

MINDFULNESS APLICADO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

1
2 Alberto Barceló-Soler^{a,b}, Alicia Monreal-Bartolomé^{a,b,*}, Mayte Navarro-Gil^a, María
3 Beltran-Ruiz^a y Javier García-Campayo^{a,c}
4

5 ^aRed de Investigación en Atención Primaria (REDIAPP). Zaragoza. España.
6

7 ^bInstituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón). Zaragoza. España.
8

9 ^cHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.
10

11 *Dirección: Andador Aragüés del Puerto S/N. 50.015. Zaragoza (C.S. ARRABAL; 2º
12 planta); Correo electrónico: aliciamonbart@gmail.com; tlf: 976506578
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

RESUMEN

En este artículo se exponen las principales características y programas basados en Mindfulness, y su aplicación en los pacientes y profesionales sanitarios de Atención Primaria. Por un lado, se detallan los beneficios de estas intervenciones en diferentes patologías tanto físicas como psicológicas, y por el otro, cuáles son las barreras y facilitadores de su implementación en el Servicio Sanitario Público.

Palabras clave: Mindfulness, Atención Primaria, Trastornos Psiquiátricos, Enfermedades Médicas, Implementación.

ABSTRACT

In this article we expose the main characteristics and programs based on Mindfulness and its application in patients and health professionals of Primary Care. On the one hand, the benefits of these interventions in different physical and psychological pathologies are detailed and, on the other hand, what are the barriers and facilitators of their implementation in the Public Health Service.

Keywords: Mindfulness, Primary Care, Psychiatric Disorders, Medical Diseases, Implementation.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Puntos clave:

- Mindfulness se entiende como atención y conciencia plena, como un esfuerzo por centrarse en el momento presente, en el aquí y ahora, de modo activo y reflexivo con carácter no valorativo.
- Los componentes fundamentales del Mindfulness son: centrarse en el presente, apertura a la experiencia, aceptación radical, elección de experiencias, y renuncia al control.
- Las principales cualidades del Mindfulness son: no conceptual, centrado en el presente, no valorativo, intencional, observación participante, no verbal, exploratorio, y liberador.
- Los principales programas son: como *Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness* (MBSR), *Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness* (MBCT), y *Prevención de recaídas basado en Mindfulness* (MBRP).
- Las intervenciones basadas en Mindfulness destacan por ser sencillas, breves y adaptables al tipo de paciente y su patología.
- Los programas de Mindfulness pueden aplicarse tanto con carácter preventivo como preventivo.
- Mindfulness ha mostrado eficacia en Atención Primaria sobre distintas afecciones tanto físicas como mentales, como ansiedad, depresión, suicidio, estrés, hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes, cefaleas, adicciones, dolor crónico y fibromialgia.
- Los profesionales de la salud son un sector sometido a importantes niveles de estrés laboral debido a las características psicológicas, emocionales y organizacionales inherentes al propio puesto de trabajo.
- En relación a los profesionales de la salud en Atención Primaria, Mindfulness se muestra eficaz en la reducción del estrés, y la mejora en la calidad de vida.
- A pesar de la eficacia demostrada todavía es un reto su implementación sistemática en los centros de salud de Atención Primaria.

MINDFULNESS APLICADO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Mindfulness se entiende como atención y conciencia plena, como un esfuerzo por centrarse en el momento presente, en el aquí y ahora, de modo activo y reflexivo con carácter no valorativo. El Mindfulness se ha considerado como una filosofía de vida (vivir el momento presente), como un constructo de personalidad, y también como una técnica o componente dentro de las terapias desarrolladas desde el conductismo radical y contextual (terapias de 3^a generación: terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia dialectico-conductual (DBT), etc.), que enfatizan la importancia de cambiar la relación con la experiencia interna (sensaciones, cogniciones o emociones) a través de la aceptación, en lugar de eliminarla o modificarla.

Así, el Mindfulness supone la autorregulación de la atención para que se mantenga en la experiencia inmediata, la orientación particular hacia las experiencias de uno en el momento presente, una orientación que se caracteriza por la curiosidad, la apertura y la aceptación. A la hora de adoptar esta definición para su uso dentro de la psicología aplicada, hay dos supuestos clave necesarios. El primero es que estos componentes de la atención plena representan habilidades que se pueden aprender como cualquier otra. El segundo es que el aprendizaje de las habilidades de atención plena puede tener efectos terapéuticos en los resultados de la vida.

El interés occidental por la tradición del budismo zen ha facilitado la incorporación del Mindfulness a las terapias psicológicas. Jon Kabat-Zinn es quien ha popularizado el uso de la meditación Mindfulness en este ámbito. Los componentes fundamentales de esta estrategia terapéutica se pueden observar en la Tabla 1. Además, la Tabla 2 muestra las cualidades de la experiencia Minfulness¹.

Principales programas de intervención Mindfulness

La investigación de las intervenciones basadas en Mindfulness (MBI) se originó con adultos en entornos médicos durante los últimos años de la década de 1970. La primera MBI se desarrolló como un tratamiento grupal, conocido como *Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness* (MBSR, por sus siglas en inglés)², que resultó útil para ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor las enfermedades crónicas y el dolor³. A lo largo de la década de 1990, el uso de MBSR se generalizó a la población no clínica y a otros entornos clínicos. Se crearon nuevos enfoques de intervención formalizados, como la *Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness* (MBCT)⁴, orientado a la prevención de recaídas en la depresión, que resultó útil como intervención grupal e individual para la depresión y la ansiedad⁵. Otro ejemplo de programa es el de *Prevención de recaídas basado en Mindfulness* (MBRP)^{6,7} para disminuir la probabilidad y gravedad de las recaídas en pacientes con trastornos por uso de sustancias, en fase de acción y mantenimiento del cambio. La Tabla 3 resume las características principales de dichos programas.

El procedimiento más utilizado incorpora aspectos cognitivos (meditación), junto con determinados tipos de relajación o ejercicios de concentración en sensaciones corporales o en respiración (ej., centrar la atención en la respiración, estiramientos de hatha yoga, ejercicio de uva pasa, body scan, etc.). La autoexploración corporal o *body scan* consiste en realizar un repaso activo de las zonas del cuerpo de forma pormenorizada, atendiendo a las sensaciones que se producen.

Mindfulness en Atención Primaria

- Mindfulness en pacientes:

1 Se ha demostrado la eficacia del Mindfulness en Atención Primaria en distintas
2 afecciones tanto físicas como mentales, como ansiedad, depresión, suicidio, estrés,
3 hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes, cefaleas, adicciones, dolor crónico y
4 fibromialgia⁸⁻¹⁰.

