

Revisión

Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad



Ricardo M. Hodann-Caudevilla e Isabel Serrano-Pintado*

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de julio de 2015

Aceptado el 4 de abril de 2016

On-line el 6 de julio de 2016

Palabras clave:

Mindfulness
Tratamientos
Eficacia
Ansiedad
Revisión sistemática

R E S U M E N

En los últimos 20 años ha crecido el interés por los tratamientos basados en mindfulness. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión sistemática de la bibliografía científica actual que mostrara la evidencia disponible respecto a la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness cuando son aplicados específicamente en trastornos de ansiedad. De diversas bases de datos se obtuvieron 269 artículos potencialmente relevantes, de los cuales se seleccionaron 8 que cumplieran los criterios de inclusión. El análisis de estos estudios sugiere que las intervenciones psicológicas basadas en mindfulness son un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad generalizada, angustia, fobia social y estrés postraumático, cuando son usadas como coadyuvantes del tratamiento farmacológico. Aun así se plantea la necesidad de realizar estudios que, mediante un control metodológico riguroso, permitan el establecimiento de conclusiones sólidas respecto de la eficacia de este tipo de intervenciones para el tratamiento de trastornos de ansiedad.

© 2016 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Systematic review of the efficacy of mindfulness-based therapy for anxiety disorders

A B S T R A C T

During the last 20 years, interest in mindfulness-based therapy has grown. The objective of this study was to systematically review the current scientific literature that shows evidence concerning the efficacy of mindfulness-based psychological therapy when applied specifically to the treatment of anxiety disorders. A total of 269 potentially relevant articles were gathered from various databases. Of these, 8 articles fulfilled the inclusion criteria. The analysis of these studies suggests that mindfulness-based psychological therapy is efficacious in the treatment of general anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder and post-traumatic stress disorder when they are used in conjunction with pharmacological treatments. Nevertheless, the authors suggest the need for further studies that, following rigorous methodological review, would allow firm conclusions to be reached concerning the efficacy of this type of treatment for anxiety disorders.

© 2016 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Mindfulness
Treatments
Efficacy
Anxiety
Systematic review

Mindfulness es un término que proviene de la traducción al inglés de la palabra «sati» del idioma Pali. Aunque originalmente esta palabra servía para connotar «conciencia», «atención» y «recuerdo», su traducción e inclusión en el ámbito terapéutico occidental ha

provocado que su significado se amplíe de forma considerable. Así, [Baer \(2003\)](#) define el mindfulness como «la observación ausente de juicios de la continua corriente de estímulos internos y externos, conforme van apareciendo» (p. 125). [Bishop et al. \(2004\)](#) definen el mindfulness como «un proceso de regulación de la atención cuyo fin es el logro de una conciencia no-elaborativa de la experiencia actual y una forma de relacionarse con la propia experiencia con una orientación de curiosidad, apertura, y aceptación» (p. 234). Y Jon

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: serrano@usal.es (I. Serrano-Pintado).

Kabat-Zinn (2003), considerado por muchos como el introductor del mindfulness en el ámbito clínico en occidente, lo define como «el estado de conciencia que emerge a través de prestar atención en el momento presente, de forma intencional, y sin juzgar, a la experiencia que se despliega momento a momento» (p. 145). Esta última definición es la que adoptamos en este trabajo porque reúne 3 elementos que encontramos en gran parte de la literatura psicológica actual que aborda el tema del mindfulness: la conciencia, el momento presente y la aceptación.

En occidente las técnicas de meditación mindfulness se han introducido en los tratamientos psicológicos desvinculadas de toda tradición religiosa y cultural. Tal y como apuntan Bishop et al. (2004), desde el punto de vista de la psicología occidental las técnicas de mindfulness son un enfoque usado con fines terapéuticos por su capacidad para producir un aumento de la atención y una mejora en las habilidades para responder a los procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y los comportamientos desadaptativos. Estos beneficios son los que han motivado la inclusión del mindfulness en las intervenciones clínicas. Las terapias basadas en el mindfulness más extendidas en la actualidad son: la reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) (Kabat-Zinn, 1982), la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la terapia conductual basada en la aceptación (ABBT) (Roemer y Orsillo, 2002).

En cuanto al estatus empírico de estas terapias psicológicas, es importante mencionar que la MBSR, la MBCT y la ACT cumplen los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psicología para recibir el calificativo de «tratamientos bien establecidos». Por su parte, la ABBT estaría en una etapa más prematura que el resto de terapias mencionadas en cuanto a validación empírica y entraría, por lo tanto, en la categoría de «tratamientos probablemente eficaces».

