



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**Eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness
para el tratamiento de la Depresión y la Rumiación: Una Revisión Bibliográfica**

María Noel Marrero Alano

CI: 4.919.252-5

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Trabajo Final de Grado

Tutora: Asist. Mag. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisora: Asist. Mag. Valentina Paz

Revista seleccionada: Psicología, Conocimiento y Sociedad.

Febrero 2022 – Montevideo, Uruguay

Resumen

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que ha generado preocupación debido a su gran incidencia mundial. Algunas personas, durante el trastorno depresivo desarrollan una estrategia desadaptativa llamada rumiación. Esta implica tener pensamientos negativos y repetitivos sobre su situación actual, posibilitando la prolongación de los sentimientos de tristeza y la ocurrencia de recaídas depresivas. La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) es un tratamiento, que en principio, fue diseñado para aquellas personas que se han recuperado de una depresión y necesitan prevenir posibles recaídas. En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de los estudios realizados entre enero de 2011 y septiembre de 2021, sobre los efectos de la TCBM en los síntomas depresivos y en la rumiación. La búsqueda se realizó en los portales PubMed y Timbó, utilizando los términos DEPRESIÓN (AND) RUMIACIÓN (AND) MINDFULNESS (AND) ADULTOS. Se obtuvieron 189 artículos y se seleccionaron 20 para esta revisión. Se escogieron artículos empíricos, con muestras de personas adultas en distintas etapas del trastorno depresivo, que recibieron TCBM como tratamiento, o terapias que integran sus técnicas. También se incluyeron artículos que estudiaran ansiedad y estrés, debido a su comorbilidad con la depresión. Los resultados indican que la TCBM es efectiva como tratamiento en cualquier etapa del trastorno depresivo. Se lograron disminuir los síntomas depresivos, pero estas disminuciones fueron mayores en la rumiación. Este hallazgo señala el carácter mediador de la rumiación entre la TCBM y los síntomas depresivos; al disminuir la rumiación, los síntomas depresivos disminuirán.

Palabras clave: Depresión, Rumiación, Terapia Cognitiva, Mindfulness.

Introducción

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que ha tomado gran relevancia debido a su incidencia en la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2021) se estima que un 3,8% de la población mundial tiene depresión, aproximadamente 280 millones de personas.

El trastorno depresivo mayor, según la American Psychiatric Association (APA, 2014) puede tener una duración de al menos dos semanas o también puede extenderse en el tiempo. Su permanencia en el tiempo ocasiona el diagnóstico crónico de la depresión, llamado trastorno depresivo persistente o distimia, el cual dura al menos dos años en personas adultas. Los síntomas asociados a los episodios depresivos, tanto leves como moderados o graves, son estado de ánimo deprimido, desesperanza, disminución o deterioro del interés o placer en las actividades de la vida diaria, insomnio o hipersomnia, fatiga (incluso después de esfuerzos mínimos), pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, disminución de la autoestima y de la autoconfianza, sentimientos de culpa excesiva, de inutilidad, disminución de la concentración y/o pensamientos de muerte recurrentes (APA, 2014; OMS, 1992). La OMS (1992) clasifica el trastorno depresivo en tres niveles. Episodio depresivo leve, normalmente se presentan dos o tres de los síntomas nombrados anteriormente. Si bien el paciente generalmente se encuentra tenso, es posible que pueda continuar con la mayoría de sus actividades. En el episodio depresivo moderado están presentes cuatro o más de los síntomas que se mencionaron, lo que puede provocar que la persona tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades de la vida diaria. Finalmente, en el episodio depresivo grave, varios de los síntomas son evidentes y angustiantes, principalmente la disminución de la autoestima y los sentimientos de inutilidad y de culpa. En este nivel son frecuentes las ideas suicidas y pueden presentarse distintos síntomas somáticos.

El número de episodios previos y los síntomas depresivos residuales son importantes predictores de recaída y recurrencia, incluso se ha demostrado que el riesgo de recurrencia aumenta con cada episodio posterior (Hardeveld, Spijker, DeGraaf, Nolen & Beekman, 2010; Solomon et al., 2000, citado en VanAalderen, Donders, Peffer & Speckens, 2015). Según la

OMS (1992) el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por episodios repetidos de depresión. El primer episodio puede ocurrir entre la niñez y la vejez, su comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, es decir, los síntomas no siempre son evidentes, y la duración del cuadro puede variar desde semanas a varios meses. Asimismo, quienes hayan respondido al tratamiento antidepresivo o hayan remitido del episodio depresivo, frecuentemente tienen síntomas residuales que suelen ser persistentes y que pueden interferir en el funcionamiento y calidad de vida de la persona. Entre estos síntomas la fatiga o falta de energía es el más común (Conradi, Ormel & de Jonge, 2010; Nierenberg et al., 1999, citado en Zajecka, Kornstein & Blier, 2013).

Por otra parte, se encuentra la depresión resistente al tratamiento, es decir, la falta de respuesta hacia dos o más medicamentos antidepresivos distintos (McIntyre et al., 2014, citado en Foroughi et al., 2019). Según afirman Johnston, Powell, Anderson, Szabo y Cline (2019, citado en Foroughi et al., 2019) en la depresión resistente al tratamiento la persona considera el trastorno como parte de sí misma o parte de su autoconcepto, lo que podría generarle sentimientos de desesperanza o impotencia. Usualmente, la combinación de antidepresivos es utilizada como estrategia de tratamiento cuando el primer antidepresivo recetado no tuvo éxito. A pesar de la popularidad de esta estrategia, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos no ha aprobado ningún antidepresivo como método eficaz y persistente en el tratamiento combinado para la depresión resistente al tratamiento (McIntyre et al., 2014). Sin embargo, el tratamiento con intervenciones psicológicas es más estable y duradero en el tiempo, debido a que los pacientes aprenden a lidiar con los problemas (Tsang, 2018, citado en Foroughi et al., 2019). Asimismo, la depresión es un trastorno multidimensional, es decir, con componentes de distinta índole: biológicos, psicológicos y sociales. Por consiguiente, los antidepresivos solamente se enfocan en el aspecto biológico, lo que resulta en que por sí solos no tienen el efecto suficiente para tratar la depresión (en especial la resistente al tratamiento) y además, existe un alto nivel de recaída al discontinuar el uso de antidepresivos (Crane, 2017; Segal, Williams & Teasdale, 2018, citado en Foroughi et al., 2019).

En cuanto a la asociación existente entre la depresión y otros trastornos, existe una alta comorbilidad asociada a trastornos de ansiedad. Asimismo, en ocasiones, los episodios depresivos mayores son precedidos por un factor de estrés psicosocial (APA, 1994). Acerca de la ansiedad, se calcula que entre el 70% y 95% de las personas con depresión cursan

también un trastorno de ansiedad. Los síntomas de la ansiedad suelen acompañar a muchas patologías y situaciones de estrés social (Gonçalves, González, Vázquez, Toquero & Zarco, 2003). Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad en exceso, y alteraciones en la conducta. El miedo surge como forma de respuesta a una amenaza, que puede ser real o imaginaria. Por otro lado, la ansiedad es una forma de respuesta anticipada a una amenaza futura. También se asocia el trastorno depresivo mayor al trastorno por ansiedad generalizada, debido a esto, a menudo se los nombra conjuntamente como "trastornos de angustia" (Watson, 2005). Este trastorno se caracteriza por un exceso de ansiedad y preocupación por un acontecimiento o actividad. Esta preocupación es difícil de controlar y desproporcionada al impacto o probabilidad real que puede tener el acontecimiento o actividad. Otros síntomas son nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular e insomnio (APA, 2014). El trastorno de ansiedad generalizada produce aún más angustia cuando coexiste con el trastorno depresivo mayor (Renna et al., 2017).

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, un factor de estrés psicosocial puede desencadenar posteriormente en un trastorno depresivo mayor. Estos estresores pueden ser la muerte de un familiar o un divorcio. Según investigaciones realizadas, estos estresores desempeñan un papel importante en la manifestación del primer o segundo episodio del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios siguientes (APA, 1994).

Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

Desde la perspectiva Cognitiva, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) proponen en su libro "Terapia cognitiva de la depresión" un modelo científico de la depresión. A partir de este modelo, explican que, una persona con depresión genera una visión distorsionada de sí misma, del mundo y del futuro. Su realidad se ve representada por sus ideas y creencias negativas, los cambios que se produjeron en su organización cognitiva llevan a que la información se procese de manera inadecuada, lo que resulta en la aparición de síntomas, como la falta de atención a lo que sucede a su alrededor. Además, tiende a enfocarse repetitivamente en temas negativos, de anormalidad o de enfermedad.

Beck et al. (2010) postula la Tríada Cognitiva para explicar la depresión. Se compone por tres patrones que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo negativo, es decir, acorde a su propio carácter. El primer aspecto de la tríada refiere a la visión negativa que tiene la persona acerca de sí misma. Se desvaloriza, se critica, se siente desafortunada, inútil y tiende a atribuir sus experiencias negativas a defectos suyos (psíquicos, morales o físicos). Debido a esta perspectiva, la persona cree que estos defectos la convierten en desafortunada, sin valor alguno. Incluso, su perspectiva la lleva a pensar que carece de lo necesario para lograr la alegría y la felicidad. Como segundo aspecto de la tríada cognitiva se encuentra la tendencia de la persona con depresión a interpretar sus experiencias negativamente, a través de pensamientos de derrota o frustración. Cree que el mundo le hace demandas exageradas o que se presentan obstáculos que les impedirán alcanzar sus objetivos. El tercer aspecto refiere a la visión negativa del futuro. Al planificar o plantearse proyectos, la persona con depresión cree que sus problemas o sufrimientos actuales permanecerán en el tiempo, lo que ocasiona que solamente espere resultados negativos y frustraciones. Al pensar en desarrollar una tarea a futuro, inevitablemente afloran expectativas de fracaso.

El segundo modelo postulado por Beck et al. (2010) que explica la depresión es el Modelo de Esquemas, término que alude a los patrones cognitivos estables de una persona. Estos cumplen la función de localizar, diferenciar y codificar un estímulo. A partir de este modelo se busca explicar porqué la persona con depresión, a pesar de tener evidencia que indica que su vida tiene aspectos positivos, continúa manteniendo actitudes desacertadas y/o que le generan sufrimiento. Beck et al. (2010) expresan entonces que cada situación se compone por distintos estímulos. Estos estímulos son combinados por la persona, quien los atiende de manera selectiva y genera así una conceptualización de la situación. Cada persona tiende a generar las mismas respuestas ante situaciones similares, es decir, existen ciertos patrones cognitivos generalmente estables, los cuales causan que las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones sean regulares o similares. Un esquema puede estar inactivo durante un tiempo indefinido hasta que es activado por algún factor ambiental. Dicho esquema determinará la manera en la que la persona responderá ante el estímulo. Beck et al. (2010) afirman que en la persona con depresión las conceptualizaciones en ciertas situaciones se distorsionan, ajustándose a esquemas inadecuados. Cuando estos esquemas comienzan a activarse con más frecuencia y son evocados por ciertos estímulos cada vez mayores, la relación lógica entre ellos comienza a disminuir. De esta manera, la

persona pierde poco a poco el control sobre sus pensamientos y tiene dificultades para recurrir a otro tipo de esquemas más apropiados. Cuánto más grave es la depresión, más ideas negativas surgen. Incluso, la relación lógica entre estas ideas negativas y lo que sucede en la realidad puede ser nula. A medida que los esquemas idiosincrásicos distorsionan la realidad y se producen errores en el pensamiento depresivo, disminuye la capacidad de la persona para considerar erróneas sus interpretaciones negativas.

Como afirman Beck et al. (2010) el modelo cognitivo de la depresión también presenta su teoría sobre la predisposición a la depresión y su aparición. Algunas experiencias que tienen lugar en una edad temprana pueden ser la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, sobre el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por ciertas circunstancias, semejantes a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. La depresión también puede desencadenarse por una enfermedad física, lo que podría activar la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Beck et al. (2010) afirman que las situaciones desagradables de la vida no indican, necesariamente, que surgirá una depresión (incluso si ocurren situaciones extremadamente adversas). Sin embargo, sí podría desencadenar una depresión una persona cuya organización cognitiva se encuentre configurada de tal forma que la lleve a sensibilizarse demasiado hacia cierto tipo de situación.

Beck et al. (2010) mencionan que ante una situación de trauma, una persona sin depresión apuntaría su interés a los aspectos menos traumáticos de su vida, valorándolos igualmente de forma realista. Por otra parte, una persona con tendencia a la depresión tendría un pensamiento más limitado, lo que generará que desarrolle ideas negativas sobre todos los aspectos de su vida.

El factor ambiental (familia, amigos, compañeros) también juega un rol importante en la predisposición a desarrollar depresión. Según Bandura (1977, citado en Beck et al., 2010) la conducta de una persona tiene una influencia directa en otros individuos, que a su vez, las acciones de estos repercuten en la persona. De esta manera, una persona que se encuentra en los comienzos de una depresión puede distanciarse de las personas importantes en su vida. Lo que podría generar cierto rechazo en estas personas importantes, que al mismo tiempo, generarían o acentuarían un auto-rechazo en la persona con depresión. Este círculo vicioso, también contribuiría a un mayor aislamiento de la persona con depresión, y que a la larga, los intentos de ayuda y las demostraciones de afecto por parte de familiares y amigos

ya no tendrán ningún efecto sobre la persona. Por el contrario, relaciones armoniosas, demostraciones de respeto y afecto gracias a un buen apoyo del círculo de personas cercanas son fundamentales para amortiguar el desarrollo de una depresión. Considerando lo último, Beck et al. (2010) afirman que existe una gran diferencia entre las personas con depresión en cuanto al grado, debido a que la depresión puede mejorar o agravarse en función de las influencias ambientales.

