



UNIVERSITAT
JAUME·I

**Eficacia de una intervención psicológica breve
basada en mindfulness para el tratamiento de la
depresión en atención primaria.**

Aplicación cara a cara, aplicación mediante TICs versus
tratamiento habitual

Alba López Montoyo

Dra. Soledad Quero Castellano

Dr. Javier García Campayo

Castellón, Noviembre de 2020



Programa de doctorado en Psicología

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: aplicación cara a cara, aplicación mediante TICs versus tratamiento habitual

Effectiveness of a brief psychological mindfulness-based intervention for the treatment of depression in primary care: face-to-face application, ICTs application versus treatment as usual

Memoria presentada por Alba López Montoyo para optar al grado de doctora por la Universitat Jaume I

Alba López Montoyo

Dra. Soledad Quero Castellano

Dr. Javier García Campayo

Castellón de la Plana, Noviembre de 2020



FINANCIACIÓN RECIBIDA

La realización de la presente tesis doctoral ha sido posible gracias a la financiación recibida por la Universitat Jaume I a través de una beca pre doctoral como personal docente investigador en formación (FPI-UJI: PREDOC/2015/39). Además, ha contado con el apoyo de la Red para la Prevención y Promoción de la salud en Atención Primaria (RD16/0007/0005), del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad de España y de la Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I, para la asistencia a congresos, comunicación de resultados, publicaciones y la formación de la doctoranda.

A mis padres, a mi hermana y a Miguel Ángel,

*Por el apoyo y el cariño recibido en cada momento. Gracias por creer en mí y sacarme
una sonrisa incluso en los momentos difíciles.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis directores de tesis Soledad Quero y Javier García Campayo la oportunidad de aprender de ellos y crecer durante estos años a su lado. Ha sido un verdadero placer trabajar con vosotros, he aprendido muchas cosas no solo profesionales sino también personales, me he sentido arropada y acompañada en todo momento y eso es de agradecer, sobre todo, porque considero que la realización de la tesis es un período complejo, aunque a la vez, muy gratificante. Así que muchas gracias por creer en mí, apoyarme, enseñarme y guiarme.

También quería agradecer a Cristina Botella, Azucena García Palacios y a Juani Breton su cariño y apoyo durante este proceso. Siempre han estado disponibles en los momentos que las he necesitado. Además, han compartido conmigo sus conocimientos y sabios consejos, y también han sido guías en este camino. Gracias por permitirme ser parte del grupo Labpsitec, ha sido todo un honor formar parte del él.

Por supuesto, no podían faltar agradecimientos al grupo Labpsitec Valencia con Rosa Baños a la cabeza. Gracias Rosa por tener siempre una sonrisa para mí, por mostrarme tu cariño en todo momento y enseñarnos tanto en este poco tiempo. Gracias a los compañeros por su ayuda, su colaboración y su apoyo que, en muchas ocasiones, he sentido desde la distancia. Siempre me habéis recibido con los brazos abiertos y me habéis ayudado cuándo lo he necesitado, pero lo más importante, gracias por el cariño y el acercamiento que me habéis mostrado.

Quería agradecer el apoyo incondicional de mis compañeros del grupo Labpsitec Castellón. Todos y cada uno de ellos han aportado un cariño especial y me han ayudado a crecer tanto personal como profesionalmente. Me gustaría nombrar especialmente a Sonia, Irina, Araceli y Desirée, sin ellas nada hubiera sido igual. Gracias por las risas, por las confidencias, por compartir conmigo vuestro cariño y amistad. Gracias por hacer este proceso más bonito y alegre, sois unas personas maravillosas. Estoy segura de que esta amistad va a continuar durante mucho tiempo porque personas como vosotras es difícil encontrar, sois únicas.

Quería agradecer a Carla y Beatriz su apoyo en todo momento y su fortaleza. Me recibisteis desde el primer momento con los brazos abiertos y desde ese momento siempre habéis estado ahí, aún si estar. También nombrar a Diana y Eva por su ayuda con los

temas más técnicos y sin los que esta tesis no hubiera sido posible. A Carlos por crear siempre tan buen ambiente y juegos tan divertidos que facilitan la integración y la unión del grupo. Y finalmente, a Cintia, Isabel, Amanda, Irene, Adri, Alberto y Laura, por su alegría, apoyo y su sonrisa en cada momento.

Mi gratitud enorme al grupo de Zaragoza, gracias a Marta P., Paola, Ángela, Mari Cruz y Mayte por vuestras enseñanzas, apoyo y cariño. Desde el primer momento me habéis abierto los brazos y habéis hecho posible la realización de la tesis, con vuestros consejos y conocimientos, realmente he aprendido mucho de vosotras y eso se lleva siempre en el corazón. Mi más sincera gratitud a Héctor, a Marta M. y a Alberto porque he crecido y evolucionado a vuestro lado, gracias por compartir vuestro cariño y escucharme en esos momentos de estrés que surge cuando el trabajo se amontona y no te da la vida, eso que todos conocemos y que gracias a vosotros se ha solucionado. Mi más profundo agradecimiento a María, por ayudarme tanto con la tesis. Has sido mi mano cuando yo no podía y, por supuesto, esta tesis no hubiera sido posible sin tu ayuda, tiene un pedacito de ti. Finalmente agradecer a Luis, sus “magistrales” enseñanzas pero, sobre todo, su alegría, eres y siempre serás el alma de la fiesta y ese optimismo que derrochas se transmite, no lo pierdas nunca. Y a mi Alicia, qué te voy a decir, has sido mi confidente y mi amiga, amiga de esas que se cuentan con los dedos de una mano. El viaje a Brasil fue, para mi, un antes y un después en nuestra relación y descubrí a una persona maravillosa, como me alegro de haberlo compartido contigo, no hubiera tenido una mejor compañera de viaje, por eso y, por tanto, gracias.

Quiero agradecer desde lo más profundo de mi corazón a mis amigas, mis corazones verdes, Raquel, Miriam, Sara, Jenny, Patri, Yaiza, Ana y Andrea. Gracias por darme vuestro apoyo incondicional, habéis creído en mí incluso cuando yo no creía y me habéis escuchado siempre que lo he necesitado. Dicen que las amigas son como las estrellas que, aunque a veces no podemos verlas, siempre están ahí. Vosotras sois mis estrellas y habéis sido un gran apoyo durante este proceso. Espero estar a vuestro lado siempre porque os quiero mucho.

Y, por supuesto, agradecer a mi familia. Por un lado, a mis suegros y cuñada, mi segunda familia, siempre me habéis apoyado y me habéis dicho que yo puedo con todo, sois los mejores suegros del mundo, gracias por quererme como lo hacéis. Por otro lado, a mis padres, mi hermana y mi abuela. Gracias simplemente por estar ahí, en lo bueno y

en lo malo, por calmarme, cuidarme, apoyarme, ayudarme en los momentos difíciles, hacerme ver que puedo conseguir lo que me proponga y en general hacerme el camino y la vida más fácil. Esta tesis no hubiera salido adelante sin vosotros, habéis sido la calma en la tormenta, mi ancla y mi pilar. Os quiero mucho, gracias por vuestro amor, confianza y cariño.

Finalmente, a Miguel Ángel, estoy realmente emocionada escribiendo estas palabras. Te agradezco todo, tu cariño, tu apoyo pero, sobre todo, que quieras compartir conmigo tu vida. Eres una persona maravillosa y estoy orgullosa de ti y de lo que estamos construyendo juntos. Te quiero dedicar estas palabras por aguantarme durante todo el doctorado, has soportado mis quejas, mis enfados, mis frustraciones, mis alegrías, mis momentos felices, mis éxitos y fracasos, y en general, a mi durante esta montaña rusa de emociones. Gracias por estar ahí SIEMPRE, realmente has creído y crees en mí, siempre me has dado fuerza y calma y eso me ha permitido seguir a delante y luchar por lo que quiero. Si me he caído, me has levantado y si me he elevado, te has elevado conmigo. Por todo ello y por mucho más que me das cada día te quiero y te agradezco tu apoyo, nunca me sueltes de la mano porque, yo nunca te soltaré.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO
1. BREVE HISTORIA DE LA DEPRESIÓN	2
2. CONCEPTO DE DEPRESIÓN.....	3
3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	5
3.1. Inicio y desarrollo	5
3.2. Curso.....	7
3.3. Morbilidad	8
4. DIAGNÓSTICO.....	14
4.1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 y CIE-11).	14
4.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R Y DSM-5)	18
5. TRATAMIENTO.....	21
5.1. Tratamiento farmacológico.....	22
5.2. Tratamiento psicológico.....	28
5.3. El tratamiento de la depresión en los entornos de AP	45
6. PSICOTERAPIA POR ORDENADOR.....	50
6.1. Concepto e importancia	50
6.2. Ventajas e Inconvenientes de los programas <i>online</i>	52
6.3. Eficacia de la psicoterapia por ordenador en Depresión.....	54
6.4. Programas de psicoterapia por ordenador basados en <i>mindfulness</i>	59
MARCO EXPERIMENTAL.....
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	66
1.1. Objetivo general.....	66
1.2. Objetivos específicos	66
1.3. Hipótesis	66
2. MÉTODO.....	67
2.1. Diseño del estudio.....	67
2.2. Aspectos éticos	67
2.3. Cálculo del tamaño muestral.....	68
2.4. Reclutamiento y selección de la muestra.....	69
2.5. Aleatorización y ciego	70
2.6. Instrumentos de medida.....	71
2.7. Intervenciones	77
2.8. Terapeutas.....	81
2.9. Procedimiento.....	81
2.10. Análisis estadísticos	83
RESULTADOS
1. CARACTERÍSTICAS BASALES	88
1.1. Diagrama de flujo de los participantes.....	88
1.2. Características de las variables sociodemográficas.....	90
1.3. Variables clínicas en el momento basal.....	95
2. RESULTADOS DE EFICACIA EN LA MEDIDA PRINCIPAL.....	97
2.1. Eficacia diferencial pre-post tratamiento.....	97
2.2. Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses	99
2.3. Mejora clínicamente significativa.....	102

3. RESULTADOS DE EFICACIA EN LAS MEDIDAS SECUNDARIAS.....	104
3.1. Eficacia diferencial pre-post tratamiento.....	104
3.2. Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses	108
4. RESULTADOS DE EFICACIA EN MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	112
4.1. Eficacia diferencial pre-post tratamiento.....	112
4.2. Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses	114
5. RESULTADOS DE EFICACIA EN LA MEDIDA DE PROCESO TERAPÉUTICO.....	118
5.1. Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses	118
6. EXPECTATIVAS Y OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO	123
6.1. Expectativas hacia el tratamiento.....	123
6.2. Opinión sobre el tratamiento.....	124
DISCUSIÓN.....
1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	128
1.1. Fortalezas.....	135
1.2. Limitaciones	136
1.3. Futuras líneas de investigación.....	138
2. CONCLUSIONES	140
3. CONCLUSIONS	141
ANEXOS.....
ANEXO 1: APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA	174
ANEXO 2: RECLUTAMIENTO PARTICIPANTES	177
ANEXO 3: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO....	180
ANEXO 4: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN.....	186

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sub-Categorías Trastorno del Estado de Ánimo Según la CIE-10.	15
Tabla 2. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10.....	15
Tabla 3. Sub-Categorías Trastornos del Estado de Ánimo (Afectivos) según la CIE-11.....	18
Tabla 4. Criterios diagnósticos de episodio de depresión mayor según el DSM-5.....	18
Tabla 5. Antidepresivos y sus Características.....	24
Tabla 6. Medidas y momentos de administración a lo largo del estudio.....	76
Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra total.....	93
Tabla 8. Características de los participantes en los diferentes grupos en el momento basal.	94
Tabla 9. Descripción de las Variables de resultado en el momento basal	96
Tabla 10. Medias, desviación estándar y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II pre y post tratamiento (Análisis con la totalidad de la muestra)	98
Tabla 11. Medias, desviación estándar y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II pre y post tratamiento (ITT)	98

Tabla 12. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II en el seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra).....	101
Tabla 13. Medias, desviación estándar y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II en el seguimiento (ITT).	101
Tabla 14. Porcentajes de cambio clínico en la variable BDI-II y significación estadística entre grupos en el post-tratamiento.	103
Tabla 15. Porcentajes de cambio clínico en la variable BDI-II y significación estadística entre grupos en el seguimiento.....	103
Tabla 16. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto entre grupos en el post-tratamiento para las medidas secundarias PHQ-9 y PANAS.....	104
Tabla 17. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el PHQ-9 y el PANAS pre-post tratamiento (Análisis con la totalidad de la muestra).....	106
Tabla 18. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el PHQ-9 y el PANAS pre-post tratamiento (ITT).	107
Tabla 19. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en las variables secundarias del pre al seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra)	110
Tabla 20. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en las variables secundarias del pre al seguimiento (Análisis ITT).	111
Tabla 21. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 pre-post tratamiento (Análisis con la totalidad de la muestra).....	113
Tabla 22. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 pre-post tratamiento (ITT).....	113
Tabla 23. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 y EQ-5D en el seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra).....	115
Tabla 24. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 y EQ-5D en el seguimiento (ITT).....	116
Tabla 25. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto entre grupos en el seguimiento para la medida del resultado.....	118
Tabla 26. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el FFMQ pre-seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra).	121
Tabla 27. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el FFMQ pre-seguimiento (Análisis ITT).	122
Tabla 28. Medias, desviaciones y diferencias entre grupos en las expectativas hacia el tratamiento.....	123
Tabla 29. Medias, desviaciones y diferencias entre grupos en la escala de opinión y satisfacción con el tratamiento.	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de tratamiento escalonado propuesto por la NICE. Adaptado de la Fuente Original: National Institute for Health and Care Excellence.....	21
Figura 2. Plataforma de IBM online. Fuente: www.psicologiytecnologia.com	79
Figura 3. Diagrama de Flujo de los participantes	89

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. En los servicios de Atención Primaria (AP) españoles se ha producido un incremento significativo de los trastornos mentales, siendo los del estado de ánimo los más incrementados en un 19-20%. A pesar de ello, la prescripción de fármacos es el tratamiento por excelencia incluso con las altas tasas de recaída que existen y que se incrementan con cada episodio. La falta de tiempo y recursos hace que sea difícil dispensar tratamientos basados en la evidencia. Por ello, las investigaciones se han centrado, por un lado, en las intervenciones de baja intensidad y, por otro, en las intervenciones aplicadas mediante las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Ambas formas de administrar tratamientos psicológicos han mostrado eficacia en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, pocos son los estudios que han utilizado las terapias de tercera generación, como *mindfulness*, para la reducción de la depresión en los entornos de Atención Primaria, a pesar, de la existencia de estudios que sustentan la eficacia de estas técnicas para la depresión.

El objetivo de esta tesis fue comparar una intervención de baja intensidad basada en *mindfulness* para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria, por un lado, aplicado cara a cara y, por otro, aplicado *online*, frente a un grupo control que recibió su tratamiento médico habitual.

Se presenta un ensayo clínico controlado aleatorizado con tres condiciones experimentales. Los participantes fueron pacientes con depresión leve-moderada reclutados en los entornos de AP por sus médicos de cabecera. Aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión se aleatorizaron a una de las tres condiciones: “IBM cara a cara + TAU”, “IBM online + TAU”, y “TAU solo”. La medida primaria fue los síntomas depresivos medidos con el inventario de depresión de Beck. Las medidas secundarias fueron la afectividad, la calidad de vida, la felicidad y *mindfulness*. Estas medidas se recogieron en tres momentos diferentes, en el pre-tratamiento, post-tratamiento y a los 6 meses de la intervención.

De las 182 personas evaluadas, 130 cumplieron los criterios de inclusión y fueron aleatorizadas. En concreto, 45 personas fueron asignadas al grupo “IBM cara a cara + TAU”, 44 se asignaron al grupo “TAU + IBM online” y 41 al grupo “TAU solo”. Los

resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la medida de depresión, siendo la IBM más eficaz que el TAU con tamaños del efecto grandes. Además, estas diferencias se mantuvieron a los seis meses. En las medidas secundarias solo se observaron cambios significativos en el afecto negativo, en la salud mental y el índice de felicidad, que también favorecía a los grupos de IBM. Además, las IBM en ambos formatos (cara a cara y online) fueron valoradas como más satisfactorias que el TAU. Sin embargo, no se observaron diferencias entre los dos grupos de IBM.

A modo de conclusión, la intervención basada en *mindfulness* mostró ser eficaz para el tratamiento de la depresión leve-moderada en los entornos de AP, tanto a corto como a medio plazo y aplicado en los dos formatos (cara a cara en grupo y online). Por lo tanto, la IBM parece ser una herramienta prometedora frente a los problemas existentes de tiempo y costes que sufren los entornos de AP.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, depression is one of the main causes of disability worldwide. In Spanish Primary Care (PC) services, there has been a significant increase in mental disorders, being mood disorders the most increased by 19-20%. Despite this, the pharmacological prescription is the quintessential treatment even with the high relapse rates which increase with each episode. Lack of time and resources make it difficult to dispense evidence-based treatments. For this reason, research has focused, on the one hand, on low-intensity interventions and, on the other, on interventions applied through Information and Communication Technologies. Both ways of applying psychological treatments have shown efficacy in depression treatment. However, few studies have used third-generation therapies, such as mindfulness, to reduce depression symptoms in Primary Care settings, despite the studies that support the efficacy of these techniques.

The objective of this thesis was to compare a low intensity mindfulness intervention for the treatment of depression in PC, on the one hand, applied face to face and, on the other, online self-applied, compared to a control group receiving medical treatment as usual.

A randomized controlled clinical trial with three experimental conditions is presented. Participants were patients with mild-moderate depression recruited from PC settings by their GPs. The patients who met the inclusion and exclusion criteria were randomized to one of three conditions: "MBI face-to-face + TAU", "MBI online + TAU", and "TAU alone". The primary outcome measure was depressive symptoms measured with Beck's depression inventory. Secondary measures were affectivity, quality of life, happiness, and mindfulness. These measurements were collected at three different times, at pre-treatment, post-treatment and at 6 months follow-up after the intervention.

Of the 182 participants evaluated, 130 met the inclusion criteria and were randomized. Specifically, 45 participants were assigned to the "MBI face-to-face + TAU" group, 44 were assigned to the "TAU + MBI online" group and 41 to the "TAU alone" group. The results showed statistically significant differences between groups in the measure of depression. MBI (both face-to-face and online) were more effective than TAU with large effect sizes. Furthermore, these differences were maintained at 6-month

follow-up. In the secondary measures, only significant changes were observed in negative affect, mental health and the happiness index, in the MBI groups. Furthermore, MBI (both face-to-face and online) were rated as more satisfactory than TAU. However, no differences were observed between the two MBI groups.

In conclusion, the mindfulness-based intervention was shown to be effective for the treatment of mild-moderate depression in PC settings, both in the short and medium term and applied in both formats (face-to-face and online). Therefore, MBI appears to be a promising tool to deal with PC problems such as lack of time and cost issues.

Marco Teórico

«El hombre no podría vivir si fuera completamente impermeable a la tristeza. Muchas penas solo se pueden soportar cuando se las abraza, y el placer que se experimenta en ellas naturalmente tiene un carácter algo melancólico»

-Emile Durkheim-

1. BREVE HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

A lo largo de los años el término depresión y sus características han ido evolucionando paulatinamente. De hecho, antes de acuñar el término “depresión” los síntomas tales como la tristeza, el miedo, el insomnio o el abatimiento eran conocidos como “melancolía”.

El término “melancolía” fue usado por Hipócrates a finales del siglo V en relación a lo que llamaba la “bilis negra” en su teoría de los humores. Esta teoría defendía que un desequilibrio en los humores del cuerpo daba lugar a la aparición de distintas enfermedades. Siguiendo esta creencia, la melancolía producía un humor patológico, temor, falta de apetito, desaliento, insomnio, pesimismo y pasividad (Conti, 2007), síntomas que no se alejan a los criterios que hoy se recogen como parte de un episodio depresivo.

Posteriormente, en el medievo, la melancolía se relacionó con la “manía” y la “hipocondría”. Con respecto a la “manía”, algunos médicos como Theminson denominaron a la melancolía como un tipo de manía. De hecho, Rufó de Efeso hablaba de la existencia de ideas delirantes como síntoma de la melancolía. Estas ideas junto con otras, situaron a la melancolía como el inicio y, a su vez, parte de la manía. Mientras que en los maníacos el pensamiento fluctuaba entre la ira y la alegría, en los melancólicos predominaba la pena y el abatimiento (Conti, 2007).

Por su parte, la hipocondría también se relacionó con la melancolía debido, principalmente, a Burton quien situó tres localizaciones clásicas de la enfermedad melancólica: la cabeza, el cuerpo y las hipocondrias (Burton, Faulkner, Kiessling, & Blair, 1989). Como resultado, a inicios del S.XVII ya se hablaba de la melancolía flatulenta hipocondríaca cuyos síntomas estaban algo confusos. Mientras unos autores hablaban de flatulencias, calor en el abdomen, cólicos, dolor en el vientre..., otros referían articulaciones frías, indigestión, calor, zumbidos en los oídos, vértigos... (Conti, 2007). Esta concepción de hipocondría comienza a separarse en la segunda mitad del S.XVII con autores como Boerhaave, distanciándose de la concepción de melancolía pero manteniéndola en un mismo continuo, donde los casos graves de hipocondría podían evolucionar a melancolía e incluso llegar a la manía (Cobo, 2005).

No obstante, fue Kraepelin quien a finales del S.XIX y principios del S.XX recogería de nuevo los conceptos de “melancolía” y “manía” en una categoría mayor conocida como “maníaco-depresiva” (Kraepelin, 1921), diferenciando tres síntomas principales en cada uno de ellos. Por un lado, la manía se constituía por la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad y, por otro lado, la melancolía se caracterizaba por la inhibición del pensamiento, la depresión y la inhibición motora. Esta concepción kraepeliana se impuso en Alemania en el S.XX junto con los términos de “depresión endógena y psicógena” y las depresiones “no reactivas” de Scheneider (Cobo, 2005). Con esta clasificación, Kraepelin se bautizó como el “padre de la clasificación de los trastornos mentales”. Sin embargo, los criterios entonces utilizados se fundamentaban en causas orgánicas, y es por ello que las primeras ediciones de los manuales de clasificación (como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE) comenzaron a detallar las enfermedades mentales que tenían una causa orgánica. Aún así, Europa se convirtió en la primera en clasificar las alteraciones mentales (del Barrio Gándara, 2009).

Al mismo tiempo que se desarrollaba la concepción kraepeliana de depresión, comenzaron a aparecer las primeras aportaciones que manifestaron el papel que jugaba la mente humana en la melancolía de la mano de autores como Freud, Troxler y Carus. En concreto, Freud relacionaba el término depresión con los síntomas que aparecían tras la pérdida de un objeto amado (Paykel, 2008). Desde el punto de vista de Philippe Pinel, padre de la psiquiatría moderna, los trastornos del estado de ánimo radicaban en la percepción y las sensaciones, culpando a las causas morales. Su discípulo, Esquirol sentó las bases de la diferenciación entre los términos “loco” y “enfermo mental” y señaló a la “enfermedad” como causa de algunas conductas alteradas. Es en este momento cuando se inicia el proceso que dará lugar, a finales del S.XX, a los términos “trastorno anímico” como una tristeza patológica y “enfermedad mental”, entendida como depresión (Pinel, 2008).

2. CONCEPTO DE DEPRESIÓN

Los primeros grupos de síntomas que se aproximaron a lo que hoy entendemos como depresión, se recogen en las primeras ediciones de los manuales de clasificación diagnóstica. Por un lado, la CIE creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que como ya se ha comentado anteriormente, se inició con las aportaciones de Kraepelin.

Y por otro lado, la posterior versión americana del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) cuya aparición lo hizo de la mano del psiquiatra Meyer y el psicoanalista Menninguer en 1952 (del Barrio Gándara, 2009), donde se clasificó la depresión como una reacción ante un conflicto o acontecimiento en su primera versión y como una neurosis depresiva en la segunda (American Psychiatric Association, 1968).

Los inicios del DSM fueron complicados debido a las múltiples críticas recibidas. No fue hasta su tercera edición (DSM-III) en 1980 cuando comenzó a tener prestigio en la comunidad científica. En su elaboración, colaboraron muchas instituciones importantes de la época como la *Academy of Psychoanalysis* o la *American Psychological Association*. En ella, se incorporaron los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión para cada categoría y el sistema multiaxial (del Barrio Gándara, 2009). Específicamente, fue en el DSM-III cuando se incluye la categoría de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (American Psychiatric Association, 1980).

El DSM-III también sufrió críticas y modificaciones creándose el posterior DSM-III-R (1987) y generalizándose cada vez más su uso. En 1994 apareció el DSM-IV con el objetivo de reducir los criterios diagnósticos y clarificar el lenguaje. En la cuarta edición aparece el episodio depresivo mayor con la característica esencial de un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994). Al DSM-IV le siguió una revisión que dio lugar al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), en esta versión el TDM no sufrió ninguna modificación e incluso en la CIE-10 se mantuvieron criterios muy similares. Finalmente, la última edición del DSM y, por tanto, la más actual es el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). El DSM-5 no sufrió modificaciones importantes con respecto a las características principales del trastorno, sin embargo, presenta un cambio un tanto polémico: el duelo no excluye el diagnóstico de depresión (Fernando Muñoz & Jaramillo, 2015).

Este es un cambio importante debido a las connotaciones que conlleva, sobre todo, en lo referido a nuestro afán por patologizar cada una de las emociones o sensaciones que alteran nuestro día a día. Esta primera aproximación busca tender puentes entre lo “normal” y lo “patológico” dando importancia a las decisiones y criterios clínicos sobre

un grupo de síntomas que se dan en un entorno cotidiano y en respuesta a un evento estresante, como parte de una respuesta normal a una pérdida significativa.

Por tanto, lo que hoy entendemos por TDM se caracteriza por dos síntomas principales: por un lado, un estado de ánimo deprimido y, por otro, la pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades, es decir, la anhedonia. Junto a ellos coexisten síntomas tales como la pérdida de peso, el insomnio o hipersomnias, la agitación o entecimiento motor, sentimiento de inutilidad, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio recurrentes (American Psychiatric Association, 2014). Aunque el TDM está compuesto por todos ellos, no todos los pacientes los experimentan en su totalidad, sin embargo, lo que todos tienen en común es la interferencia en alguna de las áreas de su vida ya sea familiar, laboral o social (en mayor o menor medida).

En conclusión, lo que hoy conocemos por depresión lo podríamos definir como un complejo trastorno mental que produce una gran interferencia en el área funcional y social y que se caracteriza por un bajo estado de ánimo, reducción del interés o el placer, alteración de la capacidad cognitiva y síntomas vegetativos (Otte et al., 2016).

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

3.1. Inicio y desarrollo

Aunque no hay estudios que determinen cuál es la causa de la depresión, existen varias teorías al respecto, teorías de carácter cognitivo, otras más conductuales, psicoanalíticas etc. (Gotlib & Hammen, 1992). Sin embargo, aquí nos centraremos en la más comúnmente aceptada que pone el origen en la combinación de tres factores clave; los factores genéticos, los factores ambientales y los factores psicológicos (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011).

Dentro de los factores genéticos, podemos destacar la elevada heredabilidad del TDM, los estudios la han situado en torno al 35-40%, siendo el riesgo de padecer este trastorno tres veces mayor en los casos donde hay antecedentes familiares (Bigdeli et al., 2017; Fernandez-Pujals et al., 2015; Otte et al., 2016; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011). A pesar de la gran contribución genética puesta de manifiesto hasta la fecha, los estudios que han asociado todo el genoma todavía no han

conseguido identificar variantes genéticas específicas, debido a la complejidad genética del TDM (interconexiones biológicas, genes, neurobiología etc.), a lo que se le suma las dificultades relacionadas con la influencia ambiental (Fernandez-Pujals et al., 2015; Wray et al., 2018).

Cuando señalamos los factores ambientales y psicológicos, nos referimos principalmente a esa influencia ambiental relacionada con los acontecimientos vitales, épocas y factores de estrés, entorno social y familiar y, finalmente, a la falta de herramientas y estrategias de afrontamiento (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011). Varios estudios epidemiológicos relacionaron algunos eventos (que ocurrieron un año antes del problema) con el TDM. Se destacaron eventos como la pérdida de empleo, dificultades económicas, problemas de salud crónicos, exposición a violencia, separación y duelo (Kessler, 1997; Otte et al., 2016), y estos eventos se daban con mayor frecuencia en población adulta. En cambio, los estudios que se han centrado en los eventos producidos durante la infancia, han destacado como posibles factores de riesgo a padecer un TDM el abuso físico y sexual, exposición a violencia doméstica y fallecimiento o separación parental (Li, D'Arcy, & Meng, 2016; Otte et al., 2016). Además, la vivencia de un mayor número de estos eventos se ha asociado con niveles de depresión más graves (Hetolang & Amone-P'Olak, 2018). Aunque todos estos eventos estresantes pueden afectar al desarrollo de un TDM, existe un efecto diferencial importante a tener en cuenta y que dificulta aclarar la relación entre los factores ambientales y el desarrollo y curso del trastorno. Este efecto diferencial radica en la presencia de distintas vulnerabilidades tanto psicológicas (p.ej. los mecanismos cognitivos o temperamentales), como biológicas (p.ej. marcadores biológicos) entre la población, que hace que con los mismos factores de riesgo y factores protectores se presenten diferentes efectos (Assari & Lankarani, 2016; Slopen, Williams, Fitzmaurice, & Gilman, 2011).

En lo que respecta a los factores más de índole psicológica, los estudios han destacado una fuerte correlación con patrones de personalidad neuróticos (Clarke et al., 2018; Wray et al., 2018) y dificultades en las estrategias de afrontamiento. El neuroticismo, definido como una predisposición psicológica a reaccionar con mayor emocionalidad y percibir el entorno como amenazante, no solo incrementa el riesgo de desarrollar un TDM sino que puede influir en las relaciones entre los eventos vitales

estresantes, por ello, no es de extrañar que también exista una asociación directa entre el neuroticismo y los eventos estresantes, explicado principalmente por la alta sensibilidad a estos eventos presente en las personalidades más neuróticas (Clarke et al., 2018). De hecho, la existencia de rasgos de personalidad inestables se ha asociado con una menor respuesta al tratamiento y una peor evolución (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011).

3.2. Curso

El curso del TDM varía entre individuos dificultando establecer un curso “típico”, sobre todo en lo que respecta a la remisión y a la cronicidad (Boschloo et al., 2014; Kovacs, Obrosky, & George, 2016; Otte et al., 2016). Además, algunas características como una mayor gravedad de los síntomas, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos e historia de trauma en la infancia, se han relacionado con un peor pronóstico y una mayor cronicidad del TDM (Hovens et al., 2012; Otte et al., 2016).

Si bien los estudios han destacado que la mayoría de los pacientes entre un 70-90% logran una remisión a lo largo de los 6 a 12 primeros meses, un pequeño porcentaje de alrededor del 20% terminan desarrollando un trastorno depresivo crónico que se alarga más de dos años (Satyanarayana, Enns, Cox, & Sareen, 2009; Spijker et al., 2002). Específicamente cuando el TDM se da en población joven, algunos estudios como el realizado por Kovacs et al. (2016) han señalado unas tasas de recuperación altas (entorno al 96%) incluso con independencia del número de episodios sufridos. Sin embargo, el riesgo de recurrencia fue también elevado y se asoció con el segundo, el tercer y el cuarto episodio (72%, 91% y 80%, respectivamente). Por el contrario, en los pacientes mayores, los resultados confirmaron que el TDM era altamente persistente al final de la vida y con tasas que rondaban el 50% para pacientes que no logran la remisión tras dos años de seguimiento (Collard et al., 2017; Penninx et al., 2011) sugiriendo un curso más desfavorable a medida que se incrementa la edad.

También, las tasas de remisión oscilan en los estudios sobre el curso de la depresión en los centros de atención ambulatoria. De hecho, estas tasas son algo menos favorables ya que los estudios manifiestan que solo el 25% remiten a los 6 meses y, además, más del 50% de los pacientes continúa presentando un TDM después de dos años del inicio del problema (Otte et al., 2016; K. B. Wells, Burnam, Rogers, Hays, & Camp, 1992).

Por lo que se refiere a la duración de los episodios, un metaanálisis realizado por de Zwart et al. (2018) sobre el curso, recurrencia y recaídas del TDM destacó dos estudios. El primero, realizado por Eaton et al. (1997) mostró unas tasas de remisión del 25% después de 4 semanas y tasas de remisión del 50% después de las 8-12 semanas de haberse iniciado el episodio depresivo. En el segundo, desarrollado por Spijker et al. (2002), la duración del episodio depresivo también se mantuvo hasta aproximadamente las 12 semanas, pero además, este estudio presentó una reducción de las tasas de recuperación tras este período de tiempo (de Zwart, Jeronimus, & de Jonge, 2019) dando lugar a una mayor probabilidad de un curso crónico.

En resumen, el curso del TDM es difícil de determinar por la gran cantidad de variables que influyen. Una variable que parece ser bastante importante es la edad de inicio del trastorno sobre todo cuando nos referimos a las tasas de remisión, que se ven incrementadas en personas más jóvenes y a medida que envejecemos la trayectoria del trastorno va empeorando con peores tasas de recuperación y mayor cronicidad del trastorno.

3.3.Morbilidad

3.3.1. Prevalencia

Como ya hemos ido viendo, el TDM es un trastorno del estado de ánimo que genera una alta interferencia. De hecho, según la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, con altas tasas de morbilidad y afectación (unos 300 millones de personas en 2015) (World Health Organization, 2017). Algunos estudios indican que aproximadamente el 20% de todas las personas cumplen los criterios diagnósticos para el TDM en algún momento de su vida (Otte et al., 2016).

Las estimaciones de la prevalencia del TDM en población general han variado entre 2.1% y 7.6% según los estudios (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994; Newman & Bland, 1994; Weissman et al., 1996). Estas variaciones se deben principalmente a las diferencias metodológicas, entre ellas, los instrumentos de medida utilizados y sus características psicométricas, las poblaciones diana y los métodos estadísticos aplicados. Además, la influencia cultural da lugar a datos dispares entre países e incluso entre áreas urbanas y rurales (Ayuso-Mateos et al., 2001).

La Comisión Europea en un intento de proporcionar datos de prevalencia comparables entre países europeos, financió el estudio de la Red Internacional de Resultados de la Depresión (ODIN). Este estudio presentó prevalencias que oscilaban entre 0.5-10.2% dependiendo del país y el género. Con intención de presentar una perspectiva global de los resultados obtenidos por el estudio ODIN, a continuación, mostramos algunos de los datos que se generaron: en Grecia la prevalencia de la depresión se situó en 4.3% en hombres y 10.2% en mujeres, en Noruega los datos oscilaron entre 0.5-1.2% en hombres y 3.1-7.9% en mujeres, los Países Bajos arrojaron prevalencias de 1.9% en hombres y 3.4% en mujeres y, finalmente, en España, los datos fueron 4.3% para los hombres y 5.5% en las mujeres (Ayuso-Mateos et al., 2001).

La crisis económica sufrida en el 2008 supuso un impacto en los datos de prevalencia europeos, específicamente el estudio IMPACT, que evalúa el impacto económico en las consultas de Atención Primaria en España, mostró un incremento significativo de los trastornos mentales, siendo los del estado de ánimo los más incrementados en un 19%, seguidos de los trastornos de ansiedad con un aumento del 8% y los trastornos por abuso de alcohol en un 5% (Gili, García Campayo, & Roca, 2014). Datos más recientes como los proporcionados por la OMS (2015) estimaron una prevalencia del 4.4% en población general, más concretamente un 5.1% en mujeres y un 3.6% en hombres. Esta prevalencia incrementaba con la edad, situándose los porcentajes más altos en el intervalo de edad comprendido entre los 55-70 años, las prevalencias se incrementaban hasta casi un 8% en mujeres y más de un 5% en hombres (World Health Organization, 2017).

Los estudios más actuales sobre la prevalencia de la depresión muestran tasas que oscilan entre el 4% y el 8%, viéndose estas tasas incrementadas hasta un 24.1% en personas con episodios depresivos previos (Arias-de la Torre, Vilagut, Martín, Molina, & Alonso, 2018; Calvó-Perxas, Garre-Olmo, & Vilalta-Franch, 2015). No obstante, los estudios han revelado varias características socio-demográficas que pueden influir en las tasas de prevalencia, particularmente se ven incrementadas en personas con bajo nivel educativo, viudas, desempleadas o provenientes de clases sociales desfavorecidas (Arias-de la Torre et al., 2018; Gili et al., 2014). Asimismo, cuando se revisan los estudios de prevalencia, hay una característica que parece destacar, el género. La mayoría de los estudios muestran diferencias de género siendo las mujeres las más afectadas por el TDM,

entre dos y tres veces mayor que la prevalencia hallada en hombres (Ronald C. Kessler, 2003; Seedat et al., 2009; Weissman & Klerman, 1977). En el estudio realizado por Arias-de la Torre et al. (2018) la prevalencia en mujeres fue del 8%, mientras que en los hombres estuvo en torno al 4.1%. Las teorías que intentan explicar este fenómeno han variado desde factores hormonales y fisiológicos asociados a la reproducción, hasta las desigualdades sociales sufridas, donde la mujer ha tenido menos oportunidades sociales y laborales (Patel, 2001), sin ofrecer una explicación determinante.

3.3.2. Prevalencias en los entornos de Atención Primaria

La prevalencia en los entornos de Atención Primaria (AP) también ha suscitado interés a la comunidad científica, sobre todo por el importante papel que juegan en el tratamiento de depresión. En Europa, el estudio conocido como PREDICT, mostró prevalencias evaluadas en las consultas de AP de un 12.2% (13.9% para mujeres y 8.5% para hombres). Las diferencias entre los países también aparecen en este sector con porcentajes mayores en el Reino Unido (13.2% en mujeres y 12.7% en varones) y en España (18.4% en mujeres y 11.2% en hombres) y menores en Eslovenia (6.5% en mujeres y 4.4% en hombres) (King et al., 2008).

Específicamente en nuestro país, un estudio elaborado por Aragonès et al. (2004) presentó datos de prevalencia del 14.3% en los entornos de AP, siendo mayor en mujeres que en hombres, en personas divorciadas o viudas y pertenecientes a grupos sociales minoritarios o con bajo nivel educacional, características ya mencionadas previamente. Además, la prevalencia era dos veces mayor en aquellos pacientes que presentan otra patología física (23%) (Aragonès et al., 2004; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011). Los resultados encontrados por Roca et al. (2009) son algo más alarmantes que los anteriores, con prevalencias que llegaban hasta el 29% para el TDM y al 14.6% para el trastorno distímico. En cuanto al género, este estudio seguía en la línea de las investigaciones previas, los trastornos del estado de ánimo fueron más frecuentes en mujeres que en hombres con un 33.8% y un 21.2% para el TDM y un 17.3% y un 10.4% para el trastorno distímico, respectivamente. También se mostraron datos de comorbilidad, que aunque hablaremos más adelante de ello, los trastornos depresivos tuvieron mayor comorbilidad con los trastornos de ansiedad en un 19.1% (Roca et al., 2009).

Como conclusión, aunque los datos de prevalencia presentan diferencias entre los estudios son, a su vez, consistentes y suponen una importante preocupación por las consecuencias que el TDM genera tanto a nivel social como económico. Entre ellas, subrayaremos brevemente la elevada interferencia y la discapacidad asociada; el elevado riesgo de suicidio, sobre todo en los casos más graves y con elevada desesperanza (Hawton, Casañas i Comabella, Haw, & Saunders, 2013); el gran número de visitas a los servicios de AP con este perfil de pacientes (Aragonès, Piñol, & Labad, 2007); y los costes económicos derivados del tratamiento, principalmente farmacológico, que se han incrementado en paralelo a la prevalencia de la depresión en los últimos años (Gili et al., 2014).

3.3.3. Comorbilidad

El TDM se ha asociado, de diferentes formas, a problemas tanto físicos como psicológicos. Con respecto a los problemas físicos, cada vez son más los estudios que asocian la depresión como estimulante directo de la producción de citoquinas proinflamatorias productoras de afecciones relacionadas con el envejecimiento, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, artritis, diabetes, algunos tipos de cáncer, enfermedades periodontales, fragilidad y deterioro funcional (Dowlati et al., 2010). Además, la depresión puede promover la reducción de la respuesta inmune celular pudiendo, a su vez, dar lugar a infecciones prolongadas o cicatrizaciones tardías (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002).

Las enfermedades cardiovasculares han sido las más estudiadas en relación a la depresión, debido a los altos índices de mortalidad que producen y las altas tasas de prevalencia de la depresión en estos pacientes. Un meta-análisis que integró 21 estudios, concluyó que la depresión incrementaba el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en un 80-90% (Nicholson, Kuper, & Hemingway, 2006). Específicamente con el riesgo de infarto cerebro vascular, un meta-análisis realizado por Pan, Sun, Okereke, Rexrode, & Hu (2011) en el que incluyeron 28 estudios con una muestra total de 317540 participantes, confirmaron que la depresión se asociaba prospectivamente con un riesgo significativo de desarrollar un infarto de estas características. Los mecanismos implicados en estas asociaciones no están claros, algunos estudios han postulado que la medicación antidepresiva, especialmente antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa parecen tener un efecto cardiotóxico (Cohen, Gibson, & Alderman,

2000). Otros estudios vinculan las conductas poco saludables como fumar, dieta pobre o realizar poca actividad física, que se relacionan a su vez con la hipertensión o la diabetes, a la depresión (Strine et al., 2008).

Otra enfermedad preocupante en nuestra sociedad y que se ha relacionado con la depresión es la diabetes. Los estudios han asociado la depresión con un mayor riesgo de mortalidad (casi 1.5 veces) en personas con diabetes (van Dooren et al., 2013), riesgo que se incrementaba en personas con mayor gravedad de la enfermedad (Park, Katon, & Wolf, 2013). El origen de esta relación tampoco tiene una respuesta determinante, por un lado, se ha hipotetizado que las personas que padecen depresión tienen un mayor riesgo de padecer diabetes, como resultado de comportamientos de riesgo para la salud (tabaquismo, obesidad, falta de ejercicio etc.) (Katon, 2003; Strine et al., 2008), pero también, debido al aumento de los niveles de cortisol en sangre y la resistencia a la insulina (Silva, Atlantis, & Ismail, 2012; Stuart & Baune, 2012). Por otro lado, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer depresión, en parte, debido a la carga de los síntomas, las complicaciones de la diabetes, el deterioro funcional, la disminución de la calidad de vida y los cambios cerebrales asociados (Black et al., 2018; Nouwen et al., 2019). En consecuencia, se produce una reducción de las actividades de autocuidado que requiere la diabetes afectando a la memoria, a la energía y a la función ejecutiva (Black et al., 2018; Park et al., 2013). Parece que el riesgo de desarrollar complicaciones en la diabetes en personas deprimidas es mayor que el riesgo de desarrollar depresión en personas con diabetes (Nouwen et al., 2019).