5 - Trastornos psiquiátricos:

6 El último meta-análisis publicado sobre el efecto de Mindfulness en trastornos
7 psiquiátricos⁹ que incluía 142 estudios y más de 12.000 participantes, confirma que
8 Mindfulness, en el post-tratamiento, es más eficaz que el no tratamiento (magnitud
9 efecto=0,55), que el tratamiento mínimo (me= 0,37), que los controles activos no
10 específicos (me=0,35) y que los controles activos específicos (me=0,23), sin embargo, no
11 difiere en eficacia a los tratamientos basados en la evidencia. En el seguimiento, fue
12 superior al no tratamiento (me=0,50), a los controles activos no específicos (me=0,52), a
13 los controles activos específicos (me= 0,29) y no difería del tratamiento mínimo y de los
14 tratamientos basados en la evidencia. Donde más eficaz se muestra es en depresión, dolor,
15 tabaquismo y trastornos adictivos.

16 Depresión:

17 Las MBI mejoran los síntomas de depresión en un amplio rango de gravedad e incluso
18 cuando va asociado a enfermedades médicas^{11,12}. MBCT tiene un beneficio aditivo en
19 comparación con el tratamiento habitual para los pacientes con tres o más episodios
20 depresivos previos¹³, también en la depresión mayor¹⁴. Cuando se utiliza en personas que
21 experimentan episodios agudos de depresión, proporciona beneficios significativos para
22 reducir la gravedad de los síntomas primarios, produciendo resultados similares a los
23 obtenidos con terapia cognitivo-conductual¹⁵. MBCT es más eficaz que el tratamiento
24 mantenido con medicación antidepresiva para reducir los síntomas depresivos residuales,
25 la comorbilidad psiquiátrica y para mejorar la calidad de vida en los dominios físicos y
26 psicológicos; todo ello sin que incremente el coste promedio anual¹⁶. Además, MBCT
27 previene la recaída depresiva¹⁷.

28 En definitiva, se recomienda el uso de las MBI, y específicamente MBCT, para tratar los
29 síntomas primarios en personas con un trastorno depresivo actual¹⁸, existiendo además
30 una base sólida para su uso en la depresión en ancianos¹⁹.

31 Ansiedad:

32 Las MBI son unas intervenciones prometedoras para tratar la ansiedad y los problemas
33 del estado de ánimo en poblaciones clínicas¹¹. En los síntomas de ansiedad y depresivos
34 comórbidos, proporciona reducciones sólidas y sustanciales²⁰. También produce efectos
35 en los marcadores fisiológicos, reduciendo el cortisol, la proteína C reactiva, la presión
36 arterial, la frecuencia cardíaca, los triglicéridos y el factor de necrosis tumoral alfa.
37 Además, las meditaciones tipo atención focalizada reducen el cortisol y las de
38 monitorización abierta la frecuencia cardíaca²¹.

39 Respecto a la ansiedad social, tanto Mindfulness como ACT tienen beneficios
40 significativos para reducir la sintomatología, aunque se requieren de más
41 investigaciones²². En el Trastorno Obsesivo Compulsivo, la ACT (incluye componentes
42 de Mindfulness) muestra resultados igual de efectivos que los tratamientos habituales
43 como la terapia cognitiva conductual²³. En el Trastorno de Estrés Postraumático existe
44 evidencia preliminar para utilizar Mindfulness en su tratamiento, aunque se requieren más
45 estudios robustos²⁴.

46 Adicciones:

1 Existe una significativa relación inversa entre Mindfulness y las conductas de abuso de
2 sustancias, siendo más sólida: (1) para el consumo de alcohol y tabaco en comparación
3 con la marihuana; (2) para conductas problemáticas frente a las no problemáticas de abuso
4 de sustancias²⁵. Existe evidencia preliminar que pone de relieve la eficacia y la seguridad
5 de Mindfulness en esta población²⁶. El MBRP tienen efectos significativos para reducir
6 la frecuencia y la gravedad del uso indebido de sustancias, la intensidad del *craving* y la
7 gravedad del estrés, además de aumentar las tasas de abstinencia de fumar cigarrillos^{27,28}.
8 La literatura respalda las terapias con meditación como eficaces para ayudar a dejar de
9 fumar²⁹. Sin embargo, los resultados de la intervención con Mindfulness no difieren de
10 los grupos para dejar de fumar, aunque los resultados son muy débiles para poder
11 generalizar³⁰. Frente a lista de espera en pacientes con adicción al trabajo, Van Gordon et
12 al. (2017)³¹ demostraron que Mindfulness disminuye los síntomas de adicción al trabajo
13 y las horas de trabajo sin bajar el rendimiento laboral, y aumenta la satisfacción laboral y
14 el compromiso con el trabajo.
15

16 **18 Insomnio:**

19 La meditación puede mejorar levemente algunos parámetros del sueño en pacientes con
20 insomnio y puede servir como un tratamiento auxiliar a la medicación para las quejas del
21 sueño³². Una práctica más intensa de las técnicas de Mindfulness se asocia con una
22 mejoría en el sueño y, concretamente el MBSR produce una disminución en los procesos
23 cognitivos que interfieren con el sueño³³.
24

25 **26 Trastornos somatomorfos:**

27 Un meta-análisis, que revisó 13 estudios, confirmó que Mindfulness es eficaz para
28 disminuir el dolor, la gravedad de los síntomas, la depresión y la ansiedad, mejorando la
29 calidad de vida, todo ello con magnitudes del efecto pequeñas o medias³⁴.
30

31 **32 Hipocondriasis (ansiedad por enfermar)**

33 Un estudio controlado randomizado³⁵ confirma que MBCT asociado al tratamiento
34 habitual es más efectivo que este último exclusivamente. Disminuía la hipocondriasis de
35 forma moderada (magnitud del efecto=0,48) tanto en el post-tratamiento inmediato, como
36 al año de seguimiento. El cambio estaba mediado por el incremento en los niveles de
37 Mindfulness.
38

39 **40 - Enfermedades médicas:**

41 **42 Obesidad, hábitos saludables:**

43 La obesidad resulta de un balance de energía inapropiado, entre el consumo y el gasto de
44 energía. Los estados afectivos negativos (estrés, estado de ánimo depresivo, etc) se han
45 asociado a un impulso más fuerte para comer, lo que lleva a un aumento excesivo de peso
46 y obesidad. El trastorno de atracón es el trastorno alimentario más frecuente en personas
47 con sobrepeso y obesidad y se caracteriza por episodios recurrentes y persistentes de
48 alimentación incontrolada y desinhibida sostenida por angustia psicológica sin ningún
49 comportamiento compensatorio.
50

51 Hasta ahora la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) se había utilizado para los trastornos
52 de conducta alimentaria, y se considera tratamiento de primera línea para el trastorno de
53 atracón. La TCC consigue unas tasas de remisión entre el 40 y el 60% (Grilo y cols, 2011),
54 pero no tiene éxito en la pérdida de peso (Wilson y cols, 2007), que a menudo es un
55 problema importante en esta población.
56

57 La mayoría de los estudios apoyan que el Mindfulness disminuye de manera efectiva los
58 atracones y la alimentación emocional en el trastorno por atracón³⁶ con tamaños de efecto
59

60

61

62

63

64

65

1 grandes-medianos³⁷ y aumenta los niveles de actividad física en adultos con sobrepeso y
2 obesidad. Sin embargo, dos metanálisis^{37,38} y una revisión sistemática³⁶ publicados
3 recientemente no respaldan la hipótesis de que el Mindfulness tenga un efecto sobre el
4 índice de masa corporal en un período de hasta tres meses posteriores al tratamiento.

