

Trabajo Fin de Grado

Revisión bibliográfica: Decentering y su papel en salud mental, ¿una nueva perspectiva?

A bibliographic review: Decentering and its role in mental health, a new perspective?

Autor

Laura Llovera García

Director/es

Dr. Javier García Campayo

Dr. Daniel Campos Bacas

Facultad de Medicina / Universidad de Zaragoza

2019

ÍNDICE

1.	RESUMEN	2
2.	INTRODUCCIÓN	4
2.1.	<i>DECENTERING</i> O DESCENTRAMIENTO	4
2.2	PROCESOS METACOGNITIVOS DE DESCENTRAMIENTO	5
	METACONCIENCIA.....	5
	DESIDENTIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA INTERNA	5
	REACTIVIDAD REDUCIDA AL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.....	5
2.3	INTERRELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS METACOGNITIVOS	6
2.4	CONSTRUCTOS RELACIONADOS CON DESCENTRAMIENTO: ENLACES CONCEPTUALES Y EMPIRICOS AL MODELO DE PROCESOS METACOGNITIVOS Y SALUD MENTAL	7
	DISTANCIAMIENTO COGNITIVO	7
	MINDFULNESS	8
	YO COMO CONTEXTO	8
2.5	RELACIÓN CON LAS REDES NEURONALES.....	9
3.	OBJETIVOS	13
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	13
4.2	Estrategia de búsqueda.....	13
4.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	13
5.	RESULTADOS	14
5.1.	Resultados bibliográficos	14
5.2.	Resultados de estudios de intervención.....	14
5.2.1.	Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse	15
5.2.2.	Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression	18
5.2.3.	Boundary conditions and buffering effects: Does depressive symptomology moderate the effectiveness of distanced-analysis for facilitating adaptive self-reflection?.....	18
5.2.4.	The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review	21
5.2.5.	Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression.....	25
5.2.6.	Treatment specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse	27
6.	DISCUSIÓN.....	28
7.	CONCLUSIÓN	30
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	32
9.	ANEXOS	34

1. RESUMEN

Introducción: Descentramiento o *decentering* es el fenómeno mental integrado por la metac conciencia, la reactividad reducida al contenido del pensamiento y la desidentificación de la experiencia interna; tres procesos metacognitivos interrelacionados que permiten analizar los pensamientos como sucesos en la mente en lugar de reflejos de la realidad externa o de uno mismo.

Los avances en neuroimagen han permitido avanzar en la comprensión de la activación de las regiones cerebrales y su asociación con las distintas redes neuronales.

Objetivos: realizar una revisión bibliográfica acerca de descentramiento y su papel en salud mental, ahondando en su origen y características, así como en sus procesos metacognitivos subyacentes.

Material y métodos: realizar una estrategia de búsqueda basada tres bases de datos para conocer la situación bibliográfica de descentramiento y seleccionar aquellos artículos que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

Resultados: La capacidad de descentramiento puede ser mejorada a través de la terapia cognitivo conductual y la terapia cognitiva basada en la atención plena; por tanto, personas entrenadas en mindfulness, pueden cambiar las vías de las redes neuronales que controlan el proceso autorreferencial del yo, al adoptar una postura de autodistanciamiento tras analizar memorias autobiográficas negativas, activando así las estructuras cerebrales de la red lateralizada. A este respecto, se vio la relación entre el enfoque experiencial o autorreferencial y una mayor participación de dicha red; presentado en este trabajo a través de seis artículos de intervención junto con un informe neuroconductual del razonamiento y mecanismos mediante los cuales los tratamientos imbuidos de la práctica de mindfulness podrían mejorar estas condiciones con el incremento de descentramiento.

Conclusión: salud mental y descentramiento están íntimamente relacionados, siendo este último un factor clave en la mejoría clínica de trastornos del estado de ánimo, en el seno de intervenciones basadas en mindfulness, al contribuir en los procesos reguladores emocionales y de atención implicados en salud mental.

Palabras clave: decentering, defusión cognitiva, distanciamiento cognitivo, desidentificación, metac conciencia, metacognición, mindfulness, yo como contexto, perspectiva de autodistanciamiento, salud mental

ABSTRACT

Introduction: Decentering is the mental process integrated by meta-awareness, reduced reactivity to thought content and disidentification from internal experience; three interrelated metacognitive processes that allow to analyse thoughts as events in the mind instead of reflections of external reality or oneself

Advances in neuroimaging have made progress in understanding the activation of brain regions and their association with different neural networks.

Objectives: to develop a bibliographic review about decentering and its role in mental health, delving into its origin and characteristics as well as it underlying its metacognitive processes.

Material and methods: to perform a search strategy based on three databases to know the bibliographic situation of decentering and select those articles that meet the established inclusion criteria.

Results: The ability of decentering can be improved through Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, promoting the analysis from internal experiences with detachment. This means that people trained in mindfulness can change the neural network pathways that control the self-referential processing, by adopting a self-distance posture after analyzing negative autobiographical memories; in this way, the cerebral structures of the lateralized network are activated. In the regard, relationship between self-referential processing and greater participation of said network was demonstrated. This is introduced in this assignment through six intervention articles with a neurobehavioural report of the reasoning and the mechanisms through which the treatments of the practice of mindfulness could improve these conditions with the increase in decentering.

Conclusion: mental health and decentering are closely related as decentering is a key factor in mental health, in the heart of interventions based on mindfulness, as it contributes to regulate the emotional and attentional processes implicated in mental balance

Key words: decentering, cognitive defusion, cognitive distancing, disidentification, meta-awareness, metacognition, mindfulness, self-as-context, self-distanced perspective, mental health

2. INTRODUCCIÓN

2.1. *DECENTERING* O DESCENTRAMIENTO

Decentering o descentramiento es la capacidad de observar los pensamientos y sensaciones propias de manera alejada, como sucesos temporales de la mente sin que sean necesariamente verdaderos; es decir, como eventos mentales transitorios que no conforman el reflejo de uno mismo (1). Es “la capacidad para dar un paso atrás ante la experiencia inmediata” (3), cambiando así la naturaleza misma de dicha experiencia; permitiéndole a uno mismo distraerse de los pensamientos y por tanto, verlos como sucesos en la mente en lugar de reflejos de la realidad externa o de uno mismo (1-3).

Varios constructos similares hacen referencia al mismo proceso: “defusión cognitiva o desliteralización” (4), “descentramiento (*decentering*)” (3), “conciencia metacognitiva” (5), “metacognición” (6) o “repercepción (*reperceiving*)” (7). En este trabajo se hará referencia a este proceso con el término *decentering* o descentramiento.

Fresco (1) conceptualiza la capacidad de descentramiento como “necesaria para el funcionamiento cognitivo, psicológico y social saludable planteando qué incrementos en la capacidad de descentramiento constituirían la base de una respuesta más duradera al tratamiento”. Este autor propone que descentramiento se compone de tres procesos metacognitivos, que se describirán más adelante, los cuales reflejan un fenómeno mental común y son: metaconciencia, la desidentificación de la experiencia interna y una reactividad reducida a los contenidos del pensamiento (1).

La capacidad de descentramiento puede ser mejorada a través de la terapia cognitivo conductual y la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (2,5,8), promoviendo una estrategia con la cual los pensamientos se integran únicamente como productos de la mente y no como realidades. De esta forma se adopta una postura objetiva en la que los pensamientos no son una verdad inmutable, lo cual permitirá abordarlos desde una perspectiva de desapego.

Estos resultados apoyan la idea de la estrecha relación existente entre salud mental y descentramiento, pudiendo ser este un proceso mediador en el efecto de las intervenciones basadas en *mindfulness* o conciencia metacognitiva (1,2).

2.2 PROCESOS METACOGNITIVOS DE DESCENTRAMIENTO

Tal y como se ha mencionado anteriormente, descentramiento se compone de metac conciencia, desidentificación de la experiencia interna y reactividad reducida a los contenidos del pensamiento. A continuación se van a describir estos tres procesos metacognitivos.

METACONCIENCIA

Es la conciencia de la experiencia subjetiva que conlleva un procesamiento de la información observando desde fuera la propia experiencia inmediata, como si de un observador/a imparcial se tratase, resultando en una menor reactividad al contenido del pensamiento; concretamente en la medida en que se experimentan e interpretan los pensamientos y sentimientos negativos, puesto que resultarán diferentes consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales, en comparación con interpretaciones como “yo” o como “realidad” (5). En consecuencia, este nivel “meta” de conciencia, se distingue de la conciencia de los contenidos de los pensamientos sin una conciencia simultánea del proceso de pensamiento (9).

Por ejemplo, una persona puede decirse *no sirvo para nada, todo me sale mal*, y tomar conciencia del contenido de su pensamiento; o bien, desarrollar la metac conciencia al darse cuenta del proceso de su pensamiento autocrítico y decirse a sí mismo *estoy llevando a cabo un juicio de valor autocrítico*.

DESIDENTIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA INTERNA

Es la experiencia de los estados internos como algo separado de uno mismo, es decir, una perspectiva “en tercera persona” (10).

Por ejemplo, ante una situación de pánico, una persona puede identificarse plenamente con dicha experiencia negativa o bien, analizarla conscientemente como un sentimiento ajeno a uno mismo. La diferencia que esto conlleva con el fenómeno de despersonalización, es que en este último, el individuo no es consciente, a diferencia de la desidentificación de la experiencia interna donde se analiza la situación de manera plenamente consciente.

REACTIVIDAD REDUCIDA AL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Son los efectos reducidos del contenido del pensamiento de otros procesos mentales como por ejemplo atención, emoción, elaboración cognitiva, planificación motora o motivación (1).