Schanche et al. (2020) describen en su estudio los tres dominios que podrían hallarse afectados en una persona con depresión: emoción, autorrelación y cognición. En el dominio emocional la depresión se encuentra caracterizada por la falta de voluntad de experimentar reacciones emocionales que puede prolongar e intensificar la angustia (Yoon, Dang, Mertz & Rottenberg, 2018, citado en Schanche et al., 2020). Por otra parte, en el dominio de autorrelación o de relación con uno mismo, la persona con depresión tiende a tener actitudes de autocrítica y a carecer de compasión por sí misma (MacBeth & Gumley, 2012, citado en Schanche et al., 2020). El tercer dominio afectado en la depresión y en el que se hará hincapié en el presente trabajo es el cognitivo. En este dominio la depresión se encuentra asociada al aumento de la intensidad de la rumiación (Schanche et al., 2020).

Rumiación

La rumiación es un tipo de estrategia desadaptativa que puede llevar a prolongar sentimientos de tristeza y provocar recaídas en la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991, citado en Miró & Simón, 2012). Los individuos que rumian tienden a tener pensamientos negativos y repetitivos sobre sí mismos, sus comportamientos, sus situaciones vitales y su capacidad para afrontarlas (Keng, Smoski & Robins, 2016). Nolen-Hoeksema (1987,1990, citado en Nolen-Hoeksema, 1991) brinda ejemplos de los posibles pensamientos de una persona con conducta rumiativa, este tipo de respuestas pueden provocar el aislamiento de la persona para pensar sobre sus síntomas (pensar en cuán cansada se siente), en las posibles causas de la depresión (¿por qué tengo depresión mientras que otras personas no?) y en las consecuencias que podría tener la depresión (no seré capaz de finalizar mi trabajo si continúo sintiéndome así).

A veces, las personas rumian los acontecimientos de la vida que acompañan la depresión. No obstante, la característica clave de un estilo de respuesta rumiativo es el enfoque en el estado emocional negativo. Este componente que se enfoca en la emoción es

importante ya que en la mayoría de los casos, no habría un evento de la vida que se relacione claramente a la depresión (Lloyd, 1980, citado en Nolen-Hoeksema, 1991). Sin embargo, los síntomas depresivos siguen presentes, perjudicando el funcionamiento de las personas y dándoles algo que rumiar. Además, cuando la persona con depresión se enfoca en su estado emocional, se enfoca en algo negativo, lo que puede posibilitar que su pensamiento esté negativamente sesgado por su estado de ánimo (Teasdale, 1983, citado en Nolen-Hoeksema, 1991).

A través de la rumiación, la persona quiere saber qué es lo que la ha llevado a tener depresión, y si bien es un estilo de respuesta ineficaz, se mantiene en el tiempo y tiene como consecuencia mantener y agravar la tristeza (Miró & Simón, 2012). Una persona con pensamiento rumiativo tiende a comparar su estado actual con el estado "ideal" de cómo debería estar, lo que a su vez incrementa el bajo estado de ánimo y lo mantiene en el tiempo (Cebolla & Miró, 2007, citado en Miró & Simón, 2012). Asimismo, a través de estudios realizados se ha hallado que la rumiación se encuentra correlacionada con el inicio, la gravedad y la duración de los síntomas de la depresión (Barnhofer & Crane, 2009; Kenny & Williams, 2007; Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins, 2008, citado en Kearns et al., 2016). El mantenimiento de un estado depresivo es dinámico, ya que depende de la regeneración de esquemas desadaptativos. Por lo que un estado de ánimo bajo lleva a la activación de pensamientos depresógenos que lo retroalimentan, y la activación de dichos pensamientos lleva a un estado de ánimo bajo que permite que continúen proliferando (Miró & Simón, 2012). Sin embargo, continuando con las ideas de Miró y Simón (2012), si la regeneración de los modelos esquemáticos cesa, la depresión debería desaparecer.

Papageorgiou y Wells (2001, 2003, citado en Keng et al., 2016) describen dos estilos de creencias que pueden tener lugar en el proceso rumiativo: las creencias positivas y las creencias negativas. La primera se refiere a la creencia de que pensar repetidamente sobre los problemas es beneficioso y puede llevar a solucionarlos. También, los autores mencionan que las personas que tienden a rumiar creen que aumentará su introspección y que ayudará a identificar los causantes de la depresión para evitar repetirlos en un futuro (Papageorgiou & Wells, 2001, citado en De Rosa & Keegan, 2018). Por otra parte, las creencias negativas sobre la rumiación que mencionan los autores, refieren a que esta es incontrolable y perjudicial lo que puede llevar a intentar distraer o evitar los pensamientos y sentimientos negativos. Además, como consecuencias negativas, los pensamientos rumiativos llevan a

que la persona realice evaluaciones de la rumiación como algo que no puede controlar y que la está perjudicando, lo que aumenta aún más el estado de depresión (Keng et al., 2016).

En una investigación realizada por Treynor, González y Nolen-Hoeksema (2003) definieron dos componentes de la rumiación: reflexión y "*brooding*". La reflexión refiere a que la persona intencionadamente se vuelve a su interior para resolver problemas cognitivos que calmen los síntomas depresivos. Por el contrario, "*brooding*" o "rumiación melancólica" según Woolf (1981, citado en Treynor et al., 2003) es un término que refiere a que la persona se encuentra inmersa en sus pensamientos, los cuales son de carácter ansioso o melancólico. Estos pensamientos reflejan una comparación pasiva de la situación actual con alguna norma no alcanzada, es decir, con un estado idealizado en el que la persona cree que debería hallarse. Según los hallazgos de dichos autores, el componente brooding de la rumiación se asocia con mayor depresión, es decir, es una respuesta no adaptativa. La rumiación puede enfocarse también en pensamientos agresivos. Rumiación sobre la ira es el concepto que refiere al pensamiento repetitivo sobre las experiencias de ira, las causas y las consecuencias de los sentimientos de ira (Sukhodolsky, Golub & Cromwell, 2001, citado en Baer & Sauer, 2011). Mientras que la rumiación depresiva se ha relacionado con el empeoramiento del estado de ánimo depresivo, la rumiación sobre la ira intensifica específicamente la ira y aumenta las tendencias agresivas (Peled & Moretti, 2009, citado en Peters et al., 2015).

Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva, según menciona Mañas (2007) forma parte de la segunda ola de terapias de conducta, la cual surgió en la década de los años 60. El autor afirma que la primera generación de terapias de la conducta surgió a principios del siglo XX y se enfocó en el análisis del comportamiento humano, a través de los principios del condicionamiento y del aprendizaje. La segunda generación de terapias se caracterizó por considerar el pensamiento o cognición como causa principal de la conducta, lo que a su vez explicaba los fenómenos o trastornos psicológicos. En consecuencia, el pensamiento se transformó en el objetivo principal de intervención.

La Terapia Cognitiva es una modalidad de procedimiento caracterizada por ser activa, estructurada, de breve duración e introspectiva. Concientiza a la persona sobre los significados personales con los que organiza las experiencias sobre sí misma y sobre el

mundo (Feixas & Miró, 1993; Semerari, 2000, citado en Miró & Simón, 2012). Según Beck et al. (2010) las técnicas terapéuticas que se utilizan en la Terapia Cognitiva tienen como objetivo identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que surgen de estas cogniciones. De esta manera, la persona aprende a resolver problemas y situaciones que pudo considerar difíciles o insuperables, lográndolo mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Por otra parte, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativa, resultando en la reducción o eliminación de los síntomas.

La Terapia Cognitiva se aplica en el tratamiento de distintos trastornos como depresión, ansiedad y fobias (Beck et al., 2010). Sin embargo, la Terapia Cognitiva para la depresión de Aaron T. Beck es posiblemente el modelo más conocido, con más respaldo científico y apoyo para tratar la depresión (Sanz & Vázquez, 1995, citado en Miró & Simón, 2012).

Con respecto a la depresión, además de ser un trastorno con gran incidencia en la población, un importante problema que presenta es el alto porcentaje de recaída. Según las cifras que presentan Miró y Simón (2012) entre un 50% y un 85% de las personas que buscan tratamiento por depresión presentarán al menos otro episodio depresivo durante su vida, y posiblemente en el 40% de los casos habrá tres o más episodios de depresión (Kabat-Zinn, 1990, citado en Miró & Simón, 2012). Por consiguiente, como posible solución a este problema surge la unión entre la Terapia Cognitiva y el *Mindfulness* o Conciencia Plena.

Mindfulness

Kabat-Zinn (2013) menciona que, históricamente, el mindfulness proviene de la tradición budista y se considera universal, ya que se relaciona con capacidades innatas como la atención y la conciencia. Cultivar el mindfulness requiere de concentración, y de la disposición de llevar la conciencia a todo lo que ocurra y aprender a relacionarse con ello. El autor menciona que en el mindfulness la persona toma su propia experiencia evitando corregirla o cambiarla, y describe este acto como un gesto generoso, amoroso, curativo e inteligente hacia uno mismo. Similar a la propuesta de Kabat-Zinn se encuentran las ideas de Miró y Simón (2012) quienes hacen referencia al mindfulness como la observación de las propias conductas internas. Estos autores mencionan que no toda autoobservación es terapéutica, brindando como ejemplo el pensamiento rumiativo (autoobservación patológica o

perjudicial) y diferenciándolos a ambos, postulando que la diferencia entre ambos es el mindfulness. Esto se debería a que la sobre reacción emocional que resulta de no lograr aceptar una experiencia juega un papel muy importante en el origen de la psicopatología (Williams, 2010, citado en Miró & Simón, 2012).

Continuando con Miró y Simón (2012), los procesos patologizantes implicados en la depresión se originan cuando la persona se compara con un ideal, cuando no logra aceptar la realidad de lo que le sucede, o cuando lo que le está sucediendo es indeseado o no le agrada. Consecuentemente, la observación de esas experiencias indeseadas se realiza desde un estado de no aceptación de la realidad. En cambio, desde la perspectiva del mindfulness esta observación se realiza desde la aceptación del presente, a partir de la conciencia, y de un estado no reactivo y sin prejuicios. Las condiciones para que la observación desde el mindfulness sea terapéutica son: la persona atiende a lo que le ocurre en el presente, no compara su estado actual con un estado ideal, no juzga lo que observa y acepta que lo que está experimentando no es permanente (Watkins & Teasdale, 2004, citado en Miró & Simón, 2012).

Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM) fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale y basada en los principios de la Reducción del Estrés Basada en Mindfulness de Jon Kabat-Zinn (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Se encuentra dentro de la tercera generación de terapias de conducta. La cual se enfoca en los principios del aprendizaje y enfatiza el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de eliminar los problemas claramente definidos (Hayes, 2004, citado en Mañas, 2007).

La TCBM ofrece un programa de ocho sesiones grupales con el objetivo de prevenir las recaídas en depresión. También tiene como finalidad que los pacientes que no se encuentran cursando una depresión pero que sí corren el riesgo de tener una recaída, aprendan la práctica de mindfulness.

La Terapia Cognitiva propone cuestionar el contenido de los pensamientos, mientras que la TCBM promueve observar los pensamientos sin cambiarlos, propone un mecanismo

diferente de acción (Manicavasagar et al., 2011). Con respecto a las sesiones grupales, en ellas se enseña a meditar en grupo y se revisan las tareas para la casa. Durante las ocho semanas del tratamiento se enseñan y aplican distintas técnicas. Sin embargo, la técnica principal de entrenamiento en la TCBM es la meditación, también llamada mindfulness formal. Se escoge la meditación como método para practicar la habilidad del mindfulness, ya que permite hacerlo de manera eficaz y en un tiempo breve (Miró & Simón, 2012). Por otro lado, el mindfulness informal implica integrar la atención plena a las rutinas, participando en momentos mindfulness y llevándolo a las actividades cotidianas, por ejemplo comer o lavar los platos (Birtwell, Williams, Van Marwijk, Armitage & Sheffield, 2019). Asimismo, las personas que se encuentran entrenando mindfulness llevan a cabo una técnica propuesta por la Terapia Cognitiva, registran y describen los pensamientos, emociones y sentimientos que surgen a partir de sucesos, sean agradables o desagradables. Este ejercicio tiene como resultado que las personas logren separar el suceso de la experiencia personal, dándole un significado y logrando una riqueza en la descripción. Se ejercita la habilidad de tomar perspectiva sobre los hechos y se desarrolla la capacidad de observarse a sí mismos (Miró & Simón, 2012).

Otra tarea fundamental en la TCBM son las tareas para realizar en casa, en las cuales durante el tratamiento las personas deben practicar meditación formal 6 días de la semana, durante 45 minutos. La técnica varía entre *body scan* o “exploración corporal” y meditación en postura sentada (Miró & Simón, 2012). Durante la práctica de la meditación, la atención debe centrarse en la respiración y en el cuerpo. Esta es una tarea complicada ya que la atención puede dispersarse y fácilmente se puede caer en la distracción. No obstante, cuando la persona se da cuenta que está distraída, debe entonces observar hacia dónde se ha dirigido su atención. Esto último debe realizarse sin ejercer juicios o castigos, ya que esta es la esencia de la meditación en mindfulness, el movimiento atención-distracción-atención que se experimentará múltiples veces (Cebolla, 2007, citado en Miró & Simón, 2012, pp. 154-155).