El objetivo del presente trabajo es analizar mediante una revisión sistemática la eficacia de estas intervenciones cuando son aplicadas a los trastornos de ansiedad. Nuestra hipótesis de partida es que los tratamientos psicológicos basados en mindfulness, aplicados de forma rigurosa, son un medio eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, produciendo una mejoría sustancial sobre los síntomas.

Método

Estrategia de búsqueda

En la recopilación del material bibliográfico se utilizaron como fuente las bases de datos PsycINFO, MEDLINE, ERIC, PubMed y CSIC. Para las bases de datos PsycINFO, MEDLINE, ERIC y PubMed se utilizó una combinación de los descriptores «mindfulness», «anxiety» y «treatment». En la base de datos CSIC se realizaron 2 búsquedas con 2 combinaciones de distintos descriptores: en una primera búsqueda se combinaron «atención plena», «ansiedad» y «tratamiento», y en una segunda búsqueda se combinaron «mindfulness», «ansiedad» y «tratamiento».

Criterios de selección

Se revisaron exclusivamente estudios controlados, aleatorizados y no aleatorizados, primarios, de tipo cuantitativo, publicados en forma de artículo, en lengua inglesa o española, entre enero de 2008 y marzo de 2016. En las bases de datos PsycINFO, MEDLINE y ERIC, dado que permiten esta opción de filtrado, se seleccionaron solo los artículos «revisados por iguales». Se excluyeron aquellos estudios en los que no se contó con al menos un grupo control, y aquellos en los que el tratamiento no estuvo centrado sobre uno o

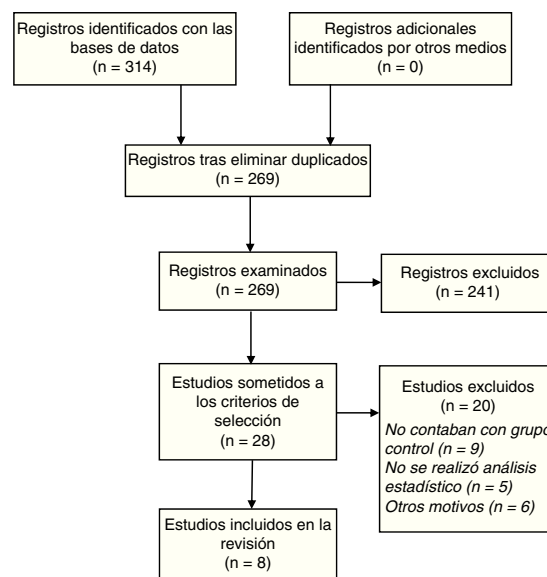


Figura 1. Diagrama de flujo según Moher et al. (2009).

varios trastornos de ansiedad. Se revisaron los artículos que permitían el acceso completo a su contenido desde las bases de datos consultadas. Una vez aplicados estos filtros, los estudios se incluyeron en la revisión si en ellos se investigó la eficacia de algún tipo de intervención que incluyese el entrenamiento en mindfulness.

Respecto a las características de la muestra, se revisaron aquellos estudios en los que todos o parte de los participantes tenían diagnosticado algún trastorno de ansiedad, independiente o comórbido, según los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 10.^a versión (CIE-10; World Health Organization, 2004) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4.^a versión revisada (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Se excluyeron los estudios en los que los trastornos de ansiedad se debían al consumo de sustancias psicoactivas o a una enfermedad médica.

Organización y análisis de los estudios seleccionados

Tanto en el análisis de los estudios incluidos en la revisión, como en la presentación de sus resultados, se ha optado por una organización en base al tipo de trastorno de ansiedad objeto de intervención.

Resultados

Revisión sistemática

A partir de la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 314 artículos potencialmente relevantes (14 de ellos publicados en lengua española y el resto en lengua inglesa) que fueron escrutados para su posible inclusión. Tras eliminar los duplicados, quedaron 269 artículos. A partir del título y de la información contenida en el abstract, se excluyó todo artículo que no cumpliera los criterios de selección. En total se excluyeron 261 artículos, permaneciendo los 8 artículos seleccionados. (ver diagrama de flujo según Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The PRISMA Group (2009) indicado en la figura 1 y detalles de los 8 estudios en la tabla 1).