5 Así, Mindfulness no logra demostrar consistentemente una pérdida de peso
6 estadísticamente significativa o clínicamente significativa³⁹. Pero sí que se pone de
7 relieve que las MBI pueden ser física y psicológicamente beneficiosas para los adultos
8 con sobrepeso u obesidad⁴⁰, consiguiendo en estas poblaciones conductas enfocadas a la
9 promoción de la salud³⁸. Por último, las MBI mediante eHealth aplicadas a través de
10 diversos dispositivos parecen ser efectivas para conductas relacionadas con el peso⁴¹.
11 Respecto a programas específicos desarrollados en este área, recientemente se ha
12 diseñado un programa de mindful eating que puede aplicarse tanto a esta población como
13 a individuos sanos⁴².
14

15 **Trastornos gastrointestinales:**

16 Los estudios sugieren que las MBI pueden ser útiles para mejorar la gravedad de los
17 síntomas de los trastornos gastrointestinales funcionales y la calidad de vida con efectos
18 duraderos; sin embargo, se deben implementar mejoras sustanciales en la calidad
19 metodológica en estudios futuros para evaluar completamente su impacto. Debido a la
20 ausencia de informes de eventos adversos, no se pueden extraer conclusiones definitivas
21 con respecto a la seguridad⁴³.
22

23 **Insuficiencia cardíaca:**

24 El programa MBSR se ha mostrado eficaz en la disminución de la depresión en personas
25 con insuficiencia cardíaca⁴⁴; además, reduce los niveles de norepinefrina y mejora la
26 capacidad de ejercicio y los puntajes de calidad de vida⁴⁵.
27

28 **Dolor Crónico:**

29 Los estudios de los últimos años que abordan esta sintomatología son de una calidad
30 metodológica alta, mostrando una fuerte evidencia de pequeñas mejoras en la función
31 física autorreportada después de aplicar programas MBI⁴⁶. Los hallazgos sugieren que
32 estas intervenciones disminuyen la intensidad del dolor en dichos pacientes⁴⁷. La
33 meditación de Mindfulness tiene un efecto destacado en los aspectos psicológicos del
34 dolor crónico, mejorando los síntomas de dolor y depresión asociada y la calidad de
35 vida⁴⁸, aunque se necesitan estudios adicionales para proporcionar estimaciones de la
36 eficacia⁴⁹. Además, es un enfoque prometedor para hacer frente a los síntomas
37 relacionados con las enfermedades con dolor crónico en adolescentes⁵⁰.
38

39 Uno de los estudios más importantes es el de Veehof y cols (2011)⁵¹ que analiza los
40 estudios tanto de Mindfulness como de ACT en el tratamiento del dolor crónico. Se
41 consideró que ambas tenían un efecto comparable (no superior) a la terapia cognitiva y
42 que, por tanto, puede ser una alternativa aceptable. Ambas terapias tendrían una eficacia
43 ligera-moderada sobre la salud física y psicológica en estos pacientes. Una repetición de
44 dicha revisión, realizada recientemente por el mismo autor⁵², en la cual todos los estudios
45 eran controlados (se compararon con lista de espera), la eficacia variaba entre moderada
46 (dolor y ansiedad) y pequeña (resto de variables estudiadas).
47

48 Otro meta-análisis reciente⁵³ evaluó la eficacia del MBSR en dolor crónico, y que
49 abarcaba patologías como fibromialgia, artritis reumatoide y dolor musculo-esquelético
50 crónico, encontró que MBSR era efectivo de forma muy leve en depresión (ME=0,12) y
51 moderada en Mindfulness (ME=0,72), pero muy elevada tanto en insomnio (ME=1,32)
52
53

1 como en aceptación del dolor (ME= 1,59). Se encontraban efficacias similares
2 independientemente de que los comparadores fuesen activos o inactivos.

3 Por último, un estudio de Rosenzweig et al (2010)⁵⁴, analizó los cambios que produce el
4 MBSR en pacientes con dolor crónico. Se vio que algunos subgrupos diagnósticos como
5 artritis, dolor de cuello y de espalda, o pacientes con dos o más comorbilidades
6 relacionadas con el dolor, son los que más se benefician del MBSR. Concretamente, los
7 pacientes con artritis eran los que obtenían una mayor mejoría en calidad de vida y en
8 malestar psicológico. Por el contrario, en la patología en que se observa menos mejoría
9 en calidad de vida es en migraña/cefalea crónica. Por otra parte, los enfermos de
10 fibromialgia son los que menos mejoran su malestar psicológico.

13 Fibromialgia:

14 Los pacientes con fibromialgia experimentan síntomas que pueden aliviarse mediante
15 MBI⁵⁵. Los efectos de los tratamientos psicológicos para la fibromialgia, entre los que se
16 incluye Mindfulness, son relativamente pequeños pero robustos y comparables a los
17 reportados con otros tratamientos de dolor y medicamentos utilizados para este
18 trastorno⁵⁶.

21 Dolor lumbar crónico:

22 El MBSR se asocia con mejoría a corto plazo sobre la intensidad del dolor y el
23 funcionamiento físico⁵⁷. También existen pruebas limitadas de que MBSR puede mejorar
24 la aceptación del dolor⁵⁸.

27 Enfermedades crónicas:

28 En estas personas, la participación en un programa MBSR proporciona un mejor manejo
29 de los síntomas, una mejor calidad de vida y bienestar, y mejores resultados de salud^{59,60}.
30 Además, se ha encontrado que en enfermedades somáticas crónicas tiene pequeños
31 efectos sobre la depresión, la ansiedad y la angustia psicológica asociadas⁶¹. Las MBI
32 mediante eHealth también son eficaces en estos trastornos^{62,63}.

36 Diabetes:

37 Aunque existen artículos de revisión^{64,65}, son pocos los que poseen buena calidad
38 metodológica⁶⁶. Mindfulness puede ser visto como una intervención preventiva y
39 complementaria en la Diabetes (tipos I y II), en particular para el alivio de los síntomas
40 relacionados con la depresión y la ansiedad en los pacientes diabéticos, como también en
41 la gestión de otros factores relacionados, incluyendo el comer consciente (*mindful*
42 *eating*), ejercicios físicos y la adherencia al tratamiento.