Además de la meditación propiamente dicha, Miró y Simón (2012) nombran distintas técnicas que forman parte de la TCBM. La Atención en la Respiración es una técnica sencilla y eficaz para comenzar a practicar la meditación, y se recomienda realizarla durante tres minutos. Para realizarla, la persona debe concentrar su atención en la respiración y observar lo que sucede. El propósito es que la persona se haga consciente de su respiración sin pensar en ella o intervenir en su ritmo. La concentración puede dirigirse a los movimientos

que realizan la nariz, el diafragma o el pecho. En la meditación sentada o formal, la persona debe mantener una postura erecta, con la cabeza, cuello y espalda formando una línea recta. Luego pasa a concentrarse en la respiración con mindfulness, focalizándose en la experiencia presente. La Exploración corporal es una técnica donde la persona estando acostada realiza un recorrido sensorial en mindfulness por diferentes partes de su cuerpo, imaginando cómo el aire que entra por la nariz se distribuye al resto del cuerpo. Se comienza por los pies y se finaliza al llegar a la cabeza. Esta técnica se combina con la meditación en la respiración, ya que cada vez que surge una distracción se puede enfocar la atención a la respiración para concentrarse nuevamente. El Yoga con atención se basa en la ejecución lenta de ejercicios de estiramientos y fortificación, tomando conciencia de la respiración y observando las sensaciones que surgen en el cuerpo al repetir las posturas. Esta observación se realiza sin juzgar o reaccionar a dichas sensaciones. En la técnica de Meditar caminando la persona debe tratar de llevar la atención al acto de caminar, es decir, al contacto del pie contra el suelo y a los demás movimientos involucrados en esta acción. Esta técnica concientiza sobre la complejidad de esta acción que se realiza de forma automática y de los movimientos que se requieren para realizarla.

La TCBM comparte similitudes con distintas terapias o técnicas que se pueden utilizar en conjunto o como complemento. A continuación, se realizará una breve descripción de algunas de las terapias y técnicas que se utilizaron en los distintos estudios escogidos para el presente trabajo.

Entrenamiento de la Atención o del Control de la Atención, es una combinación entre el abordaje mindfulness y cognitivo que facilita el incremento de la consciencia en los participantes. Posibilita a la persona advertir cuándo podría experimentar un cambio de humor peligroso. La consciencia ocuparía aquellos recursos del procesamiento que pudieran estar soportando la rumiación cognitiva y, además, las personas podrían descentrarse de patrones automáticos vinculados con la depresión (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Compassion Focused Therapy (CFT) o “Terapia Enfocada en la Autocompasión”, desarrollada por Paul Gilbert y colegas, busca que las personas desarrollen la compasión por ellas mismas y por los demás (Gilbert, 2009, 2017, citado en Frostadottir & Dorjee, 2019). La CFT y la TCBM comparten algunas técnicas como el mindfulness, la conciencia corporal y el uso de la psicoeducación. Sin embargo, si bien la TCBM integra la autocompasión, lo hace de

manera implícita ya que esta terapia hace énfasis en el mindfulness, mientras que la CFT se enfoca en cultivar la compasión de forma explícita (Frostadottir & Dorjee, 2019).

Compassionate Mind Training (CMT) o “Entrenamiento de la Compasión” fue también desarrollada por Paul Gilbert. En esta intervención se entrena la compasión como alternativa a la autocrítica y a la vergüenza, motivando a las personas a ser cordiales con ellos mismos. Además, enseña a calmarse a sí mismos cuando sienten ansiedad, enojo o tristeza (Gilbert & Irons, 2005, citado en Miró & Simón, 2012). CMT refiere a las técnicas que se pueden utilizar para ayudar a las personas a experimentar y desarrollar la autocompasión, es el componente experiencial de la CFT (Gilbert & Procter, 2006, citado en Savari et al., 2021).

Emotion Regulation Therapy (ERT) o “Terapia de Regulación de las Emociones” es un tratamiento desarrollado para comprender mejor y reducir el sufrimiento causado por los trastornos de angustia como el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la depresión rumiativa (Mennin & Fresco, 2013, citado en Renna et al., 2017). Está integrada por componentes de la terapia cognitiva-conductual, como ejercicios de relajación o replanteamiento de creencias, con intervenciones centradas en la emoción. Las personas en ERT aprenden a ser capaces de aumentar o disminuir eficazmente su asistencia a la experiencia emocional según sea necesario para adaptarse adecuadamente a los desafíos de la vida. De esta manera, las personas estarán mejor equipadas para tolerar la angustia y a funcionar a un nivel más adaptativo (Mennin, 2004).

El Entrenamiento en Reevaluación es una estrategia que resignifica eventos para realizar un cambio en la respuesta emocional que surge a partir de ellos (Gross, 1998; Ochsner & Gross, 2005; Troy, Wilhelm, Shallcross & Mauss, 2010, citado en Andrés, Castañeiras, Stelzer, Canet Juric & Introzzi, 2016). En esta estrategia se presentan situaciones que disparan en los participantes estados emocionales displacenteros. Posteriormente, se les instruye que piensen en cómo estas situaciones negativas podrían mejorar en el futuro o que generen interpretaciones más positivas. Finalmente, se evalúa el cambio en la intensidad emocional (Kesek, 2010, citado en Andrés et al., 2016). Garland (2011, citado en Kaunhoven & Dorjee, 2021) afirma que el entrenamiento en mindfulness facilita la reevaluación cognitiva. Esto se debe a que propicia el desarrollo de una conciencia metacognitiva descentrada que ayuda a que los procesos de reevaluación se desvinculen de la valoración automática que se realiza ante una situación emocional.

La Aceptación, según Keng et al. (2016), es una estrategia basada en mindfulness que tiene como objetivo motivar a los participantes a experimentar sus emociones, pensamientos y sensaciones corporales sin intentar cambiarlas, controlarlas o evitarlas. Esto implica la apertura a las experiencias internas y la voluntad de permanecer en contacto con ellas a pesar de lo que le generen a la persona (Hayes et al., 1999, citado en Wolgast, Lundh & Viborg, 2011).

Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness y Depresión

La TCBM desarrollada por Segal, Williams y Teasdale surgió hace alrededor de 20 años, con el objetivo de prevenir las recaídas en la depresión (Jermann et al., 2013). En 2009 el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Asistencial del Reino Unido propuso la TCBM como tratamiento preventivo y accesible para la recaída en el trastorno depresivo mayor (Foroughi et al., 2019). Asimismo, Schanche et al. (2020) mencionan que se ha demostrado la eficacia de la TCBM para la mejora de los síntomas depresivos en curso. También es eficaz para el mantenimiento de los efectos del tratamiento para la depresión crónica y la depresión resistente al tratamiento (Segal et al., 2018, citado en Foroughi et al., 2019). En lo que refiere a la remisión, Segal et al. (2002) afirman que en esta fase los síntomas de la depresión son menos intensos. Por consiguiente, uno de los principales objetivos de la TCBM es entrenar a las personas para que sean más conscientes de los pequeños cambios de humor, es decir, debido a que los síntomas no tienen una gran intensidad, se les enseña a escuchar los “susurros” o los indicios de estos. Por otra parte, en lo que respecta a la recurrencia de la depresión, Segal et al. (2002) plantean que el objetivo debe ser enseñar formas de proceder y habilidades ante su aparición. Entonces, la clave se encuentra en la práctica diaria durante la fase activa de la TCBM, con la expectativa de que los participantes aprendan habilidades que puedan recordar y aplicar fácilmente en el futuro, ya que han aprendido un nuevo modo de vivir sus vidas.

Mediante esta introducción, se ha intentado plasmar concisamente las nociones fundamentales sobre depresión, rumiación y TCBM, y la relación existente entre ellas. El propósito del presente trabajo es sistematizar e indagar, a través de los resultados de los estudios seleccionados, la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness en el tratamiento de la depresión y de la rumiación. Asimismo, se espera brindar un acercamiento e

información general sobre esta terapia y sus efectos, a modo de visibilizar una alternativa distinta de tratamiento de la depresión.

Métodos

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las plataformas PubMed y Timbó utilizando los siguientes términos de búsqueda en el resumen/abstract y en el título: DEPRESIÓN/DEPRESSION (AND) RUMIACIÓN/RUMINATION (AND) MINDFULNESS (AND) ADULTOS/ADULTS. Referente a los criterios de inclusión, se realizó la búsqueda de artículos empíricos en inglés y en español, publicados entre enero del 2011 y septiembre de 2021, para obtener los resultados de los últimos diez años. Solamente se utilizaron investigaciones en las que los participantes fueran personas mayores de 18 años y en las que se investigara el tratamiento de la rumiación y depresión crónica, recurrente o en remisión total o parcial, a través de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness. Se incluyeron artículos que además de evaluar depresión, evaluaran ansiedad y estrés, debido a la comorbilidad existente entre estos trastornos. También se seleccionaron estudios que analizaran terapias que integren técnicas de la TCBM, como yoga, Entrenamiento Mental Compasivo, Mindfulness Acceptance, Reevaluación, entrenamiento en Autocompasión, Terapia Enfocada en la Compasión, Mindful Mood Balance (tratamiento web), Headspace (App), Atención Basada en Mindfulness y Terapia de Regulación Emocional. A partir de la búsqueda de los términos clave, se obtuvieron 189 artículos. Posteriormente se realizó la lectura de título y resumen de cada uno, identificando en una primera instancia 56 artículos posiblemente adecuados a la temática. Teniendo en cuenta los criterios de exclusión, se descartaron los artículos no empíricos. Sin embargo, algunos artículos de revisión bibliográfica y/o que trataran sobre rumiación, depresión y mindfulness se seleccionaron para la introducción y la discusión. También se excluyeron artículos que trataran mindfulness como una habilidad ya adquirida, y los que en la muestra se presentaran otro trastorno o patología coexistente a la depresión (Trastorno del espectro autista, trastornos alimenticios, Trastorno obsesivo compulsivo, conducta suicida y/o enfermedades médicas). Asimismo se excluyeron aquellos artículos que no fueran en español o inglés. Finalmente, a partir de la lectura completa de los estudios seleccionados y en base a los criterios de inclusión y exclusión, se escogieron 20 artículos empíricos (en inglés).

Resultados

A continuación se detallan de forma sistemática los resultados obtenidos a través de la búsqueda realizada. Se realizaron cuatro tablas; la Tabla 1 corresponde a los estudios que investigan los efectos de la TCBM y de terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión y con pensamiento rumiativo. En la Tabla 2 se encuentran los estudios sobre los efectos de la TCBM y de terapias que integran sus técnicas, en personas con síntomas depresivos residuales, en remisión o que ya se recuperaron, y en el pensamiento rumiativo. En la Tabla 3 se agrupan los estudios que comparan los efectos de la TCBM en la rumiación y en los síntomas depresivos, en personas con y sin depresión. Finalmente, en la Tabla 4 se presentan los estudios en los que se investigan los efectos de la TCBM y de las terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión, ansiedad, estrés y pensamiento rumiativo. Asimismo, se destaca una gran variedad de estudios que analizan en conjunto o comparan la TCBM con el Tratamiento Habitual (TH). Esto refiere a que la muestra a evaluar recibe el tratamiento usual para la depresión: uso de antidepresivos, tratamiento psicológico, citas en clínicas u hospitales. A modo de introducción a las tablas se describirán brevemente los instrumentos más utilizados en los estudios para medir depresión y rumia.

Instrumentos más utilizados para medir la depresión

Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Se encuentra constituido por 21 ítems que tienen la finalidad de evaluar los síntomas emocionales, somáticos y cognitivos de la depresión. Cada ítem consta de cuatro opciones que describen el grado de un síntoma depresivo y se debe marcar con un círculo la opción que el encuestado considere más adecuada. Las puntuaciones más altas indican síntomas depresivos más graves (Schanche et al., 2020).

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Es una entrevista semi-estructurada de 17 ítems, diseñada para evaluar la sintomatología depresiva. Es una de las escalas de valoración más utilizadas en investigaciones sobre depresión (Batink et al., 2013).

Instrumentos más utilizados para medir rumia

Ruminative Responses Scale (RRS). Es una medida de autoinforme que consta de 22 ítems que evalúan tres tipos de respuestas al estado de ánimo deprimido: centrarse en uno

mismo, en los síntomas y en las posibles causas y consecuencias de estos síntomas (Proeve, Anton & Kenny, 2018).

Ruminative Responses Scale – Brooding Subscale. La edición abreviada de esta escala está compuesta por 10 ítems y dos módulos: reflexión y pensamientos melancólicos (Brooding). La subescala de pensamientos melancólicos se encuentra asociada a la vulnerabilidad a la depresión (Strauss, Dunkeld & Cavanagh, 2021).

Rumination-reflection questionnaire (RRQ-rum). RRQ-Rum es un cuestionario de 12 ítems que mide la tendencia estable de un individuo a rumiar pensamientos negativos (Schanche et al., 2020).

Instrumentos más utilizados para medir depresión y ansiedad

Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21). DASS-21 es un breve instrumento para la medición del malestar psicológico. Mide el grado en que un individuo ha experimentado depresión, ansiedad y estrés durante la última semana (Proeve et al., 2018).

The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire—Short Form (MASQ). Este instrumento evalúa los síntomas de ansiedad y depresión a través de 62 ítems. Consta de cuatro factores: Ansiedad General de Angustia (MASQ-GDA), excitación de ansiedad (MASQ-AA), depresión de angustia general (MASQ-GDD) y depresión anhedónica (MASQ-AD) (Renna et al., 2017).

Tabla 1.

Estudios que investigan los efectos de la TCBM y de las terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión y con pensamiento rumiativo.

Winnebeck, Fissler, Gärtner, Chadwick & Barnhofer, (2017). Brief training in mindfulness meditation reduces symptoms in patients with a chronic or recurrent lifetime history of depression: A randomized controlled study.