Los 8 estudios que cumplieron los criterios de inclusión tenían un número agregado de participantes de $n=424$. El tamaño del grupo de tratamiento osciló entre los 14 y los 48 participantes (media = 27,6; DT = 12,5). La edad media de los participantes osciló entre los 22 y los 52 años, con una media de 35,6 años (DT = 8,6). Todas las muestras fueron diagnosticadas de acuerdo a los criterios

Tabla 1
Características de los estudios incluidos en la revisión

Autores	Diseño del estudio	Participantes, n (% mujeres)	Diagnóstico	Grupo de tratamiento	Grupo control	Edad media	Meses de seguimiento	Variables de resultado	
Roemer et al. (2008)	ECA	31 (28)	TAG	ABBT	Lista de espera	34	9	GAD CSR PSWQ DASS-Anxiety DASS-Stress BDI	QOLI AAQ MAAS Núm. diagnósticos adicionales
Hayes-Skelton et al. (2013)	ECA	81 (65)	TAG	ABBT	RA	33	6	GAD CSR SIGH-A PSWQ DASS-Stress	STAI BDI-II QOLI Núm. diagnósticos adicionales
Majid et al. (2012)	ECA	31 (0)	TAG	MBSR	Liste de espera	32	0	BAI PSWQ	BDI-II
Kim et al. (2009)	ECNA	46 (42)	TAG TA	MBCT	PEA	40	6	HAM-A HAM-D BAI	BDI SCL-90-R
Hoge et al. (2013)	ECA	89 (51)	TAG	MBSR	EME	39	0	HAM-A CGI-S CGI-I PSQI	STAI SUDS SPSS
Piet et al. (2010)	ECA	26 (69)	FS	MBCT	GCBT	22	12	LSAS SIAS SPS BAI BDI-II	SCL-90-R IIP-C FNE-BV SDS
Jazaieri et al. (2012)	ECA	56 (52)	FS	MBCT	EA GNT	33	3	LSAS SIAS BDI-II PSS	RSES SWLS SCS ULS
Kearney et al. (2013)	ECA	47 (21)	TEP	MBSR + TH	TH	52	4	PCL-C LEC PHQ-9	FFMQ BADs HRQOL-SF-8

AAQ: *Acceptance and Action Questionnaire*; ABBT: *acceptance based behavioral therapy*; BADS: *Behavioral Activation for Depression Scale*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*; CGI-I: *Clinical Global Impression of Improvement*; CGI-S: *Clinical Global Impression of Severity*; CSR: *Clinical severity rating from the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV - Lifetime version*; DASS-Anxiety: *Depression and Anxiety Stress Scales - Anxiety Subscale*; DASS-Stress: *Depression and Anxiety Stress Scales—Stress Subscale*; EA: *ejercicio aeróbico*; ECA: *ensayo controlado aleatorizado*; ECNA: *ensayo controlado no aleatorizado*; EME: *educación para el manejo del estrés*; FFMQ: *The Five Facet Mindfulness Questionnaire*; FNE-BV: *Fear of Negative Evaluation-Brief Version*; FS: *fobia social*; GAD: *generalized anxiety disorder*; GCBT: *group cognitive-behavioral therapy*; GNT: *grupo no tratado*; HAM-A: *Hamilton Rating Scale for Anxiety*; HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*; HRQOL-SF-8: *Health-Related Quality of Life - Short Form-8*; IIP-C: *Inventory of Interpersonal Problems - Circumplex Version*; LEC: *Life Events Checklist*; LSAS: *Liebowitz Social Anxiety Scale*; MAAS: *Mindfulness Attention and Awareness Scale*; MBCT: *mindfulness-based cognitive therapy*; MBSR: *mindfulness based stress reduction*; PCL-C: *PTSD Checklist-Civilian Version*; PEA: *psicoeducación sobre ansiedad*; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire-9*; PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*; PSS: *Perceived Stress Scale*; PSWQ: *Penn State Worry Questionnaire*; QOLI: *Quality of Life Inventory*; RA: *relajación aplicada*; RSES: *Rosenberg Self-Esteem Scale*; SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*; SCS: *Self-Compassion Scale*; SDS: *Shehan Disability Scale*; SIAS: *Social Interaction Scale*; SIGH-A: *Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale*; SPS: *Social Phobia Scale*; SPSS: *Statements during Public Speaking Scale*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; SUDS: *Subjective Units of Distress Scale*; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; TA: *trastorno de ansiedad*; TAG: *trastorno de ansiedad generalizada*; TEP: *trastorno por estrés postraumático*; TH: *tratamiento habitual*; ULS: *UCLA Loneliness Scale*.

del DSM-IV-TR. El trastorno más frecuentemente estudiado fue el de ansiedad generalizada ($n=5$), seguido de la fobia social ($n=2$). Uno de los estudios (Kim et al., 2009) seleccionó una muestra con 2 tipos distintos de trastorno de ansiedad. Solo un estudio se centró en el trastorno de angustia (Kim et al., 2009) y otro en el trastorno por estrés postraumático (Kearney, McDermott, Malte, Martínez y Simpson, 2013). No se encontró ningún estudio que investigara tratamientos basados en mindfulness para la agorafobia sin trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno por estrés agudo.