Aunque existen asociaciones claras entre la depresión y otras enfermedades físicas, estas son las más estudiadas. Aún así, queda mucho por conocer al respecto, sobre todo, en lo que se refiere a los mecanismos implicados en estas asociaciones y en la bidireccionalidad de los trastornos.

En cuanto a los trastornos psicológicos, son muchos los que se han relacionado con el TDM, como por ejemplo, el trastorno por abuso de sustancias (Blanco et al., 2012; Pavkovic et al., 2018), trastornos como la esquizofrenia, donde se ha estimado que la depresión se da en un 50% de los pacientes con esta patología (Buckley, Miller, Lehrer, & Castle, 2009) y con trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y bulimia nerviosa (Godart et al., 2007). Sin embargo, la relación más estrecha la comparte con los trastornos de ansiedad. Ya en 1996 un estudio realizado por la OMS destacaba la alta

comorbilidad entre el TDM y los trastornos de ansiedad en los entornos de AP, el estudio estimó una comorbilidad del 4,6%, es decir, casi la mitad de los casos diagnosticados de depresión (7,1%) y de ansiedad (5,6%) aparecían al mismo tiempo (Sartorius, Üstün, Lecrubier, & Wittchen, 1996). En un intento de conocer la estructura factorial de la comorbilidad entre estos trastornos, se especuló que el factor “*distress*” (factor relacionado con la angustia emocional) estaba fuertemente relacionado con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el TDM, la distimia, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la fobia social (Kessler et al., 2008; Vollebergh et al., 2001). Sin embargo, estudios más actuales han puesto de manifiesto la existencia de otros factores que pueden estar influyendo, como los factores de riesgo o el curso del trastorno (Kessler et al., 2008; Moffitt et al., 2007). Moscatti, Flint, & Kendler (2016) sugirieron que los factores que mejor predecían presentar un tipo de trastorno de ansiedad comórbido con un TDM eran: neuroticismo, número de eventos estresantes experimentados, número de criterios de depresión mayor y en menor grado la proporción de familiares con TDM.

Aunque todavía no están claros cuáles son los factores contribuyentes a la existencia de los dos trastornos versus un único trastorno, ambos parecen tener una causa multifactorial y cambiante entre los individuos (Moscatti, Flint, & Kendler, 2016).

3.3.4. Mortalidad

Aunque la relación entre la mortalidad y la depresión ha sido muy estudiada durante años, las causas todavía no están claras. Por un lado, los autores han hipotetizado que puede deberse a las altas tasas de suicidio, ya que se estima que un 50% de 800,000 suicidios por año en el mundo ocurren en el transcurso de un episodio depresivo (Otte et al., 2016; World Health Organization, 2016). Por otro lado, como se ha comentado en apartados anteriores, también se ha especulado que las conductas no saludables como fumar, realizar poco ejercicio físico o hábitos alimentarios desadaptativos, pueden estar influyendo en el incremento de la mortalidad (Cuijpers & Smit, 2002).

En el meta-análisis realizado por Cuijpers & Smit (2002) encontraron indicadores claros de que existe un riesgo significativamente mayor de morir en sujetos deprimidos. Su reflexión ante estos resultados se apoyaba sobre la idea de que la tasa de mortalidad en depresión es causada, en parte, por otros trastornos físicos provocados o relacionados con la depresión (p.ej., enfermedades cardiovasculares), sin embargo, cuando se

analizaron estudios que controlaron esta variable, las tasas de mortalidad fueron similares. Los autores concluyeron que, aunque puede influir la comorbilidad con los trastornos físicos, por sí solos no causarían depresión ya que la depresión surge de una combinación compleja de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

De hecho, estudios actuales han añadido la importancia de otros factores que también parecen estar interviniendo como el grupo étnico, el sexo, el estado civil o las comorbilidades existentes, presentando tasas mayores de mortalidad en áreas con menor densidad étnica y en el sexo masculino. En suma, aunque la mayoría de los estudios afirman que las personas que presentan un TDM experimentan un mayor riesgo de mortalidad, existen todavía muchos factores que deben estudiarse y de los que se desconoce su influencia (Das-Munshi, Chang, Schofield, Stewart, & Prince, 2019).

4. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos más utilizados tanto en la práctica clínica como en la investigación son los recogidos en la guías CIE de la OMS (The National Center for Health Statistics, 2018), y en el DSM de la APA (American Psychiatric Association, 2014). Específicamente, nos vamos a centrar en la décima y undécima revisión de la CIE (CIE-10 y CIE-11) y en el DSM IV-TR y DSM-5, por su relación directa con el estudio de investigación que presentaremos en apartados posteriores. A continuación, vamos a describir cada una de las clasificaciones por separado, para poder realizar una comparativa.

4.1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 y CIE-11).

La CIE-10 clasifica los episodios depresivos, dentro de la categoría Trastornos del Estado de Ánimo (Afectivos) y cuyos códigos van del F30-F39. En esta gran categoría, podemos encontrar a su vez sub-categorías entre las que destacan, la F32. Episodio Depresivo, la F33. Trastorno Depresivo Recurrente y la F34. Trastornos del humor persistentes. En la **Tabla 1** se presentan las especificaciones para cada una de las sub-categorías (The National Center for Health Statistics, 2018). Además, en la **Tabla 2** se describen los criterios específicos para el diagnóstico de un episodio depresivo, según esta guía.

Tabla 1. *Sub-Categorías Trastorno del Estado de Ánimo Según la CIE-10.*

F32 Episodio Depresivo	F33 Trastorno depresivo Recurrente	F34 Trastornos del humor persistentes
F32.0 Episodio depresivo leve.	F33.0 TDM recurrente, leve.	F34.0 Ciclotimia
F32. Episodio depresivo moderado.	F33.1 TDM recurrente, moderado.	F34.1 Distimia
F32.2 Episodio depresivo, grave sin síntomas psicóticos.	F33.2 TDM recurrente, grave sin síntomas psicóticos	F34.8 Otros trastornos persistentes del estado de ánimo.
F32.3 Episodio depresivo con síntomas psicóticos.	F33.3 TDM recurrente, grave con síntomas psicóticos.	F34.9 Trastorno del estado de ánimo, no especificado
F32.4 Episodio depresivo en remisión parcial	F33.4 TDM recurrente en remisión.	
F32.5 Episodio depresivo en remisión completa	F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.	
F32.8 Otros episodios depresivos	F33.9 TDM recurrente, no especificado	
F32.9 Episodio depresivo, no especificado		

Nota: Recuperado de clasificación internacional de Enfermedades 10 (CIE-10)

Tabla 2. *Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10.*

A. Criterios generales para episodio depresivo

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

Para que exista síndrome somático deben estar presentes cuatro o más de las siguientes características:

1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
3. Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
6. Pérdida marcada del apetito.
7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.

8. Notable disminución del interés sexual.

Especificadores de gravedad.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Nota: Recuperado de la OMS (World Health Organization, n.d.)

Para el diagnóstico del TDM recurrente deben darse varios episodios depresivos como los descritos en la **Tabla 2**, sin historia previa de manía. Según la CIE-10 los estadios más graves del TDM recurrente se relacionan con conceptos más primarios como el concepto de melancolía, maniaco-depresivos y depresión endógena. Además, la CIE especifica: *“El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico por el de trastorno afectivo bipolar”* (World Health Organization, n.d.).

En cuanto a la CIE-11, las últimas noticias apuntan a que entrará en vigor el 1 de enero de 2022 (World Health Organization, 2016, 2018). Sin embargo, los criterios ya se pueden consultar en su sede electrónica <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>. En ella no aparecen diferencias importantes con respecto a la CIE-10 en lo que se refiere a los criterios diagnósticos para el episodio depresivo o incluso para el trastorno depresivo

recurrente. En esta nueva versión añaden, dentro de los trastornos depresivos, la categoría de trastorno mixto de ansiedad y de depresión (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. *Sub-Categorías Trastornos del Estado de Ánimo (Afectivos) según la CIE-11.*

Trastornos Bipolares u Otros Trastornos Relacionados	Trastornos Depresivos
6A60 Trastorno bipolar de tipo I	6A70 Trastorno depresivo, episodio único
6A61 Trastorno bipolar de tipo II	6A71 Trastorno depresivo recurrente
6A62 Trastorno ciclotímico	6A72 Trastorno distímico
6A6Y Otros trastornos bipolares o trastornos relacionados especificados	6A73 Trastorno mixto de ansiedad y depresión
6A6Z Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados, sin especificación	

Nota: Recuperado de Clasificación internacional de Enfermedades 10 (CIE-10)

4.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R Y DSM-5)

Aunque en este apartado nos vamos a centrar en los criterios principales que están vigentes a día de hoy con la clasificación propuesta por la APA (DSM-5), se va a realizar una comparativa con su versión anterior (DMS-IV-TR) por ser la que se ha tenido en cuenta en algunos instrumentos de evaluación utilizados en el presente proyecto de tesis.

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 se presentan en la **Tabla 4** que se presenta a continuación. La quinta versión de este manual no ha sufrido modificaciones significativas en comparación con su versión anterior, el DSM-IV-TR, aunque sí se ha incluido algunas actualizaciones como, por ejemplo, los especificadores los cuales describen si el estado clínico actual es leve, moderado o grave, si presenta características psicóticas y si se encuentra en estado de remisión (parcial o total).

Tabla 4. *Criterios diagnósticos de episodio de depresión mayor según el DSM-5.*

-
- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
- a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
 - d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - i. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
-

Nota: Recuperado de Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V (American Psychiatric Association, 2014)

Otro de los especificadores añadidos ha sido el de “con malestar ansioso”, recogiendo lo que entendemos por un trastorno ansioso-depresivo, y quizá supla la retirada del trastorno mixto ansioso-depresivo, que en el DSM-IV-TR se encontraba dentro de la categoría de los Trastornos de ansiedad no especificados (Rodríguez-Testal, Cristina Senín-Calderón, & Perona-Garcelán, 2014). Además, en el DSM-5 desaparece la diferenciación entre episodio único y recurrente. Esta diferenciación partía de las diferencias etiológicas. En esta nueva versión se da prioridad al curso del trastorno, integrándose formas crónicas del TDM con el trastorno distímico en el nuevo Trastorno Depresivo Persistente (Distimia). Esto puede dar lugar a algunas dificultades como convertir al TDM en un diagnóstico provisional dependiendo de si se hace crónico o no. Es en la especificación donde se indicará si se trata de distimia o de un episodio depresivo persistente (Rodríguez-Testal et al., 2014).

En el DSM-5 aparece como una entidad aparte el Trastorno disfórico premenstrual, mientras que en el DSM-IV-TR se englobaba en la categoría de no especificado. Su inclusión ha generado debate ya que se especulaba que las compañías farmacéuticas tenían algo que ver en su inserción. Parece que la investigación no hay sido concluyente ni suficiente al respecto (Rodríguez-Testal et al., 2014).

Finalmente, y como comentábamos anteriormente, un cambio polémico es que en el DSM-5 el duelo no excluye el diagnóstico de depresión (Fernando Muñoz & Jaramillo, 2015). El DSM-IV-TR era claro en este sentido, el duelo quedaba excluido del episodio depresivo mayor (criterio E), se planteaba que un TDM puede desarrollarse a partir de estresores psicosociales graves como la muerte de un ser querido o un divorcio, introduciendo el duelo como otro posible evento estresante y no como un trastorno en sí mismo. Con el cambio propuesto por el DSM-5, se espera que se incrementen los diagnósticos del TDM cuando en realidad los síntomas provienen de una reacción normal de duelo (Rodríguez-Testal et al., 2014).

En general, hay sutiles pero importantes diferencias no solo entre los mismos sistemas de diagnóstico, sino también entre los diferentes sistemas como la CIE y el DSM. Aunque también hay similitudes, sobre todo en las características principales del TDM, por ejemplo, ambos destacan que la duración debe ser superior a dos semanas o como síntomas clave la tristeza y la apatía. Además, hacen referencia a la importancia de explorar cómo es el episodio actual que está viviendo la persona tratando de utilizar los

especificadores para concretar cada caso y así poder ajustar lo mejor posible el tratamiento.

5. TRATAMIENTO

Existen varios tratamientos para la depresión, los principales son los tratamientos farmacológicos y los tratamientos psicológicos.

La guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018) propone un tratamiento escalonado que proporciona organización en las prestaciones de servicios. En esta serie de pasos si una persona no mejora o rechaza la intervención ofrecida inicialmente, se debe proporcionar la siguiente opción de intervención, o lo que es lo mismo, se pasa al siguiente paso. Los tratamientos van desde las intervenciones para casos leves como el apoyo, la psicoeducación, la activación... a tratamientos combinados, medicación, intervenciones de baja intensidad etc., para aquellos casos moderados, hasta llegar a terapias electroconvulsivas y terapias de alta intensidad, para los casos más graves (ver *Figura 1*).

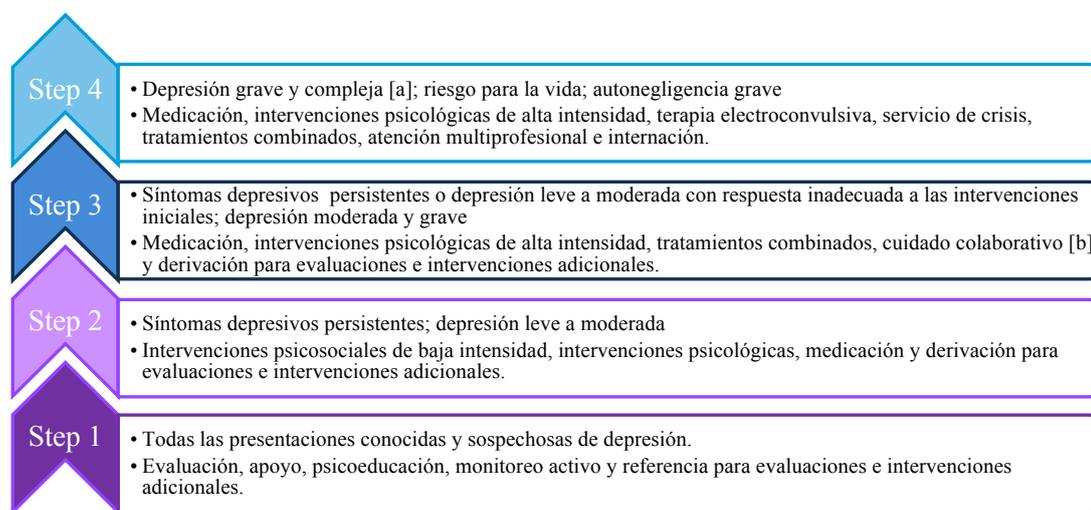


Figura 1. Modelo de tratamiento escalonado propuesto por la NICE. Adaptado de la Fuente Original: *National Institute for Health and Care Excellence*. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#stepped-care>

En general, varias guías y estudios de revisión están de acuerdo en que el mejor tratamiento para las depresiones moderadas a graves es una combinación de ambas intervenciones, tanto farmacológicas como psicológicas (Cleare et al., 2015; Cuijpers, Quero, Dowrick, & Arroll, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018;

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011). Sin embargo, para aquellos casos que presentan sintomatología leve o incluso moderada, pueden ser tratados con terapias psicológicas únicamente (Otte et al., 2016).

Estas recomendaciones no se aplican en los entornos de AP, donde la farmacoterapia es el tratamiento por excelencia, sobre todo, en los casos leves-moderados, principalmente por la carga de trabajo que tienen los profesionales sanitarios y las largas listas de espera que presentan los servicios especializados de salud mental. Específicamente, la *Guía de Actuación en Atención Primaria* recomienda los fármacos en los casos de moderados a graves y la terapia de apoyo y psicoeducación para el resto de casos, existiendo algunas excepciones como tener una historia de episodios depresivos pasados, o comorbilidad con otros trastornos, en cuyo caso, se recomienda la terapia combinada (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011).

5.1. Tratamiento farmacológico

La farmacoterapia es uno de los tratamientos por excelencia para la depresión, especialmente los fármacos antidepresivos. Estos fármacos fueron descubiertos por Roland Kuhn en 1956, hace unos 60 años. El primer antidepresivo que se descubrió fue la imipramina, un antidepresivo tricíclico (Cahn, 2006). A su vez, también en los años 50 los antidepresivos considerados inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) fueron descubiertos (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010). Sin embargo, aunque estos tratamientos fueron bien aceptados en la época debido a la falta de tratamientos antidepresivos, sus efectos secundarios reducen su uso en la actualidad.

A continuación, se describe brevemente los que se podrían considerar los cuatro grandes grupos de antidepresivos. En la **Tabla 5** se puede ver con más en detalle la totalidad de los grupos existentes con los fármacos asociados y las dosis recomendadas.

5.1.1. Antidepresivos Tricíclicos

Este tipo de medicamentos se han equiparado a los tratamientos antipsicóticos por su estructura tricíclica. Específicamente, inhiben la recaptación de neurotransmisores como la norepinefrina, serotonina y en menor medida la dopamina. En paralelo, los agentes tricíclicos bloquean los receptores colinérgicos muscarínicos (Heerlein, 2002).

En la actualidad el uso de los antidepresivos tricíclicos ha disminuido drásticamente debido a la aparición de otros antidepresivos con menos efectos secundarios. Pese a su menor uso, algunos estudios han revelado una mayor eficacia de estos en el tratamiento de depresiones graves (Heerlein, 2002).

5.1.2. Antidepresivos IMAO

Los IMAO fueron, junto con la imipramina, uno de los primeros antidepresivos en usarse. Actúan uniéndose a la enzima monoaminaoxidasa, responsable de la degeneración de los neurotransmisores tales como la noradrenalina y la serotonina. Parecen ser algo menos eficaces que los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de las depresiones graves, aunque presentan buenos resultados en las depresiones atípicas. Los IMAO pueden interferir con algunos alimentos como los que contienen tiramina (queso o vino) porque esta enzima es metabolizada por la monoaminooxidasa (Benedí & Romero, 1987).

El uso de los IMAO es prácticamente nulo, de hecho, en España no están accesibles excepto como uso compasivo. Esto se debe a que los actuales medicamentos presentan menos interacciones y efectos secundarios (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010).

5.1.3. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Desde su aparición los ISRS han revolucionado el tratamiento para la depresión y han desbancado el uso de los antidepresivos tricíclicos que eran los más usados hasta entonces. Los ISRS inhiben la recaptación presináptica de serotonina produciendo un aumento de este neurotransmisor en el espacio sináptico que es regulada posteriormente por los mismos receptores incrementando la transmisión serotoninérgica (Heerlein, 2002). Hay una fuerte evidencia detrás de estos antidepresivos, los estudios mostraron una reducción del 50% en las puntuaciones en el TDM de moderado a grave (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010).

Los ISRS tienen menos efectos adversos, son bajos en toxicidad y son eficaces. Es por ello que las directrices tanto nacionales como internacionales actualmente los recomiendan como tratamientos de primera línea para la mayoría de los pacientes con depresión. En el caso de no responder adecuadamente al tratamiento, las guías

recomiendan el uso de Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRSN) (Harmer, Duman, & Cowen, 2017; Heerlein, 2002)

5.1.4. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina-Noradrenalina (ISRSN)

Los ISRSN son inhibidores de la recaptación de los neurotransmisores de serotonina y noradrenalina, inhibiendo a su vez la recaptura dopaminérgica. Estos antidepresivos han sido muy usados tanto para el tratamiento de la depresión como del dolor crónico ya que los estudios han presentado buenos resultados en este perfil de pacientes (Pliego, 2010). Existen tres medicamentos principales. Por un lado, la venlafaxina, que inhibe la recaptación de noradrenalina principalmente, y en menores dosis inhibe la recaptación de serotonina. Por otro lado, la duloxetina, este ISRSN es un inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT y noradrenalina, además, no presenta afinidad por el transportador de dopamina y tampoco por los receptores muscarínicos, histamínicos y opiodes. El último de ellos, la reboxetina, en los metaanálisis existentes parece menos eficiente que los ISRS, sin embargo, estos hallazgos deben considerarse con cautela (Harmer et al., 2017). Los estudios que presentan la eficacia de la reboxetina frente a un placebo son bastantes sólidos a favor del antidepresivo (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010).

Tabla 5. Antidepresivos y sus Características.

Grupo	Fármaco	Dosis (mg/d)	Efectos anticolinérgicos	Sedación	Contraindicaciones (CI), Efectos secundarios (ES)	Indicaciones
Tricíclicos	Imipramina	75-300	+++	+++	CI: cardiopático, alteraciones bipolares y estados maníacos. Gestación ES: fototoxicidad, induce estados confusionales. Perfil más noradrenérgico	Tratamiento de segunda elección por los efectos secundarios

	Clorimipramina	75-300	+++	++	<p>CI: epilepsia, alteraciones bipolares y estados maníacos, infarto miocardio reciente.</p> <p>ES: ↓ umbral convulsivo, aumenta peso, impotencia. Perfil más serotoninérgico</p>	
	Amitriptilina	75-300	++++	++++	<p>CI: alteraciones bipolares y estados maníacos, infarto miocardio reciente, arritmias, enfermedad hepática grave, síndrome neuroléptico maligno, gestación.</p> <p>ES: glaucoma agudo</p>	
	Nortriptilina	50-100	+	+	<p>CI: cardiotoxico, gestación</p> <p>ES: disminución umbral convulsivo</p>	
	Doxepina	75-300	+++		<p>ES: discinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno. Menos cardiotoxico que la amitriptilina</p>	
Heterocíclicos atípicos	Maprotilina	75-150	++	++	<p>CI: epilepsia, suspender previo a cirugía</p>	<p>Depresión en gestantes. Asociación a dosis bajas con ISRS</p>
	Mianserina	30-200	-	+++		<p>Asociación a dosis bajas con ISRS</p>
	Mirtazapina	14-45	+	+++	<p>ES: aumento del apetito, potente anti-H1</p>	<p>El que menor disfunción sexual provoca, facilita el sueño</p>
IMAO no selectivos: Tranilcipromina y fenelcina					<p>CI: no usar con antidepresivos de otro grupo. Uso por servicio</p>	<p>Uso exclusivo por especialistas en salud mental</p>

					especializado de salud mental.	
					ES: crisis hipertensivas, hipotensión, náuseas, ortostatismo, estreñimiento, vómitos, edemas	
RIMA	Moclobemida	450-1.200	-	++	CI: disminuir la dosis al 50% si insuficiencia hepática grave	Uso exclusivo por especialistas en salud mental
					ES: cefaleas, mareos, alteraciones del sueño, náuseas	
	Fluvoxamina	100-300	-	++	CI: no usar junto a cisaprida	Depresión en niños
					ES: es el ISRS que más náuseas produce. Potente inhibidor CYP1A2 y CYP2C19 (interacciones medicamentosas)	
	Fluoxetina	20-80	-	+/-	CI: no usar en combinación con carbamazepina, fenitoína o fenobarbital	Depresión en gestantes depresión moderada sin ansiedad
					ES: potente inhibidor CYP2D6 (interacciones medicamentosas), anorexia	
	Paroxetina	20-50	-	++	CI: gestación (Categoría D)	Depresión moderada
					ES: sudoración, sedación, disfunción sexual, potente inhibidor CYP2D6 (interacciones medicamentosas)	
ISRS	Sertralina	50-200	-	-	ES: potente inhibidor CYP2D6, pero sólo en altas dosis, diarrea.	Depresión en niños y gestantes.
						Depresión moderada-grave

	Citalopram	20-40	-	-	ES: cefalea (24%), náuseas (15-18%), diarreas (6-14-5)	Depresión moderada
	Escitalopram	10-30	-	-	CI: no usar con pimozida ES: = que con citalopram pero en menor grado	Depresión moderada-grave
ISRSN	Venlafaxina	75-375	+/-	+	ES: náuseas (21-50%), pérdida peso (3.47%), cefalea (25-38), aumento presión arterial solo en dosis < 300mg/día	Depresión moderada-grave Depresiones melancólicas
	Duloxetina	40-120	+/-	+	CI: Glaucoma ángulo estrecho ES: náuseas (14-30%), somnolencia (7-21%), estreñimiento (5-15%)	Depresión con predominio de síntomas somáticos, ansiedad generalizada, fibromialgia
	Reboxetina	8-10	+/-	-	ES: muy leves	Mejora selectivamente el funcionamiento social
IRND	Bupropión XR (liberación prolongada)	150-300		-	CI: epilepsia, cirrosis hepática, tumor del SNC, bulimia o anorexia nerviosa, no asociar a IMAO ni con alcohol ES: sequedad boca, náuseas, insomnio, agitación, temblor, sudoración. Con sobredosis: prolongación QT, arritmias y taquicardia	De 2° elección. Depresión con predominio de síntomas negativos (anhedonia, falta de placer o interés) alternativo si disfunción sexual
SARI	Trazodona	150-600	-	+	CI: uropatía obstructiva ES: arritmias ventriculares, taquicardia, ortostatismo	

Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa.

Efectos serotoninérgicos: náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, sudoración, disfunción sexual.

ATC: antidepresivos tricíclicos; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; IRND: inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRSN: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; RIMA: inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa tipo A; SNC: Sistema nervioso central; SARI Antagonista de los receptores 5-HT_{2A} e inhibidor de la recaptación de 5- serotonina; CYP2D6: enzima

Nota: Recuperado de Guía de Actuación en Atención Primaria (cuarta edición, volumen 1). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2011, pág.506).

5.2.Tratamiento psicológico

En los últimos años se han realizado una gran cantidad de estudios controlados, con el objetivo de evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos para la depresión (Andrews et al., 2018; Cuijpers, 2015b; Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Hollon, 2017; Cuijpers, Noma, Karyotaki, Cipriani, & Furukawa, 2019). Aunque a lo largo de los años se han desarrollado diferentes corrientes de tratamiento, la terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (con menos evidencia que la anterior) y la activación conductual, han sido los tratamientos más utilizados para tratar el TDM y están incluidos en la mayoría de las guías como tratamientos de elección (Cuijpers, 2015b; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010). Además, las terapias de tercera generación, especialmente *mindfulness*, se están implementando cada vez más en diferentes áreas y trastornos. Los estudios de eficacia que utilizan intervenciones basadas en *mindfulness* en pacientes con depresión presentan buenos resultados (Demarzo et al., 2015; Kuyken et al., 2015; Williams et al., 2014). Estas intervenciones cuentan ya con una amplia evidencia científica promoviendo su inclusión en las guías de tratamiento como la NICE, que la recomienda como terapia de elección para la prevención de recaídas en el TDM (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). A continuación, realizaremos una breve descripción de cada una de ellas, a excepción de las intervenciones basadas en *mindfulness* que se describirán con mayor profundidad por ser la intervención utilizada en el presente estudio.

5.2.1. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC es un conjunto de técnicas y procedimientos de intervención psicológicos cuyo objetivo es la observación de la conducta y su posterior modificación, incluyendo todos los elementos que influyen en ella, como son los elementos *cognitivos, conductuales, fisiológicos y emocionales*. Esta terapia se asienta sobre las bases de la terapia cognitiva y la terapia conductual, defiende que las personas hacemos una interpretación de los estímulos internos y externos lo que, a su vez, influiría en el modo en el que nos sentimos y comportamos (Rodríguez Biglieri et al., 2011). Por tanto, diferentes interpretaciones llevarían a diferentes emociones, sensaciones físicas y comportamientos.

La TCC tiene su origen en la década de los 50, su desarrollo está dentro de la evolución de la Terapia de Conducta, cuyas figuras clave fueron la de Ivan P. Pavlov (1849-1936) y la de Burrhus F. Skinner (1904-1990), entre otros, y de las aportaciones en investigación realizadas sobre el aprendizaje, aportadas principalmente por Albert Bandura. En los años 70, la aparición de la Terapia Cognitiva de la mano de A.T. Beck y de A. Ellis, fue determinante para ayudar a explicar la complejidad el comportamiento humano. No obstante, es a partir de los años 80 cuando la TCC se encuentra plenamente consolidada como enfoque terapéutico (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

Los protocolos existentes que se basan en la TCC para la depresión tienen entre aproximadamente 10 a 20 sesiones donde se combinan diferentes ejercicios, entre los que podemos destacar la activación conductual, técnicas de reestructuración cognitiva o resolución de problemas. El objetivo es que el paciente aprenda a identificar las distorsiones cognitivas y los patrones de pensamientos disfuncionales para poder modificarlos. Además, se busca incrementar la capacidad de autocontrol, optimizar la capacidad para resolver problemas, mejorar el reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales e interpersonales (en el caso de ser necesarias) (Puerta-Polo & Padilla-Díaz, 2011). En general, se busca que el paciente se active conductualmente y retome su funcionalidad.

La TCC se ha convertido en una de las terapias más estudiadas y, por tanto, cuenta con gran evidencia científica que respalda su eficacia para el tratamiento de una gran variedad de problemas y trastornos psicológicos, entre ellos, la depresión (Cuijpers,

2015b; Ruiz et al., 2012). Además, también permite fomentar el desarrollo de las potencialidades y habilidades del individuo, para una mejor adaptación al entorno y un aumento en su calidad de vida (Ruiz et al., 2012). Es por ello que es uno de los tratamientos de elección recomendados en las guías clínicas (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010).

5.2.2. La terapia interpersonal (TIP)

Se define como un protocolo de tratamiento antidepresivo, de tiempo limitado y manualizado. Consiste en una sesión semanal (durante unas 12 – 20 semanas) de una hora de duración. La TIP se centra en la relación existente entre las **emociones y las relaciones interpersonales**. Los autores parten de la premisa de que el estrés psicosocial y las dificultades interpersonales pueden derivar en depresión, y que tener un apoyo o personas de confianza, supone un factor protector ante este trastorno (Fernández Liria, Rodríguez Vega, & Diéguez Porres, 2010; Markowitz & Weissman, 1995).

La TIP fue desarrollada por Klerman y colaboradores a finales de los años 60 (Markowitz & Weissman, 1995). Los buenos resultados de las investigaciones que aplicaban esta técnica a personas con depresión consolidaron la terapia en un manual de referencia: *Psicoterapia interpersonal de la depresión* (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984).

Este protocolo está dividido en tres etapas: fases iniciales, intermedias y de terminación. Durante las **fases iniciales** se instruye al paciente sobre qué es la depresión, síntomas y tratamiento. Además, se relaciona con el contexto interpersonal y se revisa la historia interpersonal del paciente. Una vez se han identificado las áreas problema se establecen objetivos terapéuticos. En las **fases intermedias**, se trabajan las áreas problema que pueden ser el duelo, las disputas interpersonales, transiciones de rol o déficits interpersonales. Se trabaja en aquella área o áreas en las que haya mayor dificultad. Finalmente, en las últimas fases, o **fase de terminación**, se trabaja las sensaciones de finalización de la terapia, se revisa las ganancias obtenidas, se analiza la independencia del paciente y la existencia de síntomas depresivos. En esta fase se determina la necesidad, o no, de continuar con el tratamiento. Las indicaciones de los autores son mantener la terapia únicamente en personas con trastornos de personalidad, dificultad para el mantenimiento de las relaciones, personas con déficits interpersonales y

habilidades insuficientes para iniciar relaciones, pacientes con depresiones recurrentes o pacientes que no han respondido y continúan depresivos (Fernández Liria et al., 2010; Markowitz & Weissman, 1995).

5.2.3. La activación conductual (AC)

Es una intervención conductual, estructurada, de corta duración que está basada principalmente en los principios del aprendizaje. Tiene como objetivo contrarrestar los síntomas que derivan de una depresión, para que los pacientes puedan desenvolverse con normalidad en su día a día y regular su estado emocional (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014). En ocasiones, algunos de sus ejercicios se integran dentro de protocolos basados en la TCC.

El protocolo fue desarrollado por Lejuez, Hopko, LePage, Hopko, & McNeil (2001) con la intención de *activar* a los pacientes depresivos mediante *actividades programadas* y la realización de conductas que aumenten la probabilidad de *reforzamiento positivo*. Estos autores parten de la idea de que el estado de ánimo se reduce debido a la ausencia de refuerzos positivos a lo largo de la vida del sujeto. Es importante destacar que esta terapia no deja de lado los componentes cognitivos ni emocionales, sin embargo, no trabaja directamente sobre ellos, sino que al cambiar las conductas, los pensamientos y las emociones se irán modificando paralelamente (Barraca, 2010).

Los estudios realizados en los últimos años han puesto de manifiesto la eficacia de la AC para el tratamiento de la depresión (Cuijpers et al., 2017; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Incluso reflejan que la AC es igual de eficaz que otras formas de psicoterapia tales como la TCC (Soucy Chartier & Provencher, 2013). Estudios que utilizan TCC junto con la AC, han destacado el componente de AC como un elemento efectivo y necesario de la terapia, reduciéndose los efectos cuando no se trabaja este componente (Cuijpers et al., 2017).

5.2.4. Intervenciones Basadas en *Mindfulness* (IBM)

5.2.4.1. ¿Qué es *mindfulness*?

Mindfulness, término que proviene de la palabra sati de la lengua pali, se traduce habitualmente como «atención plena», «observación clara» o «conciencia plena», aunque

incluye más aspectos. Existen diversas definiciones de *mindfulness* dentro de la investigación científica, pero vamos a destacar las más utilizadas. Según Kabat-Zinn, (1990) es prestar atención, de forma intencional a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla ni reaccionar a ella. Germer (2004) lo define como la habilidad de enfocar nuestra atención en la tarea en cuestión, porque cuando estamos atentos nuestra atención no se encuentra en el pasado o el futuro, y no estamos juzgando o rechazando lo que está ocurriendo en el momento, sino que estamos presentes y eso genera energía, claridad mental y alegría.

Bishop et al. (2006), en su modelo teórico de *mindfulness*, distinguen dos componentes claves: a) la autorregulación de la atención que debe mantenerse en la experiencia inmediata permitiendo el reconocimiento de los diferentes contenidos mentales que se están produciendo, y b) una orientación específica hacia la experiencia del momento presente, con una actitud de apertura, curiosidad, ausencia de juicio, aceptación y autocompasión.

En la línea con la propuesta de Bishop, García Campayo y Demarzo (2018) lo describen como un estado de la mente descrito por todas las religiones y culturas, y como una psicoterapia de tercera generación, secular, sin contenido religioso y de base científica. Para estos autores las características científicas de *mindfulness* serían: a) tomar conciencia del flujo de la conciencia; b) reconocer los diferentes elementos de la experiencia: sensaciones, pensamientos, emociones e impulsos e; c) investigar los elementos de la propia experiencia, y como van ligados los unos a los otros.

Desde la consolidación del psicoanálisis, la psicología comenzó a aproximarse a la meditación y a sus prácticas, sin embargo, esta ha sido a su vez, mirado con escepticismo, sobre todo en lo referente a la eficacia con respecto a otras técnicas. En la búsqueda de encontrar los mecanismos subyacentes a los beneficios aportados por la meditación, ésta ha sido en sus inicios tratada como una técnica de relajación (Cebolla, 2001). Sin embargo, en los últimos años el interés por los efectos de la práctica meditativa ha ido incrementándose, sobre todo, como técnica terapéutica en sí misma dentro de los entornos sanitarios (Moore & Malinowski, 2009).

Mindfulness surgió de las prácticas de zen, yoga y estudios budistas realizados por Jon Kabat-Zinn, quien integró todas sus enseñanzas espirituales con la ciencia occidental.

Por tanto, *mindfulness* se compone de la agrupación de dos epistemologías muy diferentes que se fusionan entre sí: la ciencia y las tradiciones meditativas.

Es por ello que *mindfulness* y meditación comparten un estrecho vínculo, aunque también existen elementos que las distancian. Mientras que *mindfulness* es un estado de la mente que se puede desarrollar con técnicas psicológicas, entre ellas la meditación, la meditación desarrolla aspectos específicos de la mente (García Campayo & Demarzo, 2018). Existen diferentes tipos de meditación, las principales son las atencionales, las constructivas y las deconstructivas, aunque se pueden diferenciar algunas más (Dahl, Lutz, & Davidson, 2015). *Mindfulness* incluye en mayor medida las meditaciones atencionales e incluso se puede desarrollar *mindfulness* mediante otras técnicas psicológicas como, por ejemplo, técnicas de aceptación radical (García Campayo & Demarzo, 2018).

Esta integración entre meditación y ciencia dio lugar a la fundación, en 1979, de la clínica de Reducción de Estrés en la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts donde se desarrolló el programa de Reducción de Estrés y Relajación que posteriormente se transformaría en un protocolo estructurado conocido como “Reducción del Estrés basado en la Atención Plena (o *Mindfulness*)”, o como se conoce también en lengua inglesa “*Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)*” (García Campayo & Demarzo, 2018).

5.2.4.2. Mecanismos de Acción de *Mindfulness*

La investigación se ha centrado principalmente en conocer la eficacia de las diferentes intervenciones de *mindfulness*. Desde el nacimiento del *MBSR* la atención estaba puesta en la cantidad de práctica necesaria para reducir síntomas psicológicos y físicos. Está claro que resolver esta cuestión es totalmente necesario para validar *mindfulness* como una intervención psicológica basada en la evidencia. Sin embargo, se han desatendido elementos tan importantes como, cuáles son los mecanismos de acción que están actuando ante esta eficacia. Es por ello que esta pregunta vuelve a recobrar fuerza y a interesar a la comunidad científica.

Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman (2006), proponen la necesidad de establecer dos líneas de investigación diferentes pero complementarias para poder aclarar las dudas

subyacentes a los mecanismos de acción de *mindfulness*. Por un lado, una línea donde se realicen estudios de desmantelamiento, con el objetivo de separar los componentes y comparar la actuación de los diferentes ingredientes activos. Y, por otro lado, estudios donde se examine el constructo de *mindfulness* en sí mismo, con el objetivo de conocer si realmente es lo que lleva a los cambios positivos que se han encontrado en los estudios.

Los autores presentan una primera teoría que puede ayudar a entender mejor los mecanismos primarios de acción incluidos en las prácticas de *mindfulness*. Esta teoría está fundamentada en tres componentes o axiomas:

La intención: la práctica continua, el esfuerzo, necesitan de una intención. La intención te recuerda por qué empiezas a cultivar *mindfulness*, te ayuda a establecer un objetivo y dirigir las prácticas hacia él. Esta intención es cambiante y fluctúa a lo largo del entrenamiento.

La atención: Implica observar la experiencia presente, tal y como aparece, prestando atención a lo interno y externo. La atención ya estaba presente en otras formas de tratamiento como la TCC. Autorregular la atención es un elemento clave de la práctica de *mindfulness*.

La actitud: Es un elemento esencial, puesto que llevar la atención a cualquier punto se puede hacer de diferentes formas, sin embargo, el componente de actitud que se trabaja en *mindfulness* se caracteriza por la compasión, el hacerlo de forma cariñosa, amigable. Esto permite comenzar a cambiar la relación con uno mismo, permite estar abierto a la experiencia a medida que surge.

Estos axiomas fueron extraídos de la definición original propuesta por Kabat-Zinn (1994) quien lo describió como “*Prestar atención de una forma particular: de forma intencional, en el momento presente, y sin juicios*” (p. 4). Componentes que están interconectados en un proceso cíclico que se da de forma simultánea dando lugar a *mindfulness* momento a momento y que, a su vez, activa otros mecanismos secundarios (Shapiro et al., 2006).

Otra de las teorías principales que busca esclarecer los mecanismos que actúan en las intervenciones basadas en *mindfulness* fueron las propuestas por Baer et al. (2008). Para esta autora, un elemento clave que media el cambio es el mecanismo de la **atención**.

Para comprender como está actuando recomienda acudir a la literatura sobre la auto-focalización de la atención. Esta auto-focalización atencional definida, como hemos visto anteriormente, por la conciencia de las sensaciones corporales, pensamientos, fenómenos mentales y emociones, puede actuar en dos direcciones. Una de ellas puede resultar contraproducente y potenciar el malestar psicológico, sobre todo, si la focalización atencional se realiza de forma rumiativa y crítica. Sin embargo, si se realiza de forma reflexiva, no crítica y con apertura a la experiencia, los resultados pueden ser muy diferentes e implicar beneficios psicológicos (Baer, 2009; Watkins, 2008).

Precisamente con *mindfulness*, se potencia la observación de los estímulos internos y externos. Esta observación y, por tanto, este entrenamiento atencional, ha mostrado, por un lado, un aumento del bienestar en personas meditadoras (Baer et al., 2008), probablemente por la actitud de apertura y flexibilidad que se proponía anteriormente. Y, por otro lado, una mayor capacidad para cambiar el foco atención hacia un estímulo u otro, mejorando la atención selectiva (Baer, 2009).

El mecanismo de la “atención” activa, a su vez, otros mecanismos que también resultan beneficiosos para las intervenciones psicológicas. Hablamos de la capacidad de *descentramiento* y la *no reactividad* ante los fenómenos mentales. El incremento de estos elementos permite reducir el procesamiento elaborado, repetitivo y analítico que caracteriza a las estrategias rumiativas.

Otro mecanismo derivado de la atención, en este caso propuesto originalmente por Linehan (2018) y Kabat-Zinn (1982), se refiere a la *regulación emocional*. Llevar la atención hacia los procesos emocionales, observarlos de forma sostenida y sin prejuicios, permite realizar una exposición prolongada a los mismos. La exposición y, por tanto, la no evitación emocional lleva a reducciones en la reactividad y a cambios en el comportamiento por el propio proceso de desensibilización (Baer, 2009).

Finalmente, Baer (2009) señala el *cambio comportamental* como resultado de la autoobservación consciente. Una mayor conciencia de nuestras emociones, nuestros actos, y las consecuencias que derivan de ellos, nos permitiría anticiparnos a las reacciones ante una determinada situación. Esta capacidad de anticipación daría lugar a varias respuestas, flexibilizando y facilitando un comportamiento constructivo en lugar de un comportamiento impulsivo y desadaptativo.

Una de las teorías más actuales y que ha sido muy utilizada en la literatura ha sido el modelo propuesto por Hölzel et al. (2011), quien defiende la interacción de cuatro mecanismos distintos pero que están interactuando continuamente entre sí para producir los beneficios de *mindfulness*. Dichos mecanismos son:

Regulación atencional. En línea de los modelos anteriormente propuestos, Hölzel también señala la atención como uno de los mecanismos estrella de la práctica de *mindfulness*. Principalmente por los buenos resultados que se han obtenido en estudios de investigación, ya que, tras la práctica de *mindfulness* los niveles atencionales mejoraban.

Conciencia Corporal. Entendida como la habilidad de ser consciente de las sensaciones corporales. La práctica de *mindfulness* trabaja con prácticas que están orientadas a fomentar esta conciencia corporal (p.ej. *mindfulness* en la respiración). Este tipo de práctica permite estar anclado a la experiencia presente.

Regulación de las emociones. En línea de lo que exponía Baer, la regulación emocional es uno de los fenómenos que más cambia la vida de un individuo. El entrenamiento en *mindfulness* lleva a una disminución de la reactividad emocional facilitando el regreso a un estado emocional basal. Podríamos decir que la regulación emocional más que un mecanismo en sí mismo, es una consecuencia que deriva de otros mecanismos primarios como la atención, el no juicio, la identificación de los contenidos mentales y la no reactividad (García Campayo, 2019). Estos elementos permiten utilizar estrategias de regulación adecuadas como la reevaluación de la situación, la exposición, la extinción y la reconsolidación, que por sí mismas presentan beneficios sustentados por la literatura. Además, no debemos olvidarnos de los efectos relajantes que produce la práctica de la meditación, ayudando a los sujetos a reducir el sistema simpático y activando el sistema parasimpático, disminuyendo la intensidad emocional y regulando la emoción.