Objetivos/Hipótesis	Métodos	Conclusiones
<p>Objetivo: Investigar si una intervención breve y específica basada en mindfulness puede reducir los síntomas en pacientes con depresión aguda.</p> <p>Hipótesis: La intervención basada en mindfulness conduciría a reducciones más fuertes en la gravedad de los síntomas depresivos que la condición de control.</p>	<p>Muestra: 74 pacientes con depresión, entre 25 y 60 años.</p> <p>Instrumentos: Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Ruminative Response Style Questionnaire – Brooding Subscale (RRSQ-B).</p> <p>Diseño: Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir una breve intervención basada en mindfulness (n=38) o el entrenamiento de control (n=36) que combinaba componentes psicoeducativos y períodos de descanso regulares. Fueron evaluados una semana antes de comenzar la intervención y una semana después de finalizar.</p>	<p>Una breve intervención en mindfulness puede tener efectos favorables en pacientes con depresión aguda con un historial crónico o recurrente.</p> <p>El grupo que recibió la intervención basada en mindfulness reportó reducciones significativamente mayores en la severidad de los síntomas depresivos que los pacientes del grupo control.</p> <p>Se redujo la presencia del pensamiento rumiativo de la depresión.</p>

Manicavasagar, Perich & Parker, (2011). Cognitive Predictors of Change in Cognitive Behaviour Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression.

<p>Objetivos: Examinar la relación entre depresión, y rumiación después del tratamiento en participantes con depresión, asignados a una intervención de TCBM o a Terapia Cognitivo Conductual (TCC).</p> <p>Hipótesis: Las puntuaciones más bajas de depresión post-tratamiento en ambos grupos (TCBM y TCC) se asociarían con menor rumiación.</p>	<p>Muestra: 69 participantes mayores de 18 años con síntomas depresivos durante los últimos tres meses.</p> <p>Instrumentos: Beck Depression Inventory II (BDI-II). Rumination Response Style Questionnaire (RRS). Composite International Diagnostic Interview (CIDI).</p> <p>Diseño: Los participantes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento con TCC (n=39) o a la TCBM (n=30).</p>	<p>Ambos grupos asignados a TCC y TCBM mejoraron durante las 8 semanas, con mejoras iguales en depresión y rumiación.</p> <p>La rumiación post-tratamiento fue el único predictor significativo de puntuaciones de depresión post-tratamiento para ambos grupos.</p>
---	---	--

Schuver & Lewis, (2016). Mindfulness-based yoga intervention for women with depression.

Objetivo: Examinar la eficacia de una intervención de 12 semanas de yoga basado en mindfulness sobre los síntomas depresivos y la rumiación en mujeres adultas.

Hipótesis: En la intervención de yoga basada en mindfulness se mostraría una mayor disminución de los síntomas depresivos y de la rumiación que las participantes en la condición de control.

Muestra: 40 mujeres, entre 20 y 64 años, con depresión.

Instrumentos: Beck Depression Inventory (BDI). The Ruminative Responses Scale (RSS).

Diseño: Estudio piloto de intervención prospectivo, aleatorio y controlado. Mujeres con depresión fueron asignadas aleatoriamente a una intervención de yoga basada en mindfulness (n=20) o a un grupo control de caminata (n=20).

Las participantes en ambos grupos informaron un descenso en las puntuaciones de depresión a lo largo de los tres meses; disminuyendo de "moderada" a "leve". Esta disminución se mantuvo después de un mes.

La rumiación disminuyó significativamente en el grupo de yoga después de la intervención, en comparación con el grupo de caminantes. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la rumiación después de un mes.

Cladder-Micus, Speckens, Vrijzen, Donders, Becker & Spijker, (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial.

Objetivo: Investigar la eficacia de la TCBM+ TH frente a sólo TH para pacientes con depresión crónica, con síntomas depresivos de moderados a graves que no han respondido al tratamiento farmacológico y psicológico.

Muestra: 106 pacientes mayores de 18 años, con depresión crónica, que previamente recibieron farmacoterapia y tratamiento psicológico.

Instrumentos: Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (IDS-SR). Ruminative Response Scale (RRS-EXT).

Diseño: Ensayo de control aleatorio multicéntrico y abierto. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir TCBM +TH (n=49) o solo TH (n=57) (antidepresivos, tratamiento psicológico o en hospitales).

Quienes completaron la TCBM + TH mostraron una disminución significativa de los síntomas depresivos en comparación con solamente el TH.

Según los análisis por intención de tratar¹, más participantes en la condición de TCBM + TH alcanzaron la remisión parcial y una disminución de la rumiación. Los niveles de rumiación moderaron el efecto de la TCBM + TH en comparación con TH en los síntomas depresivos.

Los participantes con altos niveles de rumiación se beneficiaron más de la TCBM + TH que del TH.

Foroughi, Sadeghi, Parvizifard, Parsa Moghadam, Davarinejad, Farnia & Azar, (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and selfcompassion in patients with treatment-resistant depression.

¹ Intención de tratar o *Intention to treat* refiere a que los participantes asignados aleatoriamente a los tratamientos de un estudio deben ser analizados conjuntamente, como representantes de ese tratamiento, independientemente de que hayan completado o recibido dicho tratamiento Newell, (1992).

<p>Objetivos: Determinar el efecto de la TCBM en la depresión resistente al tratamiento. Determinar los posibles efectos de la rumiación como mediadora de la TCBM en la depresión resistente al tratamiento.</p> <p>Hipótesis: La TCBM podría resultar eficaz para reducir la depresión resistente al tratamiento.</p>	<p>Muestra: 30 pacientes de un hospital psiquiátrico, mayores de 18 años, con depresión resistente al tratamiento.</p> <p>Instrumentos: Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II). Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Ruminative Response Scale.</p> <p>Diseño: Investigación experimental (pre-test, post-test y seguimiento). Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental (TCBM + antidepresivos, n=15) o control (solo antidepresivos, n=15).</p>	<p>La TCBM redujo la depresión y la rumiación en el grupo experimental, comparado con el grupo control. En el grupo control, variables como la depresión y la respuesta rumiativa también disminuyeron significativamente, pero las reducciones fueron muy bajas en comparación con el grupo experimental.</p>
---	---	--

Savari, Mohagheghi & Petrocchi, (2021). A Preliminary Investigation on the Effectiveness of Compassionate Mind Training for Students with Major Depressive Disorder: a Randomized Controlled Trial.

<p>Objetivo: Investigar la efectividad de un Entrenamiento Mental Compasivo breve (8 sesiones) para reducir los síntomas de la depresión y de la rumiación sobre la ira, en estudiantes con diagnóstico de Depresión Mayor.</p> <p>Hipótesis: El Entrenamiento Mental Compasivo sería eficaz para reducir el componente orientado a la hostilidad en la rumiación sobre la ira.</p>	<p>Muestra: 30 estudiantes universitarias entre 21 y 29 años de edad, con diagnóstico de Depresión Mayor.</p> <p>Instrumentos: Beck Depression Inventory-II, BDI-II, Anger Rumination Scale.</p> <p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio. Las 30 participantes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de Entrenamiento Mental Compasivo (n = 15) o al grupo control (n = 15) el cual no recibía ningún tipo de tratamiento.</p>	<p>El Entrenamiento Mental Compasivo fue eficaz para reducir los síntomas depresivos en el grupo experimental. También fue eficaz para tratar a estudiantes con trastorno depresivo mayor. El entrenamiento tuvo un impacto significativo en la rumiación sobre la ira, específicamente en su componente más "motivacional" y orientado a la hostilidad.</p>
---	---	--

Strauss, Dunkeld & Cavanagh, (2021). Is clinician-supported use of a mindfulness smartphone app a feasible treatment for depression? A mixed-methods feasibility study.

<p>Objetivo: Investigar la viabilidad de una intervención combinada con una aplicación de mindfulness (Headspace), junto con sesiones de apoyo para adultos que buscan tratamiento y experimentan síntomas de depresión.</p>	<p>Muestra: 54 adultos con síntomas de depresión moderada/moderada grave.</p> <p>Instrumentos: PHQ-9, Ruminative Responses Scale – Brooding Subscale.</p> <p>Diseño: Estudio de viabilidad de métodos mixtos no controlados, sobre el uso de Headspace, con el apoyo de personas con síntomas depresivos.</p>	<p>Se encontraron mejoras pre-post en la rumiación. Estos resultados sugieren que el uso de Headspace, con el apoyo del médico, tiene el potencial de ser una intervención aceptable y eficaz para la depresión moderada/moderada-severa.</p>
---	--	---

Keng, Smoski & Robins, (2016). Effects of Mindful Acceptance and Reappraisal Training on Maladaptive Beliefs About Rumination.

<p>Objetivo: Examinar la hipótesis de que Mindfulness Acceptance en comparación con en el entrenamiento en reevaluación y la ausencia de instrucción, tendría como resultado mayores disminuciones en las creencias positivas y negativas sobre la rumiación, y un mayor aumento de la aceptación de las experiencias negativas, en una muestra de individuos con elevados síntomas de depresión.</p>	<p>Muestra: 129 participantes, entre 18 y 55 años con elevados síntomas de depresión.</p> <p>Instrumentos: Beck Depression Inventory (BDI), Attitudes Towards Negative Experiences Scale (ATNES).</p> <p>Diseño: Experimento aleatorio controlado. Los participantes fueron asignados aleatoriamente en tres grupos, para recibir entrenamiento en Mindful Acceptance (n = 43), Reevaluación (n = 43) o una condición sin instrucciones (n = 43).</p>	<p>Se encontró que un breve entrenamiento en Mindful Acceptance resultó en una disminución significativa en las creencias negativas sobre la rumiación en relación con la reevaluación.</p> <p>En comparación con la ausencia de instrucción, el entrenamiento en Mindful Acceptance dio lugar a una disminución significativamente mayor en las creencias positivas y negativas sobre la rumiación. Un breve entrenamiento en Mindful Acceptance puede reducir, al menos temporalmente, las creencias positivas y negativas sobre la rumiación.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia (2022).

Tabla 2.

Efectos de la TCBM y de terapias que integran sus técnicas, en personas con síntomas depresivos residuales, en remisión o que ya se recuperaron, y en el pensamiento rumiativo.

Dimidjian, Beck, Felder, Boggs, Gallop & Segal, (2014). Web-based Mindfulness-Based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls.

Objetivos/Hipótesis	Métodos	Conclusiones
<p>Objetivos: Examinar el beneficio clínico de Mindful Mood Balance (MMB). Examinar los resultados del MMB sobre la gravedad de los síntomas depresivos. Investigar las diferencias en los síntomas depresivos residuales entre el MMB y los casos de control emparejados por propensión que recibieron el TH.</p> <p>Hipótesis: El grupo que recibe MMB reportaría un beneficio clínico en la severidad de los síntomas depresivos y esta reducción se mantendría a lo largo de un seguimiento de 2,5 y 6 meses. El grupo de MMB experimentaría una mayor reducción en la gravedad de los síntomas depresivos que el grupo que recibe TH.</p>	<p>Muestra: 100 participantes, mayores de 18 años con depresión recurrente.</p> <p>Instrumentos: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Version (SCID-I/P), PHQ-9, Response Styles Questionnaire (RSQ).</p> <p>Diseño: Ensayo abierto y comparación cuasi-experimental con controles emparejados por puntuación de propensión. El grupo que recibió MMB estaba integrado por n=100. Para el grupo control emparejado por propensión se identificaron n=100, quienes recibieron el tratamiento habitual de la depresión (psicoterapia, antidepresivos o ambos).</p>	<p>Se informó una reducción significativa en la gravedad de la depresión y una mejora importante en la rumiación durante el MMB. Según indicaciones preliminares, estas ganancias se mantuvieron durante un período de seguimiento de seis meses.</p> <p>Los resultados iniciales del MMB son prometedores para el tratamiento de los síntomas residuales de la depresión y para la prevención de recaídas depresivas.</p> <p>La comparación cuasi-experimental con el grupo de TH sugiere que MMB puede proporcionar una reducción significativamente mayor de los síntomas depresivos.</p>

Munshi, Eisendrath & Delucchi, (2012). Preliminary Long-Term Follow-up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy-Induced Remission of Depression.

<p>Objetivos: Examinar los niveles de depresión,</p>	<p>Muestra: 18 pacientes externos de un hospital psiquiátrico, que completaron un grupo de TCBM</p>	<p>En aquellos participantes con síntomas depresivos significativos que tuvieron remisión de sus</p>
---	--	--

rumiación y la persistencia de la remisión en pacientes que completaron un grupo de TCBM.

logrando la remisión, fueron evaluados entre agosto de 2006 y marzo de 2009.

Instrumentos: Beck Depression Inventory (BDI)-II, Ruminative Response Scale (RRS).

Diseño: Examen abierto de los resultados clínicos a largo plazo de los pacientes con depresión activa que alcanzaron la remisión en grupos de TCBM. Fueron vistos para su evaluación en un intervalo de seguimiento de 48 meses después de completar el tratamiento.

síntomas al finalizar el grupo de TCBM, los logros alcanzados incluyen la remisión de los síntomas depresivos y disminución de la rumiación que continuaron hasta al menos 5 años.

Aunque no resultó ser estadísticamente significativo, la rumiación en los participantes mostró una continua disminución.

Michalak, Hölz & Teismann, (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression.

Objetivos: Investigar si la TCBM reduce la tendencia a la rumiación en pacientes que cursaron depresión.

Determinar la utilidad predictiva de las respuestas ruminantes para el riesgo de recaída/recurrencia en el año siguiente a la TCBM.

Hipótesis: La TCBM conduce a una disminución de la rumiación incluso después de controlar los cambios en la severidad de los síntomas.

Muestra: 24 pacientes, entre 18 y 65 años, con dos o más episodios previos de depresión mayor, actualmente en remisión o en recuperación.

Instrumentos: Ruminative Response Scale (RRS), Hamilton Rating Scale for Depression.