En lo que a diseño del estudio se refiere, todos excepto uno ($n=7$) fueron estudios controlados aleatorizados; el estudio restante (Kim et al., 2009) fue un estudio controlado no aleatorizado. Dos estudios aleatorizaron a los participantes a un grupo de tratamiento o a un grupo de lista de espera (Majid, Seghatoleslam, Homan, Akhvat y Habil, 2012; Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008). Cuatro estudios utilizaron un grupo control activo (Hayes-Skelton, Roemer y Orsillo, 2013; Jazaieri, Goldin, Werner, Ziv y Gross, 2012; Kearney et al., 2013; Piet, Hougaard, Hecksher y Rosenberg, 2010) y en 2 estudios se usaron grupos control con placebo (Hoge et al., 2013; Kim et al., 2009).

Los tratamientos más frecuentes fueron el MBSR ($n=3$) y el MBCT ($n=3$), seguidos del ABBT ($n=2$). Solo 2 estudios examinaron formas individuales de tratamiento (Hayes-Skelton et al., 2013; Roemer et al., 2008); el resto de estudios investigó intervenciones grupales. En todos los estudios, excepto en uno (Piet et al., 2010), se permitió que los participantes tomaran psicofármacos durante el mismo.

Resultados generales

Trastorno de ansiedad generalizada

Roemer et al. (2008) llevaron a cabo un estudio para examinar la eficacia del ABBT para el tratamiento de un grupo de participantes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Treinta y un participantes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de tratamiento con ABBT o a un grupo de lista de espera. Los resultados muestran que, tras la intervención, hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la severidad de los síntomas de ansiedad, estrés y preocupación. Además de estadísticamente significativas, estas diferencias arrojaron tamaños del efecto elevados (d entre 0,92 y 1,32). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los síntomas de depresión. En una evaluación de seguimiento realizada a los 9 meses sobre 8 de los participantes se observó que los resultados se mantenían. Al finalizar el estudio, el 77% de los participantes tratados con ABBT ya no cumplía los criterios para el TAG, frente al 17% en la condición de lista de espera; ambas proporciones se mantuvieron constantes en la evaluación de seguimiento.

Recientemente Hayes-Skelton et al. (2013) realizaron un segundo estudio para comparar la eficacia del ABBT con la eficacia de un tratamiento activo y empíricamente avalado (la relajación aplicada [RA]; Bernstein, Borkovec y Hazlett-Stevens, 2000) como tratamiento para participantes con TAG. Ochenta y un participantes fueron asignados al azar al grupo ABBT o al grupo de RA. Los resultados mostraron que la severidad de los síntomas de ansiedad de los participantes disminuyó significativamente en ambos grupos de tratamiento, sin llegar a alcanzarse una diferencia estadísticamente significativa entre ambos. Se observó un patrón similar en los resultados de los autoinformes de preocupación, tensión y síntomas de TAG, y síntomas de ansiedad; tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre los 2 tipos de tratamiento. Los tamaños del efecto entre la pre y la post-intervención fueron elevados (d entre 1,27 y 1,61) y sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. También se observaron

reducciones significativas en los síntomas depresivos y en el número de diagnósticos adicionales, y aumentos significativos en la calidad de vida, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. En estas medidas también se dieron tamaños del efecto elevados entre la pre y la postintervención (d entre 0,74 y 1,38), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En el postratamiento, entre el 63 y el 80% de los participantes tratados con ABBT, y entre el 60 y el 79% de los participantes tratados con RA, alcanzaron cambios clínicamente significativos. En una evaluación de seguimiento realizada a los 6 meses se observó que los cambios producidos en los 2 grupos se mantenían, y no se hallaron diferencias significativas entre ambos. Un importante aspecto a destacar de este estudio es que, posiblemente, la RA cultive el mindfulness, dado que es funcionalmente similar. Bernstein et al. (2000) también apuntan que es probable que las técnicas de relajación promuevan una atención dirigida al momento presente, un aspecto central de las técnicas de mindfulness. Por lo tanto, es muy posible que se estén comparando 2 tratamientos que comparten componentes activos.

Majid et al. (2012) realizaron un estudio para evaluar la eficacia del tratamiento MBSR en participantes con TAG. Treinta y un participantes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo tratado con MBSR o a un grupo de lista de espera. Los resultados muestran que, tras el tratamiento, hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la severidad de los síntomas de ansiedad, preocupación y síntomas depresivos. Aunque en este estudio no se presentan los tamaños del efecto de dichas diferencias, estos se han calculado a partir de los datos que se aportan y se han obtenido resultados relativamente muy elevados (BAI, $d=3,4$; PSWQ, $d=2,7$; BDI-II, $d=5,4$).