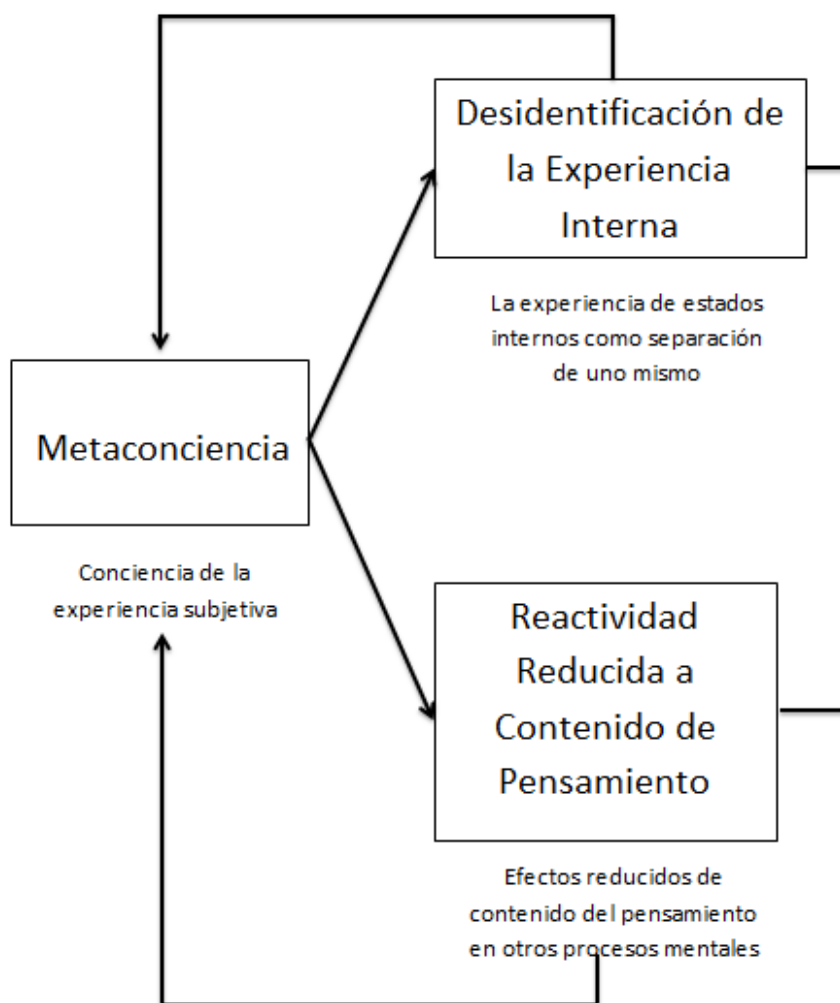
Por ejemplo, ante una mayor reactividad reducida al contenido del pensamiento, al pensar *soy fea*, puede no desencadenarse un juicio autocrítico ni sentimientos de culpa, asco o vergüenza. Esto ocurre al no haber una identificación con el contenido del pensamiento, por tanto, las respuestas fisiológica, psicológica y conductual se ven reducidas, en comparación a identificar este pensamiento como la propia realidad.

2.3 INTERRELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS METACOGNITIVOS

Metaconciencia, desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida al contenido del pensamiento conforman el fenómeno mental de descentramiento; por ello es importante conocer las interrelaciones entre los tres procesos metacognitivos.

En primer lugar, se propone que la desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida al contenido del pensamiento son iniciados por la metaconciencia, como se puede observar en la figura 1 (1). En concreto, la metaconciencia ocasionaría la desidentificación de la experiencia interna debido a que el acto de observar la experiencia subjetiva crea una distinción entre el yo o conciencia de la observación, y la experiencia subjetiva observada (1,7).

Figura 1. Modelo de procesos metacognitivos de descentramiento



Por otra parte, se teoriza que la metaconciencia origina la reactividad reducida al contenido del pensamiento al dirigir la atención a presentar experiencias concretas, más que el contenido del pensamiento y sus representaciones mentales relacionadas (11).

Además, cuando la metaconciencia se dirige hacia el proceso del pensamiento, el contenido del este mismo puede interpretarse como definiciones de experiencias presentes, pasadas o futuras y por tanto, no necesariamente como representaciones exactas de esas situaciones; con lo cual, el contenido del pensamiento ya no es una norma vinculante, reduciéndose así su impacto en otros procesos mentales tales como la emoción, planificación motora y la motivación (4).

En tercer lugar, se teoriza que la desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida al contenido del pensamiento se retroalimentan a la vez que refuerzan metaconciencia, como se puede observar en la figura 1 (1).

Por ejemplo, la reactividad reducida al contenido del pensamiento negativo (*me enfado tanto cada vez que le veo*) puede reducir la reactividad emocional a ese contenido del pensamiento (por ejemplo la rabia), además de reducir la identificación con esas emociones (por ejemplo, *un sentimiento de desagrado y enemistad* en lugar de *estoy enfadado*). Asimismo, la desidentificación de los pensamientos puede llevar a interpretarlos con una menor gradación e importancia para un mismo y con ello disminuir la reactividad de una persona a su contenido. Por ejemplo, plantearse *esto es solo un pensamiento* en lugar de *creo que...*

La desidentificación de la experiencia interna crea una distinción experiencial entre el “yo observador” y la experiencia subjetiva (aversiva). Se teoriza (7,12) que esta distinción promueve la tolerancia a una experiencia interna aversiva, facilitándose así la capacidad de mantener la metaconciencia de estos estados. Al enfrentarnos a pensamientos negativos tras evaluar una experiencia (por ejemplo, *es peligroso sentir ansiedad*), la reactividad reducida al contenido del pensamiento también puede promover la capacidad de mantener la metaconciencia de esta experiencia, disminuyendo la tendencia reactiva a orientar la atención lejos de ella.

2.4 CONSTRUCTOS RELACIONADOS CON DESCENTRAMIENTO: ENLACES CONCEPTUALES Y EMPÍRICOS AL MODELO DE PROCESOS METACOGNITIVOS Y SALUD MENTAL

A continuación, se hace una revisión de los enlaces conceptuales y empíricos al modelo de procesos metacognitivos y a salud mental, presentados por orden de relevancia según el modelo de procesos metacognitivos propuesto.

DISTANCIAMIENTO COGNITIVO

Autores como Beck et al. (1) conceptualizan distanciamiento cognitivo como un pilar fundamental para reflexionar de manera adaptativa y lidiar con las cogniciones disfuncionales. De modo similar a la reactividad reducida al contenido del pensamiento, se disminuyen los efectos de los conocimientos de mala adaptación al crear una distancia mental entre la experiencia interna y el yo.

Por tanto, el distanciamiento cognitivo se entiende como descentramiento a nivel cognitivo, ya que refleja los tres procesos metacognitivos propuestos y toma distancia de los pensamientos, facilitando así la capacidad de observarlos como eventos psicológicos y, por tanto, de interactuar con ellos de una forma más adaptativa.

Aunque los autores lo presenten como términos diferentes, ambos son análogos. Del mismo modo ocurre con el concepto defusión cognitiva, el cual es interpretado como sinónimo de descentramiento por algunos autores como Bernstein et al. (1) sin hacer distinción alguna entre ambos conceptos; mientras que para otros Hayes et al. (4), es un componente integrante del fenómeno mental de descentramiento. Esto refleja diferencias en cuanto a los procesos metacognitivos que mide; tal y como se puede observar en la tabla 1 donde la defusión cognitiva, para Hayes et al. (4), no contempla metaconciencia a diferencia del distanciamiento cognitivo que sí lo hace.

Lo mismo ocurre con el concepto de modo metacognitivo y atención distante, teorizados por Wells et al. (1), los cuales son análogos de descentramiento aunque presentados como concepciones distintas.

Esto no ha de ser motivo de confusión puesto que, pese a ser presentados como conceptos diferentes por diversos autores, hacen referencia al mismo proceso mental (descentramiento) por el cual se reducen los efectos automáticos del contenido del pensamiento verbal en el comportamiento; de manera que otras fuentes de regulación de la conducta pueden participar mejor en el momento, permitiendo analizar las experiencias internas por lo que son en lugar de por lo que anuncian, desde una postura de distancia psicológica (1).

MINDFULNESS

Mindfulness se traduce como atención plena, como aquel proceso que brinda una cierta calidad de atención a cada momento de las experiencias. *Mindfulness* es la conciencia centrada en el presente, donde cada pensamiento, sentimiento o experiencia que surge es aceptado y reconocido tal y como es. De este modo, las sensaciones del cuerpo y los movimientos se utilizan como principales anclas en la práctica de la atención en ejercicios tales como la atención plena de la respiración, exploración del cuerpo, meditación o movimientos conscientes que representan más del 70% de las prácticas formales de terapias cognitivas basadas en mindfulness (MBCT, por sus siglas en inglés) y reducción del estrés basado en la atención (MBSR, por sus siglas en inglés) (13,14).

Autores como Carmody et al. (8), proponen descentramiento y atención plena como un solo constructo.

Sin embargo, definir así atención plena puede llevar a confusión, puesto que, si bien es cierto que implica el proceso de metaconciencia generando una desidentificación de la experiencia interna y reactividad reducida al contenido del pensamiento, no es lo mismo que estos procesos metacognitivos (15). Para autores como Lau et al. (16), Gecht et al. (17), Hofmann et al. (18), *mindfulness* incorpora el proceso mental de descentramiento, presentándolos como conceptos separables pero estrechamente relacionados.

YO COMO CONTEXTO

El “yo como contexto” es una perspectiva en la que el “yo se sostiene como fondo o contexto de lo que una persona tiene” (4). Hayes et al. (4) se refirieron al yo como contexto como un objetivo terapéutico de la terapia de aceptación y compromiso conceptualizándolo como una perspectiva que permite a una persona separar sus experiencias internas. Con respecto al modelo de procesos metacognitivos de descentramiento propuesto, el yo como contexto

refleja la desidentificación de la experiencia interna, pero también se caracteriza por una identificación concomitante con la conciencia o la conciencia misma.

A continuación, en la tabla 1 (1) se muestra un resumen de los procesos metacognitivos que constituyen el fenómeno mental de descentramiento y la relación que tienen con él y sus constructos.