45 Multimorbilidad:

46 Hasta ahora apenas hay estudios de calidad metodológica adecuados sobre el tema, a
47 pesar de la creciente importancia del mismo⁶⁷. Los resultados son prometedores y parecen
48 indicar que las MBI aumentarían la calidad de vida de los pacientes con multimorbilidad
49 que viven en áreas socialmente necesitadas, y a la vez disminuirían los costes en salud,
50 siendo potencialmente coste-efectivas para personas con estas condiciones.

54 - Mindfulness en profesionales:

55 Hoy en día es una realidad que los profesionales de la salud son un sector de la población
56 sometidos a importantes niveles de estrés laboral debido a las características psicológicas,
57 emocionales y organizacionales inherentes al propio puesto de trabajo⁶⁸. Es por ello que
58 desde hace unos años se están llevando a cabo numerosos estudios en los que se evalúan
59

1 diferentes tipos de intervenciones, específicamente las basadas en Mindfulness, con el fin
2 de disminuir y prevenir la sintomatología patológica, así como para promocionar una
3 mejor calidad de vida en estas personas^{69,70}. La importancia de estas líneas de
4 investigación destacan, tanto por el beneficio de los propios sanitarios, como por el
5 beneficio indirecto que tiene sobre los propios pacientes⁷¹. En relación a estos estudios,
6 las principales variables de interés evaluadas han sido⁷⁰:

7

8 -Salud Mental: estrés percibido, burnout, ansiedad, depresión, bienestar mental, y
9 alteración del humor.

10 -Salud Física: bienestar físico, somatizaciones, frecuencia cardíaca, y presión
11 sanguínea.

12 -Otras: empatía, sentido de coherencia, satisfacción con la vida, satisfacción del
13 paciente, y control atencional.

14

15 Entre todas las variables mencionadas, las que más se han investigado son el estrés y la
16 empatía. En un meta-análisis reciente sobre la efectividad de las MBI para reducir el
17 estrés, donde se recopilaron los estudios realizados con todo tipo de sanitarios, se llegó a
18 la conclusión de que este tipo protocolos son eficaces en la reducción significativa de los
19 niveles de estrés en los profesionales de la salud, y dicha mejora se asocia a un incremento
20 en la satisfacción de los pacientes y en la calidad del cuidado, además de reducir los costes
21 sanitarios⁷²⁻⁷⁴. Sin embargo, los autores también apuntan que estas conclusiones deben
22 seguir apoyándose en más estudios con mayores tamaños muestrales, y procurando
23 aplicar el mismo protocolo, puesto que en cada trabajo se aplicaba una versión del
24 programa distinta, limitando la comparación y generalización de los resultados. Por otro
25 lado, una revisión sistemática publicada en 2016, y que se centró exclusivamente en los
26 efectos del programa MBSR, o programas basados en éste, sobre profesionales de la
27 salud, señaló que este programa de intervención incrementa significativamente el nivel
28 de empatía en estos profesionales, además de producir mejoras en la sintomatología
29 asociada al burnout, estrés, ansiedad y depresión⁷⁰.

30

31 Por otro lado, es evidente que siguen haciendo falta más estudios en relación a la
32 aplicación del Mindfulness en profesionales sanitarios, destacándose, por ejemplo,
33 aquellos sobre la aceptabilidad que éstos tienen hacia este tipo de intervenciones, o sobre
34 el diseño y aplicación de programas abreviados basados en los protocolos estandarizados
35 y evaluando su coste-efectividad. Sin embargo, también es cierto que existe la suficiente
36 evidencia científica sobre sus beneficios como para recomendar su inclusión, tanto en el
37 proceso formativo como profesional, dentro de los centros sanitarios.

38

39 **-Implementación en Atención Primaria:**

40 Uno de los principales retos que existe actualmente, dentro del ámbito de la psicoterapia
41 en general y del Mindfulness específicamente, es encontrar la manera de transferir el
42 conocimiento que se está generando a través de la investigación científica al sistema
43 sanitario público⁷⁵. La realidad es, que a pesar de que la aplicación de las MBI sobre
44 diferentes condiciones, tanto físicas como psicológicas, no es algo reciente, y de que su
45 eficacia ha sido demostrada en diferentes patologías concretas⁷⁶, prácticamente ningún
46 país cuenta a día de hoy con un sistema sanitario capaz de ofrecer este tipo de programas
47 a la población. El caso más esperanzador, es el observable en el Reino Unido(UK);
48 actualmente es el país que más está invirtiendo, tanto en términos de financiación como
49 en capacitación de recursos humanos, para integrar este tipo de protocolos en su sistema
50

1 de salud⁷⁷. De hecho, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)
2 recomienda el programa MBCT como tratamiento de primera elección, para las personas
3 con antecedentes de depresión y en riesgo de sufrir una recaída⁷⁸, aunque todavía no se
4 ha sistematizado en todo el país⁷⁷.

5 En un estudio reciente llevado a cabo en UK, se evaluaron cuáles son los componentes
6 clave en la implementación exitosa de MBCT en su sistema sanitario, así como las
7 principales barreras y/u obstáculos que dificultan dicho proceso. Los resultados obtenidos
8 mostraron que el principal elemento facilitador es el desarrollo y establecimiento de un
9 plan estratégico liderado por los propios organismos responsables o centros. La
10 implicación de los agentes gestores favorece el interés de los profesionales por formarse
11 en este tipo de intervenciones y, por ende, un mayor entendimiento de cómo funcionan y
12 qué beneficios tienen, así como su motivación para ofrecerlos a sus pacientes. También
13 supone el establecimiento de espacios apropiados para organizar los grupos de
14 intervención, además de una adecuada estructura administrativa de apoyo en cada centro
15 de salud⁷⁷. Por otro lado, el segundo factor clave para la inclusión de los programas
16 basados en Mindfulness en los sistemas de salud, es probarlos primero en los
17 profesionales e incluso establecer programas específicos para ellos; de esta manera se
18 reducen los prejuicios que puedan existir por su parte hacia estas intervenciones⁷⁷. En
19 cuanto a las barreras y obstáculos existentes se destacaron: el hecho de que los propios
20 profesionales de la salud no tienen el conocimiento suficiente sobre las MBI, lo cual es
21 consecuencia, de la ausencia de recursos dirigidos a su formación y supervisión; la
22 ausencia de planes estratégicos que incluyan MBCT como alternativa terapéutica; falta
23 de espacios habilitados para la realización de las sesiones; la dificultad de integrar
24 sistemáticamente un programa de 8 sesiones con las demás obligaciones de los
25 profesionales; y la compleja naturaleza de este tipo de protocolos^{75,77}.