Kim et al. (2009) realizaron un estudio controlado utilizando la MBCT para el tratamiento de individuos diagnosticados con TAG o trastorno de angustia (TA). Cuarenta y seis participantes con TA o TAG fueron asignados de forma no aleatoria al grupo de tratamiento con MBCT o a un grupo control con placebo consistente en psicoeducación sobre el trastorno de ansiedad (*anxiety disorder education* [ADE]). Los resultados muestran que en el grupo tratado con MBCT hubo una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones de ansiedad. Asimismo, estas mejoras fueron significativamente mayores en el grupo tratado con MBCT que en el grupo tratado con ADE. Al final del tratamiento, 16 participantes del grupo tratado con MBCT alcanzaron la remisión, frente a ninguno del grupo tratado con ADE. Solo se realizaron sesiones de seguimiento durante 6 meses para 10 de los participantes, observándose que los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento se mantenían. De este estudio es importante resaltar que, dado que no hubo una asignación aleatoria de los participantes a una u otra condición (MBCT/ADE), no se puede descartar la presencia de diferencias no detectadas entre ambos grupos que hayan influido en los resultados. Asimismo, la duración de las sesiones semanales fue mayor en el grupo tratado con MBCT (1,5 h/sesión) que en el grupo tratado con ADE (1 h/sesión).

Hoge et al. (2013) realizaron un estudio en el que se comparó la eficacia del MBSR con la eficacia de un placebo («educación para el manejo del estrés» [EME]) para el tratamiento grupal de participantes diagnosticados con TAG. Un total de 89 participantes diagnosticados con TAG fueron asignados aleatoriamente al grupo MBSR o al grupo EME. Tras el tratamiento se observó que en el grupo tratado con MBSR se produjeron reducciones significativas en la severidad de los síntomas de ansiedad, además de una mejora en la calidad del sueño. Excepto para una escala (el test de ansiedad de Hamilton [HAM-A]), dichas mejoras fueron significativamente mayores en el grupo tratado con MBSR que en el grupo tratado con EME. También se observó que, entre el pre y el postratamiento, en el grupo tratado con MBSR se produjo una disminución significativa en la reactividad al estrés durante

una prueba de inducción de estrés (*Trier Social Stress Test* [TSST]). Esta disminución fue significativamente mayor en el grupo tratado con MBSR que en el grupo tratado con EME. El tamaño del efecto se calculó para el grupo tratado con MBSR con los resultados obtenidos en la escala HAM-A entre el pre y el postratamiento, obteniéndose un valor alto ($d = 1,06$).

Trastorno de angustia

Véase el estudio de [Kim et al. \(2009\)](#) tratado en el punto anterior.

Fobia social

El estudio de [Piet et al. \(2010\)](#) comparó la eficacia del MBCT con la eficacia de la terapia grupal cognitivo-conductual (*Group cognitive behavioral therapy* [GCBT]) para el tratamiento de adultos jóvenes diagnosticados con fobia social (FS) siguiendo los criterios del DSM-IV-TR. Veintiséis participantes de entre 18 y 25 años con FS fueron asignados de forma aleatoria a una de las 2 condiciones de tratamiento en un diseño de cruce (*crossover*), con los 2 grupos recibiendo ambas formas de tratamiento en distinto orden. Los resultados muestran que en el grupo tratado con MBCT hubo reducciones significativas en la severidad de los síntomas de ansiedad con tamaños del efecto altos ($d = 0,78$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas con el grupo tratado con GCBT, en el cual, sin embargo, se obtuvieron tamaños del efecto ligeramente más altos ($d = 1,15$). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de medidas utilizadas, aunque la mayoría de los resultados fueron numéricamente más favorables para el grupo tratado con GCBT. Los participantes de ambos grupos mostraron una mejoría en las evaluaciones de seguimiento a los 6 y 12 meses, sin diferencias significativas entre ambos en ninguna de las escalas. Por otra parte, el diseño de cruce permitió observar que la aplicación del tratamiento GCBT tras el tratamiento con MBCT arrojó un incremento significativo, pero pequeño, en el tamaño del efecto ($d = 0,33$), y que la aplicación del tratamiento MBCT tras el tratamiento con GCBT arrojó un incremento no significativo y pequeño sobre el tamaño del efecto ($d = 0,20$). Una limitación sería de este estudio es que el grupo tratado con GCBT recibió 6 sesiones más (2 de ellas individuales) que el grupo tratado con MBCT. Por lo tanto, este factor podría haber afectado a los resultados, causando, por ejemplo, el mayor tamaño del efecto pre/postintervención obtenido en el grupo tratado con GCBT.