Diseño: Estudio no controlado. El programa TCBM fue impartido por un instructor en ocho sesiones semanales de grupo de 2,5 horas y un retiro intensivo de un día. Después de la fase inicial de 8 semanas, se realizaron tres reuniones durante el periodo de seguimiento.

Se encontraron disminuciones significativas en la rumiación durante los cursos de 8 semanas de TCBM.

Se proporcionó más evidencia de que la TCBM reduce la tendencia a entrar en patrones de pensamiento ruminativo.

Se mostró que la rumiación no sólo predice la aparición de episodios depresivos o el curso del tratamiento, sino que también es relevante como predictor de recaída después de TCBM.

Schanche, Vøllestad, Visted, Svendsen, Osnes, Binder & Sørensen, (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list trial.

Objetivo: Investigar los efectos de una intervención basada en mindfulness y adaptada para prevenir la recaída en la depresión, sobre los factores de riesgo y de protección dentro de los dominios de la cognición, emoción y autorrelación.

Hipótesis: La TCBM se asociaría con una reducción de la rumiación y con la disminución de los síntomas de depresión.

Muestra: 68 participantes, mayores de 18 años, con al menos tres episodios previos de Trastorno Depresivo Mayor, con remisión total o parcial.

Instrumentos: Rumination-reflection questionnaire (RRQ-rum), Beck depression inventory (BDI-II).

Diseño: Ensayo controlado aleatorio. Se evaluó el antes y después del tratamiento. Los participantes fueron asignados al azar a TCBM (n=33) o a una lista de espera de control (n=35, no recibieron ningún tratamiento).

Se encontró que la TCBM se asoció con una reducción de la rumiación y de los síntomas de depresión.

Se validó la TCBM como una intervención que tiene efecto sobre los factores de riesgo y los factores de protección de la recaída depresiva dentro del dominio cognitivo, el dominio emocional y el dominio de la auto-relación.

Jermann, Van der Linden, Gex-Fabry, Guarin, Kosel, Bertschy, Aubry & Bondolfi, (2013). Cognitive Functioning in Patients Remitted from Recurrent Depression: Comparison with Acutely Depressed Patients and Controls and Follow-up of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy Trial.

Objetivo: Determinar si el funcionamiento cognitivo está realmente alterado entre los pacientes con remisión de la depresión. Investigar el posible impacto de la TCBM en estas funciones.
Hipótesis: Las nuevas formas de tratar los pensamientos y emociones disminuirían los hábitos rumiantes.
No se espera ningún efecto sobre la gravedad de la depresión debido a que los participantes que recibieron TCBM estaban en remisión.

Muestra: 36 personas con remisión, 20 con depresión aguda, 20 personas en el grupo control que nunca cursaron depresión.
Instrumentos: Beck Depression Inventory II (BDI-II), Dysfunctional Attitude Scale (DAS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Rumination/Reflection Questionnaire (RRQ).
Diseño: Ensayo de control aleatorio. En el estudio transversal se analizaron los hábitos rumiantes en tres muestras: personas con remisión, con depresión aguda y grupo control. En el estudio longitudinal de 9 meses se comparó la eficacia de la TCBM+TH (n=31) con sólo TH (n=29, acceso a cualquier tipo de tratamiento) en personas con remisión.

La TCBM podría tener un impacto específico en las actitudes disfuncionales. Los cambios se observaron inmediatamente después de las sesiones de grupo y hasta los 9 meses. En comparación con los pacientes con depresión aguda, los pacientes con remisión mostraron menos síntomas depresivos y menos hábitos de rumiación. En el seguimiento de 9 meses no hubo evidencia de que la TCBM tuviera un impacto específico en los hábitos rumiantes.

Batink, Peeters, Geschwind, van Os, Marieke & Wichers, (2013). How Does MBCT for Depression Work? Studying Cognitive and Affective Mediation Pathways.

Objetivos: Examinar el papel de la rumiación en los mecanismos de cambio de la TCBM en participantes con síntomas depresivos residuales.

Muestra: 130 adultos con síntomas depresivos residuales actuales, después de al menos un episodio de TDM.
Instrumentos: Inventory of Depressive Symptoms (Self-Rating; IDSSR), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Rumination on Sadness Scale (RSS).
Diseño: Los participantes fueron asignados al azar a TCBM (n=64) o al TH (n=66) en un ensayo abierto, controlado y aleatorio.

Aunque la rumiación disminuyó más fuertemente en el grupo TCBM+TH que en el grupo TH, no se encontró un efecto mediador significativo de la rumiación en el impacto sobre los síntomas depresivos.

Timm, Rachota-Ubl, Beddig, Zamoscik, Ebner-Priemer, Reinhard, Kirsch & Kuehner, (2018). Mindfulness-Based Attention Training Improves Cognitive and Affective Processes in Daily Life in Remitted Patients with Recurrent Depression: A Randomized Controlled Trial.

Objetivo: Investigar los efectos del entrenamiento de la Atención Basado en Mindfulness, en comparación con una condición de Relajación Muscular Progresiva (RMP), sobre las cogniciones de la vida diaria y el afecto en individuos en remisión.

Hipótesis: Se esperaría que los beneficios del entrenamiento de la Atención Basado en Mindfulness fueran mayores en la rumiación momentánea. Con referencia al modelo de TCBM, se esperaría además que estos efectos fueran mayores en los pacientes con episodios de depresión frecuentes.

Muestra: 78 participantes con remisión, con al menos dos episodios de depresión mayor a lo largo de la vida.

Instrumentos: Beck Depression Inventory II (BDI-II), The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I).

Diseño: Ensayo de control abierto, aleatorio y paralelo. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al entrenamiento en Atención Basada en Mindfulness de cuatro semanas (n=39) o Relajación Muscular Progresiva (n=39).

Los hallazgos indican que un entrenamiento de Atención Basada en Mindfulness, en contraste con una condición de control activa, está asociado a la disminución de rumiación.

Una formación breve de RMP es menos adecuada para abordar las vulnerabilidades específicas de los individuos con depresión recurrente.

Los cambios en los procesos cognitivos y afectivos durante la vida diaria pueden ser abordados por el entrenamiento de la atención focalizada que parece ser beneficioso para aquellos individuos con alto riesgo de recaída.

Fuente: Elaboración propia (2022).

Tabla 3.

Estudios que comparan los efectos de la TCBM en la rumiación y en los síntomas depresivos, en personas con y sin depresión.

Van Aalderen, Donders, Giommi, Spinhoven, Barendregt & Speckens, (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial.

Objetivos/Hipótesis	Métodos	Conclusiones
<p>Objetivos: Examinar la eficacia de la TCBM más el TH en pacientes con depresión recurrente con y sin un episodio depresivo actual. Investigar la rumiación como posible mediador para la reducción de los síntomas de depresión en la condición TCBM.</p>	<p>Muestra: 205 pacientes con tres o más episodios depresivos previos según los criterios del DSM-IV. Instrumentos: Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Beck Depression Inventory (BDI), Rumination on Sadness Scale (RSS). Diseño: Ensayo controlado aleatorio. Se comparó TCBM+TH (n=102) con solamente el TH (n=103, usar antidepresivos, practicar meditación o realizar TCC). Para investigar la estabilidad de los efectos de la TCBM, los pacientes en ambas condiciones fueron seguidos durante 1 año después de completar TCBM.</p>	<p>Para los pacientes con tres o más episodios depresivos anteriores, la TCBM produce una disminución de los síntomas depresivos y de la rumiación. También es eficaz en pacientes con depresión recurrente con un episodio depresivo actual. No se encontraron diferencias en la reducción de los síntomas depresivos entre los pacientes con y sin un episodio depresivo actual. Los niveles de síntomas depresivos posteriores a la medición estaban mediados por una disminución de la rumiación. La eficacia de la TCBM en comparación con el TH en la reducción de los niveles de depresión, está mediada por una disminución de la rumiación.</p>

Van Aalderen, Donders, Peffer & Speckens, (2015). Long-term outcome of mindfulness-based cognitive therapy in recurrently depressed patients with and without a depressive episode at baseline.

Objetivos: Comparar el resultado de la TCBM durante un año, en pacientes con remisión y con depresión, que participaron en el ensayo original y a los que se les ofreció TCBM inmediatamente o después de un período de espera de 3 meses. Investigar el efecto del tratamiento en los síntomas depresivos y rumiación, y su consolidación durante el periodo de seguimiento de 1 año en todos los pacientes con depresión recurrente que participaron en la TCBM. Comparar el efecto del tratamiento y su consolidación entre pacientes que habían remitido o estaban deprimidos al inicio del tratamiento.

Muestra: 182 participantes, n=124 con remisión y n=58 con depresión al inicio del ensayo.
Instrumentos: Beck Depression Inventory (BDI), Rumination on Sadness Scale (RSS-NL).
Diseño: Estudio de seguimiento de un ensayo que compara TCBM y tratamiento habitual en pacientes con tres o más episodios depresivos anteriores, con remisión o con depresión.

En cuanto a la consolidación de los efectos del tratamiento durante el período de seguimiento, no hubo diferencias entre los subgrupos. Los síntomas depresivos se mantuvieron estables a lo largo del tiempo y la rumiación disminuyó aún más durante el período de seguimiento. La TCBM fue eficaz para reducir los síntomas depresivos y la rumiación tanto en pacientes con remisión como en los que tienen depresión recurrente. Los niveles de síntomas se mantuvieron relativamente estables en el grupo con remisión, pero parecieron disminuir durante el período de seguimiento en el grupo con depresión, en especial en los síntomas depresivos y rumiativos.

Fuente: Elaboración propia (2022).

Tabla 4.

Estudios en los que se investigan los efectos de la TCBM y de las terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión, ansiedad, estrés y pensamiento rumiativo.

Renna, Quintero, Soffer, Pino, Ader, Fresco & Mennin, (2017). A Pilot Study of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety and Depression: Findings From a Diverse Sample of Young Adults.

Objetivos/Hipótesis	Métodos	Conclusiones
<p>Objetivo: Replicar y ampliar la eficacia de la Terapia de regulación emocional (TRE) y evaluar su capacidad para tratar una muestra con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (con y sin Trastorno Depresivo Mayor). Examinar la eficacia de la Terapia de regulación emocional para ver si esta versión más breve seguiría una respuesta óptima al tratamiento. Hipótesis: La TRE reduciría significativamente los síntomas asociados con la ansiedad y con la depresión.</p>	<p>Muestra: 31 estudiantes universitarios, entre 18 y 29 años, con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (otros trastornos comórbidos del estado de ánimo y de la ansiedad fueron permitidos). Instrumentos: The Beck Depression Inventory–II (BDI-II), The Brooding Subscale of the Rumination Scale (RS), The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire—Short Form (MASQ). Diseño: Ensayo abierto. 31 participantes formaron parte del tratamiento en Terapia de regulación emocional. Al finalizarlo se realizó un seguimiento de tres a nueve meses de duración.</p>	<p>El tratamiento demuestra efectos grandes y sostenidos en los resultados del Trastorno de ansiedad generalizada y el Trastorno depresivo mayor, así como en la rumiación. Los resultados muestran efectos fuertes para una versión abreviada de la Terapia de regulación emocional, en reducir tanto los síntomas del Trastorno de ansiedad generalizada como los del Trastorno depresivo mayor y la rumiación. Estos resultados fueron mantenidos durante el período de seguimiento de 3 y 9 meses.</p>
<p>Proeve, Anton & Kenny, (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study.</p>		
<p>Objetivo: Evaluar los efectos de una intervención basada en mindfulness en pacientes con depresión, ansiedad y estrés. Examinar la respuesta rumiativa. Hipótesis: La TCBM disminuiría la rumiación y los niveles de depresión, ansiedad y estrés, del pre al</p>	<p>Muestra: 32 usuarios de una clínica de salud mental, de entre 25 a 70 años, que cumplen los criterios de un trastorno del estado de ánimo recurrente o crónico del DSM-V y/o trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno de ansiedad resistente al tratamiento mantenido por</p>	<p>Disminuyó significativamente la rumiación. Sin embargo, no hubo cambios significativos en la depresión. Se encontraron reducciones significativas y de efecto medio en los síntomas de ansiedad, pero no en los síntomas depresivos.</p>

post-tratamiento.

pensamiento rumiativo.

Instrumentos: Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21), Ruminative Response Scale (RRS).

Diseño: Grupo único con medidas de pre-test y post-test. Los participantes formaron parte de un programa de TCBM. Fueron evaluados antes y después de la terapia con medidas de propensión a la rumiación.

Los participantes con trastornos de ansiedad disminuyeron en síntomas depresivos, pero aquellos con depresión recurrente mostraron un patrón mixto de aumento de los síntomas, de disminución de los síntomas o de ausencia de cambios (aunque el aumento fue ligeramente más común en este grupo).

Frostadottir & Dorjee, (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress.

Objetivo: Comparar los efectos del entrenamiento en autocompasión implícita aplicada en la TCBM y el entrenamiento en autocompasión explícita empleado en la Terapia Enfocada en la Compasión (TEC) sobre el cambio de los síntomas y la rumiación.

Hipótesis: Ambos tratamientos reducirían los síntomas y la rumiación. Los participantes con mayor rumiación de base se beneficiarían más de la TCBM y los que tienen menor rumiación de la TEC.

Muestra: 58 participantes, con ansiedad leve a moderada, con depresión y/o con síntomas de estrés.

Instrumentos: Depression Anxiety and Stress Scales—Short Form (DASS-21), Reflection Rumination Questionnaire (RRQ).

Diseño: Estudio no aleatorizado controlado, con dos brazos de intervención (TCBM N = 20, TEC N = 18, Grupo Control N = 20) evaluó los resultados de los participantes con síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desde antes hasta después de las intervenciones y al mes de seguimiento.