Cambio en la perspectiva del yo. Con este mecanismo se busca enseñar a los sujetos que no existe un ser permanente e inmutable, sino que la propia percepción del yo es producto de un proceso mental continuo. Estamos continuamente repitiéndonos las etiquetas que nos hemos puesto a lo largo de la vida, sin embargo, esas etiquetas no dejan de ser una interpretación de las cosas que nos han sucedido, hacen que nos apeguemos a

nuestros pensamientos y emociones. Con la práctica de *mindfulness* los sujetos son conscientes de este proceso a través del desarrollo de la meta-conciencia, dejando todas esas etiquetas conceptuales a un lado y tomando distancia de los pensamientos y emociones. Como resultado, la estructura estática del yo se difumina, dejando un sentido del yo más experiencial y eventual.

Hölzel está de acuerdo con la interrelación de estos componentes, tanto, que a veces diferenciarlos puede ser difícil puesto que están continuamente interactuando entre sí y, como hemos visto, pueden dar lugar a componentes secundarios que se hacen imprescindibles para generar beneficios. Sin embargo, hay un mecanismo imprescindible para que el resto puedan surgir, y es **la atención**. La atención enfocada en los eventos internos es necesaria para adquirir una mayor conciencia de las sensaciones corporales y, por tanto, del desarrollo de las emociones. La capacidad de mantener la atención centrada en los estímulos condicionados también es un requisito previo para poder utilizar la extinción de forma exitosa. El cambio de perspectiva sobre el yo puede influir en una mejor reevaluación de las situaciones, proporcionando una mayor motivación y por tanto un mejor desarrollo de la regulación de la atención y la conciencia corporal. Como vemos, los componentes se facilitan mutuamente, dando lugar a un proceso en espiral ascendente (Hölzel et al., 2011).

5.2.4.3. Eficacia de las Intervenciones basadas en *Mindfulness*

Desde la consolidación del MBSR como un protocolo estructurado, son muchas las investigaciones que han evaluado la eficacia de *mindfulness*, no solo como un protocolo específico, sino también como parte de otros protocolos diferentes, dando lugar a un amplio desarrollo científico y clínico. Así, en la literatura encontramos estudios para una gran variedad de patologías tanto físicas, tales como el cáncer (Carlson et al., 2013; Rouleau, Garland, & Carlson, 2015; Zhang, Xu, Wang, & Wang, 2016), la obesidad (Dalen et al., 2010; Godsey, 2013; O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz, & Black, 2014), la tensión arterial (Carlson, Speca, Faris, & Patel, 2007; Chen, Yang, Wang, & Zhang, 2013; Solano López, 2018), o la diabetes (Kiken, Shook, Robins, & Clore, 2018; Mason, Meal, Shaw, & Adams, 2018), como psicológicas, por ejemplo, las adicciones (Davis et al., 2019; Priddy et al., 2018), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Forcadell Lopez, Astals Vizcaino, Treen Calvo, Chamorro López, & Batlle Vila, 2016), el trastorno bipolar (Ives-Deliperi, Howells, & Horn, 2016; Stange et al., 2011), la esquizofrenia

(Davis et al., 2015; Tabak, Horan, & Green, 2015; Wang, Chien, Yip, & Karatzias, 2016), la depresión (Geschwind, Peeters, Huibers, Van Os, & Wichers, 2012; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010a), o los trastornos de ansiedad (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010b; Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014), o trastornos sexuales (Vilarinho, 2017), entre otros.

No obstante, de acuerdo con los mecanismos de acción sobre los que actúa *mindfulness*, es de esperar que los trastornos psicológicos sean los más demandados. Goldberg et al. (2018) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue examinar la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) en población con trastornos psicológicos. Incluyeron un total de 171 estudios con 142 muestras y 12.005 participantes. Los diagnósticos principales eran adicciones, ansiedad, depresión, dolor, esquizofrenia y problemas alimentarios. Los resultados mostraron que las IBM tienen una potencia similar a las intervenciones psicológicas de elección cuando se comparan directamente y, también, buenos efectos en comparación con los grupos control o lista de espera, con mínimas diferencias entre los diagnósticos. A pesar de que los resultados fueron positivos y se mostró eficacia en la mayoría de los trastornos, los análisis específicos revelaron mayor evidencia en el uso de *mindfulness* en depresión. Como conclusión, los autores indicaron que estos resultados apoyados por estudios previos (Khoury et al., 2013) respaldaban a las IBM como tratamientos prometedores basados en la evidencia.

En general, los estudios presentados solo son una pincelada de la gran cantidad de estudios que existen. Numerosas investigaciones también han mostrado efectos positivos sobre la atención, crecimiento positivo, soledad, miedo, fatiga o dolor (Forcadell-Lopez et al., 2016; Rouleau et al., 2015; Zhang et al., 2016). Incluso algunos estudios han tratado de investigar si las IBM producían cambios a nivel cerebral (Berkovich-Ohana, Glicksohn, & Goldstein, 2012; Black, Kurth, Luders, & Wu, 2014) y en marcadores biológicos como la regulación de genes proinflamatorios (Creswell et al., 2012) o en respuesta a la metilación en distintas regiones genómicas como los telómeros (García-Campayo et al., 2018). Es por ello que su crecimiento está siendo exponencial y cada vez más especializado, permitiendo la creación o la adaptación de programas específicos para diferentes patologías y poblaciones.

A continuación, se presenta una descripción de los Programas Estructurados Basados en *Mindfulness* y de los estudios disponibles sobre su eficacia para el tratamiento de la depresión.

- *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)*

Este programa fue diseñado con el objetivo de trabajar con pacientes ambulatorios. Tras su éxito se extendió a todas aquellas personas que experimentaran sufrimiento. De hecho, se han entrenado más de 14.000 profesionales de salud para implementar el programa alrededor del mundo.

Está dirigido a trabajar a través de un enfoque educativo que utiliza el entrenamiento intensivo en *mindfulness* como núcleo para instruir a las personas a cuidarse mejor, vivir más saludablemente y adaptarse al entorno. Se realiza en formato grupal a modo de “clases” donde se cultiva la motivación, el apoyo, la aceptación y los sentimientos de pertenencia. Además, se busca la parte más experiencial, haciendo al programa altamente participativo. Tiene una duración de 8 semanas con un total de 30 a 31 horas de instrucción, específicamente la primera clase tiene una duración de 3 horas, las clases 2 a 7 duran 2.5 horas y la última clase es de 3.5 horas. Adicionalmente se realiza un retiro de silencio, que dura unas 7.5 horas aproximadamente (Kabat-Zinn, 1996).

En cuanto a los contenidos, cada clase incluye el entrenamiento tanto de la práctica formal, como de la práctica informal. Las prácticas formales incluyen el escaneo corporal, la meditación sentado, Hatha yoga y la meditación caminando. Las prácticas informales, pretenden llevar la conciencia al día a día y, por tanto, se entrenan llevando la conciencia hacia estímulos agradables y desagradables, eventos de la rutina, comunicaciones interpersonales, cogniciones y emociones repetitivas y su relación con el cuerpo, acciones, sensaciones y comportamientos habituales. Un elemento clave dentro del programa son las tareas para casa, porque permiten la continuidad del programa y poder aplicar lo aprendido en el día a día (Kabat-Zinn, 1996).

Los estudios que han utilizado MBSR, tanto en pacientes clínicos como en no clínicos, han mostrado cambios positivos en las medidas psicológicas y fisiológicas relacionadas con el estrés (Chiesa & Serretti, 2009; Sharma & Rush, 2014). Incluso se

han visto buenos resultados en los síntomas psicológicos relacionados con el cáncer, específicamente en la adaptación a la enfermedad (Ledesma & Kumano, 2009).

- *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*

La creciente evidencia y la calidad de la investigación han hecho que *mindfulness* sea un campo de investigación importante en neurociencia con gran evidencia científica (García Campayo & Demarzo, 2018). Este crecimiento fue, en parte, gracias al desarrollo de la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* o como se conoce en inglés por sus siglas *MBCT* de la mano de Teasdale, Segal y Williams en 1995 (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, et al., 2000).

Este programa se desarrolló con el objetivo de reducir la recurrencia y las recaídas que se producen en el TDM. Se enmarca dentro del modelo de vulnerabilidad cognitiva, que postula que los individuos que han experimentado recaídas depresivas tienen patrones de pensamiento diferentes que aquellos que no experimentan recaídas. Además, esos patrones son activados fácilmente con pequeños cambios negativos en el estado de ánimo (Mackenzie & Kocovski, 2016; Segal & Williams, 2012).

El programa MBCT está compuesto de herramientas y habilidades pertenecientes a la TCC para la depresión (Beck, 1979) combinadas con componentes del programa MBSR (Jon Kabat-Zinn, 1996). Una característica de la TCC incluida en este programa es la capacidad de descentramiento, cuyo objetivo es alejarse de los fenómenos mentales para comenzar a interiorizar que “los pensamientos no son hechos” y que “no somos nuestros pensamientos”. En esta línea, el programa MBCT no pretende cambiar los contenidos de los pensamientos, como se trabajaba originalmente en la TCC, sino que hace énfasis en cambiar la conciencia y la relación con los pensamientos mediante prácticas de *mindfulness* y ejercicios de descentramiento. El fin último es enseñar a los individuos a ser más conscientes de sus pensamientos y sentimientos y relacionarse con ellos en un sentido amplio (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, et al., 2000). Ser más consciente de los fenómenos mentales permite distanciarse de los pensamientos y sentimientos relacionados con la depresión, algo que parece fundamental para prevenir esos patrones rumiativos de pensamientos negativos que surgen en momentos de posible recaída (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, et al., 2000).

Está estructurado para aplicarse en un formato grupal, con una duración de 8 sesiones, una semanal de 2 horas de duración. Los ejercicios principales son: atención a las sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos y ejercicios diseñados a integrar las habilidades en la vida diaria. Se enseña a responder de forma abierta, libre, con aceptación y consciencia, además de afrontar algunas dificultades y desarrollar una capacidad de descentramiento hacia los fenómenos mentales (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, et al., 2000).

Los meta-análisis que han evaluado los estudios que utilizan MBCT para la prevención de recaídas en el TDM sugieren buenos resultados en el uso de esta terapia como estrategia para reducir las posibles futuras recaídas. Muestran eficacia frente a los tratamientos habituales y otros tratamientos activos como la terapia cognitiva o interpersonal con mejoras comparables. Del mismo modo, han arrojado mejores resultados del MBCT en personas con mayor riesgo de recaída que en personas con menor riesgo (Chiesa & Serretti, 2011; Kuyken et al., 2016; Piet & Hougaard, 2011).

Aunque, en general, todos los estudios están de acuerdo en que todavía falta investigación al respecto y estudios con mayor rigurosidad metodológica para poder esclarecer los resultados obtenidos (Chiesa & Serretti, 2011; Kuyken et al., 2016; Piet & Hougaard, 2011), algunos meta-análisis han apoyado las intervenciones con *mindfulness* para el tratamiento de la depresión como una intervención eficaz e incluso como un tratamiento basado en la evidencia para la prevención de recaídas en la depresión (Goldberg et al., 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

- *Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT)*

El entrenamiento de conciencia en la alimentación basado en *mindfulness* o conocido por sus siglas en inglés *MB-EAT*, fue desarrollado por Jean Kristeller y Ruth Q. Wolever en 1999. Este protocolo fue desarrollado específicamente para el tratamiento del trastorno por atracón. Los individuos que presentan esta psicopatología muestran una clara dificultad para manejar el sufrimiento emocional y una gran falta de consciencia interoceptiva impidiéndoles atender a las sensaciones de hambre y saciedad (Goldfield, Adamo, Rutherford, & Legg, 2008).

Desde el programa, estructurado en 10 sesiones, se trabaja para aprender a reconocer fortalezas, aumentar la apertura a la experiencia, entrenar la atención, aumentar la autoconsciencia, la aceptación, el no juicio de la experiencia interna, a detectar y conocer los patrones relacionados con la alimentación, la auto-aceptación, la compasión y el perdón. Estos últimos elementos tienen una gran importancia a la hora de interrumpir los ciclos de atracón, auto-recriminación y el exceso de restricción tan característico de las personas con patología alimentaria. El objetivo de este tratamiento es volver a instaurar los procesos fisiológicos naturales de regulación de la ingesta (Kristeller & Wolever, 2011).

Los estudios realizados con este programa han mostrado buenos resultados en lo que respecta a la reducción del número de atracones, mayor capacidad para identificar las señales corporales, una reducción de los síntomas depresivos y ansiosos y una mejor ingesta de alimentos. Parece que los mecanismos de acción utilizados en el programa MB-EAT pueden estar influyendo en la regulación de sistemas neuronales que se encuentran implicados en las conductas impulsivas (Kristeller, Wolever, & Sheets, 2014).

- *Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)*

Los problemas relacionados con la impulsividad como son los trastornos por consumo de sustancias también se han sumado a la ola de *mindfulness*. Bowe, Chawla y Marlatt (2011) desarrollaron un programa de prevención de recaídas basado en *mindfulness*, conocido por sus siglas en inglés el *MBRP*, para personas con adicciones. El programa fue descrito originalmente por Witkiewitz, Marlatt y Walker en el 2005 con el objetivo de aplicar un protocolo post-tratamiento para consolidar los progresos conseguidos en el tratamiento de estos pacientes, como una forma de enfrentarse a los impulsos y al deseo que puede dar lugar a una posible recaída.

Además, una característica de este trastorno son los sentimientos de culpa y vergüenza por las conductas que realizan, es por ello que una de las claves del programa es el enfoque compasivo, que enfatiza la aceptación y la apertura hacia estos estados emocionales. Los autores destacan que el entrenamiento de *mindfulness* puede ser prometedor para la prevención de recaídas porque proporciona la capacidad de ser consciente del espacio existente entre el estímulo y la respuesta, dando la oportunidad de

responder eficazmente, en lugar de reaccionar de modo automático y rutinario, advirtiendo una posible conducta de consumo (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2011).

Las investigaciones realizadas para conocer la aceptabilidad y la viabilidad del programa mostraron buenos resultados. Los participantes presentaron menor deseo de consumo, mayor aceptación y tendencia a actuar conscientemente durante el periodo del programa y en los 4 meses siguientes, en comparación con los participantes pertenecientes al post-tratamiento estándar (Bowen et al., 2011). Estudios más actuales que comparan MBRP con el tratamiento habitual en personas jóvenes con trastorno por uso de sustancias mostraron eficacia en la reducción de las facetas de la impulsividad (Davis et al., 2019), elemento clave para la reducción de posibles recaídas. Aunque son varios los estudios que presentan resultados prometedores, todavía existe la necesidad de investigaciones más rigurosas que muestren resultados clínicos y los mecanismos terapéuticos subyacentes de *mindfulness* en el trastorno por consumo de sustancias (Priddy et al., 2018).

- *Otros programas*

Existen otros programas que utilizan *mindfulness* como componente clave del tratamiento. Estos protocolos no se dirigen hacia el tratamiento de una patología psicológica, sino que se orientan hacia una ventana poblacional concreta.

Mindfulness-Based Elder Care (MBEC) (McBee, 2008), desarrollado para población anciana y sus cuidadores, tiene como objetivo desarrollar mayor conciencia y compasión. Está adaptado del MBSR, sin embargo, en este protocolo las sesiones son más cortas, el lenguaje es simple y los ejercicios están adaptados a personas que presenten dificultades en la movilidad (García Campayo & Demarzo, 2018).

Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) fue desarrollado por Nancy Bardacke, en 1998 como una adaptación del MBSR. En este caso está dirigido a mujeres embarazadas y futuros padres, tiene el objetivo de reducir las emociones como el estrés, el dolor o el miedo relacionado con el embarazo, el parto y la crianza temprana, con el fin de promover la salud y el bienestar en la familia. Además de ejercicios específicos de *mindfulness*, cuenta con reuniones donde se intercambian experiencias tras el parto, sobre

etapas posteriores de la crianza y se revisa la integración de *mindfulness* en el nuevo entorno (Duncan & Bardacke, 2010).

En conclusión, podemos resumir que las intervenciones basadas en *mindfulness* son eficaces para un amplio abanico de trastornos o problemas. Aunque algunas de sus aplicaciones son todavía jóvenes, como los últimos protocolos mencionados, y se necesitan más estudios para aclarar algunas de las dudas sobre su viabilidad y eficacia, los estudios presentados hasta la fecha ofrecen, en su mayoría, resultados prometedores. Además, como se ha mencionado con anterioridad, existen muchas más patologías que no han sido nombradas, y en su defecto, muchos estudios de investigación que presentan resultados interesantes sobre los beneficios derivados de la práctica de *mindfulness* en salud mental.

5.2.4.4. Eficacia de las Intervenciones basadas en *Mindfulness* en depresión

Específicamente en depresión, el protocolo MBCT fue el primer programa diseñado para la prevención y reducción de recaídas en las personas con historia de trastorno depresivo. De hecho, existe suficiente evidencia que apoya el uso del MBCT para la prevención de episodios depresivos, arrojando tasas de recaída del 32% en el grupo donde se aplicó el MBCT frente al 60% del grupo que recibió únicamente el tratamiento habitual (Chiesa & Serretti, 2011). En concreto, se ha sugerido que el MBCT puede ser particularmente eficaz en pacientes con tres o más episodios depresivos ya que son propensos al pensamiento rumiativo (Shapero, Greenberg, Pedrelli, Desbordes, & Lazar, 2019).

En lo que respecta al uso del MBCT para tratar el trastorno depresivo activo es un ámbito relativamente novedoso y su evidencia se considera, todavía, preliminar (Davidson, 2016). Los estudios que encontramos hoy en día indican que el MBCT resulta eficaz en el tratamiento de la depresión, así como de una amplia variedad de trastornos como hemos visto con anterioridad. Sin embargo, estos estudios presentan importantes limitaciones que no permiten extraer resultados concluyentes. Por ello, se necesitan más estudios que estudien la efectividad del MBCT en la depresión activa (Shapero et al., 2019).

5.3.El tratamiento de la depresión en los entornos de AP

Como hemos visto en los apartados anteriores, existen multitud de tratamientos para la depresión. No obstante, las guías están de acuerdo en que el mejor tratamiento para las depresiones moderadas a graves es una combinación de ambas intervenciones, tanto farmacológicas como psicológicas (Cleare et al., 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2011).

A pesar de ello, en los entornos de AP la prescripción de fármacos es el tratamiento por excelencia (Gill & Hatcher, 2000), incluso con las altas tasas de recaída que existen y que se incrementan con cada episodio (Eaton et al., 2008; Huijbers et al., 2016). No obstante, tener la opción de recibir psicoterapia en los entornos de AP para la depresión es un beneficio por diferentes razones. Por un lado, algunos pacientes prefieren la psicoterapia al tratamiento farmacológico (Rodgers et al., 2012) y los servicios especializados están sobrecargados. Además, son necesarios tratamientos alternativos para aquellas personas que no toleran los fármacos o no mejoran con ellos. Por otro lado, la psicoterapia podría proporcionar una reducción de los costes y de las recaídas derivados de la farmacoterapia (Cuijpers, 2015a; Hollon, 2003).

Los principales estudios que han probado a introducir la psicoterapia en los entornos de AP, lo han hecho con terapias como la TCC, la AC y la terapia de solución de problemas. En menor medida lo han hecho con otro tipo de terapias como *mindfulness*, terapias de revisión de vida o terapias psicodinámicas. Sin embargo, las revisiones que se han realizado hasta la fecha respaldan la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos en los entornos de AP, teniendo en cuenta que todavía estos efectos son moderados (Cuijpers, Quero, et al., 2019; Demarzo et al., 2015)

Introducir psicoterapia en los entornos de AP tampoco es tarea fácil, existen algunas dificultades. Entre ellas, encontramos la baja capacitación de los profesionales, los altos costes, la sobrecarga de trabajo, las dificultades geográficas y logísticas y, fundamentalmente, la falta de tiempo (Castro et al., 2015). Esto lleva a dispensar medicamentos, como tratamiento rápido y eficaz a pesar de los inconvenientes que generan, y a derivar a una gran cantidad de pacientes al servicio especializado de salud mental. De hecho, los estudios estiman que los médicos de familia derivan entre un 5-10% de los casos que detectan a los servicios especializados (Fernández et al., 2006).

Por su parte, los entornos especializados de Salud Mental se encuentran desbordados, no todos los profesionales aplican terapias basadas en la evidencia, las listas de espera son largas permitiendo ver a los pacientes una vez cada mes o incluso cada tres meses, lo que supone distanciar en exceso las sesiones de terapia y, además, los profesionales se encuentran sobrecargados (Gavin Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry, & Lapsley, 2004; Castro et al., 2015).

Todos estos problemas desvelan la necesidad imperiosa de ofrecer nuevas formas de tratamiento para la depresión en los entornos de AP, principalmente porque las consecuencias de la depresión son muy incapacitantes y producen gran deterioro e interferencia en la vida de las personas que la sufren. En resumen, y como se ha mencionado anteriormente, podemos destacar la reducción de la calidad de vida (Dowlati et al., 2010), el alto riesgo de suicidio, la mayor probabilidad de desarrollar otras patologías como el consumo de sustancias, esquizofrenia (Blanco et al., 2012; Buckley et al., 2009; Pavkovic et al., 2018) o enfermedades cardiovasculares (Nicholson et al., 2006).

Gracias a la gran cantidad de estudios que se han desarrollado en las últimas décadas con el objetivo de demostrar la eficacia de las intervenciones psicológicas para tratar la depresión, ya contamos con tratamientos eficaces basados en la evidencia (TPE), que son recogidos en las guías nacionales e internacionales. A pesar de ello, y debido a los problemas anteriormente mencionados, en los servicios de AP no se están aplicando estos tratamientos. Los obstáculos principales, como hemos mencionado, son el tiempo y los costes. Muchos protocolos con apoyo empírico consisten en un gran número de sesiones semanales, entre 12-20 sesiones en total de al menos una hora, lo que supone un consumo elevado de tiempo y recursos. Por tanto, una forma de poder dispensar tratamientos eficaces y con un menor consumo de tiempo y recursos son las psicoterapias de baja intensidad o psicoterapias breves para la depresión que se presentan como una alternativa que ya ha demostrado ser eficaz (Rimer et al., 2012).

5.3.1. Intervenciones de baja intensidad

Las intervenciones de baja intensidad pretenden ser eficaces con un número de sesiones reducido, algunos estudios presentan protocolos de un máximo de 4-8 sesiones, la mitad de sesiones que proporcionaban los protocolos originales (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010; Nieuwsma et al., 2012b). Además, son

intervenciones más sencillas que requieren un menor contacto con los pacientes, pueden ser administradas por otros profesionales sanitarios (enfermeros, médicos de cabecera etc.) e incluso introducir elementos tecnológicos como son el teléfono o internet.

Los meta-análisis realizados que comparan estudios que utilizan psicoterapias breves para la depresión, muestran resultados prometedores. Las técnicas elegidas en la mayoría de los estudios son la TCC y la terapia de solución de problemas. Los tamaños del efecto para estas psicoterapias breves son modestos, y como hemos visto, comparables con los observados en otros estudios de duración estándar (Cape et al., 2010; Nieuwsma et al., 2012b). Por ello, y en respuesta a los problemas que existen para tratar la depresión en los entornos de AP, las guías clínicas como la NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010) han incluido en su propuesta de tratamiento escalonado (Figura 1) las intervenciones de baja intensidad como primer paso para tratar a los pacientes que presentan síntomas depresivos leves-moderados.

En lo que respecta a *mindfulness*, en los últimos años hemos visto un incremento generalizado de las investigaciones que utilizan IBM. Específicamente en los entornos de AP, los protocolos que se han utilizado en su mayoría son el MBSR y el MBCT que, como se ha visto, presentan buenos resultados en otros ámbitos. El meta-análisis realizado por Demarzo et al. (2015) incluyó 6 ensayos controlados aleatorizados que utilizaban *mindfulness* y se habían realizado en los entornos de AP. Los análisis encontraron tamaños del efecto moderados en beneficio de las IBM, sobre todo, en medidas de salud mental. Tamaños del efecto similares fueron encontrados en estudios que utilizaban terapias farmacológicas y otras terapias psicológicas. Los autores concluyeron que, aunque los estudios controlados aleatorizados que aplican las IBM en los entornos de AP son todavía limitados, son intervenciones prometedoras para mejorar la salud mental y la calidad de vida en pacientes con depresión.

Sin embargo, dada la necesidad de acortar los protocolos para hacerlos más adaptables a los entornos médicos, y los buenos resultados que se han obtenido con otras terapias, varios autores han comenzado a desarrollar protocolos breves basados en *mindfulness* y, en paralelo, son varias las investigaciones que se han realizado con el objetivo de conocer su eficacia.

Como sucede con los protocolos estándar, las IBM breve también se han aplicado a diferentes patologías y poblaciones, sin embargo, la mayoría de los estudios se han centrado en el incremento del bienestar, la reducción del afecto negativo y la reducción del estrés. Entre los primeros estudios que han aplicado una IBM breve encontramos los estudios realizados por Bergen-Cico, Possemato, & Cheon (2013), Josefsson, Lindwall, & Broberg (2014) y Canby, Cameron, Calhoun, & Buchanan (2015), los cuales mostraron resultados satisfactorios, sin embargo, se realizaron en población trabajadora y universitaria.

Teniendo en cuenta que esta corriente de investigación es todavía reciente, los estudios específicos en personas con depresión son mínimos. De hecho, las revisiones sistemáticas publicadas y meta-análisis son escasos, encontrando únicamente tres: dos revisiones sistemáticas (Gilmartin et al., 2017; McClintock, McCarrick, Garland, Zeidan, & Zgierska, 2019) y un meta análisis (Schumer, Lindsay, & David Creswell, 2018).

En el meta-análisis de Schumer et al. (2018) se recogen los estudios controlados aleatorizados que utilizan intervenciones breves basadas en *mindfulness* para reducir el afecto negativo. Este estudio incluyó 65 ensayos, con un total de 5489 participantes. Los resultados revelaron efectos pequeños pero significativos en beneficio de las IBM breves para reducir el afecto negativo en comparación con el control. A rasgos generales, podemos destacar varios hallazgos que obtuvieron. Por un lado, la mayoría de los estudios incluidos en este meta-análisis aplicaron sus protocolos en población no clínica, subrayando la necesidad de realizar más estudios en población clínica. Por otro lado, otro hallazgo interesante se refiere a la población diana. Parece que las IBM breves tuvieron mayores efectos en población adulta en comparación con estudiantes universitarios. Los autores explican que puede deberse a un mayor interés, compromiso y motivación en este perfil de población, apoyando la idea de que hay poblaciones específicas que se pueden beneficiar en mayor medida de estas intervenciones que otros perfiles de población.

En conclusión, aunque parece que los resultados hallados hasta el momento van en la línea de lo esperado, y los resultados son prometedores, todavía queda mucho por estudiar. Es importante realizar más ensayos controlados con rigurosidad metodológica que evalúen las intervenciones breves basadas en *mindfulness* en población clínica. Por otro lado, futuros estudios deben aclarar cuáles son los elementos activos que mejor funcionan en estas intervenciones, la población que mayor beneficios puede obtener de

ello, la longitud adecuada de los protocolos breves, los efectos cognitivos de las IBM ,etc. (Schumer et al., 2018).

Si la corriente de las IBM breve es reciente y queda mucho por estudiar, todavía lo es más si acotamos la búsqueda y nos centramos en los entornos de AP. En la literatura únicamente encontramos unos pocos estudios que utilicen exclusivamente una intervención breve basada en *mindfulness* en estos entornos. En el meta análisis realizado por Demarzo et al. (2015) en el que revisaban exhaustivamente los estudios controlados aleatorizados que utilizaban IBM en los entornos de AP, y que únicamente encontraron 6 estudios, no había ninguno cuya intervención se considerara breve. Posterior a esa fecha y a rasgos generales, hemos encontrado algunos estudios que aplican IBM breves en AP, como el protocolo publicado por Castro et al. (2015) donde se describe un estudio controlado que utiliza una IBM *online* para el tratamiento de la depresión en AP y del que todavía no se han publicado los resultados, un estudio de viabilidad de una IBM para veteranos con trastorno de estrés postraumático (Pigeon, Allen, Possemato, Bergen-Cico, & Treatman, 2015) y su posterior puesta en práctica a través de un estudio controlado (Possemato et al., 2016) y, finalmente, un estudio piloto que aplica una IBM dirigida a reducir el *burnout* de los médicos de AP (Schroeder et al., 2018). Pero la literatura es muy escasa en este sentido y todavía no hay resultados firmes en general y, menos aún, en lo que respecta a depresión.

A modo de conclusión, las intervenciones de baja intensidad son una herramienta prometedora para reducir los problemas de tiempo y costes que se dan en los entornos de AP, sin embargo, todavía queda mucho por investigar. Otra herramienta que ha suscitado interés en los últimos años y que también puede ser una alternativa a los tratamientos y problemas actuales de AP, son las intervenciones aplicadas a través de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), concretamente a través de Internet. Este tipo de formato ya se ha adaptado a numerosos protocolos de intervención mediante entornos web para su posterior administración telemática y auto aplicada. El siguiente apartado se dedicará a presentar en detalle la psicoterapia por ordenador por ser uno de los formatos de aplicación que se ponen a prueba en el presente estudio.

6. PSICOTERAPIA POR ORDENADOR

6.1. Concepto e importancia

Como hemos visto hasta ahora, los tratamientos actuales para los trastornos depresivos, tanto farmacológicos como psicológicos, permiten reducir las consecuencias derivadas del trastorno en algunas personas, sin embargo, continúan presentando importantes limitaciones. La atención cara a cara sigue siendo el formato más utilizado tanto en los entornos de AP, como en las consultas privadas, a pesar de que los estudios estiman que únicamente el 50% de los pacientes depresivos que acuden a los entornos de AP reciben un tratamiento mínimamente adecuado (Uebelacker, Smith, Lewis, Sasaki, & Miller, 2009). Esto significa que existe otro 50% que no está recibiendo el tratamiento que necesita. Además, a estas dificultades se le suman las consecuencias devastadoras de la depresión, entre ellas la elevada interferencia y la discapacidad asociada, así como el elevado riesgo de suicidio, sobre todo, en los casos más graves (Hawton et al., 2013); el gran número de visitas a los servicios de AP en este perfil de pacientes (Aragonès et al., 2007) y los costes económicos derivados del tratamiento, principalmente farmacológico, que se han incrementado en los últimos años (Gili et al., 2014).

Por tanto, frente a la necesidad de ofrecer soluciones a todos estos problemas y dificultades existentes en AP, el uso de Internet para aplicar los tratamientos psicológicos puede considerarse una herramienta alternativa a los tratamientos existentes que permitiría resolver algunos de los problemas propuestos.

El crecimiento de Internet ha transformado la forma de diseminar la información, las relaciones sociales, la educación, los entornos sociales y sanitarios, y en general, ha cambiado el modo en el que el mundo interactúa entre sí (Perron, Taylor, Glass, & Margerum-Leys, 2010). El uso de los dispositivos electrónicos es cada vez mayor y ello supone la necesidad de adaptarnos a los nuevos entornos y aprovecharnos de las ventajas que nos ofrecen. Por ello, en los últimos años la introducción de las TICs tanto en el ámbito de la investigación psicológica como en la práctica clínica está creciendo exponencialmente.

Aunque existen múltiples conceptos para definir las intervenciones computarizadas, varios autores han intentado llegar a un acuerdo para establecer un único

concepto que incluya las diferentes formas de administrar los tratamientos computarizados (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009; Ritterband et al., 2003; Ritterband & Thorndike, 2006). Sin embargo, parece que este intento no ha tenido éxito. Generalmente, cuando hablamos de tratamientos psicológicos computarizados o asistidos por ordenador, nos referimos al uso del ordenador para administrar algunos aspectos de la psicoterapia, ya sea a través de un programa informático o de Internet (Carroll & Rounsaville, 2010). No obstante, las video llamadas, chats, grupos de apoyo, programas de autoayuda, o transmisión de información mediante mensajería, no se considerarían programas de psicoterapia computarizada (Marks & Cavanagh, 2009). De hecho, Marks y Cavanagh (2009) lo definen como aquella tecnología que utiliza la información de un paciente para tomar algunas de las decisiones en psicoterapia, ya sea para la evaluación, para la educación o para la identificación de dificultades y su consecuente tratamiento.

Por su parte, Barak, Klein y Proudfoot (2009) vieron la necesidad de desglosar con mas detalle este concepto y propusieron 4 categorías para englobar a los tratamientos basados en internet o computarizados. La primera de ellas hace referencia a las “intervenciones basadas en la web”, en esta categoría participarían aquellos programas auto-guiados o con apoyo, administrados a través de un sitio web que se aplican con el objetivo de mejorar la salud. La segunda, “terapia y asesoramiento *online*” se refiere a la interacción terapeuta-paciente a través de internet, realizando la terapia en tiempo real, pero de forma virtual. La tercera, “softwares terapéuticos operados por internet” incluye a aquellos softwares que brindan unas capacidades informáticas más avanzadas como, por ejemplo, la robótica, los sistemas de expertos, los juegos virtuales o los entornos virtuales tridimensionales. La cuarta y última, se englobaría en “otras actividades *online*”, son aquellas webs relacionadas con blogs personales, grupos de apoyo a través de chats, canales de comunicación por cámara web, evaluaciones *online*, información sobre temas relacionados con la salud a través de sitios web, *podcasts* etc. cualquier usuario podría acceder a estos recursos ya sea por decisión propia o por recomendación terapéutica (Barak et al., 2009). A pesar del empeño por unificar la terminología, a medida que la tecnología se está desarrollando, la línea entre lo que es un tratamiento computarizado y lo que no, es cada vez más difusa, dificultando establecer un concepto único para la cantidad de sistemas *online* que están apareciendo y a los que se suman los sistemas de realidad virtual y los *smartphones*.

En el ámbito de la investigación psicológica, se han desarrollado más de 100 programas diferentes de terapia computarizada para una variedad de problemas psicológicos, incluida la depresión (Marks & Cavanagh, 2009). Estos programas están contribuyendo de forma eficaz al avance en la aplicación de los tratamientos psicológicos. Varios meta-análisis sustentan la efectividad de los tratamientos computarizados y aplicados a través de Internet que se han desarrollado hasta la fecha (Andersson & Cuijpers, 2009a; Andrews et al., 2018; Cuijpers et al., 2009; Cuijpers, Noma, Karyotaki, Cipriani, & Furukawa, 2019). A continuación, vamos a describir las ventajas de los sistemas *online* para una mejor comprensión de cómo pueden ser beneficiosos estos programas.

6.2. Ventajas e Inconvenientes de los programas *online*

El gran potencial que presentan los programas *online* puede proporcionarnos nuevas formas de aplicar los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Entre las ventajas se encuentra la versatilidad, por ejemplo, en lo que respecta a la cantidad de contacto entre paciente y clínico, desde aquellos tratamientos que son totalmente auto-aplicados y, por lo tanto, el clínico está ausente, hasta aquellos en los se ofrece algún tipo de apoyo, ya sea mediante e-mails, terapia complementada tradicional, o llamadas telefónicas. También podemos variar el tipo de contenido que se ofrece: puede ser una terapia completa, de varios meses de duración, donde el usuario accede al programa y completa el tratamiento, o utilizar los programas como complemento de la terapia tradicional, es decir, como herramienta de refuerzo o repaso para realizar tareas. Los objetivos del programa, se marcarán en función de la población a la que vaya dirigido, puede ser a población general o a problemas más complejos como un determinado trastorno o incluso a un trastorno con comorbilidad con otras patologías (Carroll & Rounsaville, 2010; Jacob & Storch, 2015).

Los programas donde se ofrece información sobre un trastorno, o un tratamiento, además de recursos y enlaces adicionales para obtener ayuda, se conoce como biblioterapia *online*. Aparte de ello, también podemos introducir elementos más complejos como son la exposición o protocolos completos como la TCC a través de diferentes elementos multimedia (videos, textos, imágenes, descargables etc.) que faciliten la comprensión y el entrenamiento de estas nuevas habilidades. Esta posibilidad de introducir protocolos específicos también ayudaría a tratar el problema existente en la

formación de los clínicos, permitiendo utilizar TPE en la práctica clínica de forma generalizada (Carroll & Rounsaville, 2010).

Asimismo, otra de las ventajas es su administración en cualquier momento del día, rompiendo con la restricción de los horarios del clínico y con los desplazamientos. El paciente puede acceder todas las veces que quiera, incluso en aquellos momentos en que lo necesite con mayor intensidad (Carroll & Rounsaville, 2010; Jacob & Storch, 2015).

Es conocido que existe todavía cierto estigma a acudir a los centros de salud mental, y que, en ocasiones, los pacientes dudan sobre si hablar de sus problemas con su médico de familia, esto lleva a que un gran porcentaje de personas con problemas emocionales no reciban ningún tipo de tratamiento (Andersson & Titov, 2014). En este sentido, las psicoterapias por ordenador permiten un mayor anonimato a los pacientes y reducen la necesidad de verse presencialmente con el clínico (Jacob & Storch, 2015). Esto significaría poder llegar a más personas que lo necesiten y ofrecerles un tratamiento psicológico adaptado a sus necesidades.

Como vemos, el alcance de los programas de ordenador es otra gran ventaja. No solo podemos proporcionar TPE a personas que no pueden desplazarse a los centros de salud (p.ej., por problemas de movilidad), o que quieren un mayor anonimato, sino que podemos llegar a zonas geográficamente difíciles, como algunos entornos rurales o poblaciones desatendidas que no disponen de un dispositivo de salud mental cercano (Carroll & Rounsaville, 2010).

Finalmente, la relación coste-efectividad es otra ventaja de administrar este tipo de tratamientos. Su aplicación no es costosa, por ello un único clínico podría llevar a muchas personas y aplicar un tratamiento estandarizado de forma adecuada. De esta forma, se reduciría el tiempo entre paciente y clínico, gracias a la delegación de algunas tareas clínicas al programa computarizado (Carroll & Rounsaville, 2010). En este sentido, se ha estimado que los programas computarizados reducen el trabajo de los psicoterapeutas en más de un 80% (Montero-Marín et al., 2013). Otra forma de aumentar el tiempo del que dispone el profesional, sería mediante los programas computarizados centralizados, estos reducirían el uso y la duplicación de algunos recursos y facilitarían el acceso a la información y a la supervisión de los pacientes (Andersson & Titov, 2014). Además,

ofrecer un tratamiento psicológico adecuado podría reducir la necesidad de tomar medicación en los casos más leves, ayudando también a reducir costes farmacológicos.

Por último, aunque son muchas las ventajas que nos ofrecen los programas *online*, es importante señalar que todavía existen dudas sobre el alcance que tienen. Entre ellas, y debido a que es un campo de investigación relativamente novedoso, son el tipo de pacientes que se pueden beneficiar de estos programas (Andersson & Titov, 2014). Por ejemplo, la eficacia no está clara en personas con patologías graves, (Andersson, Carlbring, & Grimlund, 2008; Barbeito et al., 2020) y existen dificultades para administrar estos protocolos en poblaciones desfavorecidas, con bajos recursos económicos y en personas de avanzada edad.

Se necesita más investigación sobre la cantidad de contenido a ofrecer a los pacientes para obtener buenos resultados y no sobrecargar de información al usuario, es decir, la longitud de los protocolos y de los propios contenidos (Andersson & Titov, 2014) y sobre la cantidad adecuada de recordatorios que fomenten la adherencia, y no produzcan el efecto contrario.

En último lugar, el desconocimiento o escepticismo de la eficacia de este tipo de terapias en el entorno social y sanitario supone un rechazo hacia la implementación de las terapias administradas por ordenador. Una posible solución a este punto puede ser proporcionar educación e información acerca de su funcionamiento, ventajas y eficacia obtenida hasta el momento (Andersson & Titov, 2014).

6.3.Eficacia de la psicoterapia por ordenador en Depresión

Dada las grandes ventajas que suponen los programas computarizados, no es de extrañar que se hayan desarrollado una gran cantidad de programas diferentes de terapia computarizada para una variedad de problemas psicológicos (Andrews et al., 2018; Marks & Cavanagh, 2009). Como comentábamos, varios meta-análisis sustentan la efectividad de los tratamientos computarizados y aplicados a través de Internet, para una variedad de trastornos mentales como la depresión, las fobias, los trastornos de pánico y agorafobia, trastorno de estrés post-traumático y trastorno obsesivo-compulsivo (Andersson & Cuijpers, 2009a; Andrews et al., 2018; Cuijpers et al., 2009; Cuijpers, Noma, et al., 2019). Además, los diferentes estudios muestran que los tratamientos guiados obtienen mejores

resultados que aquellos que son totalmente auto-aplicados. De hecho, en estudios más recientes, los tratamientos totalmente auto-aplicados (o no guiados) han mostrado dudas sobre su eficacia frente al tratamiento habitual (Cuijpers, Noma, et al., 2019; Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007). Esta información resulta relevante a la hora de desarrollar nuevos programas computarizados u *online*.

Según la OMS, la depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo (World Health Organization, 2017), lo que plantea un reto imprescindible: dispensar nuevas formas de tratamiento eficaces y llegar a la mayor cantidad de personas posible. Diversos meta-análisis ya han demostrado la eficacia de las intervenciones *online* y otras intervenciones computarizadas para el tratamiento de la depresión y la mejora del bienestar (Andersson & Cuijpers, 2009a; Cowpertwait & Clarke, 2013; Josephine, Josefine, Philipp, David, & Harald, 2017). Además, parecen herramientas prometedoras no solo para el tratamiento, sino también para la prevención de los trastornos mentales (Sander, Rausch, & Baumeister, 2016). Estos resultados han llevado a que organizaciones tan importantes como el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) en Inglaterra, introdujera dos programas de psicoterapia *online*; *Beating the Blues*, para el manejo de la depresión leve a moderada y el *FearFighter* para los trastornos de pánico o trastornos fóbicos, como tratamientos de primera línea (Marks & Cavanagh, 2009; National Institute for Clinical Excellence, 2006).

6.3.1. Programas *online* para depresión

Grupos de investigación de distintas partes del mundo han diseñado programas *online* o computarizados para la prevención y el tratamiento de los trastornos depresivos. Se han desarrollado más de 37 programas basados en la TCC computarizada (TCCC) (Centre for Mental Health Research at the Australian National University, 2018), y que presentan buenos resultados (Andersson & Cuijpers, 2009a; Andrews et al., 2018; Cuijpers et al., 2009; Spek et al., 2007). Dado la gran cantidad de programas existentes, a continuación, se presenta una breve descripción solamente de aquellos que se han aplicado en los entornos de AP (Wells et al., 2018).