El estudio de [Jazaieri et al. \(2012\)](#) comparó la eficacia de la terapia MBSR con la eficacia del ejercicio aeróbico (EA) en participantes con FS. Cincuenta y seis participantes fueron asignados de forma aleatoria al grupo de MBSR o al grupo de EA. Tras el tratamiento, el grupo de MBSR mostró una reducción estadísticamente significativa en la severidad de los síntomas clínicos de la FS, con tamaños del efecto medios (η^2 desde 0,41 hasta 0,75). También se observaron mejoras en los resultados de las escalas de depresión y bienestar. No se observó mejora, sin embargo, en una escala de estrés percibido. En una revisión de seguimiento realizada a los 3 meses se observó una mejora significativa en ambas medidas de severidad de FS y también en las medidas de depresión y bienestar. Comparando los resultados del grupo MBSR con los del grupo EA se observó que las mejoras fueron comparables en ambos grupos en todas las medidas de severidad de síntomas de FS, tanto en la medición postintervención como en la medición de seguimiento a los 3 meses. Lo mismo se observó en las medidas de bienestar. En este estudio también se compararon los 2 grupos tratados (MBSR y EA) con un tercer grupo no tratado y no aleatorizado de participantes con FS, observándose en ambos grupos tratados una diferencia estadísticamente significativa en las medidas clínicas de ansiedad, satisfacción vital e integración social. Una limitación de este estudio es que los participantes del grupo tratado con MBSR, a diferencia de los participantes del grupo tratado con EA, tuvieron que interactuar entre sí por las características del tratamiento. Por lo tanto, no es posible

descartar que este factor haya tenido una implicación importante en los resultados.

Trastorno por estrés postraumático

[Kearney et al. \(2013\)](#) llevaron a cabo un estudio para comprobar la eficacia del MBSR como complemento al tratamiento habitual (TH) en participantes con trastorno por estrés postraumático (TEP). Un total de 47 participantes diagnosticados con TEP fueron asignados de forma aleatoria a un grupo tratado con MBSR y TH, o a un grupo tratado exclusivamente con TH. Dicho TH consistió en intervención farmacológica y conductual. Los resultados muestran que los participantes del grupo tratado con MBSR mejoraron significativamente en las puntuaciones clínicas de TEP, depresión y calidad de vida en relación con la salud mental, con tamaños del efecto medios (TEP, $d = 0,63$; depresión, $d = 0,65$; calidad de vida en relación a la salud mental, $d = 0,77$). Sin embargo, en una evaluación de seguimiento realizada a los 4 meses dichas mejoras solo se mantenían para las puntuaciones clínicas de calidad de vida en relación con la salud mental, mientras que para el resto de puntuaciones la diferencia no era estadísticamente significativa. En el grupo tratado con TH no hubo diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones, ni entre la línea de base y el postratamiento, ni tampoco entre la línea de base y la evaluación de seguimiento a los 4 meses. En las comparaciones entre grupos realizadas al finalizar los tratamientos se observó que los participantes del grupo MBSR que asistieron a más de 4 sesiones mostraban una mejoría significativamente mayor que el grupo TH en las escalas de depresión, activación conductual, calidad de vida en relación con la salud mental y habilidades de mindfulness. Por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas ni en la escala de TEP ni en el resto de escalas. En la evaluación de seguimiento solo se mantenían diferencias significativas a favor del grupo MBSR en las escalas de activación conductual y mindfulness, adquiriendo significación también las diferencias en la escala de calidad de vida en relación con la salud física.

Discusión

Se observa que los resultados de los distintos estudios arrojan evidencia a favor de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para diversos trastornos de ansiedad. Dicha eficacia se reflejó en tamaños del efecto relativamente elevados y consistentes en todos los estudios. Asimismo, excepto en un estudio ([Kearney et al., 2013](#)), los cambios se mantuvieron en las evaluaciones de seguimiento. Por lo tanto, la hipótesis planteada se confirma, aunque solo parcialmente. Esto se debe a que la revisión del material bibliográfico no arrojó ningún estudio en el que se probara la eficacia de tratamientos basados en mindfulness para determinados trastornos de ansiedad como la agorafobia sin trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno por estrés agudo (según criterios del DSM-IV-TR). En consecuencia, no es posible afirmar, a partir de la literatura científica recogida en esta revisión, que los tratamientos basados en mindfulness son un medio eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en general. Consideramos más apropiado, en cambio, concretar sobre qué trastornos de ansiedad dichos tratamientos han demostrado ser eficaces, a saber, el TAG, el TA, la FS y el TEP.

Otro aspecto a destacar es que en los 4 estudios en los que se comparó la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness con la eficacia de otros tratamientos activos como la relajación aplicada ([Hayes-Skelton et al., 2013](#)), la terapia cognitivo conductual grupal ([Piet et al., 2010](#)), el ejercicio aeróbico ([Jazaieri et al., 2012](#)) o el tratamiento habitual ([Kearney et al., 2013](#)), no se encontraron diferencias significativas a favor de los tratamientos basados en mindfulness. Resultados similares encuentran [Strauss, Cavanagh, Oliver y Pettman \(2014\)](#).