Ambos grupos mostraron disminuciones en la rumiación, la depresión y la ansiedad, mientras que no se registraron cambios en el grupo control. Se sugiere que la TCBM y la TEC son eficaces para reducir la depresión, la ansiedad, el estrés y la rumiación.

Las significativas reducciones en la rumiación se asociaron con un gran tamaño del efecto en el grupo TCBM y al tamaño medio del efecto en el grupo TEC.

Al examinar los efectos de la TEC y la TCBM desde el pre-tratamiento al seguimiento de un mes (N =32), la participación en ambos grupos condujo a una disminución significativa de las puntuaciones totales de depresión, ansiedad, estrés y rumiación.

Fuente: Elaboración propia (2022).

Discusión

El objetivo de la presente revisión es indagar y presentar de forma sistemática, la eficacia de la TCBM, y de las terapias que comparten técnicas con ella, en el tratamiento del trastorno depresivo y de la estrategia rumiativa. Considerando dichos objetivos, a partir de la búsqueda realizada se identificaron estudios que evaluaban muestras en distintas etapas del trastorno depresivo. Por consiguiente, se optó por clasificarlos en cuatro grupos y realizar tablas a partir de ellos: efectos de la TCBM y de terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión y con pensamiento rumiativo; efectos de la TCBM y de las terapias que integran sus técnicas, en personas con síntomas depresivos residuales, en remisión o que ya se recuperaron, y en el pensamiento rumiativo; estudios que comparan los efectos de la TCBM en la rumiación y en los síntomas depresivos, en personas con y sin depresión, y finalmente, estudios en los que se investigan los efectos de la TCBM y de terapias que utilizan sus técnicas, en personas con depresión, ansiedad, estrés y pensamiento rumiativo.

De acuerdo con el análisis realizado de los diversos estudios, no solo se evaluó el efecto de la TCBM en particular, sino que también se evaluó la misma simultáneamente con el TH para la depresión, o a través de terapias que utilizan técnicas de la TCBM como tratamiento (Batink et al., 2013; Cladder-Micus et al., 2018; Dimidjian et al., 2014; Foroughi et al., 2019; Jermann et al., 2013; Michalak et al., 2011; Munshi et al., 2012; Proeve et al., 2018; Renna et al., 2017; Savari et al., 2021; Schanche et al., 2020; Schuver & Lewis, 2016; Strauss et al., 2021; VanAalderen et al., 2012; VanAalderen et al., 2015; Winnebeck et al., 2017). Asimismo, en distintos estudios se comparó la TCBM con diversas técnicas o terapias (Frostadottir & Dorjee, 2019; Keng et al., 2016; Manicavasagar et al., 2011; Timm et al., 2018). En una primera instancia y desde un punto de vista general, según los análisis realizados la TCBM y las terapias que integran sus técnicas resultan efectivas en el tratamiento de la depresión y particularmente en el pensamiento rumiativo asociado a ella. A continuación, se realizará el análisis de cada clasificación de estudios que justifican la anterior premisa.

Efectos de la TCBM y de las terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión y con pensamiento rumiativo.

Según los hallazgos, cinco artículos en este apartado evaluaron la TCBM o técnicas basadas en ella (yoga basado en mindfulness) y las compararon con grupos control que recibieron el TH (antidepresivos y terapia o solamente antidepresivos) o psicoeducación (Cladder-Micus et al., 2018; Foroughi et al., 2019; Schuver & Lewis, 2016; Strauss et al., 2021; Winnebeck et al., 2017). Por otra parte, tres artículos compararon la TCBM (o terapias que integran principios de esta) con otro tipo de intervenciones (Manicavasagar et al., 2011; Savari et al., 2021; Keng et al., 2016).

En lo que respecta a los síntomas de la depresión, en Winnebeck et al. (2017) la TCBM fue superior al TH. En el grupo de personas con depresión crónica que recibió TCBM se reportaron mayores reducciones en la severidad de los síntomas depresivos que en el grupo control y también se redujo la participación en el pensamiento rumiativo. Esto sugiere que la TCBM contribuyó a que los participantes sean más capaces de regular las respuestas al estado de ánimo negativo. En línea con estos resultados se encuentran los obtenidos por Foroughi et al. (2019) quienes afirman que la TCBM combinada con antidepresivos puede ser un tratamiento prometedor para mejorar la depresión en personas con resistencia al tratamiento. Estas afirmaciones se justifican en los resultados logrados; la TCBM redujo la depresión y la rumiación en el grupo experimental en comparación con el grupo control que solamente utilizaba antidepresivos.

Por el contrario, Cladder-Micus et al. (2018) mencionan no haber obtenido la reducción esperada en los síntomas depresivos en personas con depresión crónica resistente al tratamiento. No obstante, estas afirmaciones se realizan en base a los resultados del análisis por intención de tratar, en el cual también se incluyen aquellos participantes que no completaron el tratamiento. Por esta razón, enfatizan que quienes sí completaron el tratamiento de TCBM con TH mostraron una disminución significativa en los síntomas depresivos comparados con el grupo que recibió solamente TH. A diferencia de los resultados en depresión, según el análisis por intención de tratar, más participantes del grupo de TCBM y TH reportaron menor rumiación y llegaron a la remisión parcial, comparado con el grupo de TH. Asimismo, la rumiación moderó el efecto de la TCBM y TH en los síntomas depresivos, y aquellos participantes del grupo de TCBM y TH con altos niveles de rumiación se beneficiaron más de la intervención que el grupo de TH.

Por otra parte, Schuver y Lewis (2016) compararon el yoga basado en mindfulness con un grupo control de caminata. La rumiación disminuyó significativamente en el grupo de

yoga en relación con el grupo control, pero se mantuvo igual en ambos grupos durante el mes de seguimiento. Según los autores, el primer resultado podría tener que ver con que, durante el yoga, el mindfulness disminuiría la rumiación al permitir enfocarse en pensamientos y sensaciones alternativas, como la respiración o la actividad física. Respecto a la depresión, los resultados difirieron en cuanto a la hipótesis planteada al comienzo, ya que se reportó igual disminución para ambos grupos durante los tres meses de estudio y en el mes de seguimiento. Probablemente, estos resultados podrían tener relación con los planteamientos realizados por Cebolla (2007, citado en Miró y Simón, 2012). El autor menciona que en la TCBM el yoga se ha mostrado poco relevante ya que tiene escasa relación con la mejora terapéutica, debido a la cantidad de tiempo que requiere la práctica para lograr buenos resultados.

La investigación de Strauss et al. (2021) se destaca por su propuesta innovadora; la creación de la aplicación sobre mindfulness para smartphones, Headspace. Su objetivo es guiar a los usuarios a través de una serie de prácticas y animaciones de mindfulness, realizando una introducción de 30 sesiones sobre la técnica, a través de breves prácticas. Una vez completada la introducción, se encuentran otros "paquetes" disponibles centrados en distintos temas, como por ejemplo bienestar, felicidad, trabajo y rendimiento. Headspace informa al usuario sobre su progreso, haciéndole saber cuántas sesiones ha completado, además de los minutos que ha realizado de meditación. Según los resultados del estudio de Strauss et al. (2021), las mejoras en la severidad de los síntomas depresivos fueron medianas-grandes, y mejoras pre-post fueron encontradas para la rumiación. A pesar de ello, los investigadores afirman que es muy temprano para recomendar el uso de Headspace como intervención para la depresión y, que si bien son resultados alentadores, aún es una fase temprana para recomendar su uso. Pero que, en conclusión, tiene potencial y debe ser explorado aún más.

En cuanto a la comparación de la TCBM (o terapias que utilizan sus técnicas) con grupos control u otras terapias, se encontraron los siguientes resultados. Manicavasagar et al. (2011) compararon la TCBM con la TCC y obtuvieron iguales mejoras en depresión y en rumiación en ambos grupos de participantes. Mencionan que la rumiación post-tratamiento fue el único predictor significativo de los puntajes de la depresión post-tratamiento para ambas condiciones. Similar a los resultados de Cladder-Micus et al. (2018) para la TCBM, Manicavasagar et al. (2011) sugieren que la rumiación es un mecanismo de cambio para ambas terapias, pero podría indicar a su vez que, como consecuencia de la disminución de la

depresión, los puntajes de rumiación bajarían. Por consiguiente, sugieren que la efectividad de la TCBM y de la TCC como tratamientos para la depresión se asociaría con cambios en la rumiación. Con respecto a la comparación entre TCBM y TCC, Winnebeck et al. (2017) mencionan en su estudio que es poco probable que los efectos del mindfulness sean superiores a los de la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, la TCBM tiene la ventaja de ser formativa y portable, siendo útil en situaciones en las que el contacto con el terapeuta es reducido. Esto podría indicar una excepción y un buen resultado en el estudio de Manicavasagar et al. (2011) ya que se lograron resultados favorables para la TCBM, debido a la igualdad de puntajes post-tratamiento en comparación con la TCC.

Savari et al. (2021) obtuvieron resultados favorables para el Entrenamiento Mental Compasivo en comparación con un grupo control que no recibió tratamiento. Se redujeron los síntomas depresivos y tuvo un gran impacto en la rumiación de la ira. Se demostró que, una breve intervención con enfoque en la compasión es efectiva para el tratamiento del trastorno depresivo mayor.

Keng et al. (2016) compararon la Aceptación mindfulness, la Reevaluación y un grupo control sin instrucción, centrándose en el análisis de la rumiación y las creencias (positivas y negativas) con respecto a esta. En aquellos participantes con elevados síntomas de depresión se constató que un entrenamiento breve en aceptación llevó a una reducción mayor en las creencias negativas sobre rumiación en comparación con la reevaluación. En cuanto al grupo control, la aceptación mindfulness tuvo mayores disminuciones en las creencias negativas sobre la rumiación y aún más sobre las positivas. Concluyeron que un breve entrenamiento en aceptación debería reducir, al menos temporalmente, ambos tipos de creencias desadaptativas sobre la rumiación.

Efectos de la TCBM y de terapias que integran sus técnicas, en personas con síntomas depresivos residuales, en remisión o que ya se recuperaron, y en el pensamiento rumiativo.

En este apartado se seleccionaron siete estudios. Cinco de ellos estudian la eficacia de la TCBM en personas con remisión o en remisión parcial (Jermann et al., 2013; Michalak et al., 2011; Munshi et al., 2012; Schanche et al., 2020; Timm et al., 2018) y dos de ellos

estudian los efectos de la TCBM en personas con síntomas residuales (Batink et al., 2013; Dimidjian et al., 2014).

Jermann et al. (2013) analizaron y compararon a través de un estudio transversal, los hábitos rumiativos de tres muestras: personas con remisión, personas con depresión aguda y un grupo control que nunca tuvo depresión. A partir de este estudio, se encontró que los pacientes con remisión se diferenciaron del grupo de control por presentar más hábitos de rumiación y síntomas depresivos. Por otra parte, en comparación con las personas con depresión aguda, aquellos con remisión mostraron menos síntomas depresivos y menos hábitos rumiativos. Sin embargo, no evidenciaron que la TCBM haya tenido un impacto específico en los hábitos rumiativos. En segundo lugar, se realizó un estudio longitudinal de nueve meses, sobre los efectos de la TCBM y TH en el grupo con remisión en comparación con un grupo que recibió solamente TH. Mientras que el grupo de TCBM y TH retrasó significativamente el tiempo de recaída en comparación con sólo el TH, ambos grupos recayeron en tasas similares durante el período de seguimiento. Estos resultados podrían corresponder a una limitación identificada por los autores con respecto a la selección y la secuencia de las tareas. Jermann et al. (2013) explican que, la utilización de una tarea de “habilidades de cambio” como el PM (Plus-Minus), la cual consiste en realizar operaciones de suma y resta en tres columnas de números, puede no ser lo suficientemente sensible para detectar cambios, y que para futuros estudios será importante medir los cambios con la TCBM en tareas relacionadas con los trastornos del estado de ánimo.

Munshi et al. (2012) realizaron un estudio de seguimiento después de casi cinco años, en una muestra que recibió tratamiento con TCBM. El principal hallazgo de Munshi et al. (2012) fue que los participantes que tuvieron tres o más episodios depresivos a lo largo de su vida, así como aquellos que tuvieron menos de tres episodios, lograron la remisión. Por lo tanto, afirman que, sin importar la severidad de los síntomas depresivos, la remisión de estos puede ser lograda. Asimismo, mencionan que la remisión de los síntomas depresivos y la disminución en la respuesta rumiativa se mantuvo durante casi cinco años.

Por otra parte, Michalak et al. (2011) se centraron más en la evaluación de la rumiación en pacientes en remisión o ya recuperados. Los autores encontraron disminuciones significativas en la rumiación durante la TCBM, reduciendo así la tendencia de entrar en patrones de pensamiento rumiativo. Durante el curso de la TCBM ninguno de los pacientes tuvo una recaída. Sin embargo, en los 12 meses después de la intervención, 9 de

24 pacientes recayeron. Este resultado podría relacionarse con los resultados obtenidos por Munshi et al. (2012) quienes sugieren que para los individuos que logran la remisión con TCBM los efectos pueden persistir, junto con la práctica continua, durante al menos 5 años. Asimismo, con respecto a practicar mindfulness, Kabat-Zinn (2013) menciona que al comenzar se debería practicar regularmente durante días, semanas, meses o incluso años, sugiriendo dedicar al menos seis meses a la práctica diaria del mindfulness.