- *Beating the Blues (BtB)*, es uno de los más conocidos. Fue desarrollado por Proudfoot et al. (2003) para el tratamiento de la depresión y secundariamente, para el tratamiento de la ansiedad en los entornos de AP (Proudfoot et al., 2004). Este programa consta

de 9 sesiones, una a la semana de unos 50 minutos. La terapia administrada es la TCC adaptada al sistema online y aplicada en un formato interactivo. El programa permite conocer el progreso de cada paciente y la posible existencia ideación suicida. Además, una enfermera revisaba que los pacientes realizaran los ejercicios, era la persona de contacto en caso de que algo no fuera bien y atendía las necesidades y dificultades de los participantes. Los resultados mostraron mejoras significativas de los síntomas en comparación con el grupo de tratamiento habitual (Proudfoot et al., 2003).

- *MoodGym* de la Universidad Nacional de Australia. Este programa también ofrece la TCC para el tratamiento de la depresión. Consiste en cinco módulos que aparecen secuencialmente. El programa es interactivo, contiene ejercicios, preguntas y *feedback*. Los estudios que lo han utilizado han mostrado una reducción de los pensamientos disfuncionales y la reducción de los síntomas depresivos frente al grupo control (Christensen, Griffiths, & Jorm, 2004; Christensen, Griffiths, Mackinnon, & Brittliffe, 2006). Además, si se utiliza con apoyo telefónico, la adherencia aumenta y se acelera la mejora en los síntomas depresivos (Gilbody et al., 2017).
- *MoodManager*. Programa basado en la TCC que se aplica a través de 18 módulos, cada uno de ellos con herramientas de acompañamiento (diario de actividades, experimentos, diarios de pensamientos etc.). El programa incluía textos, gráficos, audios y vídeos. Cada módulo requería de unos 10 a 20 minutos para ser completado. El programa también contenía evaluaciones y seguimientos del estado de ánimo para que los participantes pudieran conocer su estado y auto-controlarse. Entre las habilidades básicas de la TCC, encontramos módulos centrados en trabajar las preocupaciones, las habilidades de comunicación, relajación, mindfulness, fortalezas, valores y manejo emocional. Los resultados mostraron que *MoodManager* redujo significativamente las puntuaciones en depresión en comparación con la lista de espera. Además, el grupo que tuvo una llamada de apoyo presentó una mayor adherencia y un mayor uso de las sesiones que el grupo que no tuvo apoyo telefónico (Mohr et al., 2013).
- *Blues Begone* desarrollado en la universidad Metropolitana de Londres por Purves, Bennett, & Wellma (2009). Se elaboró con el objetivo de mejorar los programas auto-aplicados *online* para que por sí solos, pudieran presentar tasas de eficacia comparables a los protocolos *online* aplicados con apoyo y los tratamientos aplicados cara a cara (Titov et al., 2013). Utiliza un sistema computarizado donde no hay ningún

tipo de apoyo humano. El programa es muy dinámico e interactivo, está compuesto por presentaciones *Power Point*, fragmentos de información, texto hablado, actividades, consejos diarios, se utilizan dibujos e ilustraciones dinámicas, se proporciona *feedback*, agradecimientos, etc. Las actividades son supervisadas con resúmenes y comentarios una vez finalizado el programa. Los resultados mostraron que el programa era eficaz para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, incluso con un contacto humano restringido a la evaluación y la administración de la investigación en sí misma (Purves & Purves, 2007; Purves & Dutton, 2013).

- *Kleur je leven (Colour your life)*. Es un programa holandés compuesto por un total de nueve módulos administrados a lo largo de 12 semanas. Utiliza elementos interactivos (vídeos, textos, audios etc.) para la administración de la TCC. Los estudios apoyaron la efectividad de este programa para el tratamiento de la depresión, mostrando una reducción de las actitudes disfuncionales, la preocupación, la negatividad y mejorando los sentimientos de control, los síntomas depresivos y, en definitiva, promoviendo el cambio clínico (en un 38.6%) frente al grupo de comparación (Spek, Nyklíček, et al., 2007; Warmerdam, van Straten, Jongasma, Twisk, & Cuijpers, 2010; Warmerdam, Van Straten, Twisk, Riper, & Cuijpers, 2008).
- *Depressionshjälpen*®. Este programa también está centrado en la TCC, aunque más específicamente en la activación conductual con componentes de la terapia de aceptación y compromiso y *mindfulness*. Está compuesto por 7 módulos donde el paciente puede encontrar pequeños textos, narrativas y vídeos. A medida que se avanza en el programa, se va rellenando un libro de trabajo que presenta ejercicios que complementan a la información *online*. Se recomendó realizar un módulo por semana hasta completar el programa en 8 semanas, aunque los participantes tuvieron un máximo de 12 semanas. Este programa contaba con apoyo por parte de un terapeuta a través del correo electrónico. Los resultados del estudio no mostraron diferencias significativas en comparación con el grupo TAU en las puntuaciones de depresión. Se concluyó que la terapia computarizada fue igual de eficaz que otros tratamientos para la depresión (Kivi et al., 2014).
- *MyCompass* es un programa australiano diseñado con el objetivo de reducir los síntomas de ansiedad y depresión de los residentes en Australia. El programa utiliza la TCC y la terapia interpersonal y puede ser administrado a través de la web o mediante el *smartphone*. Los estudios que han probado su eficacia mostraron

resultados satisfactorios en la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos en comparación con los grupos de lista de espera y TAU. Además, se mostró que implementar un programa computarizado para la depresión en el sistema de salud australiano resulta potencialmente rentable, reduciendo los costes del tratamiento (Proudfoot et al., 2013; Solomon, Proudfoot, Clarke, & Christensen, 2015).

Específicamente en España, el Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec) desarrolló el programa “*Sonreír es Divertido*”, un programa *online* basado en la TCC, que pretende detectar posibles casos de depresión y mejorar el afrontamiento de los síntomas. Específicamente sus autoras refieren que “*El programa está pensado para ayudar a personas que estén experimentando un estado de ánimo deprimido o ansioso y para personas que quieran aprender nuevas formas de afrontar sus problemas para prevenir esos estados de ánimo. Sonreír es divertido entrena a la persona en formas adaptativas de afrontar los problemas y superarlos*” (Botella, Mira, Herrero, García-Palacios, & Baños, 2015, p.41).

Los resultados obtenidos con “*Sonreír es divertido*” en una muestra comunitaria fueron muy positivos. El programa mostró eficacia en todas las medidas utilizadas. Los tamaños del efecto en la sintomatología depresiva de pre a post-intervención fueron de moderados a grandes. También presentaron buenas tasas de adherencia, similares a los tratamientos con apoyo de un terapeuta. Finalmente, el estudio presentó comentarios positivos de los participantes con respecto al programa. Los participantes revelaron que el tratamiento les había parecido, útil, lógico y se sintieron satisfechos con el mismo (Mira et al., 2017).

“*Sonreír es divertido*” también se aplicó en AP en un estudio multicéntrico de dos formas diferentes, por un lado, con apoyo de un terapeuta, y, por otro lado, sin apoyo, totalmente auto-aplicado, frente a una condición de tratamiento médico habitual mejorada. Los resultados fueron en línea de estudios previos, en los seguimientos, sin embargo, no lo hicieron durante el post-tratamiento. Los pacientes del grupo de intervención *online* mejoraron de forma significativa en todas las medidas utilizadas frente al grupo de tratamiento habitual. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre el programa con apoyo y el totalmente auto-aplicado (Pérez Yus, 2016). Este último hallazgo no va en línea de estudios anteriores en los que se encuentra que cuando las terapias son totalmente auto-aplicadas, sin recordatorios u otro tipo de apoyo, los efectos

disminuyen y las tasas de adherencia se reducen, produciéndose mayor cantidad de abandonos (Andersson & Cuijpers, 2009a; Cuijpers, Noma, et al., 2019; Palmqvist et al., 2007; Spek, Cuijpers, et al., 2007). De hecho, los efectos de la psicoterapia *online* se equiparan a los tratamientos aplicados cara a cara cuando existe apoyo de un profesional (Andersson & Cuijpers, 2009a). Varios autores apoyan la idea de que la relación entre la cantidad de apoyo y el resultado clínico es algo más compleja y puede depender del tipo y las características del programa que se aplica (Purves et al., 2009).

Para concluir, los meta-análisis que han evaluado los tratamientos computarizados para la depresión en los entornos de AP han apoyado la eficacia de estos frente al tratamiento habitual, específicamente para los síntomas depresivos de leves a moderados, pero no para los síntomas más graves (Cuijpers, Quero, et al., 2019; Rodríguez-Pulido et al., 2020; Sørensen Høifødt, Strøm, Kolstrup, Eisemann, & Waterloo, 2011). Por otro lado, en un reciente meta-análisis se encontraron 8 estudios que aplicaban la TCCC en los entornos de AP. Aunque los resultados indicaron que la TCCC es una herramienta potencialmente efectiva para administrar la psicoterapia en AP, los protocolos que eran totalmente auto-guiados presentaron tamaños del efecto pequeños y casi inexistentes, e incluso no mostraron eficacia (Wells et al., 2018). Estos hallazgos van en línea de otros estudios que evaluaron la TCCC en general y cuyas conclusiones fueron similares (Cuijpers, Noma, et al., 2019). Por tanto, estos estudios ponen de manifiesto la necesidad de realizar más investigación al respecto en los entornos de AP. En este sentido, se insiste en primer lugar, en los problemas metodológicos, como la realización de diagnósticos, el contenido de los programas de tratamiento y los costes de desarrollar e implementar las intervenciones. En segundo lugar, se manifiesta la necesidad de ampliar los estudios en los entornos clínicos y conocer el perfil de pacientes que se pueden beneficiar de estos programas. En tercer lugar, el uso de los programas *online* no solo para el tratamiento, sino también como herramienta de prevención y de seguimiento, como un complemento a las terapias y no como un reemplazo de las mismas, y cómo potenciar el mantenimiento de los beneficios. Y en cuarto y último lugar, se insiste en la necesidad de proporcionar programas individualizados que cubran las necesidades de los pacientes que presentan comorbilidad, así como el grado de apoyo y las razones de los abandonos (Andersson, 2009; Botella et al., 2015).

6.4. Programas de psicoterapia por ordenador basados en *mindfulness*

Hemos visto que existen multitud de programas computarizados para distintos trastornos psicológicos, sin embargo, la mayoría de ellos utilizan la TCC como protocolo de tratamiento. En lo que respecta a *mindfulness*, los estudios son bastante limitados.

Aunque algunos estudios que han utilizado programas *online* basados en *mindfulness* se han apoyado en el programa MBSR, hoy en día, no contamos con la adaptación de los protocolos originales al formato *online* (López-Montoyo, Modrego-Alarcón, Morillo, García-Campayo, & Quero, 2016). Además, considerables protocolos basados en la TCC tienen un componente de *mindfulness* entre sus módulos, como por ejemplo la conocida Terapia Dialectico Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés) (Linehan, 2007) o el protocolo unificado para tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010). Por ello, cuando realizamos una revisión de los programas *online* que utilizan *mindfulness*, también encontramos programas que han adaptado estos u otros protocolos basados en la TCC y que presentan algún componente de *mindfulness*.

Sin embargo, para conocer específicamente cómo funciona *mindfulness*, es importante especificar la búsqueda y descartar estos otros protocolos basados en la TCC que dificultan conocer los efectos específicos de la práctica de *mindfulness* aplicada mediante TICs. No hay muchas revisiones ni meta-análisis que hayan evaluado la eficacia de los programas basados en *mindfulness* computarizados, de hecho, solo encontramos dos, una revisión de la literatura realizada por nuestro grupo (López-Montoyo et al., 2016) y un único meta-análisis realizado por Spijkerman, Pots, & Bohlmeijer (2016).

En nuestra revisión se encontraron 12 programas que contenían *mindfulness*. De los doce, once presentaban un protocolo basado en su mayoría en técnicas de *mindfulness* y uno, estaba basado en la TCC. La mayoría se dirigían a población general, síntomas depresivos residuales y ansiedad, además, había uno para dolor crónico y otro para trastorno bipolar. No es de extrañar que la mayoría de los estudios se centrasen en ansiedad y depresión dados los buenos resultados que se han obtenido en su aplicación en formato tradicional. Sin embargo, sí sorprende el utilizado en trastorno bipolar (Murray et al., 2015). Este programa denominado ORBIT fue estructurado en 4 módulos y se presenta como una herramienta multimedia para entrenar la auto-aceptación, auto-compasión, auto-conciencia, regulación emocional, manejo de pensamientos y valores. El estudio piloto arrojó resultados prometedores, aunque todavía no significativos en lo

que respecta al uso de esta herramienta para un perfil de pacientes muy específico como son las personas con un trastorno bipolar (Murray et al., 2015).

En general, en nuestra revisión y en relación a los estudios que se centraban en ansiedad y depresión, concluimos que, aunque la mayoría de los estudios presentaron una reducción de los síntomas depresivos y ansiosos y una mejora en la calidad de vida, la mayoría contenía importantes limitaciones metodológicas que no permitían sacar conclusiones más firmes. Aún así, esta revisión no fue sistemática y los datos que se extrajeron fueron generales.

Por ello, creemos importante destacar el meta-análisis, señalado con anterioridad, y que presenta mayor rigurosidad metodológica (Spijkerman et al., 2016). En él se incluyeron estudios que usaban IBM, específicamente centrados en los protocolos MBSR, y MBCT e intervenciones que usaban la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a través de internet o una aplicación informática, incluidas las clases virtuales. Además, debían tener medidas de resultado que evaluaran los efectos de la intervención y fueran estudios con un diseño controlado y aleatorizado.

Se incluyeron 15 estudios con una población total de 1211 participantes en el grupo experimental y 1149 en las condiciones control. De la totalidad de los estudios, 8 se basaban en el protocolo de MBSR, 2 en el MBCT y 5 usaban ACT. Como comentábamos con anterioridad, y como describen los autores de este meta-análisis, los estudios que utilizaron los protocolos específicos de *mindfulness*, usaban protocolos adaptados o modificados, y no los protocolos puros de MBSR o MBCT. La población objetivo era diversa, únicamente 2 estudios estaban dirigidos específicamente a personas con síntomas depresivos.

Los resultados mostraron tamaños del efecto pequeños pero significativos para la medida de depresión ($g=0.29$, 95% CI: 0.13 to 0.46, $p=.001$), la ansiedad ($g = 0.22$, 95% CI: 0.05 to 0.39, $p =.010$) y el bienestar ($g = 0.23$, 95% CI: 0.09 to 0.38) y efectos moderados para la variable estrés ($g = 0.51$, 95% CI: 0.26 to 0.75, $p < .001$), cuando se tienen en cuenta los quince estudios. Un hallazgo importante a destacar fue la comparación de las IBM *online* con los tamaños del efecto encontrados en las investigaciones que usan IBM cara a cara. Contrariamente a lo que describe la literatura, este meta-análisis muestra que la efectividad de las intervenciones *online* basadas en

mindfulness es inferior a la encontradas en los estudios cara a cara. Sin embargo, y de acuerdo a la reflexión que utilizan los autores, los estudios que utilizan IBM *online* para la depresión y la ansiedad, son todavía reducidos y, por tanto, sería precipitado sacar conclusiones sólidas.

Este meta-análisis también reveló que las personas que parecían obtener mayores mejoras eran aquellas que presentaban trastornos psicológicos como síntomas depresivos o ansiosos, siendo los efectos menores para población general o aquellos cuyos síntomas eran más físicos. Sin embargo, estas diferencias fueron sutiles y no significativas en términos estadísticos.

Otro elemento clave a destacar de este metaanálisis es la adherencia, puesto que en *mindfulness* es esencial para obtener buenos resultados. En los estudios incluidos en este meta-análisis la adherencia varió mucho y las medidas para tomarla en consideración resultaron confusas, por lo tanto, los autores no pudieron sacar conclusiones consistentes al respecto. Sin embargo, sí extrajeron resultados para aquellos estudios que utilizaban apoyo de un terapeuta. En concreto, nueve estudios ofrecieron el apoyo durante las intervenciones, en su mayoría, este apoyo consistía en proporcionar *feedback* y reforzar a los pacientes. Se administraban a través del e-mail, de la propia página web o a través del teléfono. Como hemos visto con anterioridad, la literatura apoya la idea de que las intervenciones *online* con apoyo terapéutico influyen positivamente en la adherencia mejorando, a su vez, la efectividad de las intervenciones psicológicas *online* (Andersson & Cuijpers, 2009a; Spek, Cuijpers, et al., 2007). En la misma línea, los estudios que aplicaron IBM mostraron efectos significativos mayores para las IBM *online* que tenían apoyo frente a las que no lo tenían (Spijkerman et al., 2016).

En conclusión, hemos visto que existen pocos estudios que utilizan IBM de forma *online*, y que únicamente existe una revisión y un meta análisis hasta la fecha que recoja la información obtenida en los estudios existentes. Por otro lado, los resultados obtenidos hasta el momento son prometedores, las IBM *online* parecen presentar un gran potencial para la mejora de la sintomatología depresiva y ansiosa. Sin embargo, el uso de este tipo de intervenciones es novedoso y se encuentra en crecimiento. Todavía lo es más en el caso de las IBM *online* en los entornos de AP. Los estudios al respecto son prácticamente inexistentes. En nuestro país, únicamente hay un estudio que utiliza diferentes terapias administradas online para el tratamiento de la depresión en AP, entre ellas, *mindfulness*.

Sin embargo, todavía no se han publicado los resultados (Castro et al., 2015). En general, queda mucho por investigar en esta línea, y conocer el alcance y la efectividad de las IBM aplicadas *online*.

Es por ello, que el objetivo de la presente tesis fue evaluar la eficacia de una intervención basada en *mindfulness* para el tratamiento de la depresión en AP aplicada en dos formatos diferentes, por un lado, en formato cara a cara y por otro, a través de internet, en formato *online*, frente al tratamiento médico habitual que se aplica en los entornos de AP.

Marco Experimental

Muchas veces, cuando creemos estar realizando una experiencia sobre los demás, la estamos verificando sobre nosotros mismos

-Oscar Wilde-

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivo general

El objetivo del presente estudio fue comparar una intervención de baja intensidad basada en *mindfulness* para el tratamiento de la depresión en AP, utilizando diferentes formatos de aplicación. Por un lado, dos grupos de intervención breve basada en *mindfulness*, una administrada en formato tradicional, cara a cara y grupal (6-8 personas) y otra aplicada a través de internet aplicada de forma individual, frente a un grupo control que recibió su tratamiento médico habitual (TAU).

1.2. Objetivos específicos

- Evaluar la eficacia de la IBM breve en ambos formatos de aplicación, en las diferentes medidas de resultado evaluadas, entre ellas, depresión, *mindfulness*, afecto positivo y negativo, salud, calidad de vida y felicidad.
- Comparar la eficacia de la IBM en formato tradicional en las diferentes medidas de resultado evaluadas, frente al grupo TAU.
- Comparar la eficacia de la IBM aplicado a través de internet en las diferentes variables de resultado medidas, frente al grupo TAU.
- Evaluar la opinión y satisfacción de los participantes con respecto a la intervención recibida.
- Analizar si los cambios producidos tras las intervenciones se mantienen a los 6 meses en los tres grupos.

1.3. Hipótesis

- La hipótesis principal es que la IBM (cara a cara y *online*) será más efectiva que el grupo de tratamiento médico habitual (TAU). Estas mejoras se esperan tanto en la variable de resultado principal, la depresión, como en las variables secundarias (depresión, afecto positivo y negativo y felicidad) y en otras medidas (calidad de vida relacionada con la salud, habilidades de *mindfulness*).
- Se explorarán las diferencias entre los grupos de IBM, cara a cara frente al grupo online ya que, desde nuestro conocimiento, no hay estudios que apliquen estos formatos de intervención y comparen sus resultados entre sí, en este perfil de población.

- Se espera que los grupos de IBM sean más atractivos y satisfactorios generando una mejor opinión que el grupo TAU

2. MÉTODO

2.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECA), atendiendo a todas y cada una de las directrices estipuladas en las guías CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.consort-statement.org>) (Moher et al., 2010). El estudio fue registrado previamente en la web de estudios controlados (<http://clinicaltrials.gov/>) con el número de registro NCT03034343 (24/01/2017).

En el ECA se incluyeron tres condiciones experimentales con cuatro momentos de evaluación, al inicio (línea de base), tras la intervención y en dos seguimientos posteriores realizados a los 6 y a los 12 meses tras aplicar la intervención. Sin embargo, las evaluaciones de los 12 meses todavía se están recogiendo y no se presentarán datos en la presente tesis. Las condiciones experimentales fueron las siguientes:

- IBM cara a cara, además del tratamiento médico habitual (TAU)
- IBM aplicada a través de internet, además del TAU
- Grupo control de TAU

2.2. Aspectos éticos

Este estudio siguió los criterios internacionales de la Declaración de Helsinki. Además, se realizó conforme a las guías de buenas prácticas clínicas con el objetivo de preservar y proteger los derechos humanos (Vijayanathan & Nawawi, 2008) y recibió el informe favorable de los comités éticos de la Universitat Jaume I de Castellón y del Comité Ético del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

En todo momento se ha garantizado la seguridad de los datos siguiendo la Ley de Protección de Datos Personales (15/1991 del 13 de diciembre, LOPD) y la legislación de la Unión Europea. El acceso a la plataforma *online* se realizó mediante una combinación única de nombre de usuario y contraseña que únicamente conocía el participante.

También, se utilizó un cifrado avanzado para proteger los datos (AES-256). Asimismo, cada uno de los participantes firmó un formulario de consentimiento antes de recoger cualquier dato personal.

Finalmente, a las personas que accedieron al grupo TAU se les ofreció la posibilidad de recibir el programa de psicoterapia a través del formato mas cómodo para ellos, una vez finalizado el estudio.

2.3. Cálculo del tamaño muestral

Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra nos basamos en la tendencia al cambio durante los diferentes momentos de evaluación entre los grupos de intervención. Debido a que las hipótesis radican en una mejoría o, lo que es lo mismo en términos estadísticos, en efectos moderadamente altos en los grupos de “IBM” en comparación con el grupo “TAU solo”, se consideró una diferencia estandarizada entre grupos de $d=0.7$ para el BDI-II, derivado del efecto promedio observado en diez estudios que compararon las IBM con grupos de listas de espera (Wielgosz, Goldberg, Kral, Dunne, & Davidson, 2019) y que superaron el criterio de desviación estándar de 0.5 considerado clínicamente significativo (Cavanagh et al., 2006; Purves et al., 2009).

De hecho, un estudio anterior, realizado por nuestro grupo, con características similares a este, encontró medias del BDI-II y desviaciones estándar de 22 y 5, respectivamente (Montero-Marín et al., 2016b). Predecimos que en este estudio ocurrirá algo similar porque los criterios de inclusión también están restringidos a la población con depresión leve-moderada, lo que reduce la desviación estándar en comparación con la población general y presenta una distribución menos sesgada de los datos.

El tamaño del efecto mencionado anteriormente corresponde a una diferencia de 3.5 puntos, lo que implica una reducción de un poco más del 15% en la escala BDI-II utilizada. De acuerdo con el GLIMMPSE v2.0.0 - interacción tiempo x grupo en un diseño general de medidas repetidas lineales (MR) - y GPower v3.1.9.4 - Prueba ANOVA para la interacción entre MR-, se consideró la diferencia entre el grupo “IBM cara a cara + TAU vs. TAU solo” que corresponde a un valor cuadrado de eta parcial de aproximadamente 0.09 y un tamaño del efecto f de 0.31, con una media común al inicio del estudio de 22, una media en la prueba posterior de 16 y 19.5 respectivamente, y una

media en la prueba posterior de 17 para la condición de “IBM online + TAU”. Además, se supuso una reducción de un punto en cada grupo por cada momento de evaluación, una correlación de referencia de 0.6 y una tasa de descomposición de 0.35. Se dedujo una desviación estándar común de 5, un nivel de significación del 5%, un poder estadístico del 80% utilizando una relación 1: 1: 1 y un enfoque univariado de MR con corrección Greenhouse-Geisser (Abdi., 2010), lo que dio lugar a unos 33 sujetos en cada grupo. Debido a que esperábamos una tasa de abandono de aproximadamente el 20% (Strauss et al., 2014), incrementamos el número de participantes por cada grupo para alcanzar un tamaño muestral total de 120 pacientes, 40 por cada uno de los grupos (Guo, Logan, Glueck, & Muller, 2013).

2.4. Reclutamiento y selección de la muestra

Esta investigación se realizó principalmente en el Centro de Salud de Arrabal situado en Zaragoza (España), sin embargo, otros centros de salud de diferentes barrios de la capital aragonesa participaron en el estudio. Para informar a los diferentes centros sobre el presente estudio, los investigadores se desplazaron a los centros de salud con la intención de realizar una sesión informativa, donde los médicos de AP se acercaban para recoger trípticos informativos, escuchar la información proporcionada por los investigadores y, en última instancia, decidir colaborar con el proyecto. Los médicos que decidieron participar tenían la tarea de informar a los potenciales participantes sobre las características generales del estudio y derivarles al Centro de Salud Arrabal. En este centro los investigadores realizaban una evaluación para asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión, resolver dudas sobre el estudio y, finalmente, firmar el documento de consentimiento informado.

Esta evaluación, que era el primer contacto con los participantes, la realizaron psicólogos entrenados. El objetivo era recoger los datos sociodemográficos y asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Una vez que el participante decidía voluntariamente colaborar y firmaba el consentimiento, se le asignaba un código que preservara su anonimato. Posteriormente, se realizaba la aleatorización a uno de los tres grupos experimentales por otro investigador independiente.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) ser mayor de 18 años; b) Cumplir los criterios diagnósticos siguiendo el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) de Depresión Mayor o Distimia pero dentro de un rango de leve a moderado, según la puntuación obtenida en el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) que debía situarse entre 5 y 14 puntos; c) los síntomas depresivos debían estar presentes durante al menos 2 meses; d) disponer en casa de un ordenador y acceso a Internet; e) leer y entender la lengua Española con facilidad; y finalmente, f) firmar el consentimiento informado.

Por su parte, los criterios de exclusión fueron: a) cualquier diagnóstico de enfermedad que pudiera afectar al sistema nervioso central (patología cerebral, traumatismo cerebral, o demencia); b) otro diagnóstico psiquiátrico o enfermedad mental grave (rango grave de depresión, abuso o dependencia de sustancias, historia de esquizofrenia u otro trastorno psicótico y trastornos alimentarios), exceptuando patología ansiosa y trastorno de personalidad; c) cualquier otra enfermedad médica, infecciosa o degenerativa que pueda afectar al estado de ánimo, presencia de ideas delirantes o alucinaciones consistentes o no con el estado de ánimo y; d) riesgo de suicidio.

Los participantes tanto del grupo TAU como de cualquiera de los grupos de intervención podían continuar llevando su tratamiento farmacológico (principalmente ansiolíticos y antidepresivos), siempre y cuando las dosis no se incrementaran durante el estudio, a menos que fuera necesario por un empeoramiento del estado de ánimo. Sin embargo, no pudieron recibir otro tratamiento psicológico (a menos que fuera necesario por razones éticas y beneficio del participante). En aquellos casos en los que la medicación fue aumentada o se inició otro tratamiento psicológico, fueron excluidos de los análisis estadísticos.

2.5. Aleatorización y ciego

Como hemos comentado, a los participantes que cumplieron los criterios de inclusión se les asignó un código de estudio para mantener la confidencialidad entre los investigadores. Otro investigador independiente perteneciente a la RedIAPP (Red de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), el cual desconocía las características del estudio, realizó la aleatorización a través de un programa web (<https://www.randomizer.org>). Se utilizó una estrategia simple de aleatorización 1:1:1, asignando a cada participante a una de las tres condiciones experimentales (IBM cara a

cara + TAU, IBM *online* + TAU, solo TAU). Los participantes decidieron su colaboración con el estudio antes de conocer el grupo asignado y, por tanto, antes de ser aleatorizados. Una vez el investigador conocía el grupo asignado a los participantes, se contactaba con ellos y se les informaba del grupo y del procedimiento a realizar. Los propios participantes no fueron ciegos a las condiciones experimentales debido a razones prácticas y éticas. Otro investigador diferente del que administraba la primera entrevista, también ciego a los grupos de tratamiento de los participantes, administró el resto de medidas del estudio exceptuando a los participantes que se encontraban en el grupo de tratamiento IBM *online* + TAU, los cuales rellenaron todas las medidas de la línea base, post-tratamiento y seguimientos dentro de la plataforma. Además, los médicos de familia correspondientes también fueron ciegos a las condiciones experimentales de sus pacientes, sin embargo, el terapeuta que administraba la intervención del grupo IBM cara a cara + TAU, no pudo serlo ya que había una única intervención presencial.

2.6. Instrumentos de medida

La evaluación consistió en una primera entrevista de cribado, una línea base o evaluación pre-tratamiento, una evaluación post-tratamiento y seguimientos a los 6 y 12 meses tras la finalización de la intervención. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, solo se presentarán resultados de los seguimientos a los 6 meses de la intervención debido a que los seguimientos anuales continúan siendo recogidos. Todos los instrumentos de medidas y el momento de administración de los mismos se pueden consultar en la **tabla 6**. Además de estos instrumentos, también se llevó a cabo una pequeña evaluación después de cada módulo para conocer el progreso de los participantes, estos datos tampoco se presentarán en la presente tesis. En esta evaluación se incluyeron medidas de depresión, afecto positivo y negativo y la opinión del módulo en concreto. En el grupo presencial y en el grupo TAU todas las medidas se recogieron cara a cara y en formato papel. Por el contrario, las personas asignadas al grupo *online* cumplimentaron todas las medidas dentro de la plataforma web, a excepción de la entrevista de cribado que se realizó de forma presencial para todos los grupos.

2.6.1. Entrevista diagnóstica

- *Mini International Neuropsychiatric Interview V-5.0-0 (MINI)*(Ferrando et al., 1998; DV Sheehan et al., 1998). La entrevista MINI V-5.0.0 está construida en

base a los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y la CIE-10 (The National Center for Health Statistics, 2018). Para su administración solo son necesarios unos 15 minutos, aunque dependerá de las respuestas del paciente y un breve entrenamiento del clínico que lo administra. Es un instrumento ampliamente utilizado en investigación con el objetivo de realizar cribados y ayudar a determinar si la persona es un posible participante y cumple los criterios diagnósticos establecidos en el estudio. En este caso, nos permitió determinar si una persona cumplía con los criterios de depresión o distimia. La entrevista se administró únicamente al inicio (línea base) por razones de coste. La fiabilidad medida con el índice kappa osciló entre 0.75 y 0.90 y la fiabilidad test-retest se situó alrededor de 0.75 (Sheehan et al., 1997). La versión utilizada en este estudio fue la adaptación al español realizada por Ferrando et al. (1998).

2.6.2. Medidas Principales de resultado

- **Inventario de Depresión de Beck** (*Beck Depression Inventory II; BDI-II*) (Beck, Steer, & Brown, 1990). El BDI-II es uno de los cuestionarios más utilizados en los ensayos clínicos para evaluar la gravedad de la depresión. Además, ha mostrado ser un instrumento sensible a los cambios, específicamente ha presentado buena sensibilidad y especificidad en detectar TDM en población española (Araya, Montero-Marin, Barroilhet, Fritsch, & Montgomery, 2013). El BDI-II tiene un total de 21 ítems sobre síntomas relacionados con la depresión. La puntuación total se obtiene con el sumatorio de sus respuestas que puede oscilar de 0 a un máximo de 63 puntos. En este estudio se utilizó la versión española del BDI-II (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003) que ha mostrado una elevada consistencia interna tanto en población general ($\alpha = 0.87$) como en población clínica ($\alpha = .89$).

2.6.3. Medidas Secundarias

- **Variables Sociodemográficas.** Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: género, edad, estado civil, educación, ocupación y nivel económico.

- **Cuestionario sobre la salud del Paciente** (*The Patient Health Questionnaire 9; PHQ-9*) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Este cuestionario también es uno de los más utilizados para medir gravedad de la depresión y sintomatología depresiva en general. Es un auto-informe breve, compuesto por un total de 9 ítems, cuyas respuestas van de 0 (“nunca”) a 3 (“casi cada día”). Además de estos 9 ítems, tiene una pregunta final donde se engloba la discapacidad que estos síntomas están generando a la persona, esta última pregunta se responde mediante una escala de interferencia que va desde “Nada en absoluto” hasta “Extremadamente difícil”. La información que recoge hace referencia a las dos semanas previas a la realización del cuestionario. Las puntuaciones totales se obtienen sumando cada respuesta de forma directa y la interpretación oscila de la siguiente manera: Ninguna depresión (0-4), depresión leve (5-9), depresión leve-moderada (10-14), depresión moderada-severa (15-19) y severa (20-27) (Kroenke et al., 2001). En este estudio se utilizó la versión en español de Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke, & Spitzer (2001) que presentó un índice de fiabilidad medido con el índice kappa de 0.74, similar a la versión original de la escala.

- **Escala de Afecto Positivo y Negativo** (*Positive and Negative Affect Scale; PANAS*) (Crawford & Henry, 2004). Esta escala evalúa dos dimensiones diferentes, por un lado, el afecto positivo (AP), y por otro, el afecto negativo (AN). Está compuesta por un total de 20 ítems divididos en dos sub-escalas (10 ítems para el AP y otros 10 para el AN), que se responden en una escala Likert que va de 1 (“nada o casi nada”) a 5 (“muchísimo”). Por tanto, la puntuación total oscila de 10 a 50 puntos. Específicamente, el AP está compuesto por los siguientes adjetivos: interesado/a por las cosas, emocionado/a-ilusionado/a, con energía-con vitalidad, entusiasmado/a, orgulloso/a-satisfecho/a conmigo mismo/a, despejado/a-despierto/a, inspirado/a, decidido/a y atento/a-concentrado/a. Por su parte, el AN incluye los siguientes: estresado/a-tenso/a, disgustado/a-molesto/a, culpable, asustado/a, hostil, irritable-malhumorado/a, avergonzado/a, nervioso/a, intranquilo/a-inquieto/a, con miedo-miedoso/a. Las propiedades psicométricas de la versión española del PANAS son satisfactorias,

concretamente en hombres presenta un alfa de 0.89 en AP y un 0.91 en AN y en mujeres un alfa de 0.87 y 0.89, respectivamente (Sandín et al., 1999).

- **Índice de Felicidad de Pemberton** (*The Pemberton Happiness Index; PHI*) (Hervás & Vázquez, 2013). Este índice es un indicador de bienestar (general, hedónico, eudaimónico y bienestar social). Presenta 11 ítems respondidos en una escala que va de 0 (“extremadamente en desacuerdo”) a 10 (“extremadamente de acuerdo”). Aparte, esta escala registra eventos positivos y negativos que hayan ocurrido el día anterior, mediante una escala dicotómica de si y no. La versión española utilizada ha sido validada por Hervás y Vázquez (2013) presentando buenas propiedades psicométricas con un alfa de 0.92.

2.6.4. Otras Medidas

Relacionadas con la calidad de Vida

- **Cuestionario de Salud SF-12** (*Short Form-12 Health Survey; SF-12*) (Gandek et al., 1998; Vilagut et al., 2005). Este cuestionario es una versión reducida del SF-36 utilizado para medir calidad de vida relacionada con la salud y funcionamiento general. Es un breve cuestionario que está compuesto por 12 ítems con diferentes opciones de respuesta tipo Likert, algunas tienen 3 respuestas y otras tienen hasta 6. Está dividida en varias dimensiones (función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, rol físico y salud mental) que ya estaban presentes en el SF-36. Las respuestas se codifican de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud posible). En este estudio se utilizó la versión española de Vilagut et al. (2005) que presentó una buena consistencia interna y fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.70.
- **Cuestionario de Salud EQ-5D** (*EuroQol-5D; EQ-5D*) (EuroQol Group, 1990). Este cuestionario también mide calidad de vida relacionada con la salud. A diferencia con el anterior, el EQ-5D presenta cinco dominios: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor y ansiedad o depresión. Cada respuesta se divide en tres niveles diferentes de gravedad, desde “no tengo ningún problema”, hasta “tengo extremados problemas”. Como pregunta final, aparece una escala vertical (de aproximadamente 10 cm) donde las personas deben

señalar cual es su estado de salud actual de 0 a 100, siendo 0 el “peor estado de salud imaginable” y 100 el “mejor estado de salud”. En este estudio se usó la versión española de Badia & De Charro (1999) y Xavier Badia, Roset, Herdman y Kind (2001). El coeficiente de concordancia de Kendall, W, para el orden de clasificación de los estados fue alto y significativo ($W = 0.984, p < 0,001$), lo que indica un amplio acuerdo con respecto a la clasificación de los estados.

Medidas de Proceso Terapéutico

- **Cuestionario de las cinco facetas de Mindfulness** (*Five Facet Mindfulness Questionnaire; FFMQ*) (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) . Este cuestionario tiene el objetivo de medir algunas de las características principales de mindfulness a través de 39 ítems: observar (8 ítems), describir (8 ítems), actuar con conciencia (8 ítems), no juzgar la experiencia (8 ítems) y no reacción (7 ítems). Los ítems son puntuados en una escala tipo Likert que va desde 1 “nunca o raramente verdad” a 5 “muy a menudo o casi siempre”. La puntuación máxima oscila desde los 39 hasta los 195 puntos. El FFMQ es muy utilizado y ha mostrado en su versión española una buena consistencia interna y fiabilidad en su uso, concretamente presenta un alfa 0.88 (Cebolla et al., 2012).

Medidas de opinión del tratamiento

- *Escala de Expectativas del Tratamiento y Escala de Opinión* (*Expectation of Treatment Scale; ETS and Opinion of Treatment Scale; OTS*). Estas escalas se han adaptado para su uso en el estudio, sin embargo, derivan de las realizadas por Borkovec and Nau (Borkovec & Nau, 1972). Incluyen un total de 6 preguntas que se responden en una escala de 0 “nada” a 10 “muchísimo” que abordan las expectativas y la opinión sobre el tratamiento. Específicamente, se pregunta por la lógica del tratamiento, la satisfacción, la utilidad para tratar otros problemas y el problema actual, la recomendación a otras personas y la aversividad. La escala de expectativas se administró justo después del M0 con el objetivo de conocer las expectativas sobre el tratamiento que se les propone, y una vez han completado el tratamiento, se administró la escala de opinión.

Tabla 6.*Medidas y momentos de administración a lo largo del estudio.*

CRIBADO	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEG-6 MESES	SEG-12 MESES
MINI	BDI-II	BDI-II	BDI-II	BDI-II
PHQ-9	PHQ-9	PHQ-9	PHQ-9	PHQ-9
	SF-12	SF-12	SF-12	SF-12
	PANAS	PANAS-R	PANAS-R	PANAS-R
	FFMQ	Opinión tratamiento	FFMQ	FFMQ
	EQ-5D	Valoración de la Mejoría	EQ-5D	EQ-5D
	PHI		PHI	PHI
	ETS			
	Expectativas			

2.6.5. Procedimiento de evaluación

Los participantes realizaron la evaluación pre-tratamiento antes de comenzar la intervención correspondiente y después de ver el módulo introductorio (Módulo 0). Los participantes asignados a los grupos IBM cara a cara y TAU realizaron la intervención durante un mes. Al finalizar el protocolo de tratamiento, se aplicó la evaluación post-tratamiento. En el caso del grupo IBM *online* fue diferente, los participantes de este grupo

tuvieron entre uno y dos meses para realizar la intervención y la evaluación post-tratamiento. Esto fue así porque el tratamiento fue auto-aplicado y se proporcionó más tiempo para la finalización del mismo. El seguimiento se realizó a los 6 meses (seguimiento 1) de haber finalizado el protocolo de tratamiento y la evaluación post-tratamiento. Como hemos comentado, en la **tabla 6** se puede ver cada medida y el momento de aplicación de la misma.

Los participantes del grupo IBM *online* realizaron todas las evaluaciones a través de la plataforma. De hecho, si no las rellenaban, el programa enviaba un e-mail automático de recuerdo. Si aun así no realizaban la evaluación, se enviaba un e-mail al terapeuta para que se pusiera en contacto telefónico con el participante. El resto de grupos fueron contactados telefónicamente y, en su defecto, a través el correo electrónico para realizar las evaluaciones presencialmente.

2.7. Intervenciones

2.7.1. Intervenciones basadas en *Mindfulness* (IBM)

La IBM que utilizamos en el presente estudio está fundamentada en el protocolo original de la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT) (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, et al., 2000) pero adaptada para su aplicación en un entorno de AP y a un formato breve de 4 sesiones de tratamiento que se aplicó a personas con sintomatología depresiva leve-moderada.

Se comenzó con una primera sesión, con el **Módulo 0** (M0). Una vez aleatorizados, los participantes realizaron el módulo introductorio. En él se proporcionó información básica sobre las emociones, los trastornos emocionales, los contenidos del protocolo, la importancia de evaluar y registrar a lo largo del programa y, finalmente, se trabajó la motivación para el cambio y los costes y beneficios del proceso de cambio. Este módulo estaba preparado para aplicarlo de forma presencial en ambos grupos de IBM independientemente del formato de aplicación (cara a cara y *online*). Una vez realizado el M0 los participantes realizaron la evaluación pre-tratamiento de forma presencial para el grupo de IBM cara a cara y TAU, y dentro de la plataforma los del grupo IBM *online*.

Posteriormente, se les presentó a los participantes 4 módulos de tratamiento aplicados de una forma u otra según la condición a la que habían sido asignados en el

momento de la aleatorización. Además, todos los participantes del estudio, independientemente del grupo al que hubieran sido asignados, llevaban su tratamiento habitual con el médico de AP. A continuación, se describen con más detalle ambos formatos de IBM.

- *IBM aplicada en formato cara a cara*: Esta intervención se aplicó en grupo (entre 6-8 participantes), como se suele realizar en otros protocolos basados en *mindfulness*. Se administró una sesión semanal de 90 minutos durante 4 semanas consecutivas. Las sesiones fueron teóricas-prácticas, es decir, se explicaba el contenido del módulo, la parte más teórica y después se realizaban ejercicios prácticos. Posteriormente, se comentaban las experiencias de cada uno de los participantes con el objetivo de resolver dudas y poner en común cada una de las experiencias vividas. Los ejercicios practicados debían entrenarlos en casa durante la semana. En esta condición, todos los materiales se administraron impresos, una copia por participante, a excepción de los audios en cuyo caso se enviaron a través del correo electrónico. El contenido de los módulos es el mismo que se presentó en el formato *online*. De hecho, los módulos se adaptaron del formato *online* que había sido utilizado en estudios previos. Si los participantes no podían acudir a alguna de las sesiones, el material se les enviaba a través del correo electrónico con la intención de leerlo y trabajarlo para, en la siguiente sesión, resolver dudas y revisar tareas.
- *IBM aplicada en formato online*: La intervención se administró de forma *online* e individual a través de una plataforma web (<https://www.psicologiaytecnologia.com/>). Tras la aplicación del Módulo 0, el terapeuta asignó un nombre de usuario y un enlace para establecer una contraseña a cada participante, de modo que, cada persona pudiera entrar en su propio perfil. La duración de cada módulo fue de aproximadamente 60 minutos, pero dependía de cada persona, capacidad de concentración y tiempo disponible. Contando con ello, se estimó una duración de entre 4 a 8 semanas para finalizar los cuatro módulos. Como se ha visto en el marco teórico, la literatura previa muestra que los tratamientos guiados obtienen mejores resultados que aquellos que son totalmente auto-aplicados (Palmqvist et al., 2007), por ello se realizó una llamada tras la realización del segundo módulo

con la intención de conocer el progreso del participante y motivarle a continuar. Durante las llamadas no se añadió ningún contenido terapéutico, simplemente se buscó aumentar la adherencia al programa. En el programa *online*, los participantes iban viendo los módulos paso a paso, secuencialmente y, además, podían revisarlos todas las veces que lo necesitasen (ver Figura 2).



Figura 2. Plataforma de IBM *online*. Fuente: www.psicologiaytecnologia.com

Los módulos estaban orientados a trabajar diferentes estrategias terapéuticas y prácticas basadas en *mindfulness* que, con su entrenamiento, pueden ayudar a descender la sintomatología depresiva. Estas prácticas se centraron en el manejo de los pensamientos, la aceptación, la orientación hacia los valores y la compasión como elementos clave del tratamiento. La explicación de los cuatro módulos se presenta a continuación.

M1. Conociendo *Mindfulness*: Este módulo trabajó qué es *mindfulness*, su definición, prejuicios, los problemas de inatención que existen en la sociedad actual, la forma en la que funcionamos hoy en día y la forma de funcionar a través de *mindfulness*. También se explicaron algunos beneficios de *mindfulness* y recomendaciones sobre su práctica. Como práctica principal dentro de este módulo presentamos el ejercicio de la uva pasa, un ejercicio ampliamente utilizado en los protocolos de *mindfulness*.

M2. Estableciendo una práctica formal e informal: En este módulo se trabajó la importancia de establecer una práctica formal para poder entrenar y pasar a practicar de modo más informal, es decir, aquella que introducimos en nuestras actividades cotidianas.

Como práctica en este módulo se realizó la práctica de los 3 minutos, que puede practicarse en cualquier momento y lugar.

M3. Manejo de pensamientos, *body scan* y valores: Este módulo es de los que más trabajo personal requería, en él se trabajó el manejo de pensamientos y valores y como estos influyen en el estado emocional. Además, se entrenó la capacidad de *mindfulness* para incrementar la conciencia de los pensamientos junto con algunas estrategias para manejarlos. Finalmente, como ejercicio se practicó el *body scan*, una práctica muy común en los protocolos basados en *mindfulness*.

M4. Auto-compasión e integrando *mindfulness* en la vida diaria. Este módulo tenía el objetivo de establecer el hábito de la práctica de *mindfulness*, es decir, consolidar la práctica diaria. Además, se trabajaron nociones básicas de la auto-compasión con el objetivo fomentar el auto-cuidado.

Todos los módulos incluyeron contenido teórico para la correcta comprensión del constructo de *mindfulness*. Además, se incluyeron los contenidos prácticos con el objetivo de experimentar lo que se había visto en la parte teórica. Todo ello a través de audios, tareas para casa y resúmenes con contenidos clave. Al final de cada módulo, tanto el grupo IBM cara a cara como el grupo IBM *online*, tenían preguntas de auto-comprobación. Esta pequeña evaluación permitía conocer a los participantes la necesidad de revisar el módulo, o no.

2.7.2. Tratamiento Médico Habitual (TAU)

Los participantes que pertenecieron a este grupo continuaron siendo tratados por sus médicos de cabecera como hacían antes de entrar en el estudio. La mayoría de las personas estaban recibiendo algún tipo de tratamiento farmacológico, principalmente ansiolíticos y/o antidepresivos, aunque había otros participantes que, ante la negativa a tomar fármacos, siguieron alguna pauta propuesta por el médico, como, por ejemplo; ejercicio físico, salir a caminar, higiene del sueño o modificaciones en la alimentación, más relacionados con estilos de vida saludable.

En cualquiera de los tres grupos, si algún participante durante el estudio presentó riesgo de suicidio, la intensidad sus síntomas aumentó o aparecieron otros efectos

inesperados, se les derivó a su médico de cabecera para aplicar el tratamiento oportuno. En estos casos, los participantes fueron excluidos de los análisis estadísticos.

2.8. Terapeutas

Durante el estudio participaron un total de 4 terapeutas y un investigador externo perteneciente a la RediAPP que realizaba la aleatorización de los sujetos. Dos de los cuatro terapeutas se encargaron de los momentos de evaluación, uno de ellos realizó todas las evaluaciones de cribado y el otro realizó el resto de evaluaciones. Este último, en la medida de lo posible, era ciego a los grupos de intervención a los que estaban asignados los participantes, a excepción del grupo IBM *online* cuyas evaluaciones eran realizadas dentro la plataforma y, por tanto, no se pudo mantener el ciego. Los otros dos terapeutas que participaron en el estudio se encargaron de realizar las intervenciones presenciales para los grupos de IBM cara a cara. El grupo de IBM *online* fue dirigido por un único terapeuta, que era el mismo que realizó las evaluaciones en el resto de grupos.

2.9. Procedimiento

Como hemos visto, los participantes fueron reclutados en los entornos de AP de los centros de Salud de Zaragoza (España). Los investigadores contactaron con los coordinadores de cada uno de los centros de salud próximos al Centro de Salud Arrabal (donde se desarrolló todo el estudio) y se les citó para una reunión. En esas reuniones los investigadores les explicaron qué es *mindfulness*, como actúa, estudios previos que han mostrado buenos resultados y, finalmente, se les proponía participar en el presente estudio. Aquellos médicos interesados recogieron los criterios de inclusión y exclusión para la posterior detección de participantes y derivación a nuestra unidad.

Debido a las dificultades para recabar muestra y, en ocasiones, la lejanía geográfica de algunos centros, se decidió acudir un día a la semana a cada uno de los centros de salud colaboradores con el objetivo de facilitar el acceso al estudio, la firma del consentimiento y, en el caso de querer colaborar, la realización de la entrevista de cribado a los pacientes.

Una vez el médico de cabecera detectaba un posible participante, era derivado a la unidad de realización del estudio. El participante contactaba con la unidad, donde se le

explicaba detalladamente el estudio. En el caso de querer colaborar, se firmaba el consentimiento y, finalmente, se realizaba la entrevista de cribado. Una vez el terapeuta corroboraba que se cumplían los criterios establecidos, se asignaba un código a cada participante y se aleatorizaba a uno de los 3 grupos experimentales. En el caso de no cumplir los criterios y detectar otro posible trastorno psicológico, los pacientes eran asesorados proponiéndoles varias opciones (salud mental, asociaciones, terapia individualizada etc.).

Cuando el investigador conocía el grupo al que los participantes habían sido asignados, contactaba con ellos y les comunicaba la asignación. En el caso del grupo TAU o el grupo IBM *online*, el participante era citado en los días posteriores para comenzar a realizar la primera evaluación (en el caso del grupo TAU) y la realización del M0 (en el caso del grupo de IBM *online*). Las personas asignadas al grupo de IBM cara a cara debían esperar de dos semanas a un mes (dependiendo de la velocidad del reclutamiento) para poder formar el grupo presencial.

Con respecto a los participantes del grupo IBM *online*, una vez realizaban el M0, se les proporcionaba acceso a la plataforma a través de un usuario (LoginXXXX). Dentro de la plataforma realizaban la evaluación basal y seguidamente comenzaban el tratamiento auto-aplicado. Durante el módulo 2, el terapeuta responsable realizaba una llamada de seguimiento con el objetivo de potenciar la adherencia.

Finalmente, las personas asignadas al grupo TAU, continuaban con las pautas propuestas por sus médicos de cabecera. En el caso de realizarse alguna modificación en las pautas planteadas inicialmente, los propios participantes nos lo comunicaban telefónicamente. Si durante el tiempo del estudio se producía un empeoramiento o la aparición de algún efecto no deseado, los participantes contactaban con el terapeuta responsable del estudio, quien les proporcionaba asesoramiento.

Una vez finalizado el tratamiento, eran de nuevo evaluados (post-tratamiento) en los tres grupos de intervención. Los grupos de IBM tenían la pauta de continuar durante todo el estudio con la práctica de las habilidades aprendidas. De hecho, podían repasar los módulos aprendidos durante todo el estudio, revisar el material, los audios etc. El grupo TAU podía acceder al tratamiento en el formato elegido (cara a cara o a través de

internet), una vez finalizadas todas las evaluaciones, por razones éticas y de forma externa a los análisis.

2.10. Análisis estadísticos

Al inicio del siguiente apartado se proporciona la información sociodemográfica y clínica mediante frecuencias y porcentajes (p.ej., variables categóricas) y medias y desviaciones estándar (p.ej., variables continuas). Además, se comparan las condiciones de tratamiento para garantizar el éxito de la aleatorización, utilizando el CHI cuadrado, Fisher y ANOVA unidireccional. Los resultados seguirán las recomendaciones de las guías CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.consort-statement.org>) (Moher et al., 2010).

Análisis principal

Con el objetivo de evaluar la hipótesis principal acerca de la eficacia de los grupos de “IBM + TAU” en comparación con el grupo “TAU solo”, se tomó en consideración los resultados obtenidos en la variable principal medida con el BDI-II que se considera una variable continua. Los modelos multinivel de efectos mixtos se aplicaron mediante un diseño de medidas repetidas (MR) basado en la intención de tratar (ITT), utilizando el método de máxima verosimilitud restringida (REML), para producir estimaciones imparciales de los parámetros de varianza / covarianza (Vilagut et al., 2005).

Las pendientes no estandarizadas y los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) se calcularon ajustando las variables que muestran diferencias significativas entre los grupos al inicio del estudio. Para conocer la evolución de cada uno de los grupos a lo largo del estudio y determinar si las posibles diferencias entre los grupos son consistentes a lo largo del tiempo, se han calculado las interacciones "tiempo x grupo". Finalmente, los tamaños del efecto d de Cohen se han calculado en cada punto de tiempo utilizando la desviación estándar combinada en la línea de base (Morris, 2008), considerando tamaños del efecto pequeños cuando $d \leq 0.2$; medios cuando $d = 0.5$; y grandes cuando $d \geq 0.8$ (65).

Análisis secundarios

Con el objetivo de cumplir con el resto de hipótesis y evaluar la eficacia del resto de grupos y medidas, concretamente, la eficacia de la “IBM *online* + TAU” en comparación con el grupo “TAU solo”, así como la comparación exploratoria de la “IBM cara cara + TAU” en comparación con el grupo “IBM *online* + TAU”, se utilizó la misma estrategia analítica utilizada para el análisis principal.

Finalmente, se exploró la importancia clínica de las mejoras entre los grupos calculando el índice de cambio fiable en la puntuación total BDI-II a través del método Jacobson y Truax (Jacobson & Truax, 1991). Además, se exploraron posibles diferencias en PHQ-9 y PANAS a través de los módulos MBI utilizando modelos mixtos.

Resultados

Lo que haces hoy puede resolver todos tus mañanas

-Ralph Marston-

1. CARACTERÍSTICAS BASALES

1.1. Diagrama de flujo de los participantes

En el estudio participaron diferentes médicos de familia distribuidos en los distintos centros de salud, tanto de Zaragoza y Huesca capital como de los pueblos colindantes. Contactaron con nosotros un total de 182 personas cuyas características los hacían potenciales participantes. Tras la evaluación inicial de información y confirmación de los criterios de inclusión y exclusión se excluyó un total de 52 pacientes. Los motivos principales fueron no cumplir los criterios de inclusión y el rechazo ante la posibilidad de poder participar en el grupo de tratamiento médico habitual y en el grupo *online*.

Finalmente, se aleatorizó a 130 pacientes. Todos ellos cumplían los criterios de inclusión establecidos en el estudio (Figura 3) y firmaron el consentimiento de su participación. Estos pacientes fueron distribuidos en los tres grupos de la siguiente manera: 45 personas en el grupo de TAU + IBM cara a cara; 44 en el grupo TAU + IBM *online*; y 41 en el grupo solo TAU.

Ya en el momento de la evaluación basal hubo un gran porcentaje de abandonos, de hecho, la primera evaluación se realizó a un total de 107 (82,3%) participantes. Por tanto, y como se esperaba, este porcentaje de evaluaciones fue reduciéndose a medida que avanzaba el estudio. Así, en el post-tratamiento se realizó la evaluación a un total de 90 pacientes (84,11%) y en el primer seguimiento, realizado a los 6 meses, se evaluó a 69 (64,48%) participantes de los cuales 7 fueron excluidos de los análisis estadísticos porque habían buscado otro tratamiento psicológico o se les había incrementado la medicación. Específicamente, los abandonos antes de la evaluación basal se debieron a que no les gustaba el grupo asignado, principalmente en el caso del grupo TAU y del grupo IBM *online*, o a que no les venían bien los horarios en el grupo IBM cara a cara y, por lo tanto, decidieron no participar. Este fue el caso de 13 personas de las 23 que abandonaron. Una paciente tuvo un problema de salud que le imposibilitó participar en el estudio, y con el resto (9 personas), no hubo respuesta tras varios intentos de contacto. Los abandonos producidos en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 6 meses, se debieron a diversos motivos: dificultad de contacto, dificultad para establecer una cita para realizarlo, cambio de opinión, empeoramiento o búsqueda de otro tratamiento psicológico.

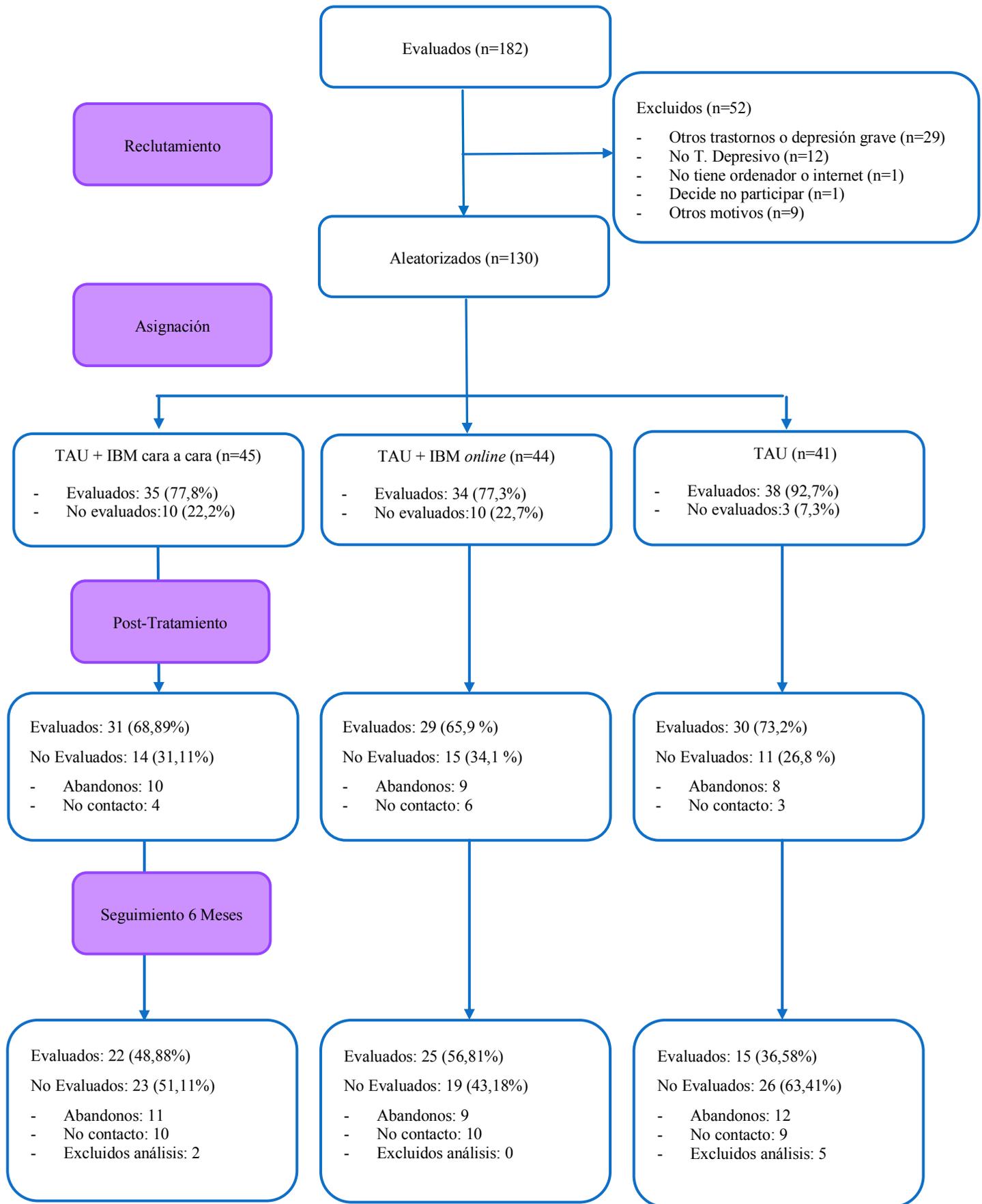


Figura 3. Diagrama de Flujo de los participantes

1.2. Características de las variables sociodemográficas

En este apartado se presentan las medias, desviaciones típicas y porcentajes de las variables sociodemográficas introducidas en el estudio, tanto para el total de la muestra (N=130) como para cada uno de los grupos en el momento de la evaluación basal (ver **Tabla 7 y**

	IBM cara a cara (n=45)	IBM <i>online</i> (n=44)	TAU (n=41)	Comparación entre grupos
Edad Media (DT)	48 (9,929)	47,02 (9,754)	44,66	F (2) = 0.115, ρ =.891
Rango mínimo-máximo	28-68	19-66	(10,214)	
Sexo (%)				
Femenino	35 (77,8)	36 (81,8)	33 (80,5)	χ^2 (2) = 0.236, ρ =.889
Estado civil (%)				
Casado/Emparejado	25 (55,6)	19 (43,2)	23 (56,1)	
Soltero/a	8 (17,8)	13 (29,5)	13 (31,7)	χ^2 (6) = 6.971, ρ =.324
Separado/Divorciado	9 (20)	11 (25)	4 (9,8)	
Viudo	3 (6,7)	1 (2,3)	1 (2,4)	
Convivencia (%)				
Propio Solo/a	8 (17,8)	9 (20,5)	9 (22)	
Propio con la pareja	9 (20)	8 (18,2)	7 (17,1)	
Propio con pareja y/o hijos	19 (42,2)	14 (31,8)	16 (39)	χ^2 (10) = 5.297, ρ =.870
Domicilio de familiares	2 (4,4)	5 (11,4)	3 (7,3)	
Domicilio de vecinos o amigos	0	1 (2,3)	2 (4,9)	
Otros	7 (15,6)	7 (15,9)	4 (9,8)	
Nivel de estudios (%)				
Sin estudios	0	1 (2,3)	0	
Graduado escolar	3 (6,7)	4 (9,1)	3 (7,3)	χ^2 (6) = 4.798, ρ =.570
Estudios secundarios	27 (60)	20 (45,5)	18 (43,9)	
Estudios universitarios	15 (33,3)	19 (43,2)	20 (48,8)	
Situación laboral (%)				
Estudiante	0	1 (2,3)	1 (2,4)	
Ama de casa	2 (4,4)	2 (4,5)	1 (2,4)	
Desempleado sin subsidio	3 (6,7)	5 (11,4)	2 (4,9)	
Desempleado con subsidio	4 (8,9)	5 (11,4)	1 (2,4)	χ^2 (16) = 12.956, ρ =.676
Empleado	28 (62,2)	27 (61,3)	32 (78)	
Jubilado	3 (6,7)	4 (9,1)	1 (2,4)	
Incapacidad/Invalidez	3 (6,7)	0	2 (4,9)	
Otros	2 (4,4)	0	1 (2,4)	
Ingresos (%)				
< 1 SMI	10 (22,2)	8 (18,2)	7 (17,1)	

1-2 SMI	20 (44,4)	18 (40,9)	22 (53,7)	$\chi^2(6) = 11.037, p=.087$
2-4 SMI	13 (28,9)	8 (18,2)	10 (24,4)	
>4 SMI	2 (4,4)	10 (22,7)	2 (4,9)	

IBM, Intervención Basada en *Mindfulness*; TAU, Tratamiento Médico Habitual; DS, Desviación Típica; SMI, Salario Mínimo Interprofesional

Tabla 8). También predominó la población casada y/o emparejada y, por lo tanto, en su mayoría, convivían con su pareja e hijos. Además, un gran porcentaje de la muestra tenía estudios secundarios o universitarios y estaba empleada. Finalmente, destacar que un 54,6% estaba tomando medicación ansiolítica y/o antidepresiva. Por su parte, las razones principales por las que el resto de la muestra no tomaba medicación se debían a: miedo a los posibles efectos secundarios, lo que llevaba a no tomarla o no quererla; otras personas creían que no lo necesitaban todavía; o simplemente, en el momento en el que realizaban la evaluación habían visitado a su médico de cabecera un par de veces y estaban realizando pautas conductuales como ejercicio físico, relacionarse socialmente etc. y aún no había sido recetada.

Asimismo, podemos observar que no existían diferencias significativas en las variables sociodemográficas entre los diferentes grupos (ver

	IBM cara a cara (n=45)	IBM <i>online</i> (n=44)	TAU (n=41)	Comparación entre grupos
Edad Media (DT)	48 (9,929)	47,02 (9,754)	44,66	F (2) = 0.115, p=.891
Rango mínimo-máximo	28-68	19-66	(10,214)	
Sexo (%)				$\chi^2(2) = 0.236, p=.889$
Femenino	35 (77,8)	36 (81,8)	33 (80,5)	
Estado civil (%)				$\chi^2(6) = 6.971, p=.324$
Casado/Emparejado	25 (55,6)	19 (43,2)	23 (56,1)	
Soltero/a	8 (17,8)	13 (29,5)	13 (31,7)	
Separado/Divorciado	9 (20)	11 (25)	4 (9,8)	
Viudo	3 (6,7)	1 (2,3)	1 (2,4)	
Convivencia (%)				
Propio Solo/a	8 (17,8)	9 (20,5)	9 (22)	
Propio con la pareja	9 (20)	8 (18,2)	7 (17,1)	

Propio con pareja y/o hijos	19 (42,2)	14 (31,8)	16 (39)	$\chi^2 (10) = 5.297, \rho=.870$
Domicilio de familiares	2 (4,4)	5 (11,4)	3 (7,3)	
Domicilio de vecinos o amigos	0	1 (2,3)	2 (4,9)	
Otros	7 (15,6)	7 (15,9)	4 (9,8)	
Nivel de estudios (%)				
Sin estudios	0	1 (2,3)	0	$\chi^2 (6) = 4.798, \rho=.570$
Graduado escolar	3 (6,7)	4 (9,1)	3 (7,3)	
Estudios secundarios	27 (60)	20 (45,5)	18 (43,9)	
Estudios universitarios	15 (33,3)	19 (43,2)	20 (48,8)	
Situación laboral (%)				
Estudiante	0	1 (2,3)	1 (2,4)	$\chi^2 (16) = 12.956, \rho=.676$
Ama de casa	2 (4,4)	2 (4,5)	1 (2,4)	
Desempleado sin subsidio	3 (6,7)	5 (11,4)	2 (4,9)	
Desempleado con subsidio	4 (8,9)	5 (11,4)	1 (2,4)	
Empleado	28 (62,2)	27 (61,3)	32 (78)	
Jubilado	3 (6,7)	4 (9,1)	1 (2,4)	
Incapacidad/Invalidez	3 (6,7)	0	2 (4,9)	
Otros	2 (4,4)	0	1 (2,4)	
Ingresos (%)				
< 1 SMI	10 (22,2)	8 (18,2)	7 (17,1)	$\chi^2 (6) = 11.037, \rho=.087$
1-2 SMI	20 (44,4)	18 (40,9)	22 (53,7)	
2-4 SMI	13 (28,9)	8 (18,2)	10 (24,4)	
>4 SMI	2 (4,4)	10 (22,7)	2 (4,9)	

IBM, Intervención Basada en *Mindfulness*; **TAU**, Tratamiento Médico Habitual; **DS**, Desviación Típica; **SMI**, Salario Mínimo Interprofesional

Tabla 8), revelando una distribución similar en las tres condiciones.

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra total.

	Total (N=130)
Edad Media (DT)	46,62 (9,982)
Rango mínimo-máximo	19-68
Sexo (%)	
Femenino	104 (80)
Estado civil (%)	
Casado/Emparejado	67 (51,5)
Soltero/a	34 (26,2)
Separado/Divorciado	24 (18,5)
Viudo	5 (3,8)
Convivencia (%)	
Propio Solo/a	26 (20)
Propio con la pareja	24 (18,5)
Propio con pareja y/o hijos	49 (37,7)
Domicilio de familiares	10 (7,7)
Domicilio de vecinos o amigos	3 (2,3)
Otros	18 (13,8)
Nivel de estudios (%)	
Sin estudios	1 (0,8)
Graduado escolar	10 (7,7)
Estudios secundarios	65 (50)
Estudios universitarios	54 (41,5)
Situación laboral (%)	
Estudiante	2 (1,5)
Ama de casa	5 (3,8)
Desempleado sin subsidio	10 (7,7)
Desempleado con subsidio	10 (7,7)
Empleado	87 (66,9)
Jubilado	8 (6,2)
Incapacidad/Invalidez	5 (3,8)
Otros	3 (2,3)
Ingresos (%)	
< 1 SMI	25 (19,2)
1-2 SMI	60 (46,2)
2-4 SMI	31 (23,8)
>4 SMI	14 (10,8)
Medicación (%)	
Ansiolíticos y/o antidepresivos	72 (54,62)

DS, Desviación Típica; SMI, Salario Mínimo Interprofesional

Tabla 8. Características de los participantes en los diferentes grupos en el momento basal.

	IBM cara a cara (n=45)	IBM online (n=44)	TAU (n=41)	Comparación entre grupos
Edad Media (DT)	48 (9,929)	47,02 (9,754)	44,66	F (2) = 0.115, ρ =.891
Rango mínimo-máximo	28-68	19-66	(10,214)	
Sexo (%)				
Femenino	35 (77,8)	36 (81,8)	33 (80,5)	χ^2 (2) = 0.236, ρ =.889
Estado civil (%)				
Casado/Emparejado	25 (55,6)	19 (43,2)	23 (56,1)	χ^2 (6) = 6.971, ρ =.324
Soltero/a	8 (17,8)	13 (29,5)	13 (31,7)	
Separado/Divorciado	9 (20)	11 (25)	4 (9,8)	
Viudo	3 (6,7)	1 (2,3)	1 (2,4)	
Convivencia (%)				
Propio Solo/a	8 (17,8)	9 (20,5)	9 (22)	χ^2 (10) = 5.297, ρ =.870
Propio con la pareja	9 (20)	8 (18,2)	7 (17,1)	
Propio con pareja y/o hijos	19 (42,2)	14 (31,8)	16 (39)	
Domicilio de familiares	2 (4,4)	5 (11,4)	3 (7,3)	
Domicilio de vecinos o amigos	0	1 (2,3)	2 (4,9)	
Otros	7 (15,6)	7 (15,9)	4 (9,8)	
Nivel de estudios (%)				
Sin estudios	0	1 (2,3)	0	χ^2 (6) = 4.798, ρ =.570
Graduado escolar	3 (6,7)	4 (9,1)	3 (7,3)	
Estudios secundarios	27 (60)	20 (45,5)	18 (43,9)	
Estudios universitarios	15 (33,3)	19 (43,2)	20 (48,8)	
Situación laboral (%)				
Estudiante	0	1 (2,3)	1 (2,4)	χ^2 (16) = 12.956, ρ =.676
Ama de casa	2 (4,4)	2 (4,5)	1 (2,4)	
Desempleado sin subsidio	3 (6,7)	5 (11,4)	2 (4,9)	
Desempleado con subsidio	4 (8,9)	5 (11,4)	1 (2,4)	
Empleado	28 (62,2)	27 (61,3)	32 (78)	
Jubilado	3 (6,7)	4 (9,1)	1 (2,4)	
Incapacidad/Invalidez	3 (6,7)	0	2 (4,9)	
Otros	2 (4,4)	0	1 (2,4)	
Ingresos (%)				
< 1 SMI	10 (22,2)	8 (18,2)	7 (17,1)	χ^2 (6) = 11.037, ρ =.087
1-2 SMI	20 (44,4)	18 (40,9)	22 (53,7)	
2-4 SMI	13 (28,9)	8 (18,2)	10 (24,4)	
>4 SMI	2 (4,4)	10 (22,7)	2 (4,9)	

IBM, Intervención Basada en *Mindfulness*; **TAU**, Tratamiento Médico Habitual; **DS**, Desviación Típica; **SMI**, Salario Mínimo Interprofesional

1.3. Variables clínicas en el momento basal

A continuación, en la Tabla 9, se presentan los datos correspondientes a las variables utilizadas en el estudio con sus correspondientes medias y desviaciones para cada condición. Con el objetivo de conocer si existían diferencias significativas antes del tratamiento entre los grupos, se realizó una prueba ANOVA que reveló diferencias estadísticamente significativas en las medidas de depresión (BDI-II y PHQ-9), en la medida secundaria de felicidad medida con el PHI y en las facetas observar, describir y actuar con conciencia del cuestionario de *mindfulness* (FFMQ). Estas diferencias indicaron menores puntuaciones iniciales en depresión, una mayor puntuación en el índice de felicidad y mayor capacidad de describir (FFMQ) dentro del grupo de tratamiento habitual (TAU). En la escala de conciencia (FFMQ) el grupo IBM *online*, partió de mayores puntuaciones. Estos datos reflejan que la aleatorización no cumplió su función con éxito ya que los grupos se distribuyeron de forma descompensada en las variables citadas.

Tabla 9. Descripción de las Variables de resultado en el momento basal

Variable clínica	IBM cara a cara (n=35)	IBM <i>online</i> (n=34)	TAU (n=38)	Comparación entre grupos
Medidas Primarias				
BDI-II				
Media (DT)	27.57 (7.1)	24.79 (8.79)	18.53 (9.56)	F (2) = 10.73, $\rho=.000^*$
Medidas Secundarias				
PHQ-9				
Media (DT)	14.20 (4.56)	13.88 (4.73)	11.24 (5.77)	F (2) = 3.779, $\rho=.026^*$
PANAS Afecto Positivo				
Media (DT)	19.86 (5.76)	20.68 (7.13)	22.39 (7.43)	F (2) = 1.320, $\rho=.272$
PANAS Afecto Negativo				
Media (DT)	27.06 (6.66)	28.29 (9.15)	25.26 (7.98)	F (2) = 1.316, $\rho=.273$
PHI total				
Media (DT)	5.24 (1.12)	4.90 (1.72)	5.8 (1.48)	F (2) = 3.857, $\rho=.024^*$
Calidad de vida Percibida				
SF-12 Salud Física				
Media (DT)	65 (34.40)	61.03 (36.51)	68.42 (35,68)	F (2) = 0.388, $\rho=.679$
SF-12 Salud Mental				
Media (DT)	39.14 (14.425)	39,12 (16.76)	46.05 (17.94)	F (2) = 2.161, $\rho=.120$
EUROQOL EVA				
Media (DT)	58.80 (17.51)	54.71 (18.29)	61.50 (20.11)	F (2) = 1.191, $\rho=.308$
Medidas de Proceso Terapéutico				
FFMQ				
Observar				
Media (DT)	22,74 (6,38)	18,97 (6,7)	22,08 (5,50)	F (2) = 3.647, $\rho=.029^*$
Describir				
Media (DT)	24,97 (7,77)	22,06 (3,38)	27,08 (6,76)	F (2) = 5.726, $\rho=.004^*$
Conciencia				
Media (DT)	19,63 (7,59)	28,68 (7,06)	25,13 (6,75)	F (2) =14.125, $\rho=.000^*$
No juicio				
Media (DT)	22,91 (7,96)	27,09 (6,73)	24,76 (7,65)	F (2) = 2.695, $\rho=.072$
No reactividad				
Media (DT)	16,11 (4,84)	16,41 (5,31)	17,58 (5,17)	F (2) = 0.844, $\rho=.433$

IBM, Intervención Basada en *Mindfulness*; **TAU**, Tratamiento Médico Habitual; **BDI-II**, Inventario de Depresión de Beck-II; **PHQ-9**, Cuestionario sobre la salud del paciente; **PANAS**, Escala de Afecto Positivo y Negativo; **PHI**, Índice de Felicidad de Pemberton; **SF-12**, Cuestionario sobre la salud del Paciente; **EUROQOL EVA**, Cuestionario de Salud EQ-5D escala análoga visual; **FFMQ**, Cuestionario de las cinco facetas de *mindfulness*.

2. RESULTADOS DE EFICACIA EN LA MEDIDA PRINCIPAL

2.1.Eficacia diferencial pre-post tratamiento

En primer lugar, debido a las diferencias encontradas en las puntuaciones del BDI-II antes de la administración del tratamiento, se decidió utilizar un análisis ANCOVA para controlar el efecto de esta diferencia. Tanto el ANCOVA [$F(2, 84) = 6.120, p = .003^*$] como los análisis de modelos mixtos por intención de tratar (ITT) [$F(2, 94.87) = 11.75, p = .000^*$] indicaron diferencias significativas en el BDI-II en el post-tratamiento entre los diferentes grupos una vez controlada la influencia de las diferencias pre-tratamiento, expresando un efecto grupo x tiempo significativo.

A continuación, para conocer las diferencias pre-post tratamiento, se realizó un ANOVA de medidas repetidas con el objetivo de obtener datos de todas las personas que completaron la evaluación post-tratamiento (ver **Tabla 10**). Asimismo, se utilizaron los análisis de modelos mixtos por intención de tratar (ITT) para estimar los datos hacia la totalidad de la muestra y observar si de esta forma había diferencias significativas tras la realización de la intervención (ver **Tabla 11**). Conjuntamente, se calcularon los tamaños del efecto para cada uno de los análisis tanto intra-grupo como entre los grupos.

Tabla 10. Medias, desviación estándar y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II pre y post tratamiento (Análisis con la totalidad de la muestra)

BDI-II	Pre-Test		Post-Test			<i>d</i> de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Entre-Grupos
	n	M (DE)	M (DE)	F (g.l)	p		
IBMcc	31	27,39 (7,08)	16,00 (9,28)	52.72 (1,87)	.000*	1.57 [2.11,1.02]	IBMcc vs TAU -0.93 [-1.45, -0.39]
IBM online	29	25,69 (8,39)	12.72 (8,21)	63.95 (1, 87)	.000*	1.54 [2.05,0.95]	IBM vs TAU -1.03 [-1.57, -0.48]
TAU	30	19.03 (10,41)	15.97 (11,51)	3.70 (1, 87)	.058	0.29 [0.66,-0.08]	IBMcc vs IBM 0.20 [-0.30, 0.71]

BDI-II, Inventario de depresión de Beck; **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara, **TAU**, Tratamiento médico habitual; **M**, media; **DE**, Desviación estándar; **F**, valor de la F; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 11. Medias, desviación estándar y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II pre y post tratamiento (ITT)

BDI-II	Pre-Test		Post-Test			<i>d</i> de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Entre-Grupos
	n	M (DE)	M (DE)	F (g.l)	p		
IBMcc	35	27.57 (7,1)	16.10 (9.51)	55.60 (1, 93.33)	.000*	1.58 [2.09, 1.06]	IBMcc vs TAU -1.00 [-1.49, -0.52]
IBM online	34	24.79 (8,79)	12.24 (9.64)	62.83 (1, 94.49)	.000*	1.40 [1.88,0.90]	IBM vs TAU -1.043 [-1.53, -0.55]
TAU	38	18.53 (9,56)	15.69 (9.92)	3.36 (1, 96.84)	.070	0.29 [0.62,-0,03]	IBMcc vs IBM 0.13 [-0.33, 0.60]

BDI-II, Inventario de depresión de Beck; **IBM**, Intervención basada en *Mindfulness*; **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara, **TAU**, Tratamiento médico habitual; **M**, media; **DE**, Desviación estándar; **F**, valor de la F; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

Como podemos ver en las **Tabla 10 y Tabla 11** ambos análisis revelaron una reducción significativa de las puntuaciones pre-post tratamiento en los grupos de intervención basados en *mindfulness* con tamaños del efecto grandes, sin embargo, en el grupo de TAU, aunque hubo una reducción de las puntuaciones del BDI-II, estas no fueron estadísticamente significativas.

Los tamaños del efecto entre grupos, manifestaron importantes diferencias de ambos grupos de tratamiento basados en *mindfulness* (IBM) con respecto al grupo de tratamiento habitual (TAU), sin embargo, estas diferencias no se aprecian entre el grupo de IBM cara a cara frente al grupo IBM *online*.

2.2.Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses

A continuación, se presenta la misma estrategia de análisis para el seguimiento de los 6 meses, con el objetivo de evaluar si existieron cambios significativos del pre-tratamiento al seguimiento entre los diferentes grupos. De nuevo, se realizó un ANCOVA para ajustar los resultados por la variable pre-tratamiento debido a las diferencias basales. Este análisis reveló que no había diferencias grupo x tiempo en el seguimiento de los 6 meses [$F(2,56) = 1.748, p = .183$]. Sin embargo, los análisis ITT si que mostraron un efecto grupo por tiempo significativo [$F(2, 76.7) = 6.15, p = .003^*$].

En las **Tabla 12 y Tabla 13** se presentan las medias y desviaciones típicas para cada uno de los grupos y momentos temporales, además de la significación estadística y los tamaños del efecto intra y entre grupos en los diferentes análisis (ANOVA y modelos mixtos ITT). Si observamos las medias, la variación en las puntuaciones del post al seguimiento son mínimas, de hecho, los grupos IBM *online* y TAU continuaron mejorando en el seguimiento. Sin embargo, las puntuaciones en el grupo IBM cara a cara se incrementaron levemente, este incremento no mostró diferencias significativas con respecto a la puntuación post-tratamiento ($F(1, 62.72) = 0.034, p = .855$). Estos resultados reflejaron que la mejora producida por la IBM se mantuvo a los 6 meses de haber recibido la intervención, incluso en el grupo presencial (**Tabla 12 y Tabla 13**).

Los resultados mostraron, en ambos análisis, diferencias estadísticamente significativas en los grupos de IBM, corroborando que las mejoras se mantuvieron a los 6 meses desde el pre-tratamiento, con tamaños del efecto grandes. Sin embargo, continuaba sin haber diferencias significativas en el grupo TAU (**Tabla 12 y Tabla 13**).

En cuanto a los tamaños del efecto entre grupos, el análisis presentó tamaños del efecto grandes del grupo IBM cara a cara frente al grupo TAU, y del grupo IBM *online* frente al TAU, de nuevo, mostrando una mayor mejora de los grupos de IBM frente al TAU. No hubo diferencias entre los grupos IBM cara a cara y IBM *online*, por lo que sus tamaños del efecto fueron pequeños. Estos beneficios se observaron en ambos análisis estadísticos (**Tabla 12****Tabla 13**).

Tabla 12. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II en el seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra)

BDI-II	Pre-Test		Post-Test	Seg-6M	F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)	M (DE)				IBMcc vs TAU	
IBMcc	22	27.39 (7.08)	14.73 (8.76)	15.41 (10.75)	36.71 (1, 59)	.000*	1.63 [2.33, 0.93]	IBMcc vs TAU	-0.94 [-1.63, -0.2509]
IBM online	25	25.69 (8.39)	13.52 (8.46)	11.20 (7.58)	61.49 (1, 59)	.000*	1.67 [2.33, 1.01]	IBMonline vs TAU	-1.15 [-1.84, -0.46]
TAU	15	17.67 (10.03)	15.60 (11.33)	13.80 (8.711)	2.56 (1, 59)	.119	0.36 [0.94, -0.21]	IBMcc vs IBMonline	0.32 [-0.26, 0.89]

BDI-II, Inventario de depresión de Beck; IBMcc, Intervención basada en *Mindfulness* cara a cara; IBMonline, Intervención basada en *Mindfulness* online; TAU, Tratamiento médico habitual; M, media; DE, Desviación estándar; F; valor de la F; p, nivel de significación; d de Cohen, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 13. Medias, desviación estándar y tamaños del efecto intra y entre grupos en el BDI-II en el seguimiento (ITT).

BDI-II	Pre-Test		Post-Test	Seg-6M	F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)	M (DE)				IBMcc vs TAU	
IBMcc	31	27.57 (7.1)	16.00 (9.28)	16.29 (10.58)	41.14 (1, 74,11)	.000*	1.55 [2.13, 0.97]	IBMcc vs TAU	-0.79 [-1.32, -0.27]
IBM online	29	24.79 (8.79)	12.72 (8.34)	10.65 (10.00)	60.69 (1, 69.75)	.000*	1.57 [2.16, 0.96]	IBMonline vs TAU	-1.03 [-1.58, -0.49]
TAU	30	18.53 (9.56)	15.97 (11.51)	14.05 (11.85)	3.915 (1, 86.05)	.051	0.46 [0.88, 0.02]	IBMcc vs IBMonline	0.35 [-0.15, 0.86]

BDI-II, Inventario de depresión de Beck; IBMcc, Intervención basada en *Mindfulness* cara a cara; IBMonline, Intervención basada en *Mindfulness* online; TAU, Tratamiento médico habitual; M, media; DE, Desviación estándar; F; valor de la F; p, nivel de significación; d de Cohen, como medida del tamaño del efecto.

2.3. Mejora clínicamente significativa

Finalmente, con el objetivo de conocer el porcentaje de personas que mejoraron y/o se recuperaron y la existencia de cambios clínicos significativos entre los grupos, se utilizó, por un lado, el índice de cambio fiable de Jacobson y Truax (Jacobson & Truax, 1991) y por otro, un análisis chi cuadrado. En la primera tabla (**Tabla 14**) encontramos los porcentajes de mejora para cada uno de los grupos del momento basal al post-tratamiento y en la **tabla 15** observamos el cambio producido en el seguimiento.

El índice de cambio fiable, mostró resultados prometedores (**Tabla 14**), indicó que un 58.1% y un 55.2% de las personas en los grupos de IBM cara a cara y *online*, respectivamente, se habían recuperado tras la intervención y, por tanto, habían dejado de ser población clínica obteniendo puntuaciones menores a 16 en el BDI-II. De las personas que recibieron el tratamiento médico habitual, solo un 16.7% llegó a recuperarse. Además, un 22.6% de los participantes en el IBM grupo cara a cara y un 3.4% del grupo IBM *online*, aunque continuaron siendo población clínica, habían mejorado. Estas mejoras se produjeron en un 6.7% de las personas en el grupo TAU.

En cuanto a las personas que no obtuvieron cambios significativos en sus síntomas depresivos, un 56.41% del total y un 73.3% específico, pertenecía a las personas del grupo TAU, a diferencia de los grupos de IBM donde no cambió el 16.1% y el 41.1% de las personas que realizaron la intervención cara a cara y *online*, respectivamente.

Por su parte, la comparación entre grupos reveló diferencias estadísticamente significativas entre ellos, que favorecía a los grupos de intervención basada en *mindfulness*.

En la **tabla 15**, se observa la evolución de los participantes a los 6 meses. En este caso, los resultados son muy similares a los anteriores a pesar de la reducción del tamaño muestral. El índice de cambio fiable mostró que un 59,1% y un 64% de los evaluados pertenecientes a los grupos de IBM (cara a cara y *online*), continuaron recuperados. En lo que respecta al grupo TAU, se recuperó un 40%. Sin embargo, se mantuvieron sin cambios del 31.8-33.3% de la muestra con porcentajes similares en los tres grupos. Los resultados indicaron, en la línea de resultados anteriores, que las mejoras obtenidas en los grupos IBM se mantuvieron a los 6 meses. En el grupo TAU, los porcentajes de recuperación y no cambio fueron similares, no obstante, si tenemos en cuenta a las

personas excluidas de los análisis (pertenecientes a este grupo; n=5) porque necesitaron buscar otro tratamiento o un incremento de la medicación, podríamos decir que el porcentaje de personas que no experimentaron ningún cambio e incluso empeoraron fue mayoritario. En este caso, la prueba chi cuadrado no reveló diferencias significativas entre los grupos, lo que puede deberse a la baja muestra en cada una de las condiciones en el momento del seguimiento.

Tabla 14. Porcentajes de cambio clínico en la variable BDI-II y significación estadística entre grupos en el post-tratamiento.

BDI-II	IBM cara a cara (n=31)	IBM online (n=29)	TAU (n=30)	Total (n=90)	Comparación entre grupos
Deterioro					
Nº (%)	1 (3,2%)	0	1 (3,3%)	2 (2,2%)	
No Cambio					
Nº (%)	5 (16,1%)	12 (41,1%)	22 (73,3%)	39 (43,3%)	$\chi^2 (6) = 25.652, p=.000^*$
Mejorado					
Nº (%)	7 (22,6%)	1 (3,4%)	2 (6,7%)	10 (11,1%)	
Recuperado					
Nº (%)	18 (58,1%)	16 (55,2%)	5 (16,7%)	39 (43,3%)	

IBM, Intervención Basada en *Mindfulness*; TAU, Tratamiento Médico Habitual, χ^2 , chi cuadrado; p , nivel de significación.

Tabla 15. Porcentajes de cambio clínico en la variable BDI-II y significación estadística entre grupos en el seguimiento.

BDI-II	IBM cara a cara (n=22)	IBM online (n=25)	TAU (n=15)	Total (n=62)	Comparación entre grupos
Deterioro					
Nº (%)	0	0	3 (20%)	3 (4,8%)	
No Cambio					
Nº (%)	7 (31,8%)	8 (32%)	5 (33,3%)	20 (32,3%)	$\chi^2 (6) = 10.877, p=.092^*$
Mejorado					
Nº (%)	2 (9,1%)	1 (4%)	1 (6,7%)	4 (6,5%)	
Recuperado					
Nº (%)	13 (59,1%)	16 (64%)	6 (40%)	35 (56,5%)	

IBM, Intervención Basada en *Mindfulness*; TAU, Tratamiento Médico Habitual, χ^2 , chi cuadrado; p , nivel de significación.

3. RESULTADOS DE EFICACIA EN LAS MEDIDAS SECUNDARIAS

3.1.Eficacia diferencial pre-post tratamiento

En primer lugar, con el fin de observar si había diferencias entre los grupos en las variables secundarias PHQ-9 y PANAS se aplicó un ANCOVA para la variable PHQ-9 con el objetivo de controlar las diferencias que existían en el momento pre-tratamiento en esta variable. Por su parte, para el PANAS, tanto en la escala positiva como negativa, se realizaron únicamente ANOVAS. Posteriormente la interacción grupo x tiempo fue explorada a través de los análisis de modelos mixtos por intención de tratar (ITT). Los resultados se muestran en la **Tabla 16**, donde se observó un efecto de interacción significativo entre el momento de la evaluación y el grupo de tratamiento en el PHQ-9 y en la escala de afecto negativo del PANAS, en ambos análisis. Por el contrario, estas diferencias no se dieron en la escala de afecto positivo.

Tabla 16. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto entre grupos en el post-tratamiento para las medidas secundarias PHQ-9 y PANAS.

PHQ-9	Pre-Test		Post-Test		Modelo	Grupo por tiempo F (g.l)	p
	n	M (DE)	M (DE)				
IBMcc	31	14,29 (4,64)	8,42 (4,33)				
IBM <i>online</i>	29	13,90 (4,29)	6,93 (4,21)	Ajustado	9.191 (2, 84)	.000*	
TAU	30	11,20 (6,00)	8,80 (6,32)	ITT	9.015 (2, 91.6)	.000*	
PANAS+							
IBMcc	30	19.87 (6.20)	22.30 (6.83)				
IBM <i>online</i>	29	20.14 (7.11)	24.90 (8.79)	Crudo	0.914 (2, 86)	.405	
TAU	30	21.67 (7.54)	25.10 (11.01)	ITT	.819 (2, 93.13)	.444	
PANAS-							
IBMcc	30	26.73 (7.00)	20.03 (6.708)				
IBM <i>online</i>	29	28 (8.83)	19.17 (6.59)	Crudo	6.140 (2, 86)	.003*	
TAU	30	25.57 (8.37)	22.17 (7.67)	ITT	6.80 (2, 90.64)	.002*	

PHQ-9, Cuestionario sobre la Salud del Paciente; **PANAS**, Escala de afecto positivo (+) y negativo (-); **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **TAU**, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **Modelo**, tipo de análisis; **p**, nivel de significación.

Los mismos análisis se utilizaron para explorar las diferencias producidas en cada uno de los grupos desde el momento pre-tratamiento hasta el post-tratamiento en las variables secundarias (PHQ-9 y PANAS). En las **Tabla 17****Tabla 18** se muestran los resultados de estos análisis con sus correspondientes tamaños del efecto para cada una de las variables y grupos de tratamiento.

Las comparaciones intra-grupo mostraron significación estadística en todas las variables secundarias y grupos de tratamiento, sin embargo, los tamaños del efecto oscilaron entre 0.38 y 1.58. Específicamente, se observaron tamaños del efecto grandes en la variable depresión medida con el PHQ-9 y en la variable de afecto negativo (PANAS) dentro de los grupos de IBM en ambos análisis, donde las puntuaciones se vieron reducidas significativamente. Únicamente se encontraron efectos moderados en el afecto positivo en el grupo de IBM *online*.

Con respecto a las comparaciones entre grupos, en las **tablas** **Tabla 17****Tabla 18** se especifican los tamaños del efecto por pares. Ambos análisis mostraron tamaños del efecto de moderados a grandes (índice d de 0.64-0.86) de los grupos de IBM frente al grupo de tratamiento habitual en el PHQ-9 y un efecto de moderado a grande entre el grupo de IBM *online* frente al grupo TAU en el afecto negativo (PANAS). No se observaron diferencias en ninguna de las variables entre los dos grupos de intervención basada en *mindfulness*.

Tabla 17. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el PHQ-9 y el PANAS pre-post tratamiento (Análisis con la totalidad de la muestra)

PHQ-9	Pre-Test		Post-Test		F (g.l)	p	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)						
IBMcc	31	14,29 (4,64)	8,42 (4,33)	55.94 (1, 87)	.000*	1.23 [1.69, 0.77]	IBMcc vs TAU	-0.64 [-1.15,-0.13]	
IBMó	29	13.90 (4.29)	6,93 (4,21)	73.66 (1, 87)	.000*	1.58 [2.13, 1.03]	IBMó vs TAU	-0.86 [-1.39, -0.32]	
TAU	30	11.20 (6.00)	8,80 (6,32)	9.047 (1, 87)	.003*	0.38 [0.73, 0.03]	IBMcc vs IBMó	0.24 [-0.26, 0.75]	
PANAS +									
IBMcc	30	19.87 (6.20)	22.30 (6.83)	4.05 (1, 86)	.047*	-0.38[-0.07,-0.68]	IBMcc vs TAU	-0.14 [-0.65, 0.36]	
IBMó	29	20.14 (7.11)	24.90 (8.79)	14.98 (1,86)	.000*	-0.65 [-0.31,-0.99]	IBMó vs TAU	0.18 [-0.33, 0.69]	
TAU	30	21.67 (7.54)	25.10 (11.01)	8.07 (1, 86)	.006*	-0.44 [-0.13, -0.75]	IBMcc vs IBMó	-0.35 [-0.86, 0.17]	
PANAS -									
IBMcc	30	26.73 (7.00)	20.03 (6.71)	37.39 (1, 86)	.000*	0.93 [1.32, 0.54]	IBMcc vs TAU	-0.42 [-0.93, 0.09]	
IBMó	29	28 (8.83)	19.17 (6.59)	62.74 (1, 86)	.000*	0.97[1.37, 0.56]	IBMó vs TAU	-0.62 [-1.15, -0.10]	
TAU	30	25.57 (8.37)	22.17 (7.67)	9.63 (1, 86)	.003*	0.40 [0.71, 0.07]	IBMcc vs IBMó	0.26 [-0.25, 0.77]	

PHQ-9, Cuestionario sobre la Salud del Paciente; **PANAS**, Escala de afecto positivo (+) y negativo (-); **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **IBMó**, Intervención basada en *mindfulness online*; **TAU**, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 18. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el PHQ-9 y el PANAS pre-post tratamiento (ITT).

PHQ-9	Pre-Test		Post-Test		F (g.l)	p	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)						
IBMcc	35	14.20 (4.56)	8.36 (5.26)	56.33 (1, 90.33)	.000*	1.25 [1.68, 0.81]	IBMcc vs TAU	-0.65 [-1.12, -018]	
IBMó	34	13.88 (4.73)	6.92 (5.33)	75.39 (1, 91.28)	.000*	1.44 [1.91, 0.95]	IBMó vs TAU	-0.85 [-1.33, -0.36]	
TAU	38	11.24 (5.77)	8.82 (5.47)	9.49 (1, 93.25)	.003*	0,41 [0.72, 0.09]	IBMcc vs IBMó	0.24 [-0.24, 0.71]	
PANAS +									
IBMcc	35	19.86 (5.76)	22.29 (8.22)	4.23 (1, 92.45)	.043*	-0.41[-0.13,-0.69]	IBMcc vs TAU	-0.11 [-0.57, 0.35]	
IBMó	34	20.68 (7.13)	25.25 (8.23)	14.39 (1, 92.56)	.000*	-0.63[-0.31,-0.93]	IBMó vs TAU	0.18 [-0.27, 0.65]	
TAU	38	22.39 (7.43)	25.57 (8.43)	7.28 (1, 92.41)	.008*	-0.42 [-0.14,-0.69]	IBMcc vs IBMó	-0.33 [-0.80, 0.14]	
PANAS -									
IBMcc	38	27.06 (6.66)	20.25 (7.89)	39.46 (1, 90.03)	.000*	1,00 [1,37, 0,62]	IBMcc vs TAU	-0.47 [-0.94, -0.01]	
IBMó	34	28.29 (9.15)	19.37 (7.89)	65.64 (1, 90.13)	.000*	0.95 [1.32, 0.58]	IBMó vs TAU	-0.65 [-1.12,-0.18]	
TAU	38	25.26 (7.98)	21.96 (8.08)	9.42 (1, 91.8)	.003*	0.41 [0.68, 0.12]	IBMcc vs IBMó	0.26 [-0.21, 0.73]	

PHQ-9, Cuestionario sobre la Salud del Paciente; **PANAS**, Escala de afecto positivo (+) y negativo (-); **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **IBMó**, Intervención basada en *mindfulness online*; **TAU**, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

3.2.Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses

De nuevo, se utilizó la misma estrategia analítica para conocer las diferencias producidas en el seguimiento. En este caso, se incluyó también la medida de felicidad (PHI) que se administró al inicio del tratamiento y a los seis meses de haber recibido la intervención. Como se puede observar en la Tabla 19, la muestra perteneciente al grupo IBM *online* tiene diferente número de participantes (24 sujetos para las variables PHQ-9 y PANAS, y 22 para el PHI). Esta pérdida se debe a que el programa web no registró los resultados de esos dos participantes en el momento del seguimiento.

Ambos análisis mostraron que no hubo efecto del tiempo entre los grupos en ninguna de las variables secundarias: PHQ-9 [F (2,55) = 2.66, $p = .078$], PANAS+ [F (2,58) = 0.348, $p = .708$], PANAS- [F (2, 58) = 1.638, $p = .203$] y PHI [F (2,55) = 1.46, $p = .241$], para los análisis de ANOVA y ANCOVA; y PHQ-9 [F (2,75.83) = 2.42, $p = .096$], PANAS+ [F (2,83.4) = 0.611, $p = .545$], PANAS- [F (2, 74.7) = 1.59, $p = .219$] para los análisis ITT. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interacción grupo x tiempo mediante el análisis ITT para el PHI [F (2,73.74) = 3.27, $p = .043^*$].

Las comparaciones intra-grupo (ver **Tabla 19** **Tabla 20**) mostraron una mejora significativa en los síntomas depresivos medidos con el PHQ-9 en los grupos de IBM. Sin embargo, la mejora que se observó en el post-tratamiento en el grupo TAU dejó de ser significativa en el seguimiento. Es decir, las mejoras obtenidas en el PHQ-9 tras el tratamiento se mantuvieron a los 6 meses únicamente en los grupos donde se aplicó *mindfulness*, con tamaños del efecto grandes (índice d de 1.01 a 1.38). En cuanto al afecto positivo, se percibió un leve descenso de las puntuaciones medias en el seguimiento en comparación al momento post-tratamiento, a pesar de ello, los cambios en el grupo de IBM *online* se mantuvieron significativos con tamaños del efecto moderados (índice d de 0.58 a 0.64). Esto no sucedió en la escala de afecto negativo, cuyas medias continuaron descendiendo en los tres grupos y, por tanto, se mantuvieron las mejoras en el seguimiento con tamaños del efecto grandes en los grupos de IBM (índice d de 0.91 a 1.05). Finalmente, en la medida de felicidad (PHI), los análisis revelaron mejoras significativas en los grupos de *mindfulness* con tamaños del efecto grandes (índice d de 0.84 a 1.00), a diferencia del grupo TAU donde las diferencias no resultaron significativas.

En lo que respecta a las comparaciones por pares, los tamaños del efecto para el PHQ-9 fueron de medianos a grandes entre los grupos de IBM frente al grupo TAU (índice d de 0.52 a 0.89) únicamente en los análisis de ANOVA. En los análisis ITT, no se observó superioridad del grupo IBM cara a cara frente al grupo TAU, solo se obtuvieron tamaños del efecto medianos para el grupo IBM *online* frente al TAU. En la variable de felicidad (PHI) los tamaños del efecto fueron moderados entre el grupo de IBM *online* frente a las otras dos condiciones en ambos análisis (índice d de 0.56 a 0.68) (ver **tablas Tabla 19** **Tabla 20**).

Tabla 19. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en las variables secundarias del pre al seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra).

	Pre-Test		Post-Test	Seg-6M	F (g.l)	p	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)	M (DE)					
PHQ-9									
IBMcc	22	14.00 (4.02)	8.14 (3.41)	9.41 (6.31)	13.42 (1, 58)	.001*	1.10 [1.68, 0.51]	IBMcc vs TAU	-0.52 [-1.19, 0.14]
IBMo	24	13.88 (4.68)	7.17 (4.42)	7.21 (4.40)	30.86 (1, 58)	.000*	1.38 [1.99, 0.76]	IBMo vs TAU	-0.89 [-1.57, -0.22]
TAU	15	10.33 (5.37)	8.60 (5.78)	8.20 (5.97)	1.97 (1, 58)	.165	0.38 [0.96,-0.21]	IBMcc vs IBMo	0.46 [-0.12, 1.05]
PANAS +									
IBMcc	22	19.36 (6.71)	22.32 (7.82)	21.86 (8.95)	2.08 (1, 58)	.154	-0.36 [0.11, -0.83]	IBMcc vs TAU	-0.15 [-0.81,0.50]
IBMo	24	20,92 (7.52)	25.88 (8.96)	25.42 (6.95)	7.36 (1, 58)	.009*	-0.58 [-0.11,-1.05]	IBMo vs TAU	0.12 [-0.53,0.76]
TAU	15	22.33 (7.47)	28 (12.54)	25.93 (7.55)	2.94 (1, 58)	.092	-0.46 [0.13,-1.04]	IBMcc vs IBMo	-0.27 [-0.85,0.30]
PANAS -									
IBMcc	22	25.91 (6.67)	19.86 (6.86)	19.36 (7.61)	16.14 (1, 58)	.000*	0.95 [1.47, 0.42]	IBMcc vs TAU	-0.28 [-0.94, 0.37]
IBMo	24	28.42 (9.42)	20.13(6.79)	19.58 (5.51)	32.07 (1, 58)	.000*	0.91 [1.40, 0.41]	IBMo vs TAU	-0.48 [-1.13, 0.18]
TAU	15	24.67 (8.9)	21.53 (7.53)	20.33 (6.85)	4.82 (1, 58)	.032*	0.49 [1.04, -0.07]	IBMcc vs IBMo	0.27 [-0.31, 0.85]
PHI									
IBMcc	22	5.18 (1.02)		6.17 (1.71)	9.27 (1, 56)	.004*	-0.94 [-0.40, -1.46]	IBMcc vs TAU	0.24 [-0.41, 0.90]
IBMo	22	4.70 (1.90)		6.56 (1.64)	32.86 (1, 56)	.000*	-0.94 [-0.41, -1.47]	IBMo vs TAU	0.67 [-0.00, 1.34]
TAU	15	5.65 (1.28)		6.36 (1.26)	3.22 (1, 56)	.078	-0.52 [0.04, -1.09]	IBMcc vs IBMo	-0.56 [-1.16, 0.04]

PHQ-9, Cuestionario sobre la Salud del Paciente; **PANAS**, Escala de afecto positivo (+) y negativo (-); **PHI**, Índice de felicidad de Pemberton; **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **IBMo**, Intervención basada en *mindfulness online*; **TAU**, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 20. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en las variables secundarias del pre al seguimiento (Análisis ITT).

	Pre-Test		Post-Test	Seg-6M	F (g.l)	p	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	<i>d</i> de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)	M (DE)					
PHQ-9									
IBMcc	35	14.20 (4.56)	8.36 (5.26)	9.48 (6.48)	15.57 (1, 72.46)	.000*	1,01 [1,45, 0,56]	IBMcc vs TAU	-0.37 [-0.84, 0.08]
IBMó	34	13.88 (4.73)	6.92 (5.33)	7.21 (6.14)	33.052 (68.85)	.000*	1,38 [1,88, 0,86]	IBMó vs TAU	-0.73 [-1.21, 0.26]
TAU	38	11.24 (5.77)	8.82 (5.47)	8.52 (8.04)	3.85 (1, 86.31)	.053	0,46 [0,83, 0,09]	IBMcc vs IBMó	0.41 [-0.06, 0.89]
PANAS +									
IBMcc	35	19.86 (5.76)	22.29 (8.22)	22.06 (8.79)	1.92 (1, 8.24)	.170	-0.37 [0.00, -0.74]	IBMcc vs TAU	-0.20 [-0.66, 0.25]
IBMó	34	20.68 (7.13)	25.25 (8.23)	25.32 (8.35)	9.09 (1, 76.82)	.003*	-0.64 [-0.23,-1.03]	IBMó vs TAU	0.14 [-0.32, 0.61]
TAU	38	22.39 (7.43)	25.57 (8.43)	25.96 (10.88)	3.73 (1, 92.92)	.057	-0.47 [-0.10,-0.83]	IBMcc vs IBMó	-0.37 [-0.85, 0.10]
PANAS -									
IBMcc	35	27.06 (6.66)	20.25 (7.89)	19.92 (9.07)	21.29 (1, 72.16)	.000*	1.05 [1.472, 0.62]	IBMcc vs TAU	-0.36 [-0.83, 0.09]
IBMó	34	28.29 (9.15)	19.37 (7.89)	19.52 (8.62)	34.36 (1, 69.36)	.000*	0.94 [1.35, 0.52]	IBMó vs TAU	-0.49 [-0.95, 0.00]
TAU	38	25.26 (7.98)	21.96 (8.08)	20.63 (11.09)	6.57 (1, 82.34)	.012*	0.57 [0.91, 0.21]	IBMcc vs IBMó	0.20 [-0.27, 0.68]
PHI									
IBMcc	35	5.24 (1.12)		6.20 (1.81)	9.71 (1, 70.62)	.003*	-0.84 [-0.43,-1.23]	IBMcc vs TAU	0.22 [-0.235,0.68]
IBMó	34	4.90 (1.72)		6.66 (1.78)	32.54 (1, 69.95)	.000*	-1.00 [-0.57, -1.42]	IBMó vs TAU	0.68 [0.21, 1.16]
TAU	38	5.8 (1.48)		6.46 (2.21)	2.85 (1, 80.42)	.095	-0.44 [-0.09,-0.77]	IBMcc vs IBMó	-0.56 [-1.07, -0.07]

PHQ-9, Cuestionario sobre la Salud del Paciente; PANAS, Escala de afecto positivo (+) y negativo (-); PHI, Índice de felicidad de Pemberton; IBMcc, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; IBMó, Intervención basada en *mindfulness* online; TAU, Tratamiento habitual; M, Media; DE, desviación estándar; p, nivel de significación; *d* de Cohen, como medida del tamaño del efecto.

4. RESULTADOS DE EFICACIA EN MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

4.1.Eficacia diferencial pre-post tratamiento

Por lo que se refiere a las medidas relacionadas con la salud y la calidad de vida medias por el SF12, se aplicó los mismos análisis de ANOVA y modelos mixtos ITT para cada una de las variables. Los resultados no revelaron diferencias significativas tiempo x grupo en ninguna de las variables de salud en el post tratamiento. Para la variable Salud Física se obtuvieron los siguientes resultados: [F (2,87) =1.96, p=.147] y [F (2, 88.79) =2.14, p=.124]; y para la variable Salud Mental: [F (2, 87) =.652, p=.523] y [F (2, 93.31)=1.12, p=.330] para cada análisis, respectivamente.

En cuanto a las diferencias intra-grupo que podemos observar en las **Tabla 21** **Tabla 22**, los análisis revelaron diferencias significativas en la escala de salud física dentro del grupo IBM *online*, pero el tamaño del efecto fue pequeño. Resultados más interesantes se encontraron en la escala de salud mental, donde se observó un incremento de las medias y, por tanto, mejor salud mental en el momento post-tratamiento en los tres grupos. Estas diferencias fueron significativas con ambos análisis en las tres condiciones, sin embargo, los tamaños del efecto fueron grandes en los dos grupos de intervención basada en *mindfulness*. Con respecto a las comparaciones entre grupos, los tamaños del efecto no mostraron diferencias en la comparación por pares entre ninguno de los grupos.

Tabla 21. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 pre-post tratamiento (Análisis con la totalidad de la muestra)).

SF-12	Pre-Test		Post-Test	F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)					
Salud Física								
IBMcc	31	65.32 (33.34)	70.16 (31.89)	1,40 (1, 87)	.240	-0,14 [0,10,-0,38]	IBMcc vs TAU	0,02 [-0,48, 0,52]
IBMo	29	62.93 (35.11)	77.59 (33.63)	12,04 (1, 87)	.001*	-0,41 [-0,13, -0,68]	IBMo vs TAU	0,29 [-0,21,0,80]
TAU	30	68.33 (35.31)	72.50 (32.39)	1,00 (1, 87)	.319	-0,12 [0,13, -0,36]	IBMcc vs IBMo	-0,28 [-0.79,0.22]
Salud Mental								
IBMcc	31	39.68 (14.94)	54.52 (16.89)	21.61 (1, 8)	.000*	-0,97 [-0,52, -1,42]	IBMcc vs TAU	0,25[-0.24,0.76]
IBMo	29	39.31 (16.24)	54.83 (17.85)	22.11 (1, 87)	.000*	-0,93 [-0,46, -1,39]	IBMo vs TAU	0,28 [-0.23,0.79]
TAU	30	44.00 (17.14)	54.67 (18.88)	10.81 (1, 87)	.001*	-0,61 [-0,19, -1,02]	IBMcc vs IBMo	-0,04 [-0.55,0.46]

SF-12, Cuestionario de salud, escalas física y mental; **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **IBMo**, Intervención basada en *mindfulness online*; TAU, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 22. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 pre-post tratamiento (ITT).

SF-12	Pre-Test		Post-Test	F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)					
Salud Física								
IBMcc	35	65.00 (34.41)	69.91 (35.43)	1.45 (1, 88)	.232	-0,14 [0,09, -0,37]	IBMcc vs TAU	0,02 [-0.43, 0,48]
IBMo	34	61.03 (36.51)	76.09 (35.70)	12.84 (1, 88.59)	.001*	-0,40 [-0,14, -0,65]	IBMo vs TAU	0,29[-0.16, 0.76]
TAU	38	68.42 (35.68)	72.57 (36.31)	1.01 (1, 89.78)	.317	-0,11 [0,11, -0,33]	IBMcc vs IBMo	-0,28[-0.75, 0.19]
Salud Mental								
IBMcc	35	39.14 (14.43)	54.27 (18.01)	23.02 (1, 91.53)	.000*	-1,03 [-0,59, -1,45]	IBMcc vs TAU	0,33 [-0.12, 0.79]
IBMo	34	39.12 (16.76)	54.74 (18.29)	23.17 (1, 92.87)	.000*	-0,91 [-0,49, -1,33]	IBMo vs TAU	0,34 [-0.12, 0.81]
TAU	38	46.05 (17.94)	55.61 (18.88)	9.14 (1, 95.60)	.003*	-0,52 [-0,16, -0,87]	IBMcc vs IBMo	-0,03 [-0.50, 0.44]

SF-12, Cuestionario de salud, escalas física y mental; **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **IBMo**, Intervención basada en *mindfulness online*; TAU, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

4.2.Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses

En el periodo de seguimiento a los 6 meses también se evaluó el estado de salud con el cuestionario de calidad de vida EUROQOL-5D (EQ-5D) que se administró al inicio y durante el seguimiento. La escala que se presenta en los análisis, es la escala analógica visual (EVA) donde los participantes puntuaron en una escala de 1 a 100 su estado de salud de forma subjetiva.

Tras la aplicación de los análisis estadísticos, los resultados obtenidos para el SF12 y el EQ-5D no mostraron diferencias significativas entre los grupos a lo largo del tiempo, tal y como sucedía en la evaluación post-tratamiento. Específicamente, los análisis de ANOVA de medidas repetidas generaron para cada variable los siguientes niveles de significación: Salud Física [F (2,58) =.142, p=.804]; Salud mental [F (2, 58) = 2.386, p=.101]; EQ-5D [F (2,56) =.231, p=.795]. Los análisis de modelos mixtos (ITT) presentaron resultados en la misma línea: Salud Física [F (2, 68.66) = .014, p=.986], Salud Mental [F (2, 84.74) =2.526, p=.086]; EQ-5D [F (2, 83.81) =.422, p=.657].

Por lo que se refiere a los resultados intra-grupo durante el seguimiento (ver **Tabla 23** **Tabla 24**), se encontraron diferencias significativas en la escala de Salud Física en los tres grupos de tratamiento, a diferencia de lo que sucedía en la evaluación post. De hecho, si nos fijamos en las medias, las puntuaciones se incrementaron y por tanto los participantes mejoraron en la escala de Salud Física a los 6 meses del tratamiento. Sin embargo, los tamaños del efecto fueron pequeños en ambos análisis. En la escala Salud Mental, los análisis continuaron mostrando mejoras significativas en ambos grupos de IBM con tamaños del efecto grandes, manteniéndose a medio plazo la mejoría adquirida. Esto no sucedió en el grupo TAU donde las mejoras en la salud mental no se mantuvieron significativas en el seguimiento. Por su parte, en la escala EVA del EQ-5D, los resultados no revelaron diferencias significativas para ninguno de los grupos.

Por último, en lo que refiere a las diferencias entre grupos, los tamaños del efecto por pares indicaron tamaños del efecto de medianos a grandes (índice *d* de 0.57 a -0.96) favoreciendo las IBM frente al grupo TAU en la escala de Salud Mental en ambos análisis.

Tabla 23. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 y EQ-5D en el seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra)

SF-12	Pre-Test		Post-Test		Seg-6M		F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos
	n	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)				
Salud Física										
IBMcc	22	59,09 (34.11)	65.91 (30.42)	75,00 (26.73)	6.34 (1, 58)	.015*	-0,45 [-0,03, -0,86]	IBMcc vs TAU	-0,11[-0,76, 0,54]	
IBMo	24	59.38 (35.97)	76.04 (35.72)	72.92 (32.90)	5.014 (1, 58)	.029*	-0,36 [-0,02, -0,75]	IBMo vs TAU	-0,17 [-0,81, 0,4]	
TAU	15	53,33 (38.81)	65,00 (38.73)	73,33 (40.61)	6.83 (1, 58)	.011*	-0,49 [0,02, -1,00]	IBMcc vs IBMo	0,06 [-0,51, 0,42]	
Salud Mental										
IBMcc	22	37,27 (14.86)	54,09 (18.43)	56,48 (23.33)	16.72 (1, 58)	.000*	-1,25 [-0,57, -1,91]	IBMcc vs TAU	0,75 [0,07, 1,43]	
IBMo	24	39.17 (15.58)	55,00 (17.69)	62.08 (19.77)	25.98 (1, 58)	.000*	-1,42 [-0,75, -2,09]	IBMo vs TAU	0,96 [0,28, 1,64]	
TAU	15	47,33 (16.24)	56,67 (17.59)	54,67 (11.87)	1.66 (1, 58)	.202	-0,43 [0,24,-1,10]	IBMcc vs IBMo	-0,24 [-0,81,0,34]	
EQ-5 EVA										
IBMcc	22	56,05 (18.13)		58,41 (19.60)	.249 (1,56)	.620	-0,13 [0,35, -0,60]	IBMcc vs TAU	-0,06 [-0,72, 0,59]	
IBMo	22	53,64 (21.72)		60,45 (20.11)	2.07 (1,56)	.155	-0,30 [0,18, -0,78]	IBMo vs TAU	0,14 [-0,51, 0,80]	
TAU	15	59,67 (20.91)		63,33 (19.24)	.409 (1, 56)	.525	-0,17 [0,41, -0,74]	IBMcc vs IBMo	-0,22 [-0,8, 0,37]	

SF-12, Cuestionario de salud, escalas física y mental; EQ-5 EVA, cuestionario de calidad de vida EUROQOL 5D escala analógica visual; IBMcc, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; IBMo, Intervención basada en *mindfulness online*; TAU, Tratamiento habitual; M, Media; DE, desviación estándar; F (g.l), valor de la F con sus grados de libertad, p, nivel de significación; d de Cohen, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 24. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el SF-12 y EQ-5D en el seguimiento (ITT).

SF-12	Pre-Test		Post-Test	Seg-6M	F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)	M (DE)				IBMcc vs TAU	
Salud Física									
IBMcc	35	65.00 (34.41)	69.91 (35.43)	78,74 (40.32)	5.07 (1, 66.96)	.028*	-0,39 [-0,06,-0,71]	IBMcc vs TAU	-0,02 [-0,47, 0,43]
IBM0	34	61.03 (36.51)	76.09 (35.70)	73,96 (38.74)	4.83 (1, 65.05)	.032*	-0,35 [-0,02, -0,66]	IBM0 vs TAU	-0,04 [-0,50, 0,42]
TAU	38	68.42 (35.68)	72.57 (36.31)	82,89 (47.98)	4.02 (1, 73.55)	.049*	-0,40 [-0,08, -0,70]	IBMcc vs IBM0	0,02 [-0,44, 0,49]
Salud Mental									
IBMcc	35	39.14 (14.43)	54.27 (18.01)	56,89 (22.09)	16.72 (1, 80.54)	.000*	-1,20 [-0,68, -1,71]	IBMcc vs TAU	0,57 [0,102, 1,03]
IBM0	34	39.12 (16.76)	54.74 (18.29)	62,07 (20.89)	29.45 (1, 76.11)	.000*	-1,34 [-0,79,-1,88]	IBM0 vs TAU	0,83 [0,34, 1,31]
TAU	38	46.05 (17.94)	55.61 (18.88)	54,37 (27.71)	2.80 (1, 98.09)	.097	-0,45 [0,03,-0,87]	IBMcc vs IBM0	-0,32 [-0,80, 0,14]
EQ-5 EVA									
IBMcc	35	58,80 (17.51)		59,38 (3.95)	0.019 (1, 79.59)	.892	-0,03 [0,34, -0,40]	IBMcc vs TAU	-0,04 [-0,50, 0,41]
IBM0	34	54,71 (18.29)		60,83 (3.96)	2.005 (1, 78.59)	.161	-0,33 [0,06, -0,71]	IBM0 vs TAU	0,07 [-0,38, 0,54]
TAU	38	61,50 (61.50)		63,98 (4.71)	0.247 (1, 93.07)	.620	-0,04 [0,31, -0,39]	IBMcc vs IBM0	-0,30 [-0,78, 0,16]

SF-12, Cuestionario de salud, escalas física y mental; EQ-5 EVA; cuestionario de calidad de vida EUROQOL 5D escala analógica visual; IBMcc, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; IBM0, Intervención basada en *mindfulness online*; TAU, Tratamiento habitual; M, Media; DE, desviación estándar; F (g.l), valor de la F con sus grados de libertad, p, nivel de significación; d de Cohen, como medida del tamaño del efecto.

5. RESULTADOS DE EFICACIA EN LA MEDIDA DE PROCESO TERAPÉUTICO

5.1. Eficacia diferencial en el seguimiento de los 6 meses

Finalmente, como medida de proceso terapéutico se administró antes del tratamiento y en el seguimiento el cuestionario de las cinco facetas de *mindfulness* (FFMQ). En la **tabla 25** podemos observar cada una de las escalas del cuestionario con sus respectivas medias pre-tratamiento y seguimiento. Se utilizó la misma estrategia analítica que con las anteriores medidas. Para las escalas observar, describir y actuar con conciencia, se realizó un ANCOVA ajustando las diferencias que se observaron entre grupos en el momento basal sin diferencias significativas (ver **Tabla 25**). Por su parte, los análisis ITT revelaron diferencias significativas grupo x tiempo en las facetas de actuar con conciencia y no juzgar la experiencia. En el resto de las escalas no se encontraron diferencias significativas entre grupos.

Tabla 25. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto entre grupos en el seguimiento para la medida del resultado.

FFMQ	Pre-Test		Seg-6M	Modelo	Grupo por tiempo F (g.l)	p
	n	M (DE)	M (DE)			
Obsevar						
IBMcc	22	23,05 (6.57)	25,64 (6.47)			
IBMó	22	21,73 (6.30)	24,32 (6.56)	Ajustado	.505 (2,53)	.606
TAU	15	22,47 (5.68)	25,00 (5.35)	ITT	.219 (2, 67.54)	.804
Describir						
IBMcc	22	23,64 (8.05)	27,41 (6.98)			
IBMó	22	21,86 (3.89)	21,77 (3.67)	Ajustado	2.67 (2,53)	.079
TAU	15	28,00 (7.91)	30,73 (5.88)	ITT	1.91 (2, 79.91)	.155
Conciencia						
IBMcc	22	19,91 (5.87)	23,64 (5.71)			
IBMó	22	29,00 (5.62)	22,41 (5.96)	Ajustado	2.91 (2,53)	.064
TAU	15	24,07 (7.16)	24,93(7.89)	ITT	14.29 (2, 62.02)	.000*
No Juicio						
IBMcc	22	23,91 (8.33)	25,14 (8.71)			
IBMó	22	26,68 (6.71)	20,64 (8.25)	Crudo	3.60 (2, 56)	.034*
TAU	15	27,20 (4.93)	24,60 (6.41)	ITT	5.32 (2, 77.75)	.007*
No Reactividad						
IBMcc	22	16,91 (5.25)	22,09 (4.59)			
IBMó	22	17,64 (5.22)	20,23 (5.63)	Crudo	1.077 (2, 56)	.347

TAU	15	17,33 (4.90)	20,67 (4.75)	ITT	1.32 (2, 80.19)	.274
-----	----	--------------	--------------	-----	-----------------	------

FFMQ, cuestionario de las cinco facetas de *mindfulness*; IBMcc, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; IBMo, Intervención basada en *mindfulness online*; TAU, Tratamiento habitual; M, Media; DE, desviación estándar; Modelo, análisis utilizado; F (g,l), valor de la F con sus grados de libertad, p, nivel de significación

Las diferencias intra-grupo se presentan en las **Tabla 26** y **Tabla 27**. Los resultados obtenidos en cada una de las facetas se describen a continuación:

(1) “Observar”. Los análisis con ANOVA de medidas repetidas revelaron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos donde se aplicó *mindfulness*. Mediante los ITT se encontró significación estadística en las tres condiciones. Sin embargo, estas diferencias presentaron tamaños del efecto de pequeños a moderados en ambos análisis.

(2) “Describir”: Se encontraron diferencias significativas dentro del grupo de IBM cara a cara y en el grupo TAU. Sorprende la reducción de las medias en el grupo IBM *online* pre-seguimiento.

(3) “Actuar con conciencia”. Ambos análisis manifestaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos de IBM. Sin embargo, en el grupo IBM *online* estas diferencias fueron negativas, es decir, las medias se redujeron, en vez de aumentar, reflejando que las personas que participaron en ese grupo a los seis meses de la intervención actuaban con menos conciencia que antes del tratamiento y, por el contrario, actuaban con frecuencia en “piloto automático”. Además, esta diferencia presentó tamaños del efecto grandes.

(4) “No juicio”. En esta faceta sucede lo mismo que en la anterior, los análisis revelaron diferencias significativas en el grupo IBM *online* con tamaños del efecto grandes, sin embargo, esta significación se da en sentido negativo. Las medias revelaron que las personas del grupo *online* se juzgaban más en el seguimiento.

(5) “No reactividad a la experiencia interna”. En esta faceta encontramos que ambos análisis mostraron diferencias significativas dentro de las tres condiciones, pero los tamaños del efecto únicamente fueron grandes dentro del grupo IBM cara a cara (índice *d* de 0.95 a 1.16).

Finalmente, en cuanto a las comparaciones por pares, no es de extrañar que aparezcan tamaños del efecto grandes en las facetas “actuar con conciencia” y “no juicio” entre los dos grupos de IBM, denotando una superioridad del grupo IBM cara a cara frente al grupo IBM *online*, puesto que en el primero las personas experimentaron mejoría (mayores puntuaciones en conciencia y en no juzgar la experiencia), y en el segundo, un empeoramiento. Lo mismo sucede con el grupo TAU frente al grupo IBM *online*, donde el grupo TAU mejora frente al grupo IBM *online*.

Tabla 26. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el FFMQ pre-seguimiento (Análisis con la totalidad de la muestra)

FFMQ	Pre-Test		Seg-6M		F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)						
Obsevar									
IBMcc	22	23,05 (6.57)	25,64 (6.47)	5.2 (1, 56)	.026*	-0,38 [-0,00, -0,76]	IBMcc vs TAU	0,009 [-0,64, 0,66]	
IBMo	22	21,73 (6.30)	24,32 (6.56)	5.2 (1, 56)	.026*	-0,40 [-0,01, -0,77]	IBMo vs TAU	0,01 [-0,64, 0,66]	
TAU	15	22,47 (5.68)	25,00 (5.35)	3.39 (1,56)	.071	-0,42 [0,04, -0,89]	IBMcc vs IBMo	0 [-0,59, 0,59]	
Describir									
IBMcc	22	23,64 (8.05)	27,41 (6.98)	6.67 (1, 56)	.012*	-0,45 [0,00, -0,90]	IBMcc vs TAU	0,12 [-0,53, 0,78]	
IBMo	22	21,86 (3.89)	21,77 (3.67)	.004 (1, 56)	.951	0,02 [0,45, -0,40]	IBMo vs TAU	-0,47 [-1,14, 0,19]	
TAU	15	28,00 (7.91)	30,73 (5.88)	2.38 (1, 56)	.128	-0,33 [0,21, -0,86]	IBMcc vs IBMo	0,59 [-0,00, 1,20]	
Conciencia									
IBMcc	22	19,91 (5.87)	23,64 (5.71)	7.19 (1, 56)	.010*	-0,61 [-0,08, -1,14]	IBMcc vs TAU	0,43 [-0,22, 1,10]	
IBMo	22	29,00 (5.62)	22,41 (5.96)	22.47 (1, 56)	.000*	1,13 [1,73, 0,52]	IBMo vs TAU	-1,16 [-1,86, -0,45]	
TAU	15	24,07 (7.16)	24,93(7.89)	0.26 (1, 56)	.609	-0,11 [0,48, -0,71]	IBMcc vs IBMo	1,76 [1,06, 2,46]	
No Juicio									
IBMcc	22	23,91 (8.33)	25,14 (8.71)	0.41 (1, 56)	.525	-0,14 [0,38, -0,66]	IBMcc vs TAU	0,52 [-0,14, 1,19]	
IBMo	22	26,68 (6.71)	20,64 (8.25)	9.93 (1, 56)	.003*	0,87 [1,45, 0,27]	IBMo vs TAU	-0,55 [-1,22, 0,11]	
TAU	15	27,20 (4.93)	24,60 (6.41)	1.25 (1, 56)	.268	0,50 [1,16, -0,16]	IBMcc vs IBMo	0,94 [0,32, 1,56]	
No Reactividad									
IBMcc	22	16,91 (5.25)	22,09 (4.59)	16.47 (1, 56)	.000*	-0,95 [-0,36, -1,53]	IBMcc vs TAU	0,35 [-0,31, 1,01]	
IBMo	22	17,64 (5.22)	20,23 (5.63)	4.12 (1, 56)	.047*	-0,48 [0,04, -1,00]	IBMo vs TAU	-0,14 [-0,80, 0,51]	
TAU	15	17,33 (4.90)	20,67 (4.75)	4.65 (1, 56)	.035*	-0,64 [0,02, -1,31]	IBMcc vs IBMo	0,48 [0,11, 1,08]	

FFMQ, cuestionario de las cinco facetas de *mindfulness*; **IBMcc**, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; **IBMo**, Intervención basada en *mindfulness* online; **TAU**, Tratamiento habitual; **M**, Media; **DE**, desviación estándar; **F (g.l)**, valor de la F con sus grados de libertad, **p**, nivel de significación; **d de Cohen**, como medida del tamaño del efecto.

Tabla 27. Medias, desviaciones típicas y tamaños del efecto intra y entre grupos en el FFMQ pre-seguimiento (Análisis ITT).

FFMQ	Pre-Test		Seg-6M	F (g.l)	p	d de Cohen [95% CI] Intra-Grupos	d de Cohen [95% CI] Entre-Grupos	
	n	M (DE)	M (DE)					
Obsevar								
IBMcc	35	22,74 (6.38)	25,44 (7.22)	6.09 (1, 65.43)	.016*	-0,41 [-0,11, -0,71]	IBMcc vs TAU	0,00 [-0,45, 0,46]
IBMo	34	18,97 (6.73)	22,57 (7.15)	10.79 (1, 64.97)	.002*	-0,52 [-0,20, -0,83]	IBMo vs TAU	0,15 [-0,31, 0,61]
TAU	38	22,08 (5.50)	24,75 (8.60)	4.27 (1, 71.88)	.042*	-0,48 [-0,18, -0,76]	IBMcc vs IBMo	-0,13[-0,60, 0,33]
Describir								
IBMcc	35	24,97 (7.77)	27,92 (7.44)	4.73 (7.44)	.033*	-0,37 [-0,02, -0,72]	IBMcc vs TAU	-0,04 [-0,50, 0,41]
IBMo	34	22,06 (3.38)	21,85 (7.35)	0.02 (7.35)	.877	0,06 [0,40, -0,28]	IBMo vs TAU	-0,63 [-1,11, -0,16]
TAU	38	27,08 (6.76)	30,38 (9.22)	4.42 (9.22)	.038*	-0,48 [-0,13, -0,82]	IBMcc vs IBMo	0,51 [0,03, 0,99]
Conciencia								
IBMcc	35	19,63 (7.60)	23,49 (8.35)	7.83 (1, 59.32)	.007*	-0,50 [-0,09, -0,90]	IBMcc vs TAU	0,48 [0,01, 0,94]
IBMo	34	28,68 (7.06)	22,24 (8.26)	21.71 (1,58.73)	.000*	0,89 [1,34, 0,44]	IBMo vs TAU	-0,97 [-1,46, -0,48]
TAU	38	25,13 (6.76)	25,50 (10.14)	0.052 (1, 67.84)	.820	-0,05 [0,31,-0,42]	IBMcc vs IBMo	1,38 [0,86, 1,91]
No Juicio								
IBMcc	35	22,91 (7.96)	24,84 (9.52)	1.13 (1, 76.08)	.291	-0,24 [0,17, -0,65]	IBMcc vs TAU	0,35 [-0,10, 0,82]
IBMo	34	27,09 (6.73)	20,75 (9.40)	12.13 (1, 72.11)	.001*	0,92 [1,39, 0,44]	IBMo vs TAU	-0,74 [-1,22, -0,26]
TAU	38	24,76 (7.65)	23,87 (11.89)	0.18 (88.36)	.672	0,11 [0,51, -0,28]	IBMcc vs IBMo	1,10 [0,60, 1,61]
No Reactividad								
IBMcc	35	16,11 (4.84)	21,85 (6.30)	23.19 (1, 75.61)	.000*	-1,16 [-0,67, -1,64]	IBMcc vs TAU	0,50 [0,04, 0,97]
IBMo	34	16,41 (5.32)	19,85 (6.22)	8.28 (2, 74.64)	.005*	-0,63 [-0,19, -1,06]	IBMo vs TAU	0,05 [-0,40, 0,51]
TAU	38	17,58 (5.17)	20,74 (7.86)	5.31 (1, 90.49)	.023*	-0,60 [-0,19, -1,00]	IBMcc vs IBMo	0,44 [-0,03, 0,92]

FFMQ, cuestionario de las cinco facetas de *mindfulness*; IBMcc, Intervención basada en *mindfulness* cara a cara; IBMo, Intervención basada en *mindfulness* online; TAU, Tratamiento habitual; M, Media; DE, desviación estándar; F (g.l), valor de la F con sus grados de libertad, p, nivel de significación; d de Cohen, como medida del tamaño del efecto.

6. EXPECTATIVAS Y OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

6.1. Expectativas hacia el tratamiento

También se evaluaron las expectativas hacia el tratamiento. En la **Tabla 28** se muestran cada una de las preguntas que se hicieron a los participantes en el momento basal sobre la condición asignada. Para conocer si existían diferencias entre los grupos se aplicó un ANOVA de un factor.

Los análisis revelaron, por un lado, que tres personas no rellenaron la escala de expectativas, una del grupo IBM cara a cara por motivos desconocidos y dos del grupo TAU, en este último grupo algunos participantes que no llevaban medicación no consideraban las pautas del médico como estar recibiendo tratamiento para su problema, por ello decidieron no responder el cuestionario. Por otro lado, se observaron diferencias significativas entre los grupos en todas las preguntas. Estas diferencias mostraron que los participantes tenían mayores expectativas hacia el tratamiento en los grupos de IBM en comparación con el grupo TAU lo que no es de extrañar ya que muchas personas llevaban bastante tiempo recibiendo el tratamiento habitual en atención primaria. Sin embargo, en el ítem que preguntaba sobre si el tratamiento les iba a resultar aversivo, la diferencia radicó en el grupo IBM *online* hecho que llama la atención.

Tabla 28. Medias, desviaciones y diferencias entre grupos en las expectativas hacia el tratamiento.

	IBM cara cara (n=34)	IBM <i>online</i> (n=34)	TAU (n=36)	Diferencias entre grupos
Lógico	8.35 (1.35)	8.03 (1.38)	6.86 (2.05)	F (2) = 8.15, p=.001*
Satisfacción	8.15 (1.56)	7.97 (1.69)	6.03 (2.44)	F (2) = 12.83, p=.000*
Recomendación	8.38 (1.52)	8.12 (1.81)	6.44 (2.54)	F (2) =9.63, p=.000*
Utilidad para otros	8.53 (1.42)	7.65 (1.52)	6.42 (2.53)	F (2) =10.87, p=.000*
Utilidad en su caso	8.00 (1.83)	7.74 (1.78)	6.42 (2.43)	F (2) =6.08, p=.003*
Aversivo	1.44 (1.81)	7.56 (2.95)	1.92 (2.59)	F (2) = 63.64, p=.000*

IBM, Intervención basada en *mindfulness*; TAU, Tratamiento Habitual

6.2.Opinión sobre el tratamiento

A continuación, en la **tabla 29** encontramos las medias y desviaciones típicas para cada una de las preguntas que componen la escala de opinión sobre el tratamiento. Como en el caso anterior se ha utilizado una prueba ANOVA de un factor. El análisis reveló diferencias significativas en todos los ítems entre los grupos, mostrando mejor opinión general y satisfacción de los participantes de los grupos IBM en comparación con los participantes del grupo TAU. De nuevo la excepción se produce para el grupo IBM *online* en el ítem donde se pregunta si el tratamiento les ha parecido aversivo cuya puntuación es elevada en comparación con los otros dos grupos. No se observaron diferencias entre los grupos IBM.

Tabla 29. Medias, desviaciones y diferencias entre grupos en la escala de opinión y satisfacción con el tratamiento.

	IBM cara cara (n=30)	IBM <i>online</i> (n=29)	TAU (n=29)	Diferencias entre grupos
Lógico	8.27 (1.51)	7.38 (2.24)	5.14 (3.48)	F (2) = 11.87, p=.000*
Satisfacción	8.13 (1.61)	7.21 (2.49)	4.38 (3.01)	F (2) = 18.36, p=.000*
Recomendación	8.50 (1.75)	7.62 (2.31)	4.45 (3.31)	F (2) =20.73, p=.000*
Utilidad para otros	8.63 (1.67)	7.55 (2.19)	4.45 (3.55)	F (2) =20.66, p=.000*
Utilidad en su caso	7.23 (2.03)	6.86 (2.66)	4.03 (3.32)	F (2) =12.15, p=.000*
Aversivo	0.53 (1.19)	7.17 (4.11)	1.45 (2.59)	F (2) = 46.18, p=.045*
Opinión total	41.30 (6.68)	43.79 (12.33)	23.9 (15.46)	F (2) =23.73, p=.000*

IBM, Intervención basada en *mindfulness*; TAU, Tratamiento Habitual

Discusión

«Siempre parece imposible hasta que se hace»

-Nelson Mandela-

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Hasta donde sabemos, en los entornos de AP la farmacoterapia continúa siendo el tratamiento de elección para los problemas psicológicos. Aunque la farmacoterapia es efectiva, es un coste importante para la sanidad pública, algunos pacientes la rechazan porque prefieren la psicoterapia, existe un porcentaje elevado de recaídas tras la finalización del tratamiento y, además, hay pacientes que no toleran los fármacos o que no mejoran (Eveleigh et al., 2018; Rodgers et al., 2012). Esto da lugar a una derivación a los servicios especializados de salud mental que hoy en día se encuentran saturados.

Por su parte, las intervenciones basadas en *mindfulness* han sido muy estudiadas en los últimos años, y su evidencia más que demostrada. Sin embargo, pocos son los estudios que han estudiado sus beneficios en los entornos de AP, sobre todo, en un formato breve como el que se utiliza en la presente tesis. Si, además, buscamos estudios que incluyan intervenciones aplicadas mediante las TICs, la búsqueda se reduce mucho más, particularmente en España. Como hemos visto, las intervenciones aplicadas a través de internet presentan numerosos beneficios y han mostrado una evidencia comparable a los tratamientos tradicionales (Andersson & Cuijpers, 2009b; Gavin Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010a), lo que las hace un instrumento potente como alternativa a los problemas existentes en AP, como las largas listas de espera, la falta de tiempo, o los costes económicos.

Por lo expuesto anteriormente y el propósito de contribuir en el avance científico de una alternativa eficaz que promueva la mejoría de los pacientes depresivos que buscan ayuda en AP y, a su vez, consuma menos recursos, surgió el diseño de esta investigación, cuyo objetivo principal era comparar una IBM de baja intensidad para el tratamiento de la depresión en AP aplicado de diferentes formas, por un lado, en formato presencial y, por otro, en formato *online*, frente al tratamiento médico habitual aplicado en los entornos de AP.

En primer lugar, partimos del objetivo específico de *comparar la eficacia de la intervención basada en mindfulness frente al tratamiento habitual*, esperando una superioridad de los grupos de *mindfulness* en la reducción de la sintomatología depresiva. Podemos decir que la hipótesis planteada se cumplió, ya que los resultados revelaron que las puntuaciones en la medida principal de depresión (BDI-II) se redujeron

significativamente en los dos grupos donde se aplicó la IBM, con tamaños del efecto grandes frente al grupo TAU donde hubo mejoría, pero no fue significativa. Además, se observó un cambio clínico importante en los dos grupos de *mindfulness* con porcentajes de remisión clínica del 55.2-58.1% frente a un 16.7% de las personas del grupo TAU. Estos resultados van en la línea de estudios previos donde se muestra que la terapia basada en *mindfulness* es una herramienta prometedora para el tratamiento de la población depresiva ya sea aplicada en formato tradicional (Goldberg et al., 2018; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010c), como aplicada en formatos breves (Goldberg et al., 2018; Nieuwsma et al., 2012a; Sass et al., 2019). En lo que respecta al grupo IBM *online*, los escasos estudios previos encontraron resultados positivos con tamaños del efecto pequeños pero significativos para el tratamiento de la depresión (Spijkerman et al., 2016), en nuestro caso, los tamaños del efectos encontrados fueron grandes.

Asimismo, se *esperaba una mejora significativa en las variables secundarias en los grupos de IBM frente al grupo TAU después de aplicar la intervención*. Esta hipótesis se cumplió parcialmente. Ya que solo se encontraron diferencias entre los grupos en la reducción de los síntomas depresivos medidos con el PHQ-9 y en la reducción del afecto negativo favoreciendo la IBM. Este último hallazgo va en línea de la literatura previa donde se ha visto que las intervenciones breves basadas en *mindfulness* producen una reducción en el afecto negativo (Schumer et al., 2018).

Por el contrario, no se encontraron diferencias entre los grupos en el afecto positivo y en el cuestionario de salud SF-12 (Salud Física y Salud Mental). Si bien no hubo diferencias entre los grupos, los análisis si revelaron un incremento significativo del afecto positivo intra-grupo en todos los grupos; y una mejora de la salud mental, en este caso, con tamaños del efecto grandes en los grupos de *mindfulness*. Las mejoras en salud mental van en la línea de otros estudios donde se aplicó una IBM en AP (Demarzo et al., 2015). Con respecto a la salud física, aunque se observaron mejoras en los tres grupos, no fueron significativas. Sabemos que las intervenciones basadas en *mindfulness* tienen un impacto sobre la salud física, sobre todo en problemas relacionados con el estrés, pero la controversia surge en el tiempo de práctica que se necesita para obtener un impacto en el estrés biológico, ya que algunos estudios la estiman en ocho semanas y otros han obtenido buenos resultados en dos semanas (Creswell, Lindsay, Villalba, & Chin, 2019).

En nuestro caso, esta medida se obtuvo a las 4 semanas en el grupo cara a cara y entre 4 y 8 en el grupo IBM *online* sin cambios relevantes.

Finalmente, otro de los objetivos era *analizar si los cambios producidos tras la intervención se mantenían a los 6 meses de seguimiento*. Este objetivo también se cumplió de forma parcial. Por un lado, en la medida principal (BDI-II), los cambios entre los grupos se mantuvieron a los 6 meses con tamaños del efecto grandes además de las mejoras observadas en cada grupo. Sin embargo, en las variables secundarias no se mantuvieron las diferencias entre los grupos en la mayoría de las medidas, únicamente hubo diferencias en la medida de felicidad (PHI) que favorecía a la IBM aplicada *online* frente a la condición TAU, con tamaños del efecto moderados. No obstante, los beneficios obtenidos en cada grupo sí se mantuvieron de forma significativa. Por un lado, en la variable PHQ-9 las personas de los grupos de IBM mantuvieron significativas sus mejoras a los 6 meses, hecho que no se dio en el grupo TAU; y también se mantuvo reducido el afecto negativo en los tres grupos, aunque los tamaños del efecto fueron mayores en los grupos de IBM. Por otro lado, aunque tampoco hubo mejoras significativas entre los grupos en las variables de salud, sí se observó una mejora significativa en los tres grupos en la variable de salud física, lo que refleja que en este estudio las mejoras en la salud física comenzaron a aparecer a largo plazo, aunque en los tres grupos por igual, lo que no nos permite atribuirlo a la intervención basada en *mindfulness*.

Por lo que se refiere a la variable salud mental, aunque todos mejoraron, las personas que hicieron *mindfulness* lo hicieron de forma significativa. No se observó ningún cambio significativo en la variable de salud percibida medida con el EQ-5D, lo que no parece ir en línea de otros estudios que sí que encontraron mejoras en la calidad de vida (Demarzo et al., 2015). Una posible razón puede residir en el formato breve aplicado en este estudio. En los estudios incluidos en el meta-análisis de Demarzo et al. (2015), todos los tratamientos estaban compuestos por una media de 8 sesiones, quizá se necesiten más sesiones para poder experimentar cambios en la calidad de vida percibida. Sin embargo, esta medida se obtuvo a los 6 meses y no tenemos datos justo después de aplicarse el tratamiento.

Por último, en la variable FFMQ que mide las 5 facetas o mecanismos de *mindfulness*, sí se observaron diferencias entre los grupos en las escalas de actuar con

conciencia y no juicio, en este caso, cabría esperar que las personas que practicaron *mindfulness* tuvieran un incremento en las puntuaciones en las 5 escalas o por lo menos en algunas de ellas, sin embargo, los datos revelaron información algo contradictoria. Si bien es cierto que las personas del grupo de IBM cara a cara sí incrementaron las puntuaciones en la mayoría de las escalas, estos cambios fueron pequeños, tanto, que los pequeños cambios que también se produjeron en el grupo TAU no permitieron encontrar diferencias entre ambos grupos. Con el grupo IBM *online* se observó un efecto no esperado, las puntuaciones en las escalas de actuar con conciencia y no juzgar la experiencia, pues éstas se vieron reducidas en vez de incrementadas, además, de forma significativa en comparación con los otros dos grupos. De hecho, llama la atención que en la evaluación previa partieran de puntuaciones tan elevadas. Una posible explicación a este resultado es que justo esas dos escalas están compuestas por ítems inversos, y por la experiencia con las personas que participaron en las evaluaciones de forma presencial, esas escalas generaban bastantes dudas de interpretación, dudas que a las personas que lo rellenaban de forma presencial se les resolvían. Sin embargo, las personas del grupo IBM *online* no tenían a nadie que les resolviera las dudas, incrementando la probabilidad de cometer más errores en sus respuestas. De hecho, hay estudios que muestran que las personas no meditadoras presentan mayores puntuaciones en los ítems inversos que las personas meditadoras (Van Dam, Earleywine, & Danoff-Burg, 2009). En este caso toda la muestra era no meditadora, sin embargo, solo los grupos IBM cara a cara y TAU tenían a un experto ayudándoles a resolver las posibles dudas, lo que pudo influir en las respuestas. Tras la realización de la intervención, es probable que las personas hayan incrementado su comprensión acerca del constructo de *mindfulness* y sus facetas y, por lo tanto, sus puntuaciones fueran más ajustadas, reduciéndose así la puntuación.

A pesar de este resultado, no hubo diferencias relevantes entre los grupos, únicamente el grupo presencial experimentó una mejora significativa con tamaños del efecto grandes en la escala “no reactividad” ante la experiencia, pudiendo revelar una mayor práctica de *mindfulness* de este grupo. Sin embargo, estos resultados deben tomarse con cautela, ya que hubo algunas limitaciones en la administración del FFMQ. Por un lado, no tenemos una medida post-tratamiento ya que únicamente se pasó la escala a los 6 meses de la intervención, lo que no permitió registrar cambios a corto-plazo en esas facetas. Por otro lado, todavía existe controversia sobre la capacidad de la escala para medir con precisión los cambios psicológicos complejos y multidimensionales que se

desarrollan a través de *mindfulness* (Grossman, 2011). Especialmente aparecen problemas con las escalas de “observación” y “no reactividad”, ya que se ha visto que observar las experiencias negativas puede llevar a mayor malestar y un peor afrontamiento si no se realiza con la actitud de no juicio (Cebolla et al., 2012; Eisenlohr-Moul, Walsh, Charnigo, Lynam, & Baer, 2012). En nuestro caso parece que esta dificultad no apareció, de hecho, los tres grupos mejoraron en esta escala, quizá fue poco sensible a los cambios entre los diferentes grupos. Por su parte, la escala de “no reactividad” suele entenderse como resultado de práctica continua de *mindfulness* siendo poco sensible en aquellos que no tienen amplia experiencia meditadora (Asensio-Martínez et al., 2019; Baer et al., 2006). Por tanto, el incremento en las puntuaciones que se observa en el grupo IBM cara a cara podría estar revelando una mayor cantidad de práctica a los 6 meses de haber recibido la intervención. Asimismo, puede ser que esta escala haya sido poco sensible a los cambios en el grupo TAU, interfiriendo en la comparación entre los grupos.

En general, como se ha mencionado anteriormente, las mejoras de los síntomas depresivos se mantuvieron a los 6 meses después del tratamiento en los grupos IBM. Este hecho va en línea de otros estudios donde las mejoras de los diferentes tratamientos psicológicos, entre ellos, *mindfulness* y los tratamientos computarizados también se mantuvieron a largo plazo, por lo que era de esperar que sucediera lo mismo en este estudio (Andrews et al., 2018; Goldberg et al., 2018). Sin embargo, como se ha visto, las diferencias entre grupos no se mantuvieron en todas las medidas, en parte, porque el grupo TAU también mejoró. Estas mejoras no resultan inesperadas puesto que la mayoría de los participantes o llevaban medicación o alguna pauta proporcionada por el médico de cabecera. Esta evolución del grupo TAU también se ha observado en otros estudios realizados en el mismo perfil de pacientes (Montero-Marín et al., 2016a). Parece que las personas que llevan el tratamiento habitual tardan más tiempo en experimentar mejoras e, incluso, en algunas medidas como en el BDI-II el cambio no resulta significativo a largo plazo, hecho que en el futuro puede dar lugar a una recaída. Estos hallazgos también se observaron en este estudio. Los resultados mostraron una leve mejoría en el grupo TAU que pudo interferir en la obtención de significación estadística. Aunque esta dificultad también pudo deberse a la baja potencia estadística provocada por la importante pérdida de la muestra en el seguimiento.

Como última hipótesis se planteó el *análisis exploratorio entre los dos grupos de IBM*. Sin embargo, en ninguna de las variables se mostró superioridad de una aplicación frente a la otra, a excepción de las escalas de conciencia y no juicio del cuestionario de *mindfulness* (FFMQ) mencionadas anteriormente. Esto puede deberse a que el estudio no presenta la potencia estadística necesaria para detectar cambios entre estos dos grupos, es decir, necesitaríamos incrementar la muestra para obtener posibles diferencias.

Específicamente, este análisis exploratorio es uno de los puntos fuertes de esta investigación. Se realizó debido a la falta de investigación previa que comparara la administración de *mindfulness* cara a cara versus aplicada *online*. De hecho, únicamente se ha encontrado un estudio que realizara esta comparación directamente (Molinari, Freshman, & Tan, 2015). Este estudio se llevó a cabo en una muestra de estudiantes y los resultados mostraron peores puntuaciones en las facetas de *mindfulness* en el grupo *online*, en comparación con el grupo presencial. En este caso, los autores señalaron la falta de tiempo y el entorno donde se realizan las prácticas de *mindfulness* como elementos que interferían en una mayor práctica. Sin embargo, este estudio cuenta con importantes limitaciones, ya que no cuenta con un grupo control de comparación, la población difiere de la de este estudio y, únicamente se tuvo en cuenta como medida de resultado las escalas del FFMQ.

Por otro lado, es importante destacar que nuestros resultados obtenidos en el FFMQ, podrían ir en la misma dirección que los de este estudio si nos fijásemos únicamente en las escalas de “conciencia” y “no juicio”, donde las puntuaciones del grupo *online* fueron significativamente peores. Sin embargo, en nuestro caso, las puntuaciones pre-tratamiento ya diferían en este grupo y, como se ha explicado previamente, creemos que puede deberse a la dificultad de comprensión de las escalas inversas, y no tanto a la forma de administrar la intervención. No obstante, la comparación entre los grupos de IBM es exploratoria y no presenta la suficiente potencia estadística. Por ello, para sacar conclusiones sólidas se necesitan más estudios con una mayor muestra que permitan poner a prueba las ideas aquí presentadas.

También teníamos como último objetivo *explorar las expectativas de los participantes y la opinión y satisfacción con el programa de IBM*. En línea de nuestra hipótesis, los análisis mostraron que las personas que se encontraban en los grupos IBM tenían mayores expectativas sobre el tratamiento que las personas del grupo TAU, esto

no es de extrañar, ya que la mayoría de las personas llevaban bastante tiempo con su tratamiento habitual sin haber recibido ninguna terapia psicológica, lo que pudo reducir la motivación y, a su vez, las expectativas de los participantes del grupo TAU. Además, que los participantes de los grupos IBM presentaran mayores expectativas van en la misma dirección que otros estudios donde pacientes depresivos presentaron expectativas positivas, en este caso, ante los programas de tratamiento psicológico computarizados basados en la TCC (Botella et al., 2016; Montero-Marín et al., 2015). En la única variable en la que encontramos discordancia es en la “aversividad”, donde los participantes del grupo IBM *online* mostraron puntuaciones significativamente mayores que los participantes de las otras dos condiciones. Una posible explicación es la dificultad de comprensión del término “aversivo”, ya que las personas que realizaban los cuestionarios presencialmente preguntaban por el significado de esta palabra y las personas que los rellenaban *online* no tenían esta posibilidad.

En cuanto a la opinión y satisfacción con el programa, los participantes de los grupos de *mindfulness* valoraron el tratamiento como más lógico, satisfactorio y útil que las personas del grupo TAU, con diferencias estadísticamente significativas, en línea de los estudios previos (Botella et al., 2016; Titov et al., 2011). De nuevo, llama la atención las puntuaciones encontradas en aversividad, donde se encontraron diferencias en los participantes del grupo *online*, quienes evaluaron el tratamiento como mucho más aversivo en comparación con los otros dos grupos. Una explicación a este resultado podría ser, como hemos comentado, similar a lo que sucedía con el cuestionario del FFMQ, que existiera una dificultad para comprender el significado de la palabra “aversivo” ya que no es un término muy utilizado en entornos cotidianos.

Exceptuando este último resultado, que las intervenciones basadas en *mindfulness* resultaran más satisfactorias y útiles no sorprende una vez analizados los resultados de mejoría clínica, ya que muchas personas mejoraron notablemente tras la aplicación del tratamiento en comparación con el grupo TAU y, además, se les ofrecía terapia psicológica. Por tanto, añadir una técnica como *mindfulness* incrementa la satisfacción de los pacientes con sus tratamientos y posiblemente la adherencia. Por otro lado, no hubo diferencias entre los dos grupos de *mindfulness*, tanto el grupo cara a cara como el grupo *online*, fueron bien aceptados y valorados como lógicos, satisfactorios y útiles. Estos datos son de gran importancia, porque la aplicación del programa *online* presenta

importantes ventajas frente a los protocolos tradicionales como, por ejemplo, la reducción de costes o el alcance (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010b). De nuevo, estos resultados deben tomarse con cautela ya que sería necesario explorar más profundamente entre la comparación de los dos grupos.

En general, los resultados obtenidos en el presente estudio fueron en la línea de lo esperado y de estudios previos que han utilizado intervenciones breves y basadas en internet para el tratamiento de la depresión. De hecho, creemos que este ECA proporciona una visión importante sobre cómo podría impactar una IBM breve en los entornos de AP, aplicado ya sea en formato tradicional como en formato *online*. Este hallazgo es de gran relevancia teniendo en cuenta las altas tasas de prevalencia de la depresión en los entornos de AP y la dificultad de los centros especializados en salud mental para hacer frente a tal cantidad de pacientes. Por lo tanto, y como comentábamos al inicio de la discusión, en el marco de contribuir al avance científico presentamos las IBM breves como herramientas de tratamiento eficaz para pacientes con sintomatología depresiva leve-moderada. Herramientas que, además de ser eficaces en poco tiempo, son menos costosas y bien aceptadas por los pacientes.

1.1. Fortalezas

Aunque ya se han ido nombrando a lo largo del estudio, queremos poner de manifiesto brevemente las fortalezas del mismo:

En primer lugar, destacar el diseño, es un ECA con tres grupos de tratamiento, donde uno de ellos no recibe la intervención basada en *mindfulness* actuando como grupo control activo. Asimismo, cuenta con un tamaño muestral previamente calculado y donde se han teniendo en cuenta las tasas de abandono correspondientes para este tipo de estudios (Guo et al., 2013). Además, el estudio sigue cada una de las directrices estipuladas en las guías CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.consort-statement.org>) (Moher et al., 2010).

En segundo lugar, destacaríamos el uso de una intervención breve basada en *mindfulness*. Es importante adaptar los protocolos a los entornos en los que se aplica, en nuestro caso el entorno era AP y además en pacientes depresivos, lo que conlleva una necesidad de reducir los tiempos y una mayor dificultad de los pacientes en la concentración y comprensión de los módulos, por tanto, era necesaria una intervención

breve. Los resultados obtenidos contribuyen a la eficacia de las intervenciones breves basadas en *mindfulness* para el tratamiento de los trastornos mentales, específicamente, la depresión. Ya que los estudios existentes son escasos, la mayoría se han aplicado en población no clínica y los que lo han hecho en población clínica tienen resultados significativos pero con efectos pequeños (p.ej., Schumer et al., 2018). En nuestro caso, la IBM breve resultó en una reducción significativa de los síntomas depresivos con tamaños del efecto grandes, en ambas formas de aplicación (cara a cara y *online*).

Además, existen pocos estudios que hayan introducido una intervención basada en *mindfulness* para el tratamiento de la depresión en AP en nuestro país (Castro et al., 2015), de hecho es el segundo que se realiza. Siendo este estudio un avance científico de cómo las intervenciones basadas en *mindfulness* pueden introducirse como alternativa de tratamiento en AP.

Una cuarta fortaleza es la introducción del programa *online* para la administración de *mindfulness*. Sabemos que hay una creciente evidencia de las psicoterapias por ordenador, sin embargo, aquellas que ha utilizado *mindfulness* son escasas y con resultados significativos pero con tamaños del efecto pequeños para el tratamiento de la depresión (Spijkerman et al., 2016). En nuestro caso el grupo de IBM *online* presentó mejoras significativas para los síntomas depresivos con tamaños del efecto grandes.

Finalmente, que nosotros conozcamos este es el primer ECA que compara directamente una misma IBM aplicada de dos formas distintas: cara a cara versus *online*. Como ya se ha explicado, los resultados no muestran diferencias significativas entre los grupos, mostrando ambas intervenciones reducciones significativas con tamaños del efecto grandes en el tratamiento de la depresión y la reducción del afecto negativo.

1.2.Limitaciones

Como la mayoría de los estudios, la presente tesis doctoral no está exenta de limitaciones. La primera y más importante limitación que, además, ha condicionado que el cronograma del estudio se viera retrasado desde el inicio, fue el reclutamiento de la muestra. A pesar de nuestros esfuerzos para acceder a los diferentes centros de salud, la realización de múltiples reuniones con los médicos de cabecera y posibilitar al máximo nuestro acceso tanto a los pacientes como a los médicos para cualquier duda o gestión, el reclutamiento fue extremadamente lento. Los médicos de cabecera tienen horarios muy

ajustados y poco tiempo por paciente lo que, en ocasiones, dificultaba la explicación del estudio y la posterior derivación a nuestra unidad. Además, los pacientes que pertenecían a centros de salud lejanos al nuestro presentaron mayores inconvenientes para acceder a nosotros, a lo que se le sumó la inactividad propia de los síntomas depresivos. Todo ello hizo que el flujo de posibles participantes se ralentizara. Además, no se registró de forma exhaustiva qué pautas médicas llevaban cada uno de los participantes, a excepción de la medicación, lo que ha podido repercutir en el análisis e interpretación de los datos. Otra limitación, en parte derivada de esta, residió en el procedimiento, ya que las personas de los grupos IBM *online* y TAU una vez conocían el grupo al que pertenecían, comenzaban con las evaluaciones y con el tratamiento. Sin embargo, las personas asignadas al grupo IBM cara a cara debían esperar hasta tener a unos 8 participantes asignados a la misma condición para poder formar un grupo y comenzar la intervención. Dado que el reclutamiento fue considerablemente lento, estos retrasos llegaron a ser de hasta 3 meses, dando lugar a abandonos previos al tratamiento.

Una segunda limitación fue la forma de administrar los cuestionarios, ya que los grupos IBM cara a cara y TAU los cumplimentaron presencialmente y el grupo IBM *online*, a través de la plataforma. Este hecho podría haber influido en las respuestas a algunos de los cuestionarios porque las personas que los rellenaron tradicionalmente pudieron realizar preguntas a los profesionales que les acompañaban y esto no lo pudieron hacer las personas del grupo IBM *online*. Además, algunos de los datos de las personas *online* no se registraron en la plataforma, provocando pérdida de datos. De hecho, existen algunos estudios que han intentado esclarecer este debate, sin embargo, los resultados apuntan en ambas direcciones, mientras algunas investigaciones defienden esta equivalencia entre realizar cuestionarios tradicionalmente y *online* (Rutherford et al., 2016; van Ballegooijen, Riper, Cuijpers, van Oppen, & Smit, 2016), otros respaldan que no son equiparables para todos los cuestionarios (Alfonsson, Maathz, & Hursti, 2014; Noyes & Garland, 2008), no obstante, en futuros estudios sería recomendable utilizar la misma forma de administrar los cuestionarios para todos los grupos.

Una tercera limitación relacionada con la anterior fue no administrar algunos cuestionarios en el post-tratamiento como, por ejemplo, las variables de calidad de vida, medidas con el EuroQol, de felicidad (PHI) y de *mindfulness* (FFMQ), lo que no permitió obtener información sobre el impacto de la intervención a corto plazo. Tampoco

obtuvimos información sobre la continuidad y la cantidad de práctica de *mindfulness* en los grupos de IBM cara a cara y *online*, para poder explorar si la cantidad de práctica se relacionaba con la mejoría.

La cuarta limitación fue la falta de potencia estadística para obtener diferencias significativas entre los dos grupos de intervención basada en *mindfulness* (IBM cara a cara y IBM *online*). Aunque contábamos con la potencia necesaria para obtener diferencias entre los grupos de IBM frente al grupo TAU, ésta no fue suficiente para detectar posibles diferencias entre las dos formas de administración de las IBM. Esta limitación es importante de cara a futuros estudios que quieran examinar la diferencia entre la administración de una IBM cara a cara frente a la administración *online*.

Finalmente, la quinta y última limitación se relacionó con las tasas de abandono producidas en este estudio. Si observamos la figura 3, antes de comenzar el tratamiento ya abandonó un 22,2% de personas que pertenecían al grupo IBM cara a cara, un 22,7% del grupo IBM *online* y un 7,3% del grupo TAU. Los abandonos del grupo IBM cara a cara se debieron principalmente a la tardanza en comenzar los grupos de tratamiento y a la dificultad para compaginar los horarios con las sesiones presenciales. En el grupo IBM *online* la razón principal de abandono fue el rechazo ante el formato *online*, mientras que la del grupo TAU fue no recibir ninguna otra intervención a parte de la que ya llevaban con su médico de cabecera. Esto hizo que comenzáramos las intervenciones con altas tasas de abandono. Una vez aplicada la intervención, las tasas de adherencia fueron de un 68,9%, 65,9% y 74,2% para cada uno de los grupos IBM cara a cara, IBM *online* y TAU, respectivamente. Estas tasas son menores a las que se han encontrado en la literatura previa en el grupo IBM cara a cara, ya que se estima que alrededor un 80% de las personas en los grupos presenciales termina el tratamiento, rondando estas tasas el 60% cuando hablamos de los tratamientos computarizados (Van Ballegooijen et al., 2014). En nuestro caso, ese último dato sí que iría en la misma dirección de los estudios previos.

1.3. Futuras líneas de investigación

Aunque ya se han ido dando algunas pinceladas sobre cómo podrían mejorar los futuros estudios, queremos subrayar algunas cuestiones en relación a las limitaciones presentadas. En primer lugar, los futuros estudios que se realicen en los entornos de AP deberían buscar alternativas para mejorar la derivación realizada por los médicos, una

posible opción podría ser generar listas de pacientes diagnosticados de depresión interesados en realizar estudios de investigación, antes de realizar el primer contacto con ellos, y que sea el investigador quien informe del estudio, intentando ahorrar tiempo de consulta a los médicos para este fin.

Además, los estudios deberían unificar la forma de administrar las evaluaciones, realizarlas todas sobre el papel o a través de las TICs. Hoy en día, existen múltiples plataformas seguras que permiten realizar encuestas o cuestionarios y enviarlas a las personas que se quiera a través del correo electrónico. También se están desarrollando aplicaciones móviles destinadas a la evaluación clínica con múltiples funcionalidades y beneficios. Por tanto, los estudios futuros podrían incluir algunas de estas medidas para la obtención los datos. En línea con la recogida de información, también creemos que sería interesante anotar las pautas proporcionadas por el médico y si estas son llevadas a cabo o no, de la misma manera que sería interesante registrar si las personas de los grupos de IBM realizan las prácticas propuestas con cierta frecuencia. Esta información podría esclarecer algunas de las dudas que han surgido en este estudio, así como proporcionar datos sobre la adherencia y la relación entre la mejoría y la práctica de *mindfulness*.

Todavía no conocemos si las IBM tienen mayores efectos aplicados de forma presencial y tradicional que aplicados a través de las TICs. Este estudio no tuvo la potencia estadística para sacar conclusiones robustas sobre este hecho. Es por ello que se necesita más investigación al respecto con muestras más grandes que permitan resolver las dudas sobre la forma de administración de las IBM. También son necesarios estudios que evalúen el coste-efectividad de estas dos terapias, ya que introducir un programa psicológico en AP requiere una reducción importante de los costes.

Finalmente, sería interesante explorar mediante un estudio cualitativo cuáles han sido los motivos principales de los abandonos y obtener información acerca de la aceptabilidad, la práctica, las dificultades y, en general, la opinión de los participantes entre los diferentes grupos.

En general, está claro que todavía queda por hacer y se necesitan más estudios que evalúen la eficacia de las IBM breves en los entornos de AP y que respalden los resultados obtenidos. Resultados que arrojen expectativas positivas hacia el uso de las IBM como una alternativa de tratamiento eficaz para las personas con depresión. Por supuesto, en

esta línea de investigación, la realización de un estudio de implementación supondría romper la brecha existente entre los entornos de laboratorio y la práctica clínica real, obteniendo datos mucho más claros y reales sobre el impacto de este tipo de intervenciones en población clínica.

2. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas de la presente tesis son las siguientes:

- La IBM aplicada cara a cara y online ha mostrado ser eficaz para el tratamiento de la depresión leve-moderada en los entornos de AP. De hecho, ha mostrado superioridad en la reducción de los síntomas depresivos en comparación con el tratamiento médico habitual.
- La IBM ha mostrado ser eficaz en la reducción del afecto negativo y el incremento de la felicidad comparación al grupo de tratamiento médico habitual.
- Las mejoras obtenidas en los grupos de IBM para la reducción de los síntomas depresivos se mantuvieron a los 6 meses del tratamiento, manteniéndose, a su vez, la superioridad frente al grupo TAU.
- Las expectativas hacia el tratamiento fueron positivas en ambos grupos de IBM en comparación con el grupo TAU.
- La IBM (aplicada cara a cara o auto-aplicada online) resultó más lógica, satisfactoria y útil que el tratamiento habitual.
- No hubo diferencias significativas entre los grupos IBM cara a cara e IBM *online* en ninguna de las medidas.
- Las tasas de abandono fueron elevadas en los tres grupos, sin embargo, solo las tasas de abandono del grupo IBM *online* fueron en la línea de la investigación previa.

- Esta investigación presenta resultados prometedores para el uso de las intervenciones breves basadas en *mindfulness* en el tratamiento de la depresión leve-moderada en los entornos de AP, contribuyendo al avance científico y apoyando los resultados de estudios previos.

3. CONCLUSIONS

The conclusions from this thesis are the following:

- Mindfulness-based intervention (MBI) applied face-to-face and online has been effective in treating mild-moderate depression in PC settings. In fact, it has shown superiority in reducing depressive symptoms compared to medical TAU.
- MBI has been effective in reducing negative affect and increasing happiness, compared to the usual medical treatment group.
- The improvements obtained in the MBI groups for reduction depressive symptoms were maintained 6 months after treatment, while maintaining superiority over the TAU group.
- Expectations towards treatment were positive in both MBI groups compared to the TAU group.
- MBI (applied face-to face or online self-applied) was perceived more logical, satisfactory, and useful than the treatment as usual.
- There were no significant differences between the MBI face-to-face and MBI online groups on any of the measures.
- Dropout rates were high in all three groups, however only dropout rates in the IBM online group were in line with the previous research.
- This research presents promising results for the use of brief mindfulness-based interventions in the treatment of mild-moderate depression in PC settings,

contributing to the scientific knowledge and supporting the results of previous studies.

“...y entonces será el momento de vivir”

Referencias



- Abdi, H. (2010). The Greenhouse-Geisser Correction. In *Encyclopedia of research design* (pp. 544–548). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Alfonsson, S., Maathz, P., & Hursti, T. (2014). Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(12), e268. <https://doi.org/10.2196/jmir.3395>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II. 2nd ed (2nd)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III. 3rd ed (3a ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed.* Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders: DSM-V. American Journal of Psychiatry* (Vol. 80). <https://doi.org/10.1176/ajp.80.2.309>
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Grimlund, A. (2008). Predicting treatment outcome in internet versus face to face treatment of panic disorder. *Computers in Human Behavior*, *24*(5), 1790–1801. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.02.003>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009a). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009b). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, *13*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *55*, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Andrews, Gavin, Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010a). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *5*(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Andrews, Gavin, Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010b). Computer Therapy for

- the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Andrews, Gavin, Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004, June). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., Labad, A., Masdèu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and Determinants of depressive disorders in Primary Care Practice in Spain. *Psychiatry in Medicine*, 34(1), 21–35.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2007). Depression and physical comorbidity in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 107–111. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2007.05.008>
- Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R., & Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry*, 13(1), 122. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-122>
- Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Martín, V., Molina, A. J., & Alonso, J. (2018). Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015. *Journal of Affective Disorders*, 239, 203–207. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.06.051>
- Asensio-Martínez, Á., Masluk, B., Montero-Marin, J., Oliván-Blázquez, B., Navarro-Gil, M. T., García-Campayo, J., & Magallón-Botaya, R. (2019). Validation of Five Facets Mindfulness Questionnaire – Short form, in Spanish, general health care services patients sample: Prediction of depression through mindfulness scale. *PLoS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214503>
- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Association Between Stressful Life Events and Depression; Intersection of Race and Gender. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3(2), 349–356. <https://doi.org/10.1007/s40615-015-0160-5>
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... Group, the O. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308–316. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- Badia, X., & De Charro, F. (1999). EuroQol; un instrumento para valorar la salud EQ-5D guía del usuario, version española. *Medicina Clinica Barc*, 114, 6–14.
- Badia, Xavier, Roset, M., Herdman, M., & Kind, P. (2001). A Comparison of United Kingdom and Spanish General Population Time Trade-off Values for EQ-5D Health States. *Medical Decision Making*, 21(1), 7–16. <https://doi.org/10.1177/0272989X0102100102>
- Baer, R. A. (2009). Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(SUPPL.1), 15–20. <https://doi.org/10.1080/16506070902980703>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report

- Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Barbeito, S., Sánchez-Gutiérrez, T., Becerra-García, J. A., González Pinto, A., Caletti, E., & Calvo, A. (2020). A systematic review of online interventions for families of patients with severe mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 263, 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.106>
- Barraca, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación. *Prolepsis*, (5), 27–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.09.029>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1990). *Beck depression inventory -II*. The Psychological Corporation.
- Benedí, J., & Romero, C. (1987). Antidepresivos. *Farmacia Profesional*, 19(10), 76–81. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-antidepresivos-13081504>
- Bergen-Cico, D., Possemato, K., & Cheon, S. (2013). Examining the Efficacy of a Brief Mindfulness-Based Stress Reduction (Brief MBSR) Program on Psychological Health. *Journal of American College Health*, 61(6), 348–360. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.813853>
- Berkovich-Ohana, A., Glicksohn, J., & Goldstein, A. (2012). Mindfulness-induced changes in gamma band activity - Implications for the default mode network, self-reference and attention. *Clinical Neurophysiology*, 123(4), 700–710. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2011.07.048>
- Bianchi-Salguero, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica , conceptual y empírica. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 8(2), 83–93.
- Bigdeli, T. B., Ripke, S., Peterson, R. E., Trzaskowski, M., Bacanu, S.-A., Abdellaoui, A., ... Kendler, K. S. (2017). Genetic effects influencing risk for major depressive disorder in China and Europe. *Translational Psychiatry*, 7(3), e1074–e1074. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.292>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Black, D. S., Kurth, F., Luders, E., & Wu, B. (2014). Brain Gray Matter Changes Associated with Mindfulness Meditation in Older Adults: An Exploratory Pilot Study using Voxelbased Morphometry. *Neuro - Open Journal*, 1(1), 23–26. <https://doi.org/10.17140/noj-1-106>
- Black, S., Kraemer, K., Shah, A., Simpson, G., Scogin, F., & Smith, A. (2018). Diabetes, Depression, and Cognition: a Recursive Cycle of Cognitive Dysfunction and Glycemic Dysregulation. *Current*

- Diabetes Reports*, 18(11), 118. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1079-0>
- Blanco, C., Alegría, A., Liu, S., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C., & Nunes, E. (2012). Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 865–873. <https://doi.org/10.4088/JCP.10M06673>
- Blazer, D., Kessler, R., McGonagle, K., & Swartz, M. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257–260. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)
- Boschloo, L., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Smit, J. H., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. J. H. (2014). The Four-Year Course of Major Depressive Disorder: The Role of Staging and Risk Factor Determination. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 279–288. <https://doi.org/10.1159/000362563>
- Botella, C., Mira, A., Herrero, R., García-Palacios, A., & Baños, R. (2015). Un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(2), 39–48.
- Botella, Cristina, Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Castilla, D., ... Baños, R. M. (2016). An internet-based program for depression using activity and physiological sensors: Efficacy, expectations, satisfaction, and ease of use. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 393–406. <https://doi.org/10.2147/NDT.S93315>
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Burton, R., Faulkner, T. C., Kiessling, N. K., & Blair, R. L. (1989). *The anatomy of melancholy*. New York: Oxford University Press.
- Cahn, C. (2006). Roland Kuhn, 1912–2005. *Neuropsychopharmacology*, 31(5), 1096–1096. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301026>
- Calvó-Perxas, L., Garre-Olmo, J., & Vilalta-Franch, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of depressive and bipolar disorders in Catalonia (Spain) using DSM-5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 184, 97–103. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.05.048>
- Canby, N. K., Cameron, I. M., Calhoun, A. T., & Buchanan, G. M. (2015). A Brief Mindfulness Intervention for Healthy College Students and Its Effects on Psychological Distress, Self-Control, Meta-Mood, and Subjective Vitality. *Mindfulness*, 6(5), 1071–1081.

- <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0356-5>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., ... Health Services, A. (2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cancer Recovery Versus Supportive Expressive Group Therapy for Distressed Survivors of Breast Cancer (MINDSET). *J Clin Oncol*, 31, 3119–3126. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.5210>
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), 1038–1049. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002>
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2010). Computer-assisted therapy in psychiatry: Be brave-its a new world. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 426–432. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0146-2>
- Castro, A., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Mayoral, F., Botella, C., García-Herrera, J. M., ... Gili, M. (2015). Efficacy of low-intensity psychological intervention applied by ICTs for the treatment of depression in primary care: a controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0475-0>
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2006). The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 499–514. <https://doi.org/10.1348/014466505X84782>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118–126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Cebolla, A. J. (2001). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/15677>
- Centre for Mental Health Research at the Australian National University. (2018, May). Beacon 2.0.
- Chen, Y., Yang, X., Wang, L., & Zhang, X. (2013). A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. *Nurse Education Today*, 33(10), 1166–1172. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441–453.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *328*(7434), 265–268. <https://doi.org/10.1136/bmj.37945.566632.ee>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., & Brittliffe, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine*, *36*(12), 1737–1746. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008695>
- Clarke, T.-K., Zeng, Y., Navrady, L., Xia, C., Haley, C., Campbell, A., ... McIntosh, A. M. (2018). Genetic and environmental determinants of stressful life events and their overlap with depression and neuroticism. *Wellcome Open Research*, *3*, 11. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.13893.2>
- Cleare, A., Pariante, C., Young, A., Anderson, I., Christmas, D., Cowen, P., ... Meeting, the members of the C. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, *29*(5), 459–525. <https://doi.org/10.1177/0269881115581093>
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. Retrieved from <https://psiquiatria.com/depresion/el-concepto-de-depresion-historia-definicion-es-nosologia-clasificacion/>
- Cohen, H. W., Gibson, G., & Alderman, M. H. (2000). Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. *The American Journal of Medicine*, *108*(1), 2–8. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00301-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00301-0)
- Collard, R. M., Arts, M. H. L., Schene, A. H., Naarding, P., Oude Voshaar, R. C., & Comijs, H. C. (2017). The impact of frailty on depressive disorder in later life: Findings from the Netherlands Study of depression in older persons. *European Psychiatry*, *43*, 66–72. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2017.01.003>
- Conti, N. A. (2007). *Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el Siglo XIX* (1ª Edición). Buenos Aires: Polemos.
- Cowpertwait, L., & Clarke, D. (2013). Effectiveness of Web-based Psychological Interventions for Depression: A Meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *11*(2), 247–268. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9416-z>
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(3), 245–265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., ... Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and*

- Immunity*, 26(7), 1095–1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness Training and Physical Health. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 224–232. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000675>
- Cuijpers, P. (2015a). Psychotherapies for adult depression: Recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 24–29. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000121>
- Cuijpers, P. (2015b). Psychotherapies for adult depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 24–29. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000121>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Hollon, S. D. (2017). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(1), 15–29. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395922>
- Cuijpers, P., Marks, I. M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-Aided Psychotherapy for Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 66–82. <https://doi.org/10.1080/16506070802694776>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults with Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 227–236. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00413-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00413-X)
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
- Das-Munshi, J., Chang, C.-K., Schofield, P., Stewart, R., & Prince, M. J. (2019). Depression and cause-specific mortality in an ethnically diverse cohort from the UK: 8-year prospective study. *Psychological Medicine*, 49(10), 1639–1651. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002210>
- Davidson, R. J. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy and the prevention of depressive Relapse measures, mechanisms, and mediators. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 547–548. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0135>

- Davis, J. P., Barr, N., Dworkin, E. R., Dumas, T. M., Bery, B., DiGuseppi, G., & Cahn, B. R. (2019). Effect of Mindfulness-Based Relapse Prevention on Impulsivity Trajectories Among Young Adults in Residential Substance Use Disorder Treatment. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01164-0>
- Davis, L. W., Lysaker, P. H., Kristeller, J. L., Salyers, M. P., Kovach, A. C., & Woller, S. (2015). Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia. *Psychological Services*, *12*(3), 303–312. <https://doi.org/10.1037/ser0000028>
- de Zwart, P. L., Jeronimus, B. F., & de Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(5), 544–562. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000227>
- del Barrio Gándara, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de La Psicología*, *30*(2), 81–90.
- Demarzo, M. M. P., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, K. R., Vellinga, A., ... García-Campayo, J. (2015). The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. *Annals of Family Medicine*, *13*(6), 573–582. <https://doi.org/10.1370/afm.1863>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, *63*(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. *Biological Psychiatry*, *67*(5), 446–457. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2009.09.033>
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 190–202. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9313-7>
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Gallo, J., Cai, G., Tien, A., Romanoski, A., ... Chen, L.-S. (1997). Natural History of Diagnostic Interview Schedule/ DSM-IV Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, *54*(11), 993. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230023003>
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. (2008). Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *65*(5), 513. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Eisenlohr-Moul, T. A., Walsh, E. C., Charnigo, R. J., Lynam, D. R., & Baer, R. A. (2012). The “What” and the “How” of Dispositional Mindfulness. *Assessment*, *19*(3), 276–286. <https://doi.org/10.1177/1073191112446658>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified

- Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199–208. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10109801>
- Eveleigh, R., Muskens, E., Lucassen, P., Verhaak, P., Spijker, J., van Weel, C., ... Speckens, A. (2018). Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: a randomised controlled trial in primary care. *BJGP Open*, 1(4), bjgpopen17X101265. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X101265>
- Fernandez-Pujals, A. M., Adams, M. J., Thomson, P., McKechnie, A. G., Blackwood, D. H. R., Smith, B. H., ... McIntosh, A. M. (2015). Epidemiology and Heritability of Major Depressive Disorder, Stratified by Age of Onset, Sex, and Illness Course in Generation Scotland: Scottish Family Health Study (GS:SFHS). *PLOS ONE*, 10(11), e0142197. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142197>
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ... Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>
- Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, R., & Diéguez Porres, M. (2010). Terapia Interpersonal. In *Tratado de psiquiatría* (pp. 29–47). Psiquiatría Editores, S.L.
- Fernando Muñoz, L., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111–121. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Ferrando, L., Franco, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., & Gibert, J. (1998). MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. Madrid: IAP. Retrieved from <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf>
- Forcadell Lopez, E., Astals Vizcaino, M., Treen Calvo, D., Chamorro López, J., & Batlle Vila, S. (2016). Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): una Revisión Descriptiva. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 203–213. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.54>
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., ... Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171–1178. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00109-7)
- García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Labarga, A., Urdániz, A., Roldán, M., Pulido, L., ... Mendioroz, M. (2018). Epigenetic Response to Mindfulness in Peripheral Blood Leukocytes Involves Genes Linked to Common Human Diseases. *Mindfulness*, 9(4), 1146–1159.

- <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0851-6>
- García Campayo, J. (2019). *Mindfulness Nuevo Manual Práctico. El camino de la Atención Plena*. Zaragoza, España: Siglantana.
- García Campayo, J., & Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del Mindfulness?* Barcelona: Kairós.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness. *Insight Journal*, 22(3), 24–29. Retrieved from https://www.drtheresalavoie.com/userfiles/253125/file/insight_germermindfulness.pdf
- Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., Van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(4). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104851>
- Gilbody, S., Brabyn, S., Lovell, K., Kessler, D., Devlin, T., Smith, L., ... Worthy, G. (2017). Telephone-supported computerised cognitive-behavioural therapy: REEACT-2 large-scale pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 362–367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.192435>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Gill, D., & Hatcher, S. (2000). Antidepressants for depression in medical illness. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001312>
- Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, J., Saint, S., & Chopra, V. (2017). Brief Mindfulness Practices for Healthcare Providers – A Systematic Literature Review. *American Journal of Medicine*, 130(10), 1219.e1-1219.e17. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.041>
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), 37–49. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2006.06.023>
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.003>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Goldfield, G. S., Adamo, K. B., Rutherford, J., & Legg, C. (2008). Stress and the relative reinforcing value of food in female binge eaters. *Physiology & Behavior*, 93(3), 579–587. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.10.022>
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological Aspects of Depression. Toward a Cognitive-Interpersonal Integration*. John Wiley & Sons.
- Grossman, P. (2011, December). Defining Mindfulness by How Poorly I Think I Pay Attention During

- Everyday Awareness and Other Intractable Problems for Psychology's (Re)Invention of Mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/a0022713>
- Guo, Y., Logan, H. L., Glueck, D. H., & Muller, K. E. (2013). Selecting a sample size for studies with repeated measures. *BMC Medical Research Methodology*, *13*(1), 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-100>
- Harmer, C. J., Duman, R. S., & Cowen, P. J. (2017). How do antidepressants work? New perspectives for refining future treatment approaches. *The Lancet Psychiatry*, *4*(5), 409–418. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30015-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30015-9)
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2013.01.004>
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *40*, 21–45. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500003>
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*(1), 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Hetolang, L. T., & Amone-P'Olak, K. (2018). The associations between stressful life events and depression among students in a university in Botswana. *South African Journal of Psychology*, *48*(2), 255–267. <https://doi.org/10.1177/0081246317711793>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010a). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010b). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010c). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hollon, S. D. (2003, February). Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1023/A:1022538713914>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G.

- (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198–207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
- Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H. G., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., ... Speckens, A. E. M. (2016). Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *British Journal of Psychiatry*, 208(04), 366–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168971>
- Ives-Deliperi, V. L., Howells, F., & Horn, N. (2016). The effects of mindfulness-based cognitive therapy in bipolar disorder. In *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Innovative Applications* (pp. 155–161). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29866-5_14
- Jacob, M. L., & Storch, E. A. (2015). Computer-Aided Psychotherapy Technologies (pp. 57–80). https://doi.org/10.1007/978-3-319-14109-1_4
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Josefsson, T., Lindwall, M., & Broberg, A. G. (2014). The Effects of a Short-term Mindfulness Based Intervention on Self-reported Mindfulness, Decentering, Executive Attention, Psychological Health, and Coping Style: Examining Unique Mindfulness Effects and Mediators. *Mindfulness*, 5(1), 18–35. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0142-1>
- Josephine, K., Josefine, L., Philipp, D., David, E., & Harald, B. (2017, December 1). Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.021>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living* (Edición en). New York: Delta.
- Kabat-Zinn, Jon. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, Jon. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, Jon. (1996). Mindfulness Meditation: What It Is, What It Isn't, And It's Role In Health Care and Medicine. In *Comparative and Psychological Study on Meditation* (pp. 161-169.). Netherlands: Eburon.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216–226. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00273-7)
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid

- major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3), 365–374. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002012>
- Kessler, Ronald C. (1997). The Effects of Stressful Life Events on Depression. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 191–214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
- Kessler, Ronald C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5–13. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3)
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 873–876. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00309-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00309-4)
- Kiken, L. G., Shook, N. J., Robins, J. L., & Clore, J. N. (2018). Association between mindfulness and interoceptive accuracy in patients with diabetes: Preliminary evidence from blood glucose estimates. *Complementary Therapies in Medicine*, 36, 90–92. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.12.003>
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., ... Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362–367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>
- Kivi, M., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Petersson, E.-L., Vernmark, K., Johansson, B., & Björkelund, C. (2014). Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from the PRIM-NET Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 289–298. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.921834>
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal therapy of depression (IPT)*. New York: Basic Books.
- Kovacs, M., Obrosky, S., & George, C. (2016). The course of major depressive disorder from childhood to young adulthood: Recovery and recurrence in a longitudinal observational study. *Journal of Affective Disorders*, 203, 374–381. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2016.05.042>
- Kraepelin, E. (1921). *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. (R. Barclay, Ed.) (8th ed.). Edinburgh, UK.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19, 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282–297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556941>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, *386*(9988), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, *73*(6), 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.1400>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*(2), 164–175. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80022-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80022-5)
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- López-Montoyo, A., Modrego-Alarcón, M., Morillo, H., García-Campayo, J., & Quero, S. (2016). Programas de ordenador basados en mindfulness. Una revisión de la literatura médica. *Mindfulness & Compassion*, *1*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/J.MINCOM.2016.09.003>
- Mackenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016, May 19). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Trends and developments. *Psychology Research and Behavior Management*. Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S63949>
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (1995). Psicoterapia Interpersonal. In *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 376–390). New York: Guilford Publications.
- Marks, I., & Cavanagh, K. (2009). Computer-Aided Psychological Treatments: Evolving Issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*(1), 121–141. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153538>

- Mason, J., Meal, A., Shaw, I., & Adams, G. G. (2018). Outcomes of Mindfulness-based Stress Reduction and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Adults with diabetes: A Systematic Review. *Journal of Diabetes and Treatment*, 149. <https://doi.org/10.29011/2574-7568>
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383–411. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x>
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. New York: Springer Publishing Co.
- McClintock, A. S., McCarrick, S. M., Garland, E. L., Zeidan, F., & Zgierska, A. E. (2019). Brief Mindfulness-Based Interventions for Acute and Chronic Pain: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(3), 265–278. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0351>
- Mira, A., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. M., & Botella, C. (2017). An internet-based program for depressive symptoms using human and automated support: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 987–1006. <https://doi.org/10.2147/NDT.S130994>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37(03), 441. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009640>
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *International Journal of Surgery*, 340(C869). <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2011.10.001>
- Mohr, D. C., Duffecy, J., Ho, J., Kwasny, M., Cai, X., Burns, M. N., & Begale, M. (2013). A Randomized Controlled Trial Evaluating a Manualized TeleCoaching Protocol for Improving Adherence to a Web-Based Intervention for the Treatment of Depression. *PLoS ONE*, 8(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070086>
- Molinari, C. A., Freshman, B. L., & Tan, R. Y. (2015). Mindful awareness training in online and face-to-face learning environments: A comparative analysis. *Journal of Health Administration Education*, 32(4), 579-604(26).
- Montero-Marín, J., Araya, R., Pérez-Yus, M. C., Mayoral, F., Gili, M., Botella, C., ... García-Campayo, J. (2016a). An internet-based intervention for depression in primary care in Spain: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e231. <https://doi.org/10.2196/jmir.5695>
- Montero-Marín, J., Araya, R., Pérez-Yus, M. C., Mayoral, F., Gili, M., Botella, C., ... García-Campayo, J. (2016b). An Internet-Based Intervention for Depression in Primary Care in Spain: A Randomized

- Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e231. <https://doi.org/10.2196/jmir.5695>
- Montero-Marín, J., Carrasco, J. M., Roca, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M., Mayoral, F., ... García-Campayo, J. (2013). Expectations, experiences and attitudes of patients and primary care health professionals regarding online psychotherapeutic interventions for depression: Protocol for a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-64>
- Montero-Marín, J., Prado-Abril, J., Botella, C., Mayoral-Cleries, F., Baños, R., Herrera-Mercadal, P., ... García-Campayo, J. (2015). Expectations among patients and health professionals regarding Web-based interventions for depression in primary care: a qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e67. <https://doi.org/10.2196/jmir.3985>
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.12.008>
- Morris, S. B. (2008). Estimating Effect Sizes From Pretest-Posttest-Control Group Designs. *Organizational Research Methods*, 11(2), 364–386. <https://doi.org/10.1177/1094428106291059>
- Moscatti, A., Flint, J., & Kendler, K. S. (2016). Classification of Anxiety Disorders Comorbid with Major Depression: Common or Distinct Influences on Risk? *Depression and Anxiety*, 33(2), 120–127. <https://doi.org/10.1002/da.22432>
- Murray, G., Leitan, N. D., Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., ... Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: Pilot evidence for feasibility and effectiveness. *Journal of Affective Disorders*, 178, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.024>
- National Institute for Clinical Excellence. (2006). Computerised Cognitive Behaviour Therapy (CCBT) for the Treatment of Depression and Anxiety. In *National Institute for Clinical Excellence*. London.
- National Institute for Health & Clinical Excellence. (2010). *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults (Updated Edition)*. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Depression in adults: recognition and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#stepped-care>
- Newman, S. C., & Bland, R. C. (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 35(1), 76–82. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(94\)90173-2](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90173-2)
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27(23), 2763–2774. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl338>

- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012a). Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *43*(2), 129–151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012b). Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *43*(2), 129–151. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.c>
- Nouwen, A., Adriaanse, M. C., Dam, K., Iversen, M. M., Viechtbauer, W., Peyrot, M., ... Pouwer, F. (2019). Longitudinal associations between depression and diabetes complications: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, *dme.14054*. <https://doi.org/10.1111/dme.14054>
- Noyes, J. M., & Garland, K. J. (2008). Computer- vs. paper-based tasks: Are they equivalent? *Ergonomics*, *51*(9), 1352–1375. <https://doi.org/10.1080/00140130802170387>
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, *15*(6), 453–461. <https://doi.org/10.1111/obr.12156>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *2*(16065), 1–20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *7*(3), 291–297. <https://doi.org/10.1586/14737167.7.3.291>
- Pan, A., Sun, Q., Okereke, O. I., Rexrode, K. M., & Hu, F. B. (2011). Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA*, *306*(11), 1241–1249. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1282>
- Park, M., Katon, W. J., & Wolf, F. M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *35*(3), 217–225. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2013.01.006>
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medical Bulletin*, *57*(1), 33–45. <https://doi.org/10.1093/bmb/57.1.33>
- Pavkovic, B., Zaric, M., Markovic, M., Klacar, M., Huljic, A., & Caricic, A. (2018). Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Research*, *270*, 483–489. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.10.013>
- Paykel, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *10*(3), 279–289.
- Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., ... Beekman, A. T. F. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, *133*(1–2), 76–85.

- <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.03.027>
- Pérez Yus, M. C. (2016). *Eficacia de un programa de psicoterapia por ordenador para el tratamiento de la depresión mayor en atención primaria*. Universidad de Zaragoza.
- Perron, B. E., Taylor, H. O., Glass, J., & Margerum-Leys, J. (2010). Information and Communication Technologies in Social Work. *Advances in Social Work, 11*(1), 67–81. <https://doi.org/10.18060/241>
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011, August). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Pigeon, W., Allen, C., Possemato, K., Bergen-Cico, D., & Treatman, S. (2015). Feasibility and Acceptability of a Brief Mindfulness Program for Veterans in Primary Care with Posttraumatic Stress Disorder. *Mindfulness, 6*(5), 986–995. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0340-0>
- Pinel, P. (2008). Tratado Médico-Filosófico de la Enajenación Mental o Manía (1801). *Revista Argentina de Psiquiatría, 19*, 397–400.
- Pliego, L. A. (2010). Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina en el manejo del dolor de la neuropatía diabética. *Neurología Argentina, 2*(3), 180–188. [https://doi.org/10.1016/S1853-0028\(10\)70056-2](https://doi.org/10.1016/S1853-0028(10)70056-2)
- Possemato, K., Bergen-Cico, D., Treatman, S., Allen, C., Wade, M., & Pigeon, W. (2016). A Randomized Clinical Trial of Primary Care Brief Mindfulness Training for Veterans With PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3), 179–193. <https://doi.org/10.1002/jclp.22241>
- Priddy, S. E., Howard, M. O., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Friberg-Felsted, K., & Garland, E. L. (2018). Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Substance Abuse and Rehabilitation, Volume 9*, 103–114. <https://doi.org/10.2147/sar.s145201>
- Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., Whitton, A. E., Parker, G., Manicavasagar, V., ... Hadzi-Pavlovic, D. (2013). Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 13*(1), 312. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-312>
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I., & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine, 33*(2), 217–227. <https://doi.org/10.1017/S0033291702007225>
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., ... Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*(JULY), 46–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.1.46>
- Puerta-Polo, J. V., & Padilla-Díaz, D. E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary, 8*(2), 251–257.

- Purves, B., & Purves, D. (2007). Computer based psychotherapy for treatment of depression and anxiety. In *Proceedings of the International Symposium and Workshop on Engineering of Computer Based Systems* (pp. 334–338). <https://doi.org/10.1109/ECBS.2007.26>
- Purves, D. G., Bennett, M., & Wellman, N. (2009). An open trial in the NHS of blues Begone®: A new home based computerized CBT program. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*(5), 541–551. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990282>
- Purves, D. G., & Dutton, J. (2013). An exploration of the therapeutic process while using computerised cognitive behaviour therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, *13*(4), 308–316. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761259>
- Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D. A., Greig, C. A., McMurdo, M., Morley, W., & Mead, G. E. (2012). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD004366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub5>
- Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003, October). Internet Interventions: In Review, in Use, and into the Future. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.527>
- Ritterband, L. M., & Thorndike, F. (2006, September 29). Internet interventions or patient education web sites? [1]. *Journal of Medical Internet Research*. *Journal of Medical Internet Research*. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.3.e18>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Rodgers, M., Asaria, M., Walker, S., McMillan, D., Lucock, M., Harden, M., ... Eastwood, A. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *16*(28), 1–130. <https://doi.org/10.3310/hta16280>
- Rodriguez-Pulido, F., Castillo, G., Hamrioui, S., Martin, L. D., Vazquez-Beltrán, P., de la Torre-Díez, I., & Franco-Martín, M. A. (2020). Treatment of Depression in Primary Care with Computerized Psychological Therapies: Systematic Reviews. *Journal of Medical Systems*, *44*(3), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10916-020-1543-7>
- Rodríguez-Testal, J. F., Cristina Senín-Calderón, & Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*(3), 221–231. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2014.05.002>
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Beck, A. T., Baños, R. M., Botella Arbona, C., Bunge, E., ... Rothbaum, B. (2011). *Manual de terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Rouleau, C. R., Garland, S. N., & Carlson, L. E. (2015, June 1). The impact of mindfulness-based

- interventions on symptom burden, positive psychological outcomes, and biomarkers in cancer patients. *Cancer Management and Research*. Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S64165>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A. Retrieved from <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/09/Manual-de-Tecnicas-Cognitivas-Conductuales-Marta-Isabel.-C.pdf>
- Rutherford, C., Costa, D., Mercieca-Bebber, R., Rice, H., Gabb, L., & King, M. (2016). Mode of administration does not cause bias in patient-reported outcome results: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 25(3), 559–574. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1110-8>
- Sander, L., Rausch, L., & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e38. <https://doi.org/10.2196/mental.6061>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. A., & Valiente, R. . (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/727/72711104.pdf>
- Sanz, J., Perdígón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H.-U. (1996). Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 38–43. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298395>
- Sass, S. M., Early, L. M., Long, L., Burke, A., Gwinn, D., & Miller, P. (2019). A brief mindfulness intervention reduces depression, increases nonjudgment, and speeds processing of emotional and neutral stimuli. *Mental Health and Prevention*, 13, 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.12.002>
- Satyanarayana, S., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2009). Prevalence and Correlates of Chronic Depression in the Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6), 389–398. <https://doi.org/10.1177/070674370905400606>
- Schroeder, D. A., Stephens, E., Colgan, D., Hunsinger, M., Rubin, D., & Christopher, M. S. (2018). A Brief Mindfulness-Based Intervention for Primary Care Physicians: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(1), 83–91. <https://doi.org/10.1177/1559827616629121>
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., & David Creswell, J. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 569–583. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., ... Kessler, R.

- C. (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Segal, W., & Williams, J. (2012). *Teasdale. Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New Yo: Guilford Press.
- Shapiro, B. G., Greenberg, J., Pedrelli, P., Desbordes, G., & Lazar, S. W. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. In *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression* (pp. 167–177). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97241-1_13
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Sharma, M., & Rush, S. E. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Healthy Individuals: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 19(4), 271–286. <https://doi.org/10.1177/2156587214543143>
- Sheehan, DV, Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 2), 22–33.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., ... Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Silva, N., Atlantis, E., & Ismail, K. (2012). A Review of the Association Between Depression and Insulin Resistance: Pitfalls of Secondary Analyses or a Promising New Approach to Prevention of Type 2 Diabetes? *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 8–14. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0245-8>
- Sloven, N., Williams, D. R., Fitzmaurice, G. M., & Gilman, S. E. (2011). Sex, stressful life events, and adult onset depression and alcohol dependence: Are men and women equally vulnerable? *Social Science and Medicine*, 73(4), 615–622. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.022>
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2011). *Guía de Actuación en Atención Primaria*. Barcelona: semFYC.
- Solano López, A. L. (2018). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 344–352. <https://doi.org/10.1111/wvn.12319>
- Solomon, D., Proudfoot, J., Clarke, J., & Christensen, H. (2015). E-CBT (myCompass), antidepressant medication, and face-to-face psychological treatment for depression in Australia: A cost-effectiveness comparison. *Journal of Medical Internet Research*, 17(11), e255.

- <https://doi.org/10.2196/jmir.4207>
- Sørensen Høifødt, R., Strøm, C., Kolstrup, N., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2011). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review. *Family Practice*, *28*, 489–504. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm017>
- Soucy Chartier, I., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, *145*(3), 292–299. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2012.07.023>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*(3), 319–328. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: A randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, *37*(12), 1797–1806. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000542>
- Spijker, J., De Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T. F., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, *181*(3), 208–213. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.208>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *45*, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., ... Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: Effects on cognitive functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, *17*(6), 410–419. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03>
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*, *9*(4), e96110. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., ... Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, *30*(2), 127–137. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2007.12.008>
- Stuart, M. J., & Baune, B. T. (2012). Depression and type 2 diabetes: Inflammatory mechanisms of a psychoneuroendocrine co-morbidity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *36*(1), 658–676.

- <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2011.10.001>
- Tabak, N. T., Horan, W. P., & Green, M. F. (2015). Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research, 168*(1–2), 537–542. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.030>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- The National Center for Health Statistics. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Tomo I: Diagnósticos*. (S. G. T. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ed.). Madrid. Retrieved from <https://bit.ly/2TxNGvt>
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., ... Rapee, R. M. (2013). Improving Adherence and Clinical Outcomes in Self-Guided Internet Treatment for Anxiety and Depression: Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE, 8*(7), e62873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(8), 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.007>
- Uebelacker, L. A., Smith, M., Lewis, A. W., Sasaki, R., & Miller, I. W. (2009). Treatment of Depression in a Low-Income Primary Care Setting With Colocated Mental Health Care. *Families, Systems and Health, 27*(2), 161–171. <https://doi.org/10.1037/a0015847>
- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H., & Riper, H. (2014). Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: A meta-analysis. *PLoS ONE, 9*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>
- van Ballegooijen, W., Riper, H., Cuijpers, P., van Oppen, P., & Smit, J. H. (2016). Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: A systematic review. *BMC Psychiatry, 16*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0735-7>
- Van Dam, N. T., Earleywine, M., & Danoff-Burg, S. (2009). Differential item function across meditators and non-meditators on the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 47*(5), 516–521. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.05.005>
- van Dooren, F. E. P., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R. J., Denollet, J., & Pouwer, F. (2013). Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-

- Analysis. *PLoS ONE*, 8(3), e57058. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057058>
- Vijayanathan, A., & Nawawi, O. (2008). The importance of Good Clinical Practice guidelines and its role in clinical trials. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, 4(1), e5. <https://doi.org/10.2349/biij.4.1.e5>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Vilarinho, S. (2017). Management of sexual problems: The approach of mindfulness. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 402–408. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000363>
- Vollebergh, W. A. M., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The Structure and Stability of Common Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 597. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.597>
- Wang, L. Q., Chien, W. T., Yip, L. K., & Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3097–3110. <https://doi.org/10.2147/NDT.S123239>
- Warmerdam, L., van Straten, A., Jongma, J., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.003>
- Warmerdam, L., Van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4), e44. <https://doi.org/10.2196/jmir.1094>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., ... Yeh, E.-K. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540040037030>
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770130100011>
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The Course of Depression in Adult Outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 788. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100032007>
- Wells, M. J., Owen, J. J., McCray, L. W., Bishop, L. B., Eells, T. D., Brown, G. K., ... Wright, J. H. (2018). Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy for Depression in Primary Care. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 20(2). <https://doi.org/10.4088/PCC.17r02196>

- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*(1), annurev-clinpsy-021815-093423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>
- World Health Organization. (n.d.). Capítulo V. CIE-10. Retrieved from <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
- World Health Organization. (2016). Suicide. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (Eleventh).
- Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., ... Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, *50*(5), 668–681. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>
- Zhang, J., Xu, R., Wang, B., & Wang, J. (2016, June 1). Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*. Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.02.012>

Anexos



ANEXO 1:

APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 27/07/2016, Acta N° 14/2016 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Eficacia de una intervención psicológica basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: aplicación mediante tics frente a aplicación cara a cara

Versión protocolo: v1.0, de 21/abril/2016

Versión documento de información y consentimiento informado: v1.0, de 21/abril/2016

Investigador Principal: Rosa Magallón Botaya. CS Arrabal

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el tratamiento de los datos y los documentos para obtener el consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 27 de julio de 2016


María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)



Beatriz Tomás Mallén, secretaria de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castelló de la Plana,

CERTIFICO: Que la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha emitido informe favorable sobre el proyecto "Eficacia de una intervención psicológica en mindfulness para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria: aplicación mediante TICs frente a aplicación cara a cara " cuya investigadora principal es Soledad Quero Castellano, por considerar que cumple las normas deontológicas exigidas.




Castellón de la Plana, 5 de mayo de 2016



ANEXO 2:

RECLUTAMIENTO PARTICIPANTES

¿Te sientes triste últimamente?

Si tu edad está entre 18 y 70 años te ofrecemos la posibilidad de participar en un estudio de investigación totalmente gratuito para poder mejorar tus síntomas.

Si estás interesado puedes contactar con la *Unidad de Investigación en Atención Primaria* cuyo principal investigador es el Doctor *Javier García Campayo*.

Teléfono: **976506578**

Correo electrónico: investigprimaria@gmail.com

¡Te esperamos!



ANEXO 3:

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación:

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADA EN MINDFULNESS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN CARA A CARA, TRATAMIENTO HABITUAL Y APLICACIÓN MEDIANTE TICs.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Rosa Magallón Botaya

CENTRO: Centro de Salud del Arrabal. Tel de contacto: 976506578

1. Introducción.

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en Centro de Salud del Arrabal. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero.
- Entender la información que contiene el documento.
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias.
- Consultar con su médico-persona de confianza.
- Tomar una decisión meditada.
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque padece usted síntomas depresivos y esta intervención podría ayudarle a disminuirlos.

En total en el estudio participarán 60 personas con estas características.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Evaluar la eficacia y coste-efectividad de dos intervenciones psicológicas basadas en mindfulness aplicadas cara a cara y online frente al tratamiento médico habitual para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

Si acepta participar en el estudio, el psicólogo asignado le propondrá la información y le explicará con detalle en qué consiste su participación. Una vez firmado el consentimiento informado manifestando su deseo de participar, se le realizará una evaluación a través de diferentes cuestionarios para conocer sus características clínicas, datos sociodemográficos, usos de servicios sanitarios y de mindfulness, y comprobar si cumple los criterios de inclusión y exclusión para poder participar en el estudio; la duración aproximada de esta evaluación será de una hora.

A continuación, una vez incluido en el estudio, de manera aleatoria (debido al azar), se le asignará a uno de estos dos grupos de intervención:

- Intervención médica habitual además de la intervención en mindfulness aplicada cara a cara.
- Intervención médica habitual, además de la intervención mindfulness aplicada mediante TICs.
- Intervención médica habitual, sin tratamiento psicológico (grupo control).

Finalizadas las intervenciones, se le solicitará que cumplimente los cuestionarios que realizó antes del comienzo del estudio. Este mismo proceso de evaluación será llevado a cabo a los 6 meses del término del tratamiento, y al año (12 meses), en las mismas condiciones de lugar y tiempo.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No se espera que exista ningún riesgo o molestia debido a su participación en el estudio. Los cuestionarios psicológicos son de realización inocua, de las intervenciones aplicadas no se conocen efectos secundarios de las mismas, y serán continuamente monitorizados por los psicólogos participantes en el estudio, quienes en caso de efectos adversos, se encargarán de tomar las medidas oportunas.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

Los posibles beneficios que puede obtener por su participación son los derivados de la aplicación de las intervenciones, la diferencia de eficacia entre ellas se trata de esclarecer con la realización de esta investigación, de manera que es posible que no obtenga usted ningún beneficio por su participación o que por el contrario su sintomatología depresiva puede verse reducida.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos de su historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

9. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no es financiado por ninguna institución o empresa.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

En ocasiones al realizar un proyecto de investigación se encuentran hallazgos inesperados que pueden ser relevantes para la salud del participante. En el caso de que esto ocurra nos pondremos en contacto con usted para que pueda acudir a su médico habitual.

¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos y las muestras biológicas no utilizadas en ese momento.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, Dr. Rosa Magallón Botaya, en el teléfono 976506578 de 9 a 14 horas de lunes a viernes o por correo electrónico en la dirección investigaprimaria@gmail.com.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Eficacia de una intervención psicológica breve en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: aplicación cara a cara, tratamiento habitual y aplicación mediante tics.

- Yo, (nombre y apellidos del participante)
- He leído el documento de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- He hablado con:(nombre del investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1) cuando quiera
 - 2) sin tener que dar explicaciones
 - 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
- Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.
- Autorizo a que se contacte conmigo a través de medios telemáticos (teléfono, sms, email...)
- He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

ANEXO 4:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

CÓDIGO:

PROTOCOLO

Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness para depresión

PI16/0202

BDI-II

(Beck, Steer y Brown, 1996; Validación española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos y, a continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que te has sentido **durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Rodea con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que consideres igualmente aplicable en tu caso, señálala también.

Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elec

1. Tristeza

- (0) No me siento triste habitualmente.
- (1) Me siento triste gran parte del tiempo.
- (2) Me siento triste continuamente.
- (3) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- (0) No estoy desanimado sobre mi futuro.
- (1) Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- (2) No espero que las cosas mejoren.
- (3) Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de Fracaso

- (0) No me siento fracasado.
- (1) He fracasado más de lo que debería.
- (2) Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- (3) Me siento una persona totalmente fracasado.

4. Pérdida de Placer

- (0) Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- (1) No disfruto de las cosas tanto como antes.
- (2) Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- (3) No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- (0) No me siento especialmente culpable.
- (1) Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- (3) Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de Castigo

- (0) No siento que esté siendo castigado.
- (1) Siento que puedo ser castigado.
- (2) Espero ser castigado.
- (3) Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno Mismo

- (0) Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- (1) He perdido confianza en mí mismo.
- (2) Estoy decepcionado conmigo mismo.
- (3) No me gusta.

8. Auto-Críticas

- (0) No me critico o me culpo más que antes.
- (1) Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- (2) Critico todos mis defectos.
- (3) Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos de Suicidio

- (0) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- (1) Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- (2) Me gustaría suicidarme.
- (3) Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- (0) No lloro más de lo que solía hacerlo.
- (1) Lloro más de lo que solía.
- (2) Lloro por cualquier cosa.
- (3) Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- (0) No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- (1) Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- (2) Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- (3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- (0) No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- (1) Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- (2) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- (3) Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- (0) Tomo decisiones más o menos como siempre.
- (1) Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- (2) Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.

(3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

(0) No me siento inútil.

(1) No me considero tan valioso y útil como solía ser.

(2) Me siento inútil en comparación con otras personas.

(3) Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de Energía

(0) Tengo tanta energía como siempre.

(1) Tengo menos energía de la que solía tener.

(2) No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.

(3) No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

(0) No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

(1a) Duermo algo más de lo habitual.

(1b) Duermo algo menos de lo habitual.

(2a) Duermo mucho más de lo habitual.

(2b) Duermo mucho menos de lo habitual.

(3a) Duermo la mayor parte del día.

(3b) Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

(0) No estoy más irritable de lo habitual.

(1) Estoy más irritable de lo habitual.

(2) Estoy mucho más irritable de lo habitual.

(3) Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el Apetito

(0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

(1a) Mi apetito es algo menor de lo habitual.

(1b) Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

(2a) Mi apetito es mucho menor de lo habitual.

(2b) Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.

(3a) He perdido completamente el apetito.

(3b) Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de Concentración

(0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.

(1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

(2) Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.

(3) No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

(0) No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.

(1) Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

(2) Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.

(3) Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

(0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

(1) Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.

(2) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

(3) He perdido completamente el interés por el sexo

Cuestionario sobre salud del Paciente (PHQ-9; (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001)

Durante las últimas 2 semanas ¿Con cuánta frecuencia ha tenido cualquiera de los siguientes problemas?

Marque con una cruz la casilla que mejor represente su situación.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca.	Varios días.	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días.
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o desesperanzado	0	1	2	3
3. Tener problemas para conciliar el sueño o para mantenerlo; o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo o sentirse fracasado o decepcionado de sí mismo, o pensar que ha decepcionado a su familia.	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto e intranquilo que ha estado moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Tener pensamientos de que sería mejor estar muerto o de hacerse daño de alguna manera.	0	1	2	3

Si usted se ha identificado con alguno de los problemas anteriores, ¿en qué medida estos problemas han interferido, o han hecho que le resultara difícil cumplir con su trabajo o estudios, atender las obligaciones de su hogar o relacionarse con otras personas?	Nada difícil	
	Algo difícil	
	Muy difícil	
	Extremadamente difícil	

5. CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD (Gandek et al. 1998)

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1 Sí	2 No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1	2
	Sí	No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

PANAS (RASGO)

(Crawford et al., 2004. Adaptación Labpsitec, 2010)

INSTRUCCIONES: A continuación, se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lee cada una de ellas y contesta hasta qué punto sueles sentirte **HABITUALMENTE** de la forma que indica cada expresión.

GENERALMENTE me siento:

	Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Interesado/a por las cosas.	1	2	3	4	5
Estresado/a, tenso/a.	1	2	3	4	5
Emocionado/a, ilusionado/a.	1	2	3	4	5
Disgustado/a, molesto/a.	1	2	3	4	5
Con energía, con vitalidad.	1	2	3	4	5
Culpable.	1	2	3	4	5
Asustado/a.	1	2	3	4	5
Hostil.	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a.	1	2	3	4	5
Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
Irritable, malhumorado/a.	1	2	3	4	5
Despejado/a, despierto/a.	1	2	3	4	5
Avergonzado/a.	1	2	3	4	5
Inspirado/a.	1	2	3	4	5
Nervioso/a.	1	2	3	4	5
Decidido/a.	1	2	3	4	5
Atento/a (a las cosas), concentrado/a.	1	2	3	4	5
Intranquilo/a, inquieto/a.	1	2	3	4	5
Activo/a.	1	2	3	4	5
Con miedo, miedoso/a.	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE LAS 5 FACETAS DE ATENCIÓN PLENA (FFMQ)

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me distraigo fácilmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

EUROQOL

Marque con una cruz la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

DOLOR/MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

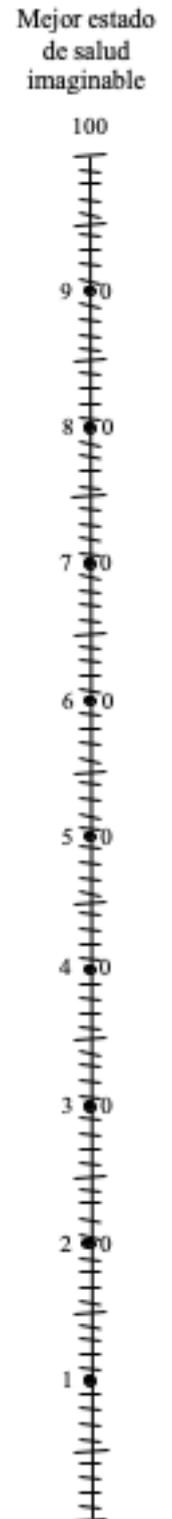
ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**SU ESTADO DE
SALUD HOY**



PEMBERTON HAPPINESS INDEX (PHI)

Por favor, usando la siguiente escala del 0-10, donde 0 significa totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo, indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones. POR FAVOR LEE DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES

1. Me siento muy satisfecho con mi vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

2. Tengo la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

3. Creo que mi vida es útil y valiosa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

4. Me siento satisfecho con mi forma de ser.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

5. Mi vida está llena de aprendizajes y desafíos que me hacen crecer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

6. Me siento muy unido a las personas que me rodean.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

7. Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Creo que en lo importante puedo ser yo mismo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

2. Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

3. En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

4. Creo que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de Acuerdo

Por favor, marca cuál de las siguientes cosas te sucedió AYER:

Me sentí satisfecho por algo que hice	SI	NO
En algunos momentos me sentí desbordado	SI	NO
Pasé un rato divertido con alguien	SI	NO
Me aburrí durante bastante tiempo	SI	NO
Hice algo que realmente disfruto haciendo	SI	NO
Estuve preocupado por temas personales	SI	NO
Aprendí algo interesante	SI	NO
Pasaron cosas que me enfadaron mucho	SI	NO
Me permití un capricho	SI	NO
Me sentí menospreciado por alguien	SI	NO

Escala de Expectativas sobre el Tratamiento (Borkovec y Nau, 1972)

1.- ¿En qué medida te parece lógico este tratamiento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muchísimo

2.- ¿En qué medida te satisface el tratamiento que va a recibir?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendarías este tratamiento a un amigo que tuviera tu mismo problema?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muchísimo

4.- ¿En qué medida crees que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muchísimo

5.- ¿En qué medida crees que el tratamiento va a resultar útil en tu caso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muchísimo

6.- ¿En qué medida este tratamiento te resulta aversivo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muchísimo

OPINIÓN DEL TRATAMIENTO

1.- ¿En qué medida te ha parecido lógico este tratamiento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

2.- ¿En qué medida te ha satisfecho el tratamiento que recibido?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

3.- ¿En qué medida le recomendarías este tratamiento a un amigo que tuviera tu mismo problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

4.- ¿En qué medida crees que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

5.- ¿En qué medida crees que el tratamiento te ha resultado útil en tu caso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

6.- ¿En qué medida este tratamiento te ha resultado aversivo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

VALORACIÓN DE LA MEJORÍA

Respecto al inicio del estudio, actualmente me he encontrado:

1. Mucho Peor
2. Bastante Peor
3. Un Poco Peor
4. Sin Cambios
5. Un Poco Mejor
6. Bastante Mejor
7. Mucho Mejor