Sí es cierto, por otra parte, que más allá de los hallazgos encontrados en cuanto a la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness sobre los síntomas de los trastornos de ansiedad, se ha observado que estos tratamientos se asocian a mejoras en otras medidas estandarizadas de salud mental, incluyendo escalas de calidad de vida, depresión, estrés, satisfacción vital y soledad, entre otras.

Pero al margen de la significación de estos hallazgos, es importante señalar que en los estudios revisados se han encontrado una serie de limitaciones metodológicas que se enumeran a continuación y que han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

En primer lugar, en todos los estudios excepto uno (Piet et al., 2010) los participantes se encontraban tomando algún tipo de medicación psicoactiva (antidepresivos y ansiolíticos principalmente) durante el mismo. Por lo tanto, es posible que la medicación haya tenido algún efecto sobre los resultados imposible de determinar.

Segundo, en todos los estudios los participantes tenían algún diagnóstico adicional (comórbido) al del trastorno de ansiedad. Por lo tanto no se puede conocer la eficacia de los tratamientos sobre los trastornos de ansiedad «puros». Una posibilidad es que se haya dado una interacción de los efectos del tratamiento (por ejemplo, mediante transferencia) entre los distintos tipos de trastorno.

Tercero, la evaluación de los efectos de cualquier tratamiento requiere que su administración haya sido adecuada (Kazdin, 1994), lo cual implica que el tratamiento debe ser aplicado por personal rigurosamente entrenado y supervisado regularmente por terapeutas (Baer, 2003). En 2 de los estudios aquí revisados (Roemer et al., 2008 y Hayes-Skelton et al., 2013) el tratamiento fue suministrado por los creadores del mismo. Sin embargo, en el resto de estudios los terapeutas se describen como «experimentados», estando dicho término escasamente definido.

Cuarto, el periodo mínimo necesario para hablar de eficacia clínica de un tratamiento es de, al menos, 12 meses (Echeburúa y Corral, 2001). De los estudios revisados, solo uno (Piet et al., 2010) realiza una evaluación de seguimiento de 12 meses de duración, siendo inferior en el resto de estudios. Esta cuestión, tal y como señalan Barrachina et al. (2011), es especialmente relevante para los tratamientos basados en mindfulness, dado que es preciso el aprendizaje de una habilidad no-conceptual que para su dominio requiere de una práctica relativamente prolongada.

Quinto, los estudios de Roemer et al. (2008) y Majid et al. (2012) se ven limitados por la utilización de grupos de control inactivos que, por lo tanto, no permiten ponderar los efectos de factores inespecíficos como la atención de los terapeutas, el apoyo social y las expectativas positivas. Este hecho hace que sea arriesgado atribuir los cambios observados al tratamiento. En el resto de estudios se utilizó placebo (Kim et al., 2009; Hoge et al., 2013) o algún tipo de tratamiento activo, como tratamientos habituales (Piet et al., 2010; Hayes-Skelton et al., 2013; Kearney et al., 2013) u otros tipos de tratamiento (Jazaieri et al., 2012). Sin embargo, solo los estudios de Piet et al. (2010), Jazaieri et al. (2012) y Hayes-Skelton et al. (2013) permiten comparar el entrenamiento en mindfulness con otros abordajes psicológicos específicos como son la terapia cognitivo-conductual, la relajación aplicada y el ejercicio aeróbico.

Sexto, dada la relevancia de la información que nos aporta la potencia estadística, su cálculo es muy pertinente. No obstante, de los estudios revisados, observamos que solo 3 de ellos presentan este dato (Roemer et al., 2008; Piet et al., 2010; Kearney et al., 2013). En el estudio de Roemer et al. (2008) se menciona que la potencia estadística es suficiente (potencia=0,80). Sin embargo, en los estudios de Piet et al. (2010) y Kearney et al. (2013) se señala que, dado el escaso tamaño de sus respectivas muestras, no se alcanza una potencia estadística suficiente como para detectar diferencias estadísticamente significativas.

Séptimo, todos los estudios revisados son «ensayos controlados» que favorecen la validez interna sobre la externa. Esto significa que, por ejemplo, la duración y los protocolos de administración de los tratamientos están fijados de antemano y no se pueden adaptar a las circunstancias. Por lo tanto, aunque se pueden hacer inferencias, no es posible conocer con precisión cuál sería la eficacia de los tratamientos estudiados en unas condiciones clínicas rutinarias.