26 Teniendo en cuenta esta situación, existen grupos de investigación que están llevando a
27 cabo estudios en los que se analiza el coste-efectividad de estas intervenciones, de manera
28 que se pueda evaluar el beneficio potencial, ya no solo de carácter clínico, sino
29 económico, que podría obtenerse con la instauración de estos protocolos en los sistemas
30 públicos de salud, principalmente debido a la disminución en el consumo de fármacos y
31 de la reducción del número de visitas que los pacientes realizan a los diferentes
32 servicios⁷⁸⁻⁸¹. Y por otro lado, se están desarrollando, de un tiempo a esta parte y en
33 relación con el punto anterior (coste-efectividad), proyectos sobre la adaptación,
34 aplicación y evaluación de los programas tradicionales y estandarizados (MBCT, MBSR,
35 MBRP), o basados en estos, a través de la aplicación de las Tecnologías de la Información
36 y la Comunicación (TICs), y dirigidos a diferentes patologías, cuyo objetivo final es
37 conseguir poner al alcance de toda la población que lo necesite dichos protocolos, sin que
38 suponga un sobre esfuerzo para los profesionales sanitarios, y logrando, al menos, el
39 mismo impacto clínico que los tratamientos habituales^{63,81-84}.

40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 Conclusiones

51 Las MBI presentan ventajas respecto a otras intervenciones que actualmente son
52 consideradas de primera elección en diferentes patologías. Destacan por su sencillez,
53 brevedad y por su flexibilidad a la hora de adaptarse al tipo de paciente; además, la
54 investigación científica apunta que ese tipo de enfoques terapéuticos son coste-efectivos.
55 En cuanto a su aplicación, se pueden implementar tanto a nivel individual como grupal,
56 mostrando eficacia en el tratamiento tanto de enfermedades físicas como mentales. Del
57 mismo modo, favorece el incremento de la calidad de vida tanto en población clínica
58 como en la general. De igual modo, las MBI presentan ventajas en el coste-efectividad
59 ya que su aplicación reduce el consumo de fármacos y las visitas a los profesionales
60 sanitarios, lo que resulta en un ahorro económico para el sistema sanitario. Del mismo
61 modo, las MBI promueven la salud mental y física, lo que resulta en una mejor calidad de
62 vida para las personas que las reciben. Además, las MBI promueven la resiliencia y
63 la resiliencia emocional, lo que resulta en una mejor salud mental y física. Del mismo
64 modo, las MBI promueven la salud mental y física, lo que resulta en una mejor calidad de
65 vida para las personas que las reciben.

1 como sana, siendo potencialmente útil como estrategia de prevención. Respecto a su
2 aplicación en los profesionales de la salud, Mindfulness es una herramienta útil para
3 afrontar los riesgos inherentes a estos puestos de trabajo. Donde más se ha investigado su
4 eficacia ha sido en la reducción del estrés y sintomatología asociada. Sin embargo, sigue
5 siendo un reto la implementación sistemática de las MBI en el Sistema Sanitario Público.
6
7
8

Agradecimientos

9 ABS y AMB agradecen al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (España) por sus
10 becas predoctorales en el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS) de
11 Zaragoza.
12
13

Financiación

14 Agradecemos al Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS) y al Instituto Aragonés
15 de Ciencias de la Salud (IACS). El proyecto recibió fondos de la Red de Prevención y
16 Promoción de la Salud en Atención Primaria (RD12/0005/0001) del Instituto de Salud
17 Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad de España y fue cofinanciado
18 con el Fondo Europeo de Desarrollo Regional FEDER de la Unión Europea. “*Una
19 manera de hacer Europa*”.
20
21
22

Conflictos de intereses

23 Los autores declaran que la investigación se realizó en ausencia de relaciones comerciales
24 o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.
25
26
27
28
29
30
31
32

Bibliografía

1. Germer CK. (2005) Midnfulness. What is it? What does it matter? En: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, editores. *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press; 2005. p. 3-27.
2. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing; New York; 1990.
3. Grossman P, Nieman L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 35-43.
4. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness- based cognitive therapy for depression—A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
5. Baer RA. Mindfulness training as clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10: 125–143.
6. Witkiewitz K, Marlatt GA. Walker DD. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005; 19: 211-228.
7. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician’s Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2010.
8. García-Campayo J. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 2008; 40(7): 363-366.

1 9. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Wampold BE, Kearney DJ, Simpson TL.
2 Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review.
3 Clin Psychol Rev 2017; doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011

4 10. Malinowski P, Moore AW, Mead BR, Gruber T. Mindful Aging: The Effects of
5 Regular Brief Mindfulness Practice on Electrophysiological Markers of Cognitive
6 and Affective Processing in Older Adults. Mindfulness 2017; 8: 78–94.

7 11. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based
8 therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting
9 and Clinical Psychology 2010; 78: 169–83.

10 12. D'Silva S, Poscablo C, Habousha R, Kogan M, Kligler B. Mind-body medicine
11 therapies for a range of depression severity: a systematic review. Psychosomatics
12 2012; 53: 407.

13 13. Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating
14 current evidence and informing future research. Journal of consulting and clinical
15 psychology (Vol. 75). H.F. Coelho, Complementary Medicine, Peninsula College
16 of Medicine and Dentistry, Universities of Exeter and Plymouth, Exeter, United
17 Kingdom, 2007. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.1000>

18 14. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric
19 disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2011; 187

20 15. Franca RD, Milbourn B. A meta-analysis of Mindfulness Based Interventions
21 (MBIs) show that MBIs are effective in reducing acute symptoms of depression
22 but not anxiety. Australian Occupational Therapy Journal 2015; 62.

23 16. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K., ... Teasdale
24 JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent
25 depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2008; 76.

26 17. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress
27 reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of
28 randomized controlled trials. Acta Psychiatrica Scandinavica 2011; 124: 102–19.

29 18. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions
30 for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder:
31 A meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS ONE 2014; 9.

32 19. Kishita N, Takei Y, Stewart I. A meta-analysis of third wave mindfulness- based
33 cognitive behavioral therapies for older people. International Journal of Geriatric
34 Psychiatry 2016; doi.org/10.1002/gps.4621

35 20. Vollestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based
36 interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis 2012;
37 51

38 21. Pascoe MC, Thompson DR, Jenkins ZM, Ski CF. Mindfulness mediates the
39 physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. Journal of
40 Psychiatric Research 2017; 95: 156.

41 22. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A Systematic Review of
42 Mindfulness and Acceptance-Based Treatments for Social Anxiety Disorder.
43 Journal of Clinical Psychology 2014; 71.

44 23. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. (2014). Acceptance
45 and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical
46 review. Journal of Anxiety Disorders 2014; 28: 612.