Por otra parte, Michalak et al. (2011) demostraron que la rumiación además de ser un predictor de inicio de episodios depresivos, también lo es del curso del tratamiento. Asimismo, hallaron que la rumiación también es relevante como predictor de recaída después de la TCBM. Según los autores, esto apoya la noción de que la rumiación es un factor importante en el proceso de recaída. A pesar de estas afirmaciones, concluyen que la TCBM reduce la tendencia de entrar en patrones de pensamiento rumiativo.

Timm et al. (2018) compararon el entrenamiento de atención basado en mindfulness con un grupo control de relajación muscular progresiva. Los resultados mostraron una asociación entre el entrenamiento de atención basada en mindfulness con una disminución en la rumiación, indicando fiables beneficios. Por otra parte, estos efectos fueron moderados por el número previo de episodios de depresión mayor, sugiriendo que el entrenamiento de atención basado en mindfulness fue efectivo en individuos con episodios frecuentes. En consecuencia, los autores sugieren que las personas con algunos episodios pueden ser más vulnerables a estresores recientes y podrían requerir un tratamiento distinto. Finalmente, mencionan que comprender los mecanismos relacionados con el mindfulness en la vida real puede ayudar a establecer tratamientos psicológicos para la prevención de recaídas a modo de alternativas efectivas a los tratamientos farmacológicos de largo plazo (Vittengl, 2017, citado en Timm et al., 2018).

Schanche et al. (2020) encontraron que la TCBM llevó a una reducción en los síntomas depresivos y en la rumiación en personas con remisión total o parcial. Este último resultado sugiere que el entrenamiento en mindfulness ayudó a que los participantes controlaran la tendencia a enfocar su atención en pensamientos repetitivos. Por otra parte, un hallazgo interesante en el estudio de Schanche et al. (2020) es que aquellos pacientes que no asistieron a la TCBM o asistieron a un mínimo de cuatro sesiones, mantuvieron los cambios significativos en rumiación y depresión. Este resultado lo consideraron como clave en la prevención de la recaída depresiva.

Con respecto a los estudios que evaluaron los efectos de la TCBM en personas con síntomas residuales, Dimidjian et al. (2014) obtuvieron reportes de una significativa reducción en la severidad de la depresión y en la rumiación durante la intervención web de mindfulness MMB. Asimismo, según los indicadores preliminares, estas ganancias fueron sostenidas durante el seguimiento de seis meses. Los primeros resultados del MMB son prometedores para el tratamiento de síntomas residuales y como potencial aplicación para la prevención de recaídas depresivas. MMB se puede relacionar con los resultados obtenidos en el estudio sobre Headspace de Strauss et al. (2021). Ambas investigaciones, vinculadas al uso móvil del mindfulness, proponen estas herramientas a modo de ampliar el abanico de posibilidades en torno al acceso a programas de TCBM, facilitándolo y ofreciendo un costo más bajo, beneficiando tanto a las personas como a los servicios de salud.

En el estudio de Batink et al. (2013) también se analizó el efecto mindfulness en personas con síntomas residuales, enfocándose en el papel de la rumiación como mecanismo de cambio de la TCBM en dicha muestra. Sin embargo, a pesar de que la rumiación disminuyó más fuertemente en el grupo de TCBM combinado con TH que en el de TH, no se encontró un efecto mediador significativo en la rumiación en los síntomas depresivos, en comparación con estudios que sí lograron este efecto mediador (Cladder-Micus et al., 2018; Frostadottir & Dorjee, 2019; Manicavasagar et al., 2011; VanAalderen et al., 2012; VanAalderen et al., 2015). De hecho, el estudio de Batink et al. (2013) se basa y extiende la investigación de VanAalderen et al. (2012). Sin embargo, en este último sí se obtuvieron resultados favorables en rumiación. Además, en Batink et al. (2013) solamente se incluyeron participantes con síntomas residuales, mientras que en VanAalderen et al. (2012) analizaron participantes que estaban transitando un episodio de trastorno depresivo mayor. Por consiguiente, manifiestan que los factores mediadores pueden ser diferentes para los distintos niveles de gravedad y que trabajos futuros deben abordar esta posibilidad.

Estudios que comparan los efectos de la TCBM en la rumiación y en los síntomas depresivos, en personas con y sin depresión.

Los dos estudios seleccionados en este apartado tienen la particularidad de ser un ensayo de control aleatorio (VanAalderen et al., 2012) y un estudio de seguimiento de este (VanAalderen et al., 2015). El primer estudio compara la TCBM combinada con el TH, con el TH solamente, en personas con depresión recurrente con y sin un episodio depresivo actual.

En sus resultados se halló que en los participantes con tres o más episodios depresivos previos, la TCBM disminuyó los síntomas depresivos y la rumiación. Asimismo, los participantes que no transitaban un episodio depresivo al momento del estudio también redujeron los síntomas depresivos, siendo esto prometedor debido a la relevancia clínica de los síntomas residuales en la predicción de recaída y recurrencia de la depresión. Por otra parte, no se encontraron diferencias en la reducción de síntomas de depresión entre los pacientes con y sin un episodio depresivo actual. En línea con las hipótesis planteadas, parece que la eficacia de la TCBM comparada con el TH en reducir los niveles de depresión post-tratamiento es mediada por una reducción en la rumiación. Finalmente, los autores destacan como el mayor mérito de este estudio haber demostrado que la TCBM es eficaz en reducir los síntomas depresivos en los participantes con depresión recurrente y con un episodio depresivo actual.

Con respecto al estudio de seguimiento (VanAalderen et al., 2015) se realizó durante un año y se compararon los participantes que recibieron TCBM con los que recibieron el TH. Según los hallazgos, la TCBM fue efectiva en reducir los síntomas depresivos y la rumiación en ambos grupos de pacientes, con remisión y con depresión recurrente. Los autores sugieren que la rumia es un factor de vulnerabilidad en pacientes con depresión recurrente (independientemente de su estado de depresión actual) debido a que los niveles de base de la rumiación no difirieron en los subgrupos. En relación con la consolidación del tratamiento durante el período de seguimiento de un año, VanAalderen et al. (2015) no encontraron diferencias entre los subgrupos; los síntomas depresivos se mantuvieron estables en el tiempo y la rumiación sí disminuyó aún más durante este período. Sin embargo, al analizar la consolidación del tratamiento por separado, los niveles de síntomas se mantuvieron relativamente estables en el grupo con remisión, pero pareció disminuir en el año de seguimiento en el grupo con depresión, especialmente en los síntomas depresivos y en la rumiación. Los autores afirman que, a pesar de no ser resultados significativos, sí demuestran un mayor margen de mejora en el subgrupo deprimido.

Para finalizar, si bien en el ensayo anterior (VanAalderen et al., 2012) se demostró que el efecto inmediato de la TCBM es similar en pacientes con depresión y con remisión, en el presente estudio pueden demostrar que estos resultados se mantienen en el curso de un año de seguimiento. Además, en el grupo con depresión los síntomas depresivos parecen reducirse aún más con el tiempo.

Estudios en los que se investigan los efectos de la TCBM y de las terapias que integran sus técnicas, en personas con depresión, ansiedad, estrés y pensamiento rumiativo.

En este apartado se seleccionaron tres estudios enfocados en los efectos de la TCBM en personas que tienen ansiedad y/o estrés junto al trastorno depresivo. Esta selección es significativa debido a la alta comorbilidad existente entre estos síntomas.

Renna et al. (2017) quienes evaluaron los efectos de la terapia de regulación de la emoción en su versión abreviada de 16 sesiones, obtuvieron significativos efectos en la reducción de los síntomas en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, en el Trastorno Depresivo Mayor y en la rumiación. Además, estas mejoras se mantuvieron durante 3 a 9 meses. Frostadottir y Dorjee (2019) obtuvieron resultados acordes a sus hipótesis, ya que los grupos de TCBM y de terapia enfocada en la compasión mostraron igual disminución en depresión, rumiación, ansiedad y estrés, mientras que en el grupo control no se reportaron cambios. Asimismo, continuando con las hipótesis planteadas, la reducción en la rumiación tuvo un gran efecto en el grupo de TCBM y de mediano efecto en la terapia enfocada en la compasión. Por último, en el estudio de Proeve et al. (2018) se obtuvieron disminuciones significativas en ansiedad, estrés y rumiación en aquellas personas que completaron el programa de TCBM. Sin embargo, no se hallaron cambios importantes en la depresión. Al examinar los resultados post-intervención de los síntomas depresivos, se mostró que los participantes con trastorno de ansiedad disminuyeron los síntomas depresivos, pero aquellos con depresión recurrente mostraron un patrón mixto (aumento, disminución y ausencia de cambios en los síntomas). Según los autores, esto podría deberse a la ligera mayoría de personas con depresión recurrente que había en la muestra. Asimismo, los resultados obtenidos también podrían deberse a la utilización del instrumento de medición DASS-21. Este instrumento no solo mide depresión, sino que también evalúa ansiedad y estrés, y no es tan sensible a los síntomas depresivos como el BDI-II, utilizado en la gran mayoría de estudios que sí obtuvieron resultados favorables en la disminución de síntomas depresivos (Jermann et al., 2013; Manicavasagar et al., 2011; Renna et al., 2017; Savari et al., 2021; Schanche et al., 2020; Schuver & Lewis., 2016; Timm et al., 2018; Winnebeck et al., 2017).

Conclusiones generales

En resumen, en base a los artículos analizados se puede inferir que la TCBM y las terapias que utilizan técnicas derivadas de esta, son recomendables para tratar la depresión y la rumiación en personas que se encuentran con depresión, en remisión, ya remitidas o con síntomas residuales. Asimismo, estas terapias son recomendadas para aquellas personas que también tienen ansiedad y estrés junto con el trastorno depresivo.

Teniendo en cuenta que en algunos estudios los autores expresan no haber obtenido los resultados esperados (Batink et al., 2013; Cladder-Micus et al., 2018; Jermann et al., 2013; Proeve et al., 2018; Schuver & Lewis, 2016), estos resultados parecerían aplicar más a los síntomas depresivos (a su mantenimiento en el tiempo o a la poca reducción de estos) y no tanto a la rumiación. Por consiguiente, se perciben mayores efectos directos de la TCBM en la rumiación más que en la depresión, propiamente dicha. Sin embargo, la explicación para estos resultados podría deberse a lo mencionado por Cladder-Micus et al. (2018) y Manicavasagar et al. (2011) sobre la rumiación como moderadora o mecanismo de cambio en el efecto de la TCBM en los síntomas depresivos. Esto sugiere además que la efectividad de la TCBM para la depresión se asociaría con cambios en la rumiación. De acuerdo con las afirmaciones de Teasdale (1999) y Miró y Simón (2012) podría ser esperable que la TCBM tenga mejores efectos en la rumiación que en la depresión, ya que el objetivo de las intervenciones para prevenir la recaída y la recurrencia de la depresión no debe ser evitar los estados de tristeza sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos se establezcan en momentos de disforia. Asimismo, el entrenamiento en mindfulness puede ayudar a las personas con depresión a ganar control sobre la atención y reducir la activación de pensamientos negativos, permitiendo que los pensamientos depresivos entren y salgan de la conciencia sin que el individuo caiga en una espiral rumiativo (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 1995, citado en Nolen-Hoeksema, 2008). De esta manera, si bien la reducción en la depresión en algunos estudios no es significativa pero sí lo es en la rumiación, se podría deber a que los efectos de la TCBM actúan directamente en esta última. La reducción de la rumiación sí tendría un efecto directo en la persona con depresión, ya que a través del mindfulness se ocupa el “espacio cognitivo” con un contenido “no rumiante” causando la incapacidad de rumiar (Segal et al., 2002). De esta forma disminuye el espiral rumiativo que mantiene y agudiza el estado depresivo y, debido a que la rumiación es un importante predictor de aparición y reaparición de episodios depresivos (Michalak et al., 2011), la interrupción de la espiral llevará a la posible prevención de recaídas.

Por otro lado, VanAalderen et al. (2012, 2015) lograron demostrar que la TCBM también es eficaz en personas con depresión recurrente y que se encuentran cursando un episodio depresivo. Incluso destacan este hallazgo, debido a que en sus bases la TCBM fue desarrollada con el propósito de prevenir la recaída de la depresión, considerándose inadecuada para la depresión aguda. Esto último se debe a que la dificultad de concentración y la intensidad del pensamiento negativo (características de la depresión) impedían el control de la atención, lo cual es fundamental para este tratamiento (Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000, citado en VanAalderen et al., 2012). De esta manera, en base a sus resultados, los autores mencionan que no es necesario excluir de la TCBM a aquellos pacientes con depresión recurrente que estén experimentando un episodio depresivo, a pesar de que quienes desarrollaron esta terapia lo propusieron y de que haya sido una práctica clínica habitual desde entonces.

En lo que respecta a la cantidad de episodios depresivos previos, los hallazgos de Timm et al. (2018) sobre mayor efectividad de la TCBM en individuos con episodios frecuentes, se podrían relacionar con las ideas propuestas por Segal et al. (2002). Estos autores mencionan que probablemente el mayor riesgo de recaída de los pacientes con tres o más episodios podría deberse a procesos automáticos de recaída que implican la reactivación de patrones de pensamiento depresivos ocasionados por estados de ánimo de tristeza. Por lo tanto, los efectos preventivos de la TCBM tendrían como objetivo la desorganización de estos procesos ante una potencial recaída. Teniendo en cuenta lo anterior, los autores indican que la TCBM parecía no presentar efectos preventivos en pacientes con sólo dos episodios previos de depresión, ya que, probablemente, en estas personas la recaída depresiva podría relacionarse principalmente con la aparición de eventos vitales importantes, en vez de con la reactivación de procesos autónomos vinculados con la depresión.

En lo que refiere a la remisión, se logró evidenciar un buen efecto de la TCBM en personas en remisión y ya recuperadas. Asimismo, los síntomas residuales también evidenciaron mejoras durante el tratamiento, con disminuciones tanto en síntomas depresivos como en rumiación, e incluso con el mantenimiento de estas disminuciones desde doce meses (Michalak et al., 2011) hasta casi cinco años (Munshi et al., 2012), la TCBM demuestra ser un tratamiento efectivo a largo plazo. Al igual que lo propuesto por Munshi et al. (2012) y Timm et al. (2018), Segal et al. (2002) sugieren que entrenar a las personas para

que sean más conscientes de los pequeños cambios de humor es clave. Puesto que los síntomas durante la remisión no son intensos, durante la TCBM se enseña a escuchar los “susurros” y se aprende a cómo proceder ante estos. Asimismo, continuando con Segal et al. (2002) y de acuerdo con lo mencionado anteriormente, la práctica diaria durante la fase activa del programa es importante, y se espera que las personas aprendan habilidades “que no puedan olvidar fácilmente, precisamente porque han aprendido un nuevo modo de vivir sus vidas” (p.113).

Finalmente, relacionado a la comorbilidad entre depresión, ansiedad y estrés, los efectos de la TCBM también parecen ser favorables para el tratamiento en conjunto de estos trastornos. Al igual que en los apartados anteriores, las mejoras en rumiación fueron superiores a las encontradas en los síntomas depresivos. Sobre todo en el estudio de Frostadottir y Dorjee (2019), quienes encontraron reducciones significativas en rumiación en el grupo que recibió TCBM. Con respecto a la rumiación, Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky (2008) indican que, debido a la alta comorbilidad entre depresión y ansiedad, se puede esperar que la rumiación aumente el riesgo de padecer ambos trastornos. En base a esta premisa y a los resultados mencionados, podría inferirse que la TCBM sería un tratamiento prometedor para aquellas personas que cursan depresión y ansiedad, ya que tendría un efecto trascendental en la rumiación.

Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones

Los estudios utilizados para esta revisión bibliográfica presentan algunas limitaciones que posiblemente incidieron en sus resultados. En primer lugar, una de las limitaciones más frecuentes es el pequeño tamaño de la muestra, lo que pudo haber disminuido el poder estadístico para encontrar diferencias significativas entre los grupos, impidiendo un análisis con resultados más diversos, es decir, con personas de diversas etnias, clase social, género y educación. En futuras investigaciones se sugiere utilizar muestras más amplias y diversas, ya que la mayoría de los participantes son personas caucásicas y educadas de países europeos o de Estados Unidos. Este fenómeno se conoce como WEIRD (Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic) y según Henrich, Heine y Norenzayan (2010) refiere a personas de sociedades occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas, que si bien son el grupo de personas menos usuales y representativas de la población mundial, son las más estudiadas. Los autores añaden que el hecho de que la mayoría de las personas

estudiadas son WEIRD, significa un reto para la comprensión de la psicología y el comportamiento. En lo que respecta al presente trabajo, solamente dos estudios (Foroughi et al., 2019; Savari et al., 2021) no utilizan muestras occidentales, sino que estudian muestras iraníes, lo que representaría un pequeño avance en este ámbito. Sin embargo, no se hallaron estudios que correspondan a países latinoamericanos. Por consiguiente, para estudios futuros se recomienda explorar los efectos de la TCBM en la depresión y en la rumiación en dichos países. Continuando con limitaciones en la muestra, se identificó que las mujeres predominaron en todos los estudios. Esto constituye una limitación ya que, si bien la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres (OMS, 2021), estos no acuden a servicios sanitarios tan a menudo como las mujeres. Asimismo, carecen de información, lo que resulta en una dificultad para reconocer los síntomas de depresión, y en caso de hacerlo, prefieren evitarlos consumiendo drogas o con métodos extremos, como el suicidio (Londoño-Pérez & González-Rodríguez, 2016). Una segunda limitación se vincula con la escasez de estudios que realizan un período de seguimiento. Se necesitan más estudios que evalúen los efectos a largo plazo de la TCBM para confirmar la solidez de los resultados obtenidos en el control de recaídas y mantenimiento de la remisión. En tercer lugar, otra limitación encontrada fue el uso de autoinformes; su uso puede generar la propensión al sesgo de información. Debido a esto, en estudios futuros se recomienda la utilización de medidas más objetivas, como biomarcadores de cortisol en los síntomas de depresión o mediciones de la actividad física (Schuver & Lewis, 2016; Winnebeck et al., 2017). Como cuarta limitación se encuentran los estudios no controlados. Para futuras investigaciones se sugiere la utilización de un grupo control, con el cual comparar al grupo experimental para aportar datos más precisos. Por último, se hallaron pocos estudios que comparan la TCBM con otros tipos de terapia. Por consiguiente, para líneas futuras sería recomendable comparar los efectos de la TCBM con otras terapias. Asimismo, sería interesante ampliar las investigaciones que comparan la TCBM con TCC, debido a los distintos resultados que se observaron en la presente revisión con respecto a la comparación de las mismas.

Consideraciones finales

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre los estudios que tuvieron lugar en los últimos diez años, referidos a los efectos de la TCBM en la depresión y en la rumiación. A partir del análisis de los artículos, se pueden apreciar los importantes efectos positivos que tiene la TCBM en el tratamiento de la depresión y en la

estrategia desadaptativa que puede desarrollarse a partir de esta, la rumiación. Varios estudios evidencian que estos efectos se mantienen en el tiempo una vez finalizado el tratamiento, y que este no solo es efectivo en la prevención de recaídas depresivas, sino que también se beneficiaron de la TCBM personas que están cursando un episodio depresivo, que se encuentran en remisión o tienen síntomas residuales y que tienen un trastorno de ansiedad y/o estrés asociados a la depresión. Cabe destacar que, entre las distintas propuestas, Headspace y Mindful Mood Balance son herramientas prometedoras, que facilitarán el acceso a la TCBM, reducirán los costos, aumentarán la comodidad de los pacientes y ofrecerán beneficios a los sistemas de salud. Asimismo, se debe resaltar la importancia de completar el tratamiento y continuar con pequeñas prácticas en la vida cotidiana, para así obtener y acrecentar los beneficios del mindfulness. En lo que respecta a estudios futuros, se sugiere realizar más estudios longitudinales, con muestras amplias y en países latinoamericanos, para obtener resultados que reflejen a la población en general, y sobre todo, con más enfoque en la población masculina. Para finalizar, a través de los resultados presentados, se destaca una mayor disminución en los hábitos rumiativos que en los síntomas depresivos, lo que puede referir a un efecto mediador de la rumiación entre la TCBM y la depresión. Similar a lo que se mencionó anteriormente, esta premisa no refiere a un menor efecto en la depresión, sino que, como afirman Miró y Simón (2012) la rumiación es una pieza importante en la prolongación de la tristeza y en la aparición de recaídas. Por consiguiente, la disminución de la rumiación provocará paulatinamente una disminución en los síntomas depresivos. De esta manera, según Segal et al. (2002) al disminuir la carga de pensamientos depresógenos, este “espacio” será ocupado por pensamientos más conscientes y menos automáticos.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV)*. (4ª ed). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andres, M. L., Castañeiras, C., Stelzer, F., Canet, L., & Introzzi, I. (2016). Executive functions and Cognitive Reappraisal ability: the relationship in children. *Psicología Desde El Caribe*, 33(2), 55–82. doi:10.14482/psdc.33.2.7278
- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142-150. <https://doi.org/10.1037/a0019478>
- Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How Does MBCT for Depression Work? Studying Cognitive and Affective Mediation Pathways. *PLoS ONE* 8(8): e72778. doi:10.1371/journal.pone.0072778
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Birtwell, K., Williams, K., Van Marwijk, H., Armitage, C. J., & Sheffield, D. (2019). An exploration of formal and informal mindfulness practice and associations with wellbeing. *Mindfulness*, 10(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0951-y>
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E. M., Vrijzen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic,

treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.22788

De Rosa, L., & Keegan, E. (2018). Rumiación: consideraciones teórica-clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 36-43. doi: 10.24205/03276716.2017.1032

Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J. N., Boggs, J. M., Gallop, R., & Segal, Z. V. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 83–89. doi:10.1016/j.brat.2014.09.004

Foroughi, A., Sadeghi, K., Parvizifard, A., Parsa Moghadam, A., Davarinejad, O., Farnia, V., & Azar, G. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends Psychiatry Psychother*. Jun;42(2):138-146. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0016.

Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.01099

Gonçalves, F., González, V. M., Vázquez, J., Toquero, F., y Zarco, J. (2003). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad 2ª ed.* Organización Médica Colegial de España. [Archivo PDF]. https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf

- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29–29. <https://doi.org/10.1038/466029a>
- Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Guarin, A., Kosel, M., Bertschy, G., & Bondolfi, G. (2013). Cognitive Functioning in Patients Remitted from Recurrent Depression: Comparison with Acutely Depressed Patients and Controls and Follow-up of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 1004–1014. doi:10.1007/s10608-013-9544-1
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.
- Kaunhoven, R. J., & Dorjee, D. (2021). Mindfulness Versus Cognitive Reappraisal: the Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on the Early and Late Brain Potential Markers of Emotion Regulation. *Mindfulness*, 12(9), 2266-2280. doi:10.1007/s12671-021-01692-8
- Kearns, N. P., Shawyer, F., Brooker, J. E., Graham, A. L., Enticott, J. C., Martin, P. R., & Meadows, G. N. (2015). Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 33–49. doi:10.1111/papt.12064
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2016). Effects of Mindful Acceptance and Reappraisal Training on Maladaptive Beliefs About Rumination. *Mindfulness*, 7(2), 493–503. doi:10.1007/s12671-015-0480-cx
- Londoño-Pérez, C., & González-Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi: 10.14718/ ACP.2016.19.2.13

- Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G. (2011). Cognitive Predictors of Change in Cognitive Behaviour Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(02), 227–232. doi:10.1017/s1352465811000634
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/21755>
- McIntyre, R. S., Filteau, M. J., Martin, L., Patry, S., Carvalho, A., Cha, D. S., & Miguelez, M. (2014). Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *Journal of affective disorders*, 156, 1-7. doi:10.1016/j.jad.2013.10.043
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17–29. doi:10.1002/cpp.389
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 230–236. doi:10.1348/147608310x520166
- Miró, M. T. y Simón, V. (Eds.). (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Munshi, K., Eisendrath, S., & Delucchi, K. (2012). Preliminary Long-Term Follow-up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy-Induced Remission of Depression. *Mindfulness*, 4(4), 354–361. doi:10.1007/s12671-012-0135-0

- Newell, D. J. (1992). Intention-to-Treat Analysis: Implications for Quantitative and Qualitative Research. *International Journal of Epidemiology*, 21(5), 837-841. doi:10.1093/ije/21.5.837
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569. doi:10.1037//0021-843x.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión*. Ginebra: O.M.S.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Peters, J. R., Smart, L. M., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., Smith, G. T., & Baer, R. A. (2015). Anger Rumination as a Mediator of the Relationship Between Mindfulness and Aggression: The Utility of a Multidimensional Mindfulness Model. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 871-884. doi:10.1002/jclp.22189
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(4), 434-449. doi:10.1111/papt.12170

- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion Regulation Therapy: A Mechanism-Targeted Treatment for Disorders of Distress. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.00098
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Soffer, A., Pino, M., Ader, L., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2018). A Pilot Study of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety and Depression: Findings From a Diverse Sample of Young Adults. *Behavior Therapy*, 49(3), 403–418. doi:10.1016/j.beth.2017.09.001
- Savari, Y., Mohagheghi, H., & Petrocchi, N. (2021). A Preliminary Investigation on the Effectiveness of Compassionate Mind Training for Students with Major Depressive Disorder: a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 12(5), 1159–1172. doi:10.1007/s12671-020-01584-3
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., & Sørensen, L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychology*, 8(1). doi:10.1186/s40359-020-00417-1
- Schuver, K. J., & Lewis, B. A. (2016). Mindfulness-based yoga intervention for women with depression. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 85–91. doi:10.1016/j.ctim.2016.03.003
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Strauss, C., Dunkeld, C., & Cavanagh, K. (2021). Is clinician-supported use of a mindfulness smartphone app a feasible treatment for depression? A mixed-methods feasibility study. *Internet Interventions*, 25, 100413. doi:10.1016/j.invent.2021.100413
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 146-155. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E
- Timm, C., Rachota-Ubl, B., Beddig, T., Zamoscik, V. E., Ebner-Priemer, U., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2018). Mindfulness-Based Attention Training Improves Cognitive and Affective Processes in Daily Life in Remitted Patients with Recurrent Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 184–186. doi:10.1159/000488862
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259. doi:10.1023/a:1023910315561
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(05), 989–1001. doi:10.1017/s0033291711002054
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Peffer, K., & Speckens, A. E. M. (2015). Long-term outcome of mindfulness-based cognitive therapy in recurrently depressed patients with

and without a depressive episode at baseline. *Depression and Anxiety*, 32(8), 563–569. doi:10.1002/da.22369

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522–536. doi:10.1037/0021-843x.114.4.522

Winnebeck, E., Fissler, M., Gärtner, M., Chadwick, P., & Barnhofer, T. (2017). Brief training in mindfulness meditation reduces symptoms in patients with a chronic or recurrent lifetime history of depression: A randomized controlled study, *Behaviour Research and Therapy*. doi: 10.1016/j.brat.2017.10.005

Wolgast, M., Lundh, L.-G., & Viborg, G. (2011). *Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies*. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 858–866. doi:10.1016/j.brat.2011.09.011

Zajecka, J., Kornstein, S. G., & Blier, P. (2013). Residual symptoms in major depressive disorder: prevalence, effects, and management. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 407-414. doi: 10.4088/JCP.12059ah1