Finalmente, señalaremos la que consideramos que es la limitación más seria de la presente revisión: el relativamente escaso número de artículos revisados, hecho que ha provocado que, aunque se haya encontrado evidencia confirmatoria sobre la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para estos trastornos de ansiedad, el grado de evidencia empírica no sea igual para todos ellos. Son 5 los estudios que han demostrado la eficacia de estos tratamientos para el TAG (Roemer et al., 2008; Kim et al., 2009; Majid et al., 2012; Hayes-Skelton et al., 2013; Hoge et al., 2013), frente a 2 estudios para la FS (Piet et al., 2010; Jazaieri et al., 2012), y un estudio únicamente para el TA (Kim et al., 2009) y el TEP (Kearney et al., 2013). Ahora bien, la escasez de estudios utilizados puede venir asociada al escaso número de estudios controlados al respecto, según Strauss et al. (2014), y no solo se debe a los criterios de inclusión utilizados en este trabajo.

Conclusiones

Esta revisión sugiere, en línea con otras revisiones sobre el tema (Chiesa y Serretti, 2011; Davis y Kurzban, 2012; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Marchand, 2012; Miró et al., 2011; Völlestad, Nielsen y Nielsen, 2012), que las intervenciones psicológicas basadas en mindfulness constituyen un tratamiento eficaz para el TAG, el TA, la FS y el TEP, cuando son usadas como coadyuvantes del tratamiento farmacológico. Consideramos, por lo tanto, que la presente revisión se añade a y refuerza los hallazgos presentados en las revisiones previas mediante la identificación y síntesis de estudios centrados exclusivamente en participantes diagnosticados con trastornos de ansiedad.

Otro aspecto que la presente revisión señala, y al que también apuntan las revisiones citadas en el párrafo anterior, es que los tratamientos basados en mindfulness se asocian con mejorías en una amplia variedad de síntomas, por lo que podrían promover, en general, un afrontamiento saludable de situaciones que provocan malestar psicológico y estrés.

En lo que respecta a la comparación entre los tratamientos basados en mindfulness y otros tratamientos para la ansiedad ya establecidos (terapia cognitivo conductual, relajación aplicada y ejercicio aeróbico), la presente revisión sugiere, acorde con Strauss et al. (2014), que los primeros no son superiores a los segundos en términos de eficacia. Por lo tanto, la elección de los tratamientos basados en mindfulness podría depender de factores como su efectividad en términos de coste y de tiempo. En ambos sentidos, el MBSR y el MBCT parecen ser intervenciones altamente eficientes debido a que su aplicación es grupal.

Esta revisión sugiere, de acuerdo nuevamente con Strauss et al. (2014), que son necesarios más estudios efectuados con un control metodológico riguroso para que se puedan llegar a establecer conclusiones sólidas. En este sentido, consideremos que en el futuro se deberían realizar estudios aleatorizados controlados, con grupos de control activos, cuyos participantes no estén bajo la influencia de un tratamiento psicofarmacológico. De forma adicional, sería necesario que se realizaran estudios de desmantelamiento para investigar el peso específico que tienen sobre los cambios terapéuticos cada uno de los componentes del mindfulness. Asimismo, estudios que valorasen la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness desde la perspectiva de la efectividad demostrarían si estos producen efectos mensurables en el ámbito clínico real.

Dados los potenciales beneficios que este tipo de tratamientos pueden acarrear, y la creciente popularidad que están teniendo, parece esencial que en un futuro próximo se lleven a cabo estudios del tipo que acabamos de plantear.

Esperamos que esta revisión haya arrojado evidencia sobre cuestiones relevantes concernientes al mindfulness en el ámbito terapéutico y que sirva de guía para futuras investigaciones en el ámbito de la psicología clínica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*[®]. American Psychiatric Pub.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Barrachina, M. T. M., Pérez, L. P., Ramos, J. P., Santana, A. R., Lorenzo, M. G., Portero, J. A., et al. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1–16.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D. y Hazlett-Stevens, H. (2000). *New Directions in Progressive Relaxation Training: A Guidebook for Helping Professionals*. Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441–453.
- Davis, L. y Kurzban, S. (2012). Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 202–232.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181–204.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 761–773.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. y Oh, D. (2010). The effect mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., et al. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: Effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 786–792.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M. y Gross, J. J. (2012). A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 715–731.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed, pp. 19–71). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martínez, M. y Simpson, T. L. (2013). Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 14–27.
- Kim, Y. W., Lee, S.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601–606.
- Majid, S. A., Seghatoleslam, T., Homan, H., Akhvast, A. y Habil, H. (2012). Effect of mindfulness based stress management on reduction of generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Public Health*, 41, 24–28.
- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18, 233–252.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., de la Fuente, J., et al. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1).
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 1006–1012.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. y Rosenberg, N. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403–410.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083–1089.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- 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 randomized controlled trials. *Plos One*, 9, 1–13.
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B. y Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 239–260.
- World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization.