de respiración de 3 minutos Yoga mindful
S4	Observar los pensamientos. (reacciones habituales de apego y aversión) Afrontar el estrés (valoración general del estrés y síndrome general de adaptación). Responder vs reaccionar	Ejercicio de escucha atenta Meditación sentado: respiración, cuerpo, pensamientos
S5	Estrategias de afrontamiento del estrés Antecedentes-Respuestas-Consecuencias Uso de los 3 minutos de respiración en momentos de estrés	Meditación de la dificultad Meditación de los 3 minutos
S6	Ejercicio de comunicación <i>Mindfulness</i> (oír vs. escuchar) Asertividad y estilos de comunicación Diario de comunicaciones difíciles o estresantes Ejercicio de gratitud de los 10 dedos	Caminar <i>mindfulness</i>
S7	Autocuidado Vínculo entre actividades y estado de ánimo Plan de respuesta ante el estrés.	Movimientos <i>mindfulness</i> Meditación de los 3 minutos ante el estrés
S8	Ejercicio retrospectivo Planes para continuar la práctica Tu razón positiva para seguir practicando Despedida y cierre del grupo	Escáner corporal Meditación amabilidad

Residentes con formación previa en *Mindfulness*, y fueron supervisados por un adjunto con amplia experiencia en la materia. Estos grupos incluyeron un número aproximado de 8 pacientes.

Antes de iniciar el grupo los participantes preguntan cualquier duda que les haya quedado sobre el procedimiento, firman el consentimiento informado y rellenan los cuestionarios. Tras las 8 sesiones de tratamiento, las cuales tienen una periodicidad semanal y una duración de dos horas, se realiza una nueva evaluación post-tratamiento.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics 24.0). Se realizó una matriz de resultados en la que se introdujeron los datos de la muestra a medida que se evaluaban

- En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para conocer las puntuaciones medias y desviaciones típicas de las variables estudiadas.
- En segundo lugar, se comprobó si las medidas cumplían o no el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk para muestras menores de 50 sujetos, encontrándose que todas las medidas cumplieron dicho supuesto menos el BDI-POST.
- En último lugar se analizó si las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento presentaban diferencias significativas. Para ello, nos servimos de la prueba no paramétrica T de Wilcoxon en la variable depresión, y de la prueba paramétrica T de Student para muestras relacionadas en la variable ansiedad.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 58 pacientes que iniciaron el tratamiento grupal, de los cuales un 46,6% finalizó

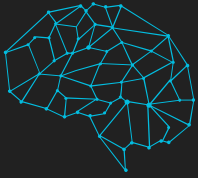


Tabla II. Medias y DT de las variables de estudio antes (PRE) y después (POST) del tratamiento.

VARIABLE	EVALUACIÓN PRE O POST-TRATAMIENTO	MEDIA	DT
Ansiedad estado	PRE	34,19	11,8
	POST	22,07	12,99
Ansiedad rasgo	PRE	29,11	3,36
	POST	27,44	3,27
Depresión	PRE	23,07	11,29
	POST	11,93	10,48

Tabla III. Pruebas T de Wilconxon, T de Student y d de Cohen entre las variables pre y post tratamiento..

VARIABLE	PRUEBA T	P (IC 95%)	d COHEN
Ansiedad estado	-5,684*	,000	-0.977
Ansiedad rasgo	-2,277*	,031	-0.504
Depresión	-4,297**	,000	-1.023

*Prueba T de Student; **Prueba T de Wilconxon

las 8 sesiones del grupo. La tabla II indica las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los participantes del estudio en las variables analizadas antes y después de haber recibido el tratamiento.

Finalmente, se analizaron las diferencias de puntuaciones antes y después del tratamiento para comprobar si el tratamiento había logrado mejorar las características clínicas evaluadas (Tabla III). Los resultados indican que, comparadas con las puntuaciones previas obtenidas antes de realizar el grupo, las puntuaciones en ansiedad rasgo y estado, y depresión, son significativamente menores al finalizar el grupo, lo cual indica que se han reducido estas características clínicas tras el tratamiento. Los tamaños del efecto indican que la potencia del cambio va de moderada a elevada en todas las variables.

CONCLUSIONES

APORTACIONES

Volviendo la mirada al objetivo del estudio, nos planteábamos evaluar la efectividad de una intervención psicológica basada en *Mindfulness* en un contexto de Salud Mental Especializada y sus beneficios. Con esa finalidad elaboramos un programa basado en los dos protocolos más relevantes en la materia (MBCT, MBSR), y lo aplicamos en una Unidad de Salud Mental Especializada como parte de su cartera de servicios. Su población diana fueron pacientes que padecían los trastornos psiquiátricos en los que más se ha demostrado su efectividad, los trastornos ansioso-depresivos. De esta manera ponemos los hallazgos previos en investigación al servicio de la práctica clínica, y nos planteamos aplicarlos en

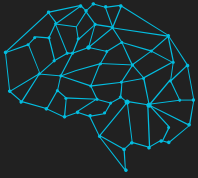
un contexto de salud pública, donde la necesidad de buscar nuevos abordajes terapéuticos está patente.

Si nos centramos en las variables clínicas estudiadas, los resultados obtenidos en depresión y ansiedad van en la misma línea que los encontrados en el metaanálisis de Khoury et al. (2013), y en la revisión realizada Gotnik et. al. (2015), donde se obtiene una reducción significativa de estos síntomas. En esta línea de investigación, encontramos a Strauss et al. (2014), en cuyo metaanálisis se evidencia de nuevo una reducción significativa de los síntomas depresivos tras el uso de intervenciones basadas en *Mindfulness*, no obstante, en este estudio sugieren mejoras más discretas y no significativas respecto a la mejora en los síntomas de ansiedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede sostener que las intervenciones basadas en *Mindfulness* son eficaces para disminuir los síntomas clínicos de los trastornos mentales más frecuentes en salud mental, respondiendo además a unas necesidades reales del panorama de atención al paciente en Salud Mental Especializada. De este modo, las aportaciones principales de este trabajo radican en aunar los hallazgos previos acerca de un enfoque terapéutico novedoso y eficaz con la práctica clínica en un contexto sanitario, y ponerlos al servicio de una necesidad real asistencial en Salud Mental.

LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

La principal limitación de este trabajo tiene que ver con características inherentes a los diseños cuasi-experimentales. Al no existir un grupo control, no se pueden establecer comparaciones que demuestren la superioridad de esta intervención



sobre otros tratamientos. Una manera de mejorar el trabajo y otorgarle mayor rigor científico, permitiendo extrapolar los datos con mayor seguridad, sería enfocarse en comparar estas intervenciones con otros tratamientos como los que actualmente se están ofreciendo en la sanidad pública (tratamientos cognitivo conductuales). Por ejemplo, podríamos compararlo con un grupo control con sintomatología del mismo espectro, que esté siendo tratada con las intervenciones habituales que suelen realizarse en las Unidades de Salud Mental. Para asegurar homogeneidad en el grupo, y asegurarnos de que los sesgos que afectan a los estudios cuasi experimentales no están afectando a nuestro estudio, deberíamos realizar un estudio previo de equivalencia entre ambos grupos.

También cabe mencionar, la ausencia de un análisis exhaustivo de la sintomatología exacta ni de los diagnósticos clínicos que formaron parte de la muestra. La derivación fue realizada por el facultativo especialista de referencia de cada paciente, acorde a unos criterios de inclusión, en los que se especificaba claramente la necesidad de cumplir un diagnóstico clínico del espectro ansioso depresivo. No obstante, dentro de este grupo heterogéneo de síndromes, sería interesante examinar qué diagnóstico clínico presenta cada paciente de cara a realizar comparaciones con otros estudios y analizar la variabilidad intragrupo.

Otra limitación, radica en la posibilidad de que los pacientes continuaran asistiendo a tratamiento psiquiátrico si así lo precisaban. Esto hace que los resultados obtenidos en las variables estudiadas no puedan ser atribuidos con certeza a la intervención realizada. Éste también es un tema complejo ya que, por razones éticas, no se puede ni se pretende privar al paciente de recibir su tratamiento psiquiátrico si lo necesita. Una manera de averiguar hasta qué punto las visitas a psiquiatría, y los cambios de medicación están afectando a las variables estudiadas, podría ser aislar la variable medicación/visitas psiquiatría, y analizar cuanto está influyendo en el resultado final.

Otra propuesta de mejora del estudio podría ser evaluar el mantenimiento de los resultados en el tiempo. Realizando seguimientos de evaluación (a los 6 meses y al año), obtendríamos información de hasta qué punto las mejoras en los síntomas se mantienen en el tiempo.

Por otro lado, ya que este proyecto pretende sugerir nuevas formas de intervención en la sanidad pública que resulten coste-efectivas, sería conveniente realizar un estudio que analizara el coste real de la intervención, comparando lo in-

vertido en las sesiones grupales respecto con las sesiones individuales necesarias para lograr la remisión de los síntomas.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

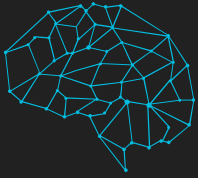
En relación a posibles líneas de investigación futuras, sería interesante estudiar cuáles de los elementos del *Mindfulness* está actuando como "motor de cambio" en el bienestar psicológico de los pacientes. En relación a esto, cabe destacar la creciente literatura que establece la *Compasión*, entendida como la capacidad de ser consciente del sufrimiento propio y ajeno y el deseo de aliviarlo, como el "factor actitudinal crucial" en la relación entre *Mindfulness* y salud mental (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Alonso & Germer, 2016). Sería interesante pues, estudiar si las prácticas y los protocolos específicos de compasión donde trabajan esta variable de forma explícita (Horcajo, 2020), tienen mayor potencial de cambio que las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* estándar.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

El presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación y ha sido elaborado por los autores sin conflicto de intereses económicos, éticos o de otra índole. CCN, CCLL y LCG han llevado a cabo el estudio de campo; CCN y CCLL han redactado el artículo; LCG y ABS han realizado los análisis estadísticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, M., & Germer, C. K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion: ¿hacia las terapias de cuarta generación? *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 169-185.
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5 Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
3. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
4. Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (fifth ed., pp. 647-696). New York.
5. Centro Nacional de Epidemiología (2008). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica.
6. Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., ... Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: Fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98.



7. Deen, S., Sipe, W. y Eisendrath, S. J. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. En S. J. Eisendrath (Ed.), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (pp. 133–144). New York: Springer International Publishing.
8. Greeson, J. M., Zarrin, H., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Lynch, T. R., Webber, D. M., & Wolever, R. Q. (2018). Mindfulness meditation targets transdiagnostic symptoms implicated in stress-related disorders: Understanding relationships between changes in mindfulness, sleep quality, and physical symptoms. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2018.
9. Generalitat Valenciana. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020.
10. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJV, Benson H, Fricchione GL, Hunink MGM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*. 2015;10(4):1–17.
11. Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115–124.
12. Hollis-Walker L, Colosimo K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Pers Individ Dif*, 50(2), 222-227.
13. Horcajo Berná, Lara. "Terapia centrada en la compasión. Un programa para pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria." (2020).
14. Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., ... Churchill, R. (2013). "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
15. Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Fruzzetti, A.E., Schmaling, K.B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
16. Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 143.
17. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Champleau, M.A., Paquin, K., Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33 (6): 763-71
18. Kirby, L. C. (2016). Mastering mindfulness for survival in medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(2), 44–45.
19. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565.
20. Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified Protocol Transdiagnostic Treatment in Group Format: A Preliminary Investigation With Anxious Individuals. *Behavior Modification*, 41, 253–268. <https://doi.org/10.1177/0145445516667664>
21. McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J. M. G. (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.
22. Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
23. Nhat Hanh, T. (2007). *El milagro de Mindfulness*. Barcelona: Ontro. (Trabajo original publicado en 1975)
24. NICE. (2009). *Depression in adults: Recognition and management*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 9(4). <https://doi.org/10.1211/CP.2017.20202439>
25. NICE. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
26. Norton, P. J. (2012). *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual* (Guilford). New York.
27. Osma, J., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, Ó., Gil-Lacruz, M., Pérez-Ayerra, L., Ferreres-Galan, V., ... Domínguez, O. (2019). What format of treatment do patients with emotional disorders prefer and why? Implications for public mental health settings and policies. *PLOS ONE*, 14, e0218117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218117>
28. Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. 2nd eds NY: The Guildford Press.
29. Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII(66 67), 5 30
30. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, 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.
31. Sundquist, J., Lilja, Å., Palmér, K., Memon, A. A., Wang, X., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2015). Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(02), 128–135.
32. meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.
33. Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281–288.
34. World Health Organization Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017