47 24. Banks K, Newman E, Saleem J. An Overview of the Research on Mindfulness-
48 Based Interventions for Treating Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: A
49 Systematic Review. Journal of Clinical Psychology 2015; 71: 935.

50 25. Karyadi KA, VanderVeen JD, Cyders MA. A meta-analysis of the relationship

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

1 between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and Alcohol*
2 *Dependence* 2014; 143: 1.

3 26. Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R, Marlatt A. Mindfulness
4 Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Substance Abuse*
5 2009; 30: 266–294.

6 27. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment
7 for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of*
8 *Substance Abuse Treatment* 2017; 75: 62.

9 28. Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, Hempel S.
10 Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A
11 Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine* 2017; 11:
12 386.

13 29. Carim-Todd L, Mitchell SH, Oken BS. Mind-body practices: An alternative,
14 drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature.
15 *Drug and Alcohol Dependence* 2013; 132.

16 30. Maglione MA, Maher AR, Ewing B, Colaiaco B, Newberry S, Kandrack R., ...
17 Hempel S. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A
18 systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors* 2017; 69: 27.

19 31. Van Gordon W, Shonin E, Dunn TJ, Garcia Campayo J, Denarzo M, Griffiths
20 MD. Meditation Awaenness Training for the treatment of workaholism: a
21 controlled trial. *J Behav Addict* 2017; 6: 212-20.

22 32. Gong H, Ni CX, Liu YZ, Zhang Y, Su WJ, Lian YJ, ... Jiang CL. Mindfulness
23 meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal*
24 *of Psychosomatic Research* 2016; 89: 1–6.

25 33. Winbush NY, Gross CR, Kreitzer MJ. The effects of mindfulness-based stress
26 reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore.(NY)* 2007; 3.

27 34. Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of
28 Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*
29 2013; 8.

30 35. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A
31 randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus
32 unrestricted services for health anxiety (hypocondriasis). *J Consult Clin Psychol*
33 2012; 80: 817-28.

34 36. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness
35 meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss:
36 A systematic review. *Eating Behaviors* 2014; 15.

37 37. Godfrey KM, Gallo L C, Afari N. (2015). Mindfulness-based interventions for
38 binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral*
39 *Medicine* 2015; 38: 348.

40 38. Ruffault A, Czernichow S, Hagger MS, Ferrand M, Erichot N, Carette C, ...
41 Flahault C. The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related
42 behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-
43 analysis. *Obes Res Clin Pract* 2017; 11: 90–111.

44 39. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Mindfulness
45 training for weight loss in obese adults: a review of the clinical evidence and
46 guidelines. *Health Technology Assessment (HTA) Database*, 2012.
47 <http://doi.org/32012000648>

48 40. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based
49 interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical
50 and psychological health outcomes. *Obesity Reviews : An Official Journal of the*

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

International Association for the Study of Obesity 2016;18: 51.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65

41. Lyzwinski LN, Caffery L, Bambling M, Edirippulige S. A Systematic Review of Electronic Mindfulness-Based Therapeutic Interventions for Weight, Weight-Related Behaviors, and Psychological Stress. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association* 2017. <http://doi.org/10.1089/tmj.2017.0117>
42. García Campayo J, Morillo H, López A, Demarzo M. Mndful eating. Barcelona: Siglantana, 2017.
43. Aucoin M, Lalonde-Parsi M., Cooley K. Mindfulness-based therapies in the treatment of functional gastrointestinal disorders: A Meta-analysis Evidence-based. *Complementary and Alternative Medicine*, 2014, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/140724>
44. Woltz PC, Chapa DW, Friedmann E, Son H, Akintade B, Thomas SA. Effects of interventions on depression in heart failure: a systematic review. *Heart & lung : the journal of critical care* (Vol. 41), 2012.
45. Metin ZG, Ejem D, Dionne-Odom JN, Turkman Y, Salvador C, Pamboukian S, Bakitas M. Mind-Body Interventions for Individuals with Heart Failure: a Systematic Review of Randomized Trials. *Journal of Cardiac Failure* 2017; doi.org/10.1016/j.cardfail.2017.09.008
46. Jackson W, Kulich R, Malacarne A, Lapidow A, Vranceanu A. Physical functioning and mindfulness based interventions in chronic pain: a systematic review. *The Journal of Pain* 2017; 497.
47. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do Mindfulness-Based Interventions Reduce Pain Intensity? A Critical Review of the Literature. *Pain Medicine* 2013; 14: 230–242.
48. Ball EF, Sharizan ENSM, Franklin G, Rogoziaska E. Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 2017; doi.org/10.1097/GCO.0000000000000417
49. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, ... Maglione MA. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 2016; 51: 199.
50. Kohut SA, Stinson J, Davies-Chalmers C, Ruskin D, Wyk M van. Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2017; 23: 581.
51. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011; 152:533–542.
52. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther* 2016; 45:5-31.
53. Bawa FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, Bond CM. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2015; 65:e387-400.
54. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res* 2010; 68:29-36.
55. Jones KD, Mist SD, Casselberry MA, Ali A, Christopher MS. Fibromyalgia impact and mindfulness characteristics in 4896 people with fibromyalgia. *Explore*

2015; 11: 304–309.

- 1 56. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG.
2 Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010; 151: 280–
3 95.
- 4 57. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-Based
5 Stress Reduction for Treating Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-
6 analysis. *Annals of Internal Medicine* 2017; 166: 799.
- 7 58. Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. (2012). Mindfulness-based stress
8 reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complementary and
9 Alternative Medicine* 2012; Vol. 12.
- 10 59. Merkes M. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases.
11 Australian Journal of Primary Health 2010; 16: 200.
- 12 60. Vibe M de, Bjørndal A, Fattah S, Dyrdal G, Halland EETS. Mindfulness Based
13 Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social
14 Functioning in Adults. *Social Welfare* 2017; 13.
- 15 61. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based
16 stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease:
17 A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68.
- 18 62. Mikolasek M, Berg J, Witt CM, Barth J. Effectiveness of Mindfulness- and
19 Relaxation-Based eHealth Interventions for Patients with Medical Conditions: a
20 Systematic Review and Synthesis. *International Journal of Behavioral Medicine*
21 2017; doi.org/10.1007/s12529-017-9679-7.
- 22 63. Toivonen KI, Zernicke K, Carlson LE. Web-Based Mindfulness Interventions for
23 People With Physical Health Conditions: Systematic Review. *Journal of Medical
24 Internet Research* 2017; 19: 303.
- 25 64. Medina WL, Wilson D, de Salvo VL, Vannucchi B, de Souza EL, Lucena L, Sarto
26 HM, Modrego-Alarcon M, Garcia-Campayo J, Demarzo MM. Effects of
27 Mindfulness on Diabetes Mellitus: rationale and overview. *Curr Diabetes Rev.*
28 2016 Jun 6.
- 29 65. Noordali F, Cumming J, Thompson JL. Effectiveness of Mindfulness-based
30 interventions on physiological and psychological complications in adults with
31 diabetes: A systematic review. *Journal of Health Psychology* 2016; 22: 965.
- 32 66. Haenen S, Nyklíček I, van Son J, Pop V, Pouwer F. Mindfulness facets as
33 differential mediators of short and long-term effects of Mindfulness-Based
34 Cognitive Therapy in diabetes outpatients: Findings from the DiaMind
35 randomized trial. *J Psychosom Res* 2016; 85:44-50.
- 36 67. Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B, Fenwick E, Grieve E, Lawson K, Boyer N,
37 McConnachie A, Lloyd SM, O'Brien R, Watt GC, Wyke S. The CARE Plus study
38 – a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients
39 with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory
40 cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med*
41 2016;22:14:88.
- 42 68. Cebrià-Andreu J. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como
43 problema de salud pública. *Gac Sanit.* 2005;19(6):470.
- 44 69. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix
45 Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en
46 profesionales de atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27(6):521–8.
- 47 70. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of
48 MBSR or MBSR-based interventions in health care providers : A systematic
49 review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complement Ther
50 in Clinical Medicine* 2017; 23(2): 101–10.

1 Med. 2016;24:19–28.

2 71. Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting
3 mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of
4 their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychother
5 Psychosom.* 2007;76(6):332–8.

6 72. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective
7 are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare
8 Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress Heal.*
9 2017;33(1):3–13.

10 73. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ,
11 et al. Association of an educational program in mindful communication with
12 burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA - J Am
13 Med Assoc.* 2009;302(12):1284–93.

14 74. National Health Service Employers Organisation. Guidance on Prevention and
15 Management of Stress At Work. 2014.

16 75. Demarzo MP, Cebolla A, Garcia-Campayo J. The implementation of mindfulness
17 in healthcare systems: A theoretical analysis. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet].
18 2015;37(2):166–71.

19 76. Gotink R, Chu P, Busschbach JJV, Benson H, Fricchione GL, Hunink MGM.
20 Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of
21 Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS One.*
22 2015;10(4):e0124344–e0124344.

23 77. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults:
24 recognition and management. *Clin Guidel | Natl Inst Heal Care Excell.* 2009

25 78. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al.
26 Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy
27 compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of
28 depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial.
29 *Lancet.* 2015;386(9988):63–73.

30 79. Feliu-Soler A, as Cebolla A, McCracken LM, Knapp M, López-Montoyo A,
31 García-Campayo J, et al. Economic Impact of “Third-Wave” Cognitive
32 Behavioral Therapies: A Systematic Review and Quality Assessment of
33 Economic Evaluations in Randomized Controlled Trials Economic Impact of
34 “Third-Wave” Cognitive Behavioral Therapies: A Systematic Review and
35 Quality Assessment of Economic Evaluations in Randomized. *Behav Ther*
36 Control Trials Behav Ther. 2017; Available from:

37 80. van Ravesteijn H, Grutters J, olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C, et
38 al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained
39 symptoms: A cost-effectiveness study. *J Psychosom Res.* 2013;74(3):197–205.

40 81. Roth B, Stanley T. Mindfulness-based stress reduction and healthcare utilization
41 in the inner city: preliminary findings. *Altern Ther Heal Med.* 2002;8(1):64–6.

42 82. Spijkerman MPJ, Pots WTM, Bohlmeijer ET. Effectiveness of online
43 mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-
44 analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2016;45:102–14.

45 83. Ruffault A, Carette C, Lurbe i Puerto K, Juge N, Beauchet A, Benoliel JJ, et al.
46 Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based
47 intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study
48 protocol. *Contemp Clin Trials.* 2016;49:126–33.

49 84. Felder J. Mindful Mood Balance: A Case Report of Web-Based Treatment of
50 Residual Depressive Symptoms. *Perm J.* 2014;18(4):58–62.

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

Tablas

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 1.

Componentes fundamentales del Mindfulness
1. Centrarse en el momento presente: dejar que cada experiencia sea vivida en su momento; no perder la experiencia inmediata en sustitución por lo que tendría que suceder o lo que sucedió y se vivió.
2. Apertura a la experiencia y a los hechos: centrarse en lo que sucede y se siente, frente a su interpretación (que lo verbal no sustituya a lo real).
3. Aceptación radical: no juzgar ni valorar, aceptar la experiencia como tal, también la vivencia de lo desagradable (permite no rechazarlo).
4. Elección de experiencias: se elige de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse.
5. Renuncia al control: no se busca el control directo de reacciones, emociones, sentimientos, etc.

Tabla 2.

Cualidades de la experiencia Mindfulness
No conceptual. Implica prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados.
Centrado en el presente. Mindfulness siempre se produce en y sobre el momento presente.
No valorativo. No puede experimentarse plenamente algo que se desearía que fuera otra cosa.
Intencional. Siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún momento se ha alejado.
Observación participante. No es una observación distanciada o ajena, sino que debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo.
No verbal. La experiencia Mindfulness no tiene referente verbal, sino emocional y sensorial.
Exploratorio. Abierto a la experimentación sensorial y perceptiva.
Liberador. Cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

Tabla 3.

Intervención	Tipo	Duración	Prácticas o técnicas	Objetivos
MBSR	Grupal (máximo 15 personas por instructor)	8 sesiones/semanas (2:30h) + 1 día intensivo o retiro de silencio (8 h) (incluye prácticas diarias de meditación 45 min)	Mindfulness: Body scan, meditación con conciencia de respiración, yoga, caminar consciente, alimentación consciente, meditación sentado (respiración, sonido, sensación, pensamiento, emoción)	Reducir el estrés, el malestar físico, psicológico y la reactividad emocional.
MBCT	Grupal (recom. 15 personas)	Entrevista inicial + 8 sesiones/semanas (2h o 2:30 h) (incluye prácticas diarias de meditación de larga duración 30-45 min)	Habilidades o técnicas cognitivas: Modelo A-B-C, psicoeducación + Mindfulness: Uva pasa, body scan, meditación con conciencia de respiración, hatha yoga, meditación sentado enfocándose en las dificultades, práctica de 3 minutos en la respiración + Registros de actividades + Actividades agradables y de destreza + Detección de señales y planes de acción para la prevención de recaídas	Prevención de recaídas en la depresión. Reducir el estrés, la ansiedad y el bajo estado de ánimo.
MBRP	Grupal (grupos cerrados y continuos; recom. 6-12 participantes)	8 sesiones/semanas (2 h o 2:30 h) (incluye prácticas diarias de meditación)	Habilidades cognitivo-conductuales de PR + Mindfulness: Body scan, uva pasa, meditación de la montaña, surfear los impulsos, zona SOBRIA para respirar,	Consolidar los progresos conseguidos en el tratamiento de pacientes externos con problemas de

			meditación sentado (respiración, sonido, sensación, pensamiento, emoción, <i>metta</i>), caminar consciente, silencio con campanas, movimiento consciente, aceptación	conducta adictiva, y favorecer un estilo de vida responsable en los sujetos en recuperación.
--	--	--	--	--

* MBSR: *Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness*; MBCT: *Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness*; MBRP: *Prevención de recaídas basado en Mindfulness*; Recom.: recomendación; PR: *Prevención de recaídas*.

Preguntas:

1.- ¿Cuál de las siguientes opciones no se corresponde con un componente fundamental del Mindfulness?:

- **Resignación Radical**
- Elección de experiencias
- Renuncia al control
- Apertura a la experiencia y a los hechos
- Centrarse en el presente

El fin del Mindfulness no es la resignación de las experiencias vividas, sino desarrollar una aceptación radical, lo que supone no juzgar ni valorar la vivencia como positiva o negativa, simplemente observarla tal cual es.

2.- ¿Qué cualidad es representativa de la experiencia Mindfulness?

- Conceptual
- Valorativa
- Verbal
- Observación pasiva
- **Intencional**

Según la literatura las cualidades fundamentales de la experiencia Mindfulness son:

No conceptual: Implica prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados; **Centrado en el presente:** Mindfulness siempre se produce en y sobre el momento presente; **No valorativo:** No puede experimentarse plenamente algo

que se desearía que fuera otra cosa; **Intencional:** Siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún momento se ha alejado;

Observación participante: No es una observación distanciada o ajena, sino que debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo; **No verbal:** La experiencia Mindfulness no tiene referente verbal, sino emocional y sensorial; **Exploratorio:** Abierto a la experimentación sensorial y perceptiva; **Liberador:** Cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

3.- El objetivo principal de la Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness es:

- **Prevenir recaídas en la depresión**
- Reducir el estrés
- Reducir la conducta adictiva
- Ser feliz
- Evitar los pensamientos negativos

La Terapia Cognitiva basada en Mindfulness está diseñada para personas en riesgo de sufrir nuevos episodios depresivos. Por ello, su objetivo principal es la prevención de dichas recaídas, modificando la relación de la persona con sus pensamientos.

4.- Originalmente, la Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness, el Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness y el programa de Prevención de recaídas basado en Mindfulness se diseñaron:

- Con una duración de una hora por sesión
- Con un total de 10 sesiones (1 por semana)
- **Para aplicarse en formato grupal**
- Con el objetivo de reducir la sintomatología de la Esquizofrenia
- Para personas con Síndrome de Burnout

Las intervenciones basadas en Mindfulness se diseñaron inicialmente para su aplicación en formato grupal, aunque hoy en día se puede adaptar a formato individual. Por otro lado, la duración de las sesiones, en los programas clásicos, oscila entre las 2 y 2 horas y medias. El número de sesiones, es de 8 (aunque a veces se incluye un retiro y/o una entrevista inicial). Por último, la población a la que iban dirigidos estos programas eran: enfermedades crónicas, personas con antecedentes de depresión, y pacientes externos con problemas de conducta adictiva.

5.- Qué caracteriza a la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness frente al tratamiento farmacológico de la depresión:

- Es menos coste-efectivo
- No se recomienda en casos de comorbilidad
- **Mejora la calidad de vida en los dominios físicos y psicológicos**
- Tiene mayores efectos adversos
- No es tratamiento de elección por la guía NICE

1 La evidencia científica ha demostrado que el MBCT es más eficaz que el tratamiento
2 mantenido con medicación antidepresiva para reducir los síntomas depresivos
3 residuales, la comorbilidad psiquiátrica y para mejorar la calidad de vida en los
4 dominios físicos y psicológicos; todo ello sin que incremente el coste promedio anual.
5 Además, actualmente es considerado como tratamiento de elección, por la guía NICE
6 del Reino Unido, para personas con riesgo de sufrir nuevos episodios depresivos.
7
8
9

10
11 6.- ¿Qué país se caracteriza por ser el que más esfuerzos e inversión está realizando en
12 la implementación del Mindfulness en los servicios Atención Primaria?
13
14

- Estados Unidos
- Australia
- Holanda
- Japón
- **Reino Unido**

22 El Reino Unido es actualmente el país que más está invirtiendo, tanto en términos de
23 financiación como en capacitación de recursos humanos, para integrar este tipo de
24 protocolos en su sistema de salud. De hecho, el Instituto Nacional para la Salud y la
25 Excelencia Clínica (NICE), perteneciente a UKm recomienda el programa MBCT como
26 tratamiento de primera elección, para las personas con antecedentes de depresión y en
27 riesgo de sufrir una recaída, aunque todavía no se ha sistematizado en todo el país.
28
29

32 7.- ¿Cuál es la variable de salud mental que más se ha investigado en cuanto a la
33 aplicación de programas de Mindfulness en profesionales de Atención Primaria se
34 refiere?
35
36

- Depresión
- **Estrés**
- Somatizaciones
- Control atencional
- Satisfacción con la vida

45 En los profesionales sanitarios se ha investigado como variables de diferente tipo (salud
46 mental, salud física, y otras) se comportan tras la aplicación de Mindfulness. Entre estas
47 variables destacan la ansiedad, la depresión, la frecuencia cardíaca, la presión
48 sanguínea, la empatía y la satisfacción de la vida, entre otras. Sin embargo, hasta día de
49 hoy, la que más interés ha suscitado ha sido el estrés.
50
51

53 8.- Señale cuál de los siguientes enunciados referidos a la aplicación de Mindfulness
54 para el tratamiento de conductas adictivas es cierto.
55
56

- Se ha demostrado que Mindfulness es más eficaz que los “grupos para dejar de
57 fumar”
- Reduce la frecuencia del uso indebido de sustancias, pero no la gravedad

1
2
3
4
5
6 • No tiene efectos sobre el craving
7 • Sólo es eficaz para la adicción al tabaco y al alcohol
8 • **Reduce la frecuencia y gravedad del uso indebido de sustancias**

9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Los datos obtenidos en la investigación científica, no permiten concluir que la aplicación de programas de Mindfulness, sea más eficaz que los resultados obtenidos por los tradicionales “grupos para dejar de fumar”, actualmente establecidos en algunos centros de Atención Primaria. Sin embargo, sí que se ha demostrado que tiene efectos positivos sobre la reducción de la intensidad del craving, así como para tratar todo tipo de adicciones. Y por último, reduce tanto la frecuencia como la gravedad del uso indebido de sustancias.