Tabla 1. Relación de descentramiento y sus constructos, con los procesos metacognitivos

	Procesos Metacognitivos		
	Metaconciencia	Desidentificación de la experiencia interna	Reactividad reducida al contenido de pensamiento
Descentramiento (Safran y Segal, 1990)	x	x	x
Distanciamiento cognitivo (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979)	x	x	x
Modo metacognitivo (Wells, 2000)	x	x	x
Atención distante (Wells, 2005)	x	x	x
La atención plena (Bishop et al., 2004)	x		
Defusión cognitiva (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999)		x	x
Yo como contexto (Hayes et al., 2012)		x	

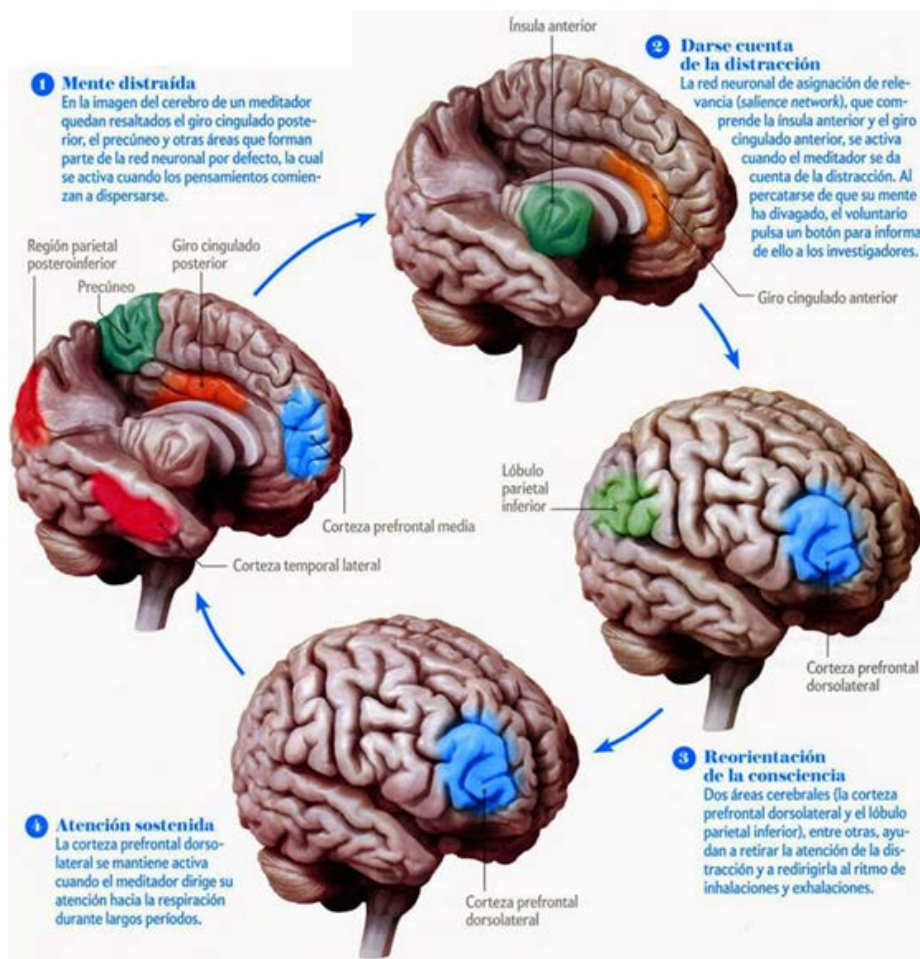
2.5 RELACIÓN CON LAS REDES NEURONALES

Los trastornos del estado de ánimo como trastorno de depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada, entre otros, son muy prevalentes y a menudo concomitantes entre sí. Se caracterizan por un sufrimiento interno prolongado, siendo con frecuencia refractarios al tratamiento. En este trabajo, se vincula la presentación clínica de diversos trastornos del estado de ánimo a las interrupciones conocidas o hipotetizadas de las redes neuronales que subyacen a la emoción, cognición y el comportamiento orientado hacia el objetivo; ofreciendo un informe neuroconductual de cómo y por qué los tratamientos imbuidos de la práctica de mindfulness podrían mejorar estas condiciones mediante el incremento de descentramiento.

Se conoce como red neuronal a aquella agrupación en capas de las neuronas. En una red neuronal, estas están conectadas mediante sinapsis mediante la cual se determina el comportamiento de dicha red (19,20).

Los avances en neuroimagen han permitido entender mejor lo que sucede en el cerebro durante la práctica de mindfulness, como se puede observar en la figura 2 (20) presentada a continuación.

Figura 2. Ciclo de sucesos durante la meditación mindfulness y la correspondiente activación cerebral específica



Siguiendo con esto, se proponen en distintos artículos científicos (19-23) los tres tipos de redes neuronales que controlan nuestros pensamientos, representados en la figura 3 (24) presentada a continuación.

Figura 3. Tipos de redes neuronales y la activación cerebral correspondiente



RED DE MODO POR DEFECTO

RED DE ATENCIÓN

RED DE CONTROL EJECUTIVO

La red de modo por defecto se activa cuando una persona está mentalmente relajada sin realizar ninguna tarea; lo que se conoce coloquialmente como “soñar despierto”. La red de control ejecutivo se activa cuando los pensamientos están más activos ya que estamos centrando nuestra atención en una tarea concreta, como por ejemplo un problema de matemáticas.

Por último, la red de atención hace de puente entre las otras dos. Es la que participa en la detección de estímulos sensoriales y los dirige principalmente al sistema límbico; por ejemplo tras ver una foto con cierta similitud a una ex pareja en una marquesina de autobús, esto evocará recuerdos acerca de esta persona.

Estudios de neuroimagen (20,22,23) centrados en la metaconciencia de la mente errante de meditadores, vieron la relación que tenía con la actividad de la ínsula anterior y la corteza cingulada anterodorsal; áreas asociadas con las regiones cerebrales de la red de atención, que pueden ser clave para respaldar la metaconciencia. La corteza cingulada anterior permite la atención ejecutiva, detectando la presencia de conflictos que surgen de flujos incompatibles de procesamiento de información.

Durante la meditación, cuando los sucesos externos o los recuerdos entran en conflicto con los objetivos de la tarea, la activación de la corteza cingulada anterior puede contribuir al mantenimiento de la atención, ya que alerta a los sistemas que implementan una regulación descendente para resolver este conflicto. Por tanto, la corteza cingulada anterior facilita el control cognitivo.

Por el contrario, durante la mente errante sin metaconciencia, se vio la activación de la corteza prefrontal medial, la corteza cingulada posterior, el precúneo, la corteza parieto-temporal posterior y el giro parahipocampal de la red de modo por defecto. La corteza prefrontal medial ha demostrado ser compatible con una serie de capacidades relacionadas con el yo, incluida la memoria para los rasgos propios o el autoconocimiento. La corteza cingulada posterior y el precúneo son particularmente importantes para la integración de estímulos autorreferenciales en el contexto emocional y autobiográfico de la propia persona. Estas regiones se superponen con las áreas del cerebro implicadas en el procesamiento autorreferencial; es decir, el proceso de asociar estímulos exteroceptivos, interoceptivos y mentales con el propio yo.

Esto se puede aplicar no solo a la falta de metaconciencia sino también a la identificación de la experiencia interna, la cual se caracteriza por asociaciones neuronales de la experiencia interna con el propio yo y, por lo tanto, por vincularse a la activación de la red de modo por defecto; es decir, a las estructuras corticales de la línea media que sirven para el procesamiento autorreferencial.

Esto se puede ver en trastornos de ansiedad generalizada y de depresión mayor, donde se observa una hiperactividad e hiperconectividad del sistema nervioso con un aumento de la actividad y conectividad de la red de modo por defecto, lo cual probablemente subyace a un aumento de la ansiedad somática y preocupación (19,21).

Para entender bien la conectividad de la red coordinada entre las tres redes neuronales y las regiones cerebrales que muestran una mayor actividad según la experiencia en meditación, se propone el estudio de Farb et al (25), quienes exploraron el sustrato neuronal en el contexto de una intervención basada en mindfulness desde un enfoque experiencial y otro narrativo.

Estos autores definieron el enfoque experiencial o autorreferencial como un modo consciente y centrado en el presente, estrechamente relacionado con el proceso metacognitivo de la metaconciencia del modelo propuesto. Por contra, definieron el enfoque narrativo como la

elaboración cognitiva de sucesos mentales, disminuyendo así la capacidad de atención centrada en el momento presente y hacia otros sucesos sensoriales temporalmente proximales.

Una vez presentados los objetivos del estudio, vieron qué zonas del cerebro controlaban tales pensamientos al comparar meditadores expertos con principiantes de la meditación, mientras se les hacía una resonancia magnética en tiempo real, tanto durante el enfoque experiencial como durante el narrativo. Mientras se les leía una serie de adjetivos –por ejemplo *nostalgia*, *melancolía*, *etc-*, se les preguntaba qué recuerdo les evocaba, dejándose llevar por él. Aquí por tanto, se les pedía un enfoque narrativo y veían qué partes del cerebro se iluminaban en la resonancia. Posteriormente, se les hacían preguntas concretas para que describieran únicamente los pensamientos y sentimientos que tenían en ese preciso instante, sin ningún propósito ni objetivo. Por tanto, aquí se les pedía un enfoque experiencial centrado en el aquí y el ahora. Igual que antes, se les hacía una resonancia magnética a tiempo real para ver qué regiones cerebrales se iluminaban.

Tanto los principiantes en meditación como los meditadores expertos, recibieron un curso con técnicas de relajación y meditación durante unas semanas. Una vez finalizado, se les volvió a hacer una resonancia durante el enfoque narrativo y experiencial, para así comparar con los resultados anteriormente obtenidos.

Tras este curso se vio, sobre todo en meditadores expertos, una asociación entre el enfoque experiencial y una mayor activación de la red lateralizada que comprende la corteza prefrontal ventral y dorsolateral, la ínsula derecha, área somatosensorial secundaria y el lóbulo parietal inferior; una red que, por lo tanto, podría servir para la metaconciencia. El enfoque experiencial se relacionó también con una menor actividad de la línea media del cerebro (la corteza prefrontal medial, la corteza cingulada posterior y el precúneo), asociada con el procesamiento autorreferencial. Esto sugiere por tanto, que este patrón de activación podría estar vinculado a la desidentificación de la experiencia interna.

Los análisis de conectividad funcional revelaron un acoplamiento entre la ínsula derecha y la corteza prefrontal ventromedial durante el enfoque experiencial en principiantes en meditación, el cual se desacopló en el grupo de meditadores expertos de *mindfulness*. Se propone que este desacoplamiento entre las regiones de la corteza prefrontal ventromedial, que apoya las representaciones cognitivo-afectivas del yo, y la ínsula derecha, que soporta las señales viscerosomáticas, puede estar vinculado a la desidentificación de la experiencia interna, especialmente, a las sensaciones corporales.

Esto implica que los patrones de activación en el grupo de intervención de meditadores *mindfulness*, apoya un análisis más objetivo y desapegado de los sucesos sensoriales intero y exteroceptivos, en lugar de su valor autorreferencial afectivo o subjetivo.

3. OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca de descentramiento y su papel en salud mental. Para ello, se especifican dos objetivos concretos:

- En primer lugar, describir la naturaleza y características de descentramiento y su relación con los procesos subyacentes metacognitivos en salud mental: metaconciencia, desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida ante los contenidos del pensamiento.
- En segundo lugar, realizar una revisión crítica de la literatura teórica y empírica de los constructos relacionados con descentramiento y su papel en salud mental.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda inicial para conocer la situación bibliográfica sobre este tema se ha realizado en tres bases de datos: PubMed, Trip y ScienceDirect. En todas ellas se han introducido las mismas palabras clave: “decentering”, “mindfulness”, “mental health”.

En PubMed y en Trip se han obtenido un total de 15 y 11 artículos respectivamente. En ScienceDirect, un total de 208 artículos, por lo que la búsqueda fue acotada con las palabras clave “decentering”, “mindfulness”, “mental health”, “metacognition”, “meta-awareness”, obteniéndose así 30 artículos.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión de los artículos en este trabajo se basan en que incluyan las interrelaciones teorizadas entre metaconciencia, desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida al contenido del pensamiento; que presenten las vías a través de las cuales estos procesos metacognitivos contribuyen a salud mental; y el papel saludable teórico de estos procesos como mecanismos de acción en las intervenciones basadas en mindfulness.

Uno de los criterios de inclusión esperable sería la selección de artículos con una antigüedad inferior a 5 o 10 años, pero una de las limitaciones de esta revisión es la falta de investigación acerca de descentramiento, así como la carencia de artículos con adecuada evidencia, por lo que se incluyen artículos desde el 2002 en adelante, a excepción de dos artículos (3,14) del año 1990 de donde se han extraídos los conceptos originarios de descentramiento y mindfulness respectivamente.

Los criterios de exclusión descartan todos aquellos estudios carentes de adecuado nivel de evidencia, es decir, carentes de una fuerza de asociación nivel A como los estudios observacionales (de cohortes y casos-control), descriptivos (ecológicos, transversales y series de casos) y opiniones basadas en experiencias clínicas así como informes de comités de ética.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS BIBLIOGRÁFICOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica y para ello, se especifican en primer lugar las bases de datos utilizadas y los artículos encontrados.

Tras la búsqueda en PubMed y Trip, de un total de 15 y 11 artículos respectivamente, sólo 10 de ellos en PubMed y 3 en Trip, se correspondían verdaderamente con el tema de la revisión, siendo el resto de artículos no relevantes para el trabajo, por lo que fueron descartados. Tras acotar la búsqueda en ScienceDirect se redujo el total de artículos a 30, de los cuales, fueron incluidos en este trabajo 11.

De los 11 artículos encontrados en ScienceDirect, tras analizar la bibliografía de cada uno de los mismos, se ha extraído el artículo *Perspectives on psychological ciencia del artículo A neurobehavioral account for decentering as the salve for the distressed mind*, encontrado este último en Science Direc. Del artículo *Assessing Decentering: Validation, Psychometric Properties, and Clinical Usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish Sample*, encontrado también en ScienceDirect, se ha extraído *How Does Mindfulness Work? Exploring a Theoretical Model Using Samples of Meditators and Non-meditators*, por ser relevantes y necesarios para la realización de este trabajo.

De los 10 artículos encontrados en PubMed afines al tema de esta revisión, destaca el artículo *Decentering and Related Constructs: A Critical Review and Metacognitive Processes Model*, por ser uno de los ejes principales de este trabajo. De este, se han extraído los principales estudios de intervención mostrados en el apartado de resultados como el metaanálisis *The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review*, el ensayo clínico aleatorizado acerca del autodistanciamiento *Boundary conditions and buffering effects: Does depressive symptomology moderate the effectiveness of distanced-analysis for facilitating adaptive self-reflection?*; así como los ensayos clínicos aleatorizados que comparan diferencias terapéuticas en busca de una mejoría centrada en descentramiento y salud mental, como son *Treatment Specific Changes in Decentering Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Antidepressant Medication or Placebo for Prevention of Depressive Relapse* y *Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression*, así como sus análisis secundarios *Antidepressant Monotherapy versus Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression* y *Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse*, respectivamente.

5.2. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

A continuación se presentan seis artículos de intervención los cuales constan de un metaanálisis, 3 ensayos clínicos aleatorizados y 2 análisis secundarios. De estos cinco últimos, 4 comparan la eficacia y diferencia terapéutica tras recibir antidepresivos, placebo o MBCT como profilaxis de recaídas depresivas, y el cambio resultante en descentramiento. El quinto ECA versa sobre los cambios en la reactividad emocional tras adoptar diferentes autoperspectivas a la hora de analizar las experiencias internas. El metaanálisis recoge diversos estudios de los

que se analiza el efecto de MBCT en la mejoría clínica ansiosa y depresiva, tanto en población con trastornos de salud mental como con condiciones médicas crónicas.

5.2.1. COGNITIVE REACTIVITY TO SAD MOOD PROVOCATION AND THE PREDICTION OF DEPRESSIVE RELAPSE

El primer estudio de intervención que se presenta es un ECA de Zindel et al. (26) del año 2006. El objetivo de este fue examinar si los cambios relacionados con el estado de ánimo en el pensamiento disfuncional predecían la recaída en pacientes en remisión clínica que habían estado deprimidos previamente.

De un total de 484 pacientes, tras los criterios de exclusión, se seleccionaron 301 pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor de 18 a 65 años los cuales participaron en la fase 1 de este estudio; y, 99 pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor ya en remisión clínica, de 18 a 65 años, participaron en la fase 2.

Los criterios de exclusión se basaban en:

- Tener establecido un diagnóstico de trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad.
- Haber recibido una sesión de TEC (terapia electroconvulsiva) en los últimos seis meses previos.
- Obtener una puntuación <12 puntos en EHD-17 (Escala de Hamilton para la Depresión).
- Abuso de sustancias.

En las tablas 3 y 4 recogidas en el apartado de anexos se muestran las características clínicodemográficas de los pacientes que completaron el tratamiento y los que abandonaron; así como de aquellos que completaron el tratamiento, organizados por grupo de tratamiento tras la provocación del estado de ánimo disfórico, respectivamente.

En la primera fase del estudio, los pacientes fueron asignados al azar para recibir tratamiento antidepressivo (N=149) o terapia cognitiva conductual (N=152), consiguiendo una tasa de remisión del 71% con los antidepressivos y del 61% con terapia cognitiva conductual (TCC).

Aquellos que recibieron TCC asistieron a 20 sesiones individuales una vez por semana. Los que recibieron antidepressivos (sertralina, paroxetina o venlafaxina) estuvieron en tratamiento durante 6 meses y fueron controlados por un psiquiatra a lo largo de 10-13 sesiones. Si no respondían tras el primer antidepressivo, se probaba con un segundo y si seguía sin haber ningún tipo de mejoría clínica, se les excluía del estudio.

En la segunda fase del estudio se les hacía escuchar un fragmento musical melancólico (“Russia under the Mongolian Yoke” de la película Alexander Nevsky) a la par que recordaban un recuerdo triste. Posteriormente, fueron observados con evaluaciones clínicas regulares durante 18 meses.

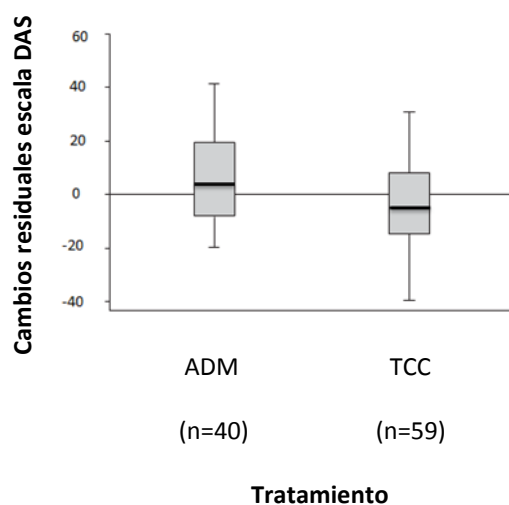
Esta combinación de elementos musicales junto con un estado de ánimo afligido tras pensar en un recuerdo autobiográfico negativo, es eficaz para provocar estados de ánimo disfóricos.

Los pacientes depresivos en remisión clínica que presentaron mayores cogniciones disfuncionales a medida que tenían un empeoramiento clínico, tenían un riesgo significativamente mayor de recaída durante los 18 meses posteriores. Si bien los pacientes podían haber logrado la remisión –bien mediante tratamiento psicológico o farmacológico-, el riesgo de recaída indexado por la reactividad cognitiva no se modificó diferencialmente ni por la TCC ni el ADM. Aquellos pacientes con incrementos marcados en la reactividad cognitiva, tuvieron tasas de adaptación significativamente menores que aquellos cuyos estilos de pensamiento mostraron un cambio mínimo o una disminución marcada.

Además, la reactividad cognitiva contribuyó a la predicción de recaídas, incluso después de controlar el número pasado de episodios depresivos pasados de los pacientes, que es el predictor clínico más sólido de recaída hasta la fecha. En relación a esta, los cambios en el pensamiento disfuncional tras la provocación del estado de ánimo disfórico, difirieron significativamente según si los pacientes lograron la remisión a través de antidepresivos o TCC.

Los pacientes que recibieron antidepresivos mostraron aumentos en la reactividad cognitiva (4.06), mientras que los pacientes remitidos a través de TCC mostraron descensos (-2.76) como se puede observar en la figura 4 (26).

Figura 4. Cambio residual (por diferencia de tratamiento) en la escala DAS asociada con la provocación del estado de ánimo disfórico

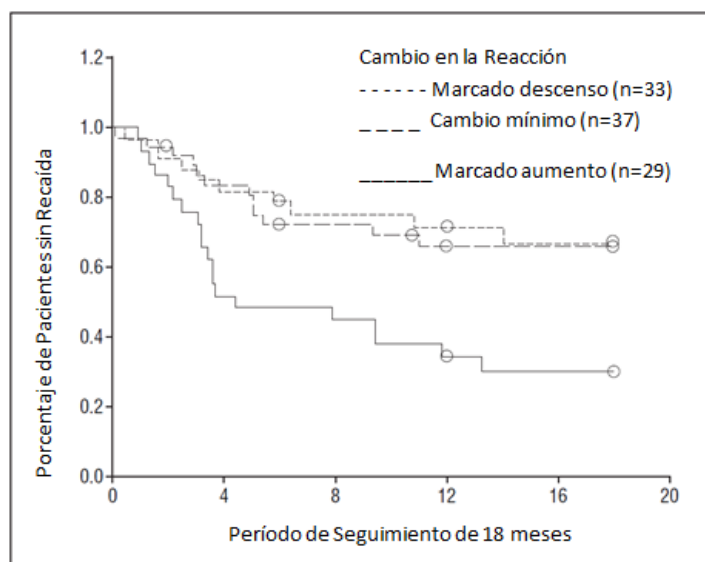


Nota: ADM = tratamiento antidepresivo; TCC = terapia cognitivo conductual; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales

Para examinar la relación entre la reactividad cognitiva evaluada en el post-tratamiento y el tiempo de supervivencia prospectivo durante 18 meses, se utilizó el modelo regresión de Cox para evaluar el riesgo. Este modelo resultó ser significativo ($p=0.008$) lo que indica que los pacientes en remisión que mostraron reactividad cognitiva, tenían un mayor riesgo de recaída clínica. La tasa de recaída no difirió significativamente entre el tratamiento antidepresivo y las condiciones de tratamiento de la TCC acumuladas a lo largo de los 18 meses.

Tras clasificar la reactividad cognitiva en 3 categorías: pacientes con aumentos marcados cuyas puntuaciones aumentaron en 8 o más puntos; pacientes con cambio mínimo cuyas calificaciones cambiaron dentro del rango de 7 a 7 y pico y pacientes con marcadas disminuciones cuyos puntajes disminuyeron en 8 o más puntos, como se puede observar en la figura 5 (26).

Figura 5. Proporción acumulada de supervivencia en remitentes clínicos representados según tres niveles de reactividad cognitiva



Se puede observar cómo las curvas muestran diferencias significativas en la supervivencia según el nivel de reactividad cognitiva exhibida ($p=0.002$). Las pruebas de log-rank revelaron que los pacientes con marcados aumentos en la reactividad cognitiva tenían tasas de recaída significativamente más altas (69%) que aquellos que mostraron una reactividad cognitiva mínima (30%) ($p=0.005$) o disminuciones marcadas asociadas con provocación del humor (32%) ($p=0.003$).

Repitiendo estos análisis dentro de aquellos pacientes que recibieron antidepresivos o TCC, se obtuvieron diferencias significativas en las tasas de supervivencia para pacientes tratados con TCC ($p=0.049$) y diferencias marginalmente significativas para aquellos tratados con antidepresivos ($p=0.058$).

Al igual que en el análisis anterior, los marcados aumentos en la reactividad cognitiva se asociaron con tasas más altas de recaída en cada condición de tratamiento.

Los estudios previos de reactividad cognitiva se han basado principalmente en estudios transversales para mostrar las diferencias entre pacientes con alto y bajo riesgo de recaída. Este es el primer estudio que relaciona tales diferencias con el pronóstico.

Sin embargo, es importante remarcar las limitaciones que presenta puesto que, la validez de inducir un estado de ánimo disfórico a través de un recuerdo autobiográfico negativo junto con un fragmento musical melancólico, puede diferir de otros métodos que se basan en ver películas tristes o ser rechazados en el entorno social del día a día.

Otra de las limitaciones de este estudio es la diferencia de grupo secundaria a la distinta exposición a la escala DAS, ya que los pacientes que recibieron TCC trabajaron actitudes y estilos de pensamiento capturados por esta escala en algún punto de su tratamiento, pero no hubo tal enfoque para los pacientes que recibieron antidepresivos, quien solo completaron la escala DAS en el pre y post-tratamiento.

5.2.2. RELATIONSHIP OF POSTTREATMENT DECENTERING AND COGNITIVE REACTIVITY TO RELAPSE IN MAJOR DEPRESSION

Este segundo estudio de intervención presentado es un análisis secundario del estudio de Zindel et al. (26), llevado a cabo por Fresco et al. (27) en el año 2007. Se plantearon como primer objetivo investigar la relación de descentramiento, tanto para la recuperación de la depresión mayor como la protección frente a recaídas; y, como segundo objetivo, examinar la relación de descentramiento y la durabilidad de los logros terapéuticos tras la respuesta aguda al tratamiento, ya fuera con antidepresivos o con TCC.

En cuanto al primer objetivo, se vio que las ganancias en descentramiento fueron más pronunciadas entre los respondedores a TCC en comparación con los que habían recibido antidepresivos; además de tener cierta protección frente a recaídas del trastorno depresivo mayor. Por tanto, estos resultados indican que las ganancias en descentramiento demuestran cierta especificidad a la modalidad de tratamiento.

En cuanto al segundo objetivo, se analizó post-tratamiento el nivel de descentramiento y se vio que este, en combinación con una baja reactividad cognitiva, se asoció con una respuesta al tratamiento más duradera, en particular entre los respondedores a TCC.

En la tabla 5, adjuntada en anexos, se recogen las escalas para valorar la sintomatología depresiva así como las medidas cognitivas valoradas en los grupos.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, simplemente destacar el hecho de ser un análisis secundario de otro ensayo.

5.2.3. BOUNDARY CONDITIONS AND BUFFERING EFFECTS: DOES DEPRESSIVE SYMPTOMOLOGY MODERATE THE EFFECTIVENESS OF DISTANCED-ANALYSIS FOR FACILITATING ADAPTIVE SELF-REFLECTION?

En este tercer estudio de intervención se presenta un ECA de Kross et al. (28), del año 2009 donde el objetivo principal fue examinar el efecto de la manipulación de la autoperspectiva en la reactividad emocional en cinco muestras en las que también se recolectaron datos del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (N total con datos BDI=477, edad media=21.74, 53% mujeres). Las características de cada muestra se resumen a continuación en la tabla 6 (28).

Tabla 6. Resumen de las características de la muestra y de la reactividad emocional previa al autodistanciamiento

Resumen de las características de la muestra y el estudio de la investigación previa sobre el autodistanciamiento								
Estudio	Tipo de Experiencia Negativa Recordada	N	Media de Edad (años)	% Mujeres	Reactividad Emocional	Recuento	Reclasificación	Medida de evaluación reactividad emocional
Kross et al., 2005, Estudio 1	Enfado	75	21,12	50,7	1,87 (0,97)	---	---	PANAS (programa de afecto positivo y negativo para el afecto "enfado") 1=NADA, 5=MUCHO
Kross et al. 2005, Estudio 2	Enfado	122	21,41	53,3	4,18 (1,55)	0,63 (0,42)	0,29 (0,41)	INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS TRAS RECUERDO AUTOBIOGRAFICO 1=NADA INTENSO, 7=MUY INTENSO
Ayduk y Kross, 2008	Enfado	82	20,59	56,1	3,55 (1,41)	1,29 (0,65)	0,48 (0,68)	IGUAL QUE EL ESTUDIO 2 DE KROSS ET AL DE 2005
Kross y Ayduk, 2008, Estudio 1	Tristeza	91	23,78	57,1	4,13 (1,56)	1,12 (0,48)	0,30 (0,48)	ESCALA DE AUTOEVALUACION DE MANIKIN (1=MUY BIEN HASTA 9=MUY MAL) → "TRISTES" vs "DEPRIMIDOS" SEGUN RESULTADOS (1=NADA, 5=MUCHO)
Kross y Ayduk, 2008, Estudio 2	Tristeza	107	21,72	56,1	4,24 (1,57)	1,00 (0,52)	0,31 (0,49)	IGUAL QUE EL ESTUDIO 2 DE KROSS & AYDUK

Nota: N se refiere al número de participantes de cada estudio

Todos los estudios utilizaron las mismas instrucciones para manipular la autoperspectiva pero difirieron en su diseño (sesión única, transversal o longitudinal) y las medidas específicas que juzgaron.

Las medidas recogidas con mayor frecuencia en estos estudios fueron el contenido del pensamiento (4/5 estudios) y la reactividad emocional (5/5 estudios), la medida de la cual difirió entre los estudios, como se puede observar en la tabla 6.

La muestra fue lo suficientemente grande como para representar razonablemente a las personas que obtuvieron una puntuación relativamente alta en el BDI, lo cual brinda suficiente poder para hacer inferencias confiables sobre la efectividad del análisis a distancia entre las personas que son particularmente vulnerables a la rumia.

En una primera fase se les hizo recordar a dos de los grupos, una situación relacionada con la ira y a los otros tres, relacionada con la tristeza. Posteriormente, se asignó a los participantes al azar para que adoptaran una postura de autoinmersión (es decir, analizar la experiencia autobiográfica negativa como si ocurriera a través de sus propios ojos) o de autodistanciamiento (es decir, dar un paso atrás y observar la experiencia que les está sucediendo de manera distante) y luego analizar sus sentimientos según la perspectiva adoptada.

En cada muestra, dos jueces ciegos al efecto de la condición (inmersión o distanciamiento), calificaron sus respuestas (0 = nada, 1 = algo, 2 = mucho), siendo óptima la fiabilidad entre observadores (r entre 0.74 y 0.79).

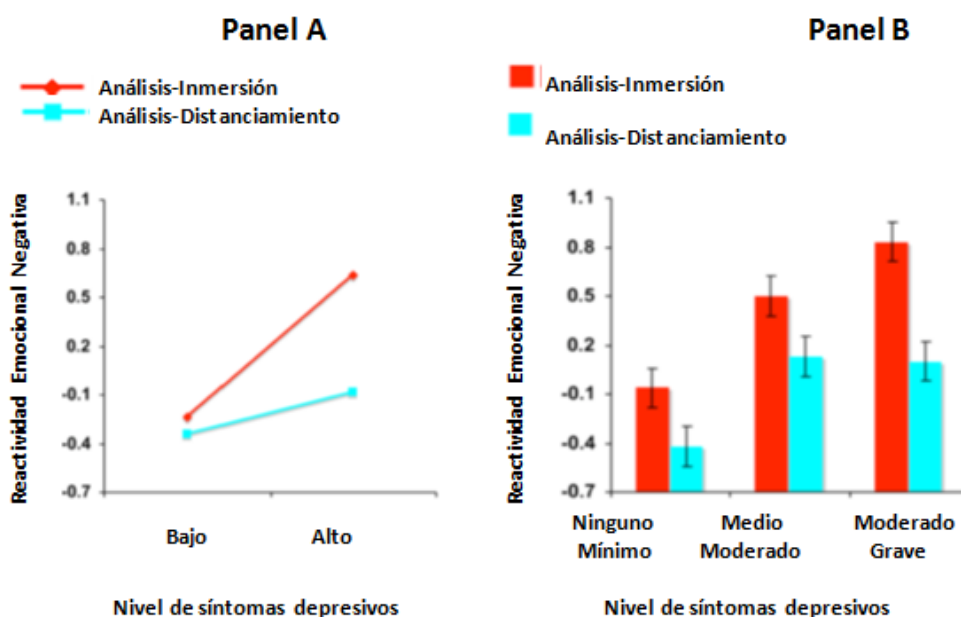
Posteriormente, los participantes completaron el BDI, unos de 21 ítems y otros de 13. Al agrupar los datos de cada muestra, la puntuación media de BDI de 21 ítems fue de 8.18 ($\sigma=6.49$; $n = 279$) y de 5.42 ($\sigma = 4.48$; $n = 198$) con 13 ítems. La principal diferencia de contenido entre ambas es que la versión más corta incluye menos elementos que reflejen síntomas secundarios de depresión, los cuales pueden tener múltiples causas o ser redundantes. Ambas versiones evalúan los niveles de los síntomas de depresión con ítems clasificados en una escala de 0 a 3, con puntuaciones más altas para aquellos que reflejaran más síntomas depresivos, y se correlacionan altamente entre sí.

Si juntamos todas las muestras, se produce un amplio rango de las puntuaciones con aproximadamente el 61% ($n = 291$) de los participantes sin síntomas, el 24% ($n = 113$) informó síntomas leves a moderados, y el 15% de moderados a graves ($n = 73$).

A la hora de obtener resultados, primero se examinó el efecto de la condición (análisis de inmersión = 0 frente a análisis de distancia = 1), los síntomas de depresión y la interacción entre estas variables en cada variable dependiente utilizando los síntomas de depresión como una variable continua en regresión múltiple. Este enfoque se adoptó para maximizar el poder estadístico, ya que las medidas continuas son más sensibles para detectar efectos en comparación con las variables categóricas. Si se observaba un efecto de interacción significativa, se realizaba un análisis de pendiente simple, que, posteriormente era representado en múltiples puntos a lo largo de la línea como viene representado en el panel A de la figura 6.

Además, aunque los análisis estadísticos no se realizaron utilizando los síntomas de la depresión como una variable categórica que refleja la gravedad de los síntomas (es decir, ninguno a mínimo, leve a moderado o moderado a grave), se ilustraron los resultados por separado para cada uno de estos grupos de síntomas en el panel B de la figura 6 para permitir la inferencia clínica.

Figura 6. Relación de la condición de estudio: análisis de inmersión vs al análisis de distanciamiento



Como se ha podido ver en la tabla 6, los síntomas de depresión se correlacionaron positivamente con la reactividad emocional en aquellos que realizaron un análisis de inmersión; a diferencia del grupo de análisis de distanciamiento, en quienes se vio esta asociación atenuada por una menor activación de las estructuras corticales de la línea media (corteza prefrontal medial, la corteza cingulada posterior y el precrúneo), las cuales se asocian con el procesamiento autorreferencial, como ya se ha comentado anteriormente. Se concluye con esto que, incluso las personas que son particularmente vulnerables a la rumiación, es decir, aquellas con mayor puntuación en BDI, pueden analizar sus pensamientos y sentimientos sin verse abrumadas por el efecto negativo al adoptar esta perspectiva de autodistanciamiento.

5.2.4. THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED THERAPY ON ANXIETY AND DEPRESSION: A META-ANALYTIC REVIEW

En este estudio de intervención se presenta un metaanálisis de Hofmann et al. (18), del año 2010, donde se recogen 39 artículos, presentados en la tabla 7 (18) a continuación, con un total de 1140 participantes -con variedad de afecciones, desde trastorno de ansiedad generalizada y depresión a condiciones médicas crónicas como el cáncer, fibromialgia, etc- que recibieron MBCT.

Los criterios de inclusión que debían cumplir los estudios fueron los siguientes:

- 1) Debían incluir una intervención basada en mindfulness.
- 2) Debían incluir una muestra clínica, es decir, que los participantes presentaran un trastorno médico, psicológico o físico diagnosticable.
- 3) La muestra debía ser de adultos entre 18-65 años.
- 4) El programa de mindfulness no hubiera sido realizado junto con la terapia de aceptación y compromiso o la terapia dialéctica de la conducta.
- 5) Debían incluir una medida de los síntomas del estado de ánimo pre y post intervención.
- 6) Debían proporcionar datos suficientes para realizar un análisis del tamaño del efecto (medias, desviación estándar...).

Tabla 7. Descripción de los estudios del metaanálisis

Estudio	Año	Trastorno Primario Dirigido por Intervención	Número de Sesiones	Intervención de Mindfulness (N)	Condición de Comparación (N)	Tamaño Total de la Muestra	Medidas de Ansiedad	Medidas de Depresión	Puntuación Jada
Barnhofer et al.	2009	Depresión	8	MBCT (14)	Tramienento habitual excluyendo psicoterapia individual (14)	28		BDI-II BSS	3
Bedard et al. & *Bedard et al.	2003 2005	Lesión cerebral traumática	12	Aproximación MBSR (10)	Abandonos usados como controles (3)	13	Subescala de ansiedad SCL-90	BDI-II	1
Bogels et al.	2006	TAS	9	Mindfulness y entrenamiento de concienciación de tareas (9)	Ninguna	9	FNE SCS SFA SPAI subescala de fobia social SPB		
Carlson et al. & *Carlson et al.	2003 2007	Cáncer	8+3h de retiro	MBSR (42)	Ninguna	42	POMS subescala de ansiedad SOSI subescala de ansiedad/miedo	POMS subescala de depresión SOSI subescala de depresión	1
Carlson & Garland	2005	Cáncer	8+3h de retiro	MBSR (63)	Ninguna	63	POMS subescala de ansiedad SOSI subescala de ansiedad/miedo	POMS subescala de depresión	0
Craigie et al.	2008	TAG	9	MBCT (20)	Ninguna	20	BAI DASS21 subescala de ansiedad PSWQ	BDI-II DASS21 subescala de depresión	1
Dobkin	2008	Cáncer de mama	8	MBSR (13)	Ninguna	13		CES-D	0
Evans et al.	2008	TAG	8	MBCT (11)	Ninguna	11	BAI POMS subescala de ansiedad PSWQ	BDI-II	1
*Finucane & Mercer	2006	Depresión Ansiedad	8	MBCT (11)	Ninguna	11	BAI	BDI-II	1
Garland et al.	2007	Cáncer	8+3h de retiro	MBSR (60)	Curando las artes creativas (44)	104	POMS subescala de ansiedad	POMS subescala de depresión	1
Grossman	2007	Fibromialgia	8+3h de retiro	MBSR (39)	Grupo de apoyo socioeducativo con entrenamiento de relajación (13)	52	HADS subescala de ansiedad IPR subescala de ansiedad	HADS subescala de depresión IPR subescala de depresión	
Kabat-Zinn et al.	1992	TAG Ataque de pánico	8+1 día de retiro	MBSR (22)	Ninguna	22	BAI HAM-A MSCL subescala de ansiedad SCL-90 subescala de ansiedad	BDI HAM-D	
Kenny & Williams	2007	TDM Trastorno bipolar (fase depresiva)	8	MBCT (46)	Ninguna	46		BDI	1
Kieviet-Stijnen et al.	2008	Cáncer	8+1 día de retiro	MBSR (47)	Ninguna	47	POMS subescala de ansiedad	POMS subescala de depresión	1
Kim et al.	2009	TAG	8	MBCT (24)	Programa educativo de desórdenes de ansiedad	46	BAI HAM-A SCL-90-R subescala de ansiedad	BDI HAM-D SCL-90-R subescala de depresión	1

Estudio	Año	Trastorno Primario Dirigido por Intervención	Número de Sesiones Tx	Intervención de Concienciación (N)	Condición de Comparación (N)	Tamaño Total de la Muestra	Medidas de Ansiedad	Medidas de Depresión	Puntuación Jada
Kingstont et al.	2007	TDM	8	MBCT (6)	Tratamiento habitual (11)	17		BDI RS	1
Koszycki et al.	2007	TAS	8+1 día de retiro	MBSR (22)	CBGT (18)	40	IPSM LSAS SIAS SPS	BDI-II	2
Kreitzer et al.	2005	Transplante de órgano	8	MBSR (19)	Ninguna	19	STAI subescala de estado de ansiedad	CES-D	1
Kristeller & Hallett	1999	Trastorno alimentario	7	Entrenamiento de meditación concienciación (18)	Ninguna	18	BAI	BDI	1
Lee et al.	2007	TAG Ataque de pánico	8	Gestión del estrés basado en la meditación (21)	Programa educacional (20)	41	HAM-A SCL-90 subescala de ansiedad	BDI HAM-D SCL-90-R subescala de depresión	2
Lengacher et al.	2009	Cáncer de mama	6	MBSR (40)	Cuidado habitual (42)	82	STAI	CES-D	2
Lush et al.	2009	Fibromialgia	8	MBSR (24)	Ninguna	24	BAI	BDI	1
Moustgaard	2005	Apoplejía	9	MBCT adaptado (23)	Ninguna	23	BAI HADS subescala de ansiedad	BDI-II HADS subescala de depresión	1
Pradhan et al.	2007	Artritis	8	MBSR (31)	Lista de espera	63	SCL-90R subesla de ansiedad	SCL-90R subescala de depresión	3
Ramel et al.	2004	Trastornos del estado de ánimo (actuales o de por vida)	8+medio día retirada	MBSR (11)	Lista de espera (11)	22	STAI	BDI DAS	1
Ree & Craigie	2007	Ansiedad, Estado de ánimo (muestra heterogénea)	8	MBCT (23)	Ninguna	23	DASS subescala de ansiedad	RSQ subescala de reflexión BDI	1
Reibel et al.	2001	Diagnósticos médicos heterogéneos	8+1-día retirada	MBSR (103)	Ninguna	103	SCL-90-R subescala de ansiedad	SCL-90-R subescala de depresión	1
Rosenzweig et al.	2007	Diabetes	8+1-día retirada	MBSR (11)	Ninguna	11	SCL-90-R subescala de ansiedad	SCL-90-R subescala de depresión	1
Rosenzweig et al.	2009	Dolor crónico	8+1-día retirada	MBSR (99)	Ninguna	99	SCL-90-R subescala de ansiedad	SCL-90-R subescala de depresión	1
Sagula & Rice	2004	Dolor crónico	8	Programa de meditación mindfulness(39)	Lista de espera o asistencia médica (18)	57	STAI	BDI-Formato Corto	1
Schulte	2007	Hipotiroidismo	8	MBCT (8)	Ninguna	8	STAI	BDI-II	1
Sephton et al.	2007	Fibromialgia	8+1-día retirada	MBSR (51)	Lista de espera (39)	90		BDI	3

Estudio	Año	Trastorno Primario Dirigido por Intervención	Número de Sesiones Tx	Intervención de Concienciación (N)	Condición de Comparación (N)	Tamaño Total de la Muestra	Medidas de Ansiedad	Medidas de Depresión	Puntuación Jadad
Specia et al. & *Carlson et al.	2000 2001	Cáncer	7	MBSR (53)	Lista de espera (37)	90	POMS subescala de ansiedad SOSI subescala de miedo/ansiedad	POMS subescala de depresión SOSI subescala de depresión	3
Surawy et al.	2005	Síndrome de fatiga crónica							
Estudio 1			8	Entrenamiento de mindfulness basado en MBSR y MBCT (9)	Lista de espera (8)	17	HADS subescala de ansiedad	HADS subescala de depresión	2
Estudio 2			8	Entrenamiento de mindfulness basado en MBSR y MBCT (10)	Ninguna	10	HADS subescala de ansiedad	HADS subescala de depresión	1
Estudio 3			8	Entrenamiento de mindfulness basado en MBSR y MBCT (9)	Ninguna	9	HADS subescala de ansiedad	HADS subescala de depresión	1
Tacon et al.	2003	Enfermedad del corazón	8	MBSR (9)	Lista de espera (9)	18	STAI subescala del estado de ansiedad		2
Tacon et al.	2004	Cáncer de mama	8	MBSR (27)	Ninguna	27	STAI subescala del estado de ansiedad		0
Tacon et al.	2005	Cáncer de mama	8	MBSR (30)	Ninguna	30	STAI subescala del estado de ansiedad		0
Zylowska et al.	2008	TDAH	8	Prácticas de mindfulness para TDAH (24)	Ninguna	24	BAI	BDI	1

TDAH=Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TAG=Trastorno de Ansiedad Generalizada; TDM=Trastorno de Depresión Mayor; TAS=Trastorno de Ansiedad Social; MBCT = Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; MBSR=Reducción del Estrés Basada en Mindfulness; BAI=Inventario de Ansiedad de Beck; BDI=Inventario de Depresión de Beck; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II; BSS=Escala de Beck de Ideación Suicida; CES-D = Centro de Estudios Epidemiológicos de la Escala de Depresión; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales; DASS = Escala de Depresión, Ansiedad, Estrés; DASS21 = Subescala de Depresión, Ansiedad, Estrés (forma corta); FNE = Escala de Miedo a la Evaluación Negativa; HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HAM-A = Escala de calificación de Ansiedad de Hamilton; HAM-D = Escala de Calificación de Depresión de Hamilton; IPR = Inventario de Regulación del Dolor; IPSM = Medida de Sensibilidad Interpersonal; LSAS = Escala de Ansiedad Social de Liebowitz; MSCL = Lista de Verificación de Síntomas Médicos; POMS = Perfil de Estados de Animo; PSWQ = Cuestionario de Preocupación del Estado de ánimo de Penn; RS = Escala de Rumia; RSQ = Cuestionario de Estilo de Respuesta; SCL-90-R = Lista de Verificación de Síntomas de Hopkins revisada; SCS = Escala de Auto Conciencia; SFA = Escala de Atención Autocentrada; SIAS = Escala de Interacción Social; SOSI = Inventario de Síntomas de Estrés; SPAI = Inventario de Ansiedad y Fobia Social; SPB = Escala de creencias Sociales Fóbicas; SPS = Escala de fobia social; STAI = Inventario de Ansiedad de rasgos de estado

Los resultados obtenidos al analizar el tamaño del efecto de la MBCT en la muestra global mostraron que la terapia basada en la atención plena fue moderadamente eficaz para mejorar la ansiedad (Hedges' $g = 0,63$ como se puede observar en la figura 7 adjuntada en anexos) y los síntomas depresivos (Hedges' $g = 0,59$ como se muestra en la figura 8 adjuntada en anexos) desde antes, hasta después del tratamiento en la muestra global. En pacientes con trastorno de ansiedad y depresión, esta intervención fue asociada con tamaños de efecto grandes (Hedges' g) de 0,97 (IC del 95%: 0,72-1,22) y 0,95 (IC del 95%: 0,71-1,18) para mejorar la ansiedad y la depresión, respectivamente. Estos resultados del tamaño del efecto fueron sólidos, pues no se relacionaron con el año de publicación ni el número de sesiones del tratamiento; y, se mantuvieron a lo largo de seguimiento.

En aquellos con patología médica crónica, como por ejemplo el cáncer, pero que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva, MBCT fue moderadamente eficaz (efecto tamaños de 0,67 y 0,53, respectivamente), pero no significativamente mayor que entre aquellos con niveles de ansiedad y depresión relativamente bajos antes del tratamiento (0,53 y 0,50); todo esto reflejado en las tablas 8 y 9 adjuntadas en anexos.

Por tanto, MBCT es una intervención prometedora al mejorar la clínica ansiosa y depresiva en un rango relativamente amplio e incluso cuando estos síntomas están asociados con otros trastornos, como problemas médicos crónicos.

5.2.5. ANTIDEPRESSANT MONOTHERAPY VERSUS SEQUENTIAL PHARMACOTHERAPY AND MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY, OR PLACEBO, FOR RELAPSE PROPHYLAXIS IN RECURRENT DEPRESSION

El presente estudio es un ECA de 2010, llevado a cabo por Segal et al. (29), el cual fue diseñado para probar la eficacia de MBCT frente a tratamiento antidepresivo de mantenimiento y placebo, para la prevención de recaídas en pacientes con depresión recurrente que habían alcanzado una remisión clínica a través de la farmacoterapia antidepresiva.

- Los criterios de inclusión de los pacientes fueron:
 - 1) Diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo con los criterios DSM-IV.
 - 2) Obtener ≥ 16 puntos en la Escala de Hamilton para la Depresión (EHD-17).
 - 3) ≥ 2 episodios previos de trastorno depresivo mayor.
 - 4) Tener entre 18 y 65 años de edad.
 - 5) Habla inglesa y ser capaz para dar el consentimiento informado.
- Los criterios de exclusión fueron:
 - 1) Diagnóstico actual de trastorno bipolar, trastorno por abuso de sustancias, esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad.
 - 2) Haber recibido una sesión de TEC en los últimos seis meses previos.
 - 3) Padecer depresión secundaria a un trastorno médico concurrente.
 - 4) Embarazo actual o previsto en los próximos 6 meses.
 - 5) Practicar meditación más de una vez por semana o yoga más de dos veces por semana.

De un total de 478 pacientes evaluados para el estudio, 112 fueron excluidos, bien por no cumplir criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor o no lograr la puntuación exigida en el EHD-17 y otros 150 cumplían algún criterio de exclusión. Esto dejó una muestra de 216 pacientes elegibles para el tratamiento agudo, de los cuales, 22 se descartaron por razones médicas y 34 rechazaron dar el consentimiento, obteniendo una muestra final de 160 pacientes con edad media al inicio del estudio de 44 años, 58% mujeres y un 20% de grupo étnico minoritario.

Las diferencias en las variables demográficas y clínicas historia basales entre los remitentes clínicos y los pacientes no asignados al azar se muestran en la tabla 10 adjuntada en anexos.

El estudio se llevó a cabo en dos fases. La fase aguda, en la cual los pacientes recibieron tratamiento antidepresivo: citalopram 20mg/día (si intolerancias, sertralina), aumentando la dosis semanalmente hasta conseguir resultados en el paciente o por aparición de efectos adversos (dosis máxima 60mg/día). Una vez llegaron a este punto, los pacientes iniciaron el paso 2 tras 24 horas de lavado después de la disminución progresiva del antidepresivo de la primera parte de la fase aguda de la intervención. En este segundo paso se les administró venlafaxina (si intolerancias, mirtazapina) hasta conseguir una respuesta (EHD-17 < 8 puntos) o por aparición de efectos adversos tras llegar a la dosis máxima (375mg/día).

Esta fase aguda duró 5 meses –tiempo transcurrido desde la remisión inicial y el proceso de aleatorización de la fase de mantenimiento-. Tras este tiempo, el 49% fueron remitentes estables ($EHD-17 \leq 7$) y un 51% inestables ($EHD-17 > 7$) (tabla 11 de anexos). En esta fase aguda se hizo especial hincapié en la importancia de que la calidad de la remisión de la fase aguda influía notablemente en el riesgo posterior de recaídas.

Posteriormente, una fase de mantenimiento donde los pacientes ya llevaban 7 meses desde la remisión inicial (2 meses para cumplir los objetivos de inclusión más 5 de tratamiento antidepresivo de la fase aguda). De los 160 pacientes al inicio de la fase aguda, 50 no llegaron a una remisión clínica, 16 abandonaron el estudio y 10 respondieron clínicamente pero no firmaron el consentimiento informado para la aleatorización; por tanto, se aleatorizaron mediante doble ciego a 84 personas en tres grupos de estudios:

- Antidepresivos de mantenimiento a la dosis máxima eficaz y bien tolerada.
- MBCT: reducción del tratamiento antidepresivo gradualmente durante 4 semanas hasta sustituirlo por placebo junto con 8 sesiones grupales de MBCT de 2h de duración.
- Placebo: tratamiento antidepresivo en pauta descendente hasta sustituirlo por placebo.

Durante la fase de mantenimiento, 18 personas acabaron abandonando el estudio; 7 de las que recibían antidepresivos de mantenimiento, 5 MBCT y 6 placebo.

Una vez aleatorizados, se les siguió durante 18 meses con revisiones guiadas por psiquiatras cada quince días durante las primeras ocho semanas, mensualmente durante los siguientes tres meses y bimestralmente para el resto del seguimiento. Durante este tiempo, la medida principal fue la aparición de recaídas, entendiendo recaída como presentar $EHD-17 \geq 5$ puntos durante 2 semanas consecutivas.

Las posibles diferencias entre los grupos de estudio sobre las variables demográficas y clínicas se realizaron mediante ANOVA para variables continuas y Chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas.

En la tabla 12 se muestra la ausencia de diferencias en las características basales entre los tres grupos, siendo la única excepción un mayor porcentaje de comorbilidad del eje II (del DSM-IV) en MBCT ($p < 0.05$).

Cabe destacar que en el grupo de pacientes donde se necesitaba una intervención continua, bien MBCT o antidepresivos de forma mantenida, ambos fueron igualmente efectivos.

Como se muestra en la figura 9 recogida en anexos, en los remitentes inestables, MBCT redujo el riesgo de una posterior recaída, al igual que los antidepresivos de mantenimiento ($X^2 = 4.55$, $p=0.03$) frente a PLA ($X^2=6.01$, $p=0.01$); sin embargo, no difirieron entre sí en sus efectos protectores ($X^2 = 1,07$, $p=0,93$). Las tasas de recaída ajustadas para cada condición fueron 27% para terapia antidepresiva continua, 28% MBCT y 71% placebo.

Para los remitentes estables, no hubo diferencia entre los tratamientos en las tasas de recaída (ver figura 10 de anexos). MBCT no difiere del placebo ($X^2=0.73$, $p=0.39$) ni tampoco de los antidepresivos de mantenimiento ($X^2=0.47$, $p=0,49$) en la reducción del riesgo de una posible

recaída futura. Las tasas de recaída ajustadas para cada condición fueron del 59% para antidepresivo de mantenimiento, 62% con MBCT y del 50% con placebo.

Por tanto, para aquellos que no quieran o no puedan tolerar el tratamiento antidepresivo de mantenimiento, MBCT ofrece la misma protección contra las recaídas durante 18 meses siendo importante mantener al menos un tratamiento activo a largo plazo en remitentes inestables.

En este estudio hay una serie de limitaciones a considerar, como la falta de diferencia entre el grupo de remitentes estables e inestables con tratamiento antidepresivo a largo plazo y MBCT, lo cual aumenta el riesgo de cometer un error de tipo II, ya que debido a la baja potencia, se puede pasar por alto un efecto importante. Una forma de abordar esto consistiría en calcular el número esperado de eventos de recaída necesarios para replicar los índices de riesgo informados.

Al igual que con cualquier estudio de tratamiento a largo plazo, existe la posibilidad de sesgo a través de la retención diferencial de los pacientes.

5.2.6. TREATMENT SPECIFIC CHANGES IN DECENTERING FOLLOWING MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY VERSUS ANTIDEPRESSANT MEDICATION OR PLACEBO FOR PREVENTION OF DEPRESSIVE RELAPSE

Este estudio de intervención realizado por Bieling et al. (30) en el 2012, se trata de un análisis secundario del ECA de Segal et al. (29) donde se vio que durante la fase aguda del estudio, los pacientes deprimidos que habían recibido antidepresivos, experimentaron una disminución de la subescala EQ-R (EQ-Rumiación) y un aumento de la subescala EQ-W (EQ para valorar experiencias a mayor escala).

Durante la fase de mantenimiento, se observó un aumento de TMS-D (Escala de Mindfulness de Toronto-Descentramiento) ($p < 0.01$) y EQ-W ($p < 0.01$). Además, los cambios en EQ-W ($p < 0.05$) y TMS-Curiosidad ($p < 0.01$) predijeron una menor puntuación en la escala EHD-17 a los 6 meses de seguimiento

Para examinar el cambio en las subescalas EQ y TMS desde el inicio del estudio hasta la aleatorización, en la tabla 13 se recoge la comparativa de las puntuaciones obtenidas en el EQ, TMS y EHD-17 durante la fase aguda del tratamiento, esto es, durante la toma del tratamiento antidepresivo. Se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de la EHD-17 ($p < 0.001$) desde el inicio del estudio con la fase aguda ($\bar{X} = 19.1$, $\sigma = 3.1$) hasta la aleatorización en la fase de mantenimiento ($\bar{X} = 2.8$, $\sigma = 1.8$). Del mismo modo, diferencias significativas fueron encontradas al valorar las puntuaciones de EQ-R ($p < 0.001$), y las puntuaciones de EQ-W ($p < 0.001$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas para el TMS.

En la tabla 14 se recogen los promedios para cada medida, desde la aleatorización hasta las 8 semanas post aleatorización -coincidiendo con el final de las sesiones grupales de MBCT-.

Los resultados reflejan cambios tanto en TMS-D ($p < 0.01$) como en EQ-W ($p < 0.01$); por lo que sí se ven diferencias significativas según el grupo de tratamiento.

Para concluir, matizar ciertas limitaciones importantes a tener en cuenta; como el hecho de ser un análisis secundario y la necesidad ética de volver a tratar a los participantes que tuvieron una recaída.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica acerca del origen y características de descentramiento y sus procesos metacognitivos, así como de su papel en salud mental. Como se puede observar, los resultados sugieren que la terapia basada en la atención plena es una intervención prometedora como posibilidad terapéutica, mejorando los síntomas ansiosos y depresivos en poblaciones clínicas, e incluso cuando estos síntomas están asociados con otros trastornos, como problemas médicos crónicos.

La MBCT está asociada con una reducción general del estrés al alentar a los pacientes a relacionarse de manera diferente con sus síntomas físicos para que, cuando estos ocurran, sus consecuencias sean menos perturbadoras, por lo que es evidente la intervención de MBCT en la prevención de recaídas en pacientes deprimidos y ansiosos, que no toleran o se oponen a la toma de tratamiento antidepressivo a largo plazo –siendo igualmente eficaces la toma de antidepressivos como MBCT-.

Tras la provocación emocional, la reactividad cognitiva puede conferir la vulnerabilidad para recaer en depresión o ansiedad, y es esta la que parece estar relacionada con la reactivación de los estilos de pensamiento depresivos provocados por estados disfóricos temporales. Por ello, con la práctica, los pacientes pueden aprender a oponerse a las tendencias de evitación habituales y a regular el afecto disfórico de manera que respalden la recuperación, puesto que, hablando en términos de actuación frente a esta vulnerabilidad, la MBCT es más eficaz que los antidepressivos.

Tal y como se viene presentando a lo largo de este trabajo, la atención plena es uno de los constructos íntimamente relacionados con descentramiento. MBCT fomenta una mayor capacidad de descentramiento, el cual media los efectos saludables de la práctica de meditación de mindfulness sobre la gravedad de los síntomas depresivos, al ser un mecanismo de protección central contra la creciente proliferación y accesibilidad del contenido negativo relacionado con la autoestima -la cual aumenta el riesgo de recurrencias y cronicidad en la depresión y ansiedad- mediante el procesamiento temporal, distante e impersonal de las experiencias internas. Además, MBCT disminuye la adherencia de los pensamientos rumiantes negativos y el pensamiento depresógeno al tiempo que aumenta la probabilidad de asociaciones positivas.

Otro de los constructos presentados relacionados con descentramiento sobre los que hay evidencia de su papel a la hora de aliviar y prevenir recaídas en la depresión, es la autoperspectiva adoptada por el individuo a la hora de analizar sus memorias autobiográficas negativas, atenuando la reactividad emocional y los síntomas de trastornos del estado del ánimo; dando como resultado una asociación significativamente positiva y diferencial.

El hecho de adoptar una perspectiva de autodistanciamiento lleva a todos los individuos a enfocarse menos en contar su experiencia pasada y más en reconstruirla. Este cambio en la

visión del contenido de las experiencias internas, predice el nivel de reactividad emocional que mostraban.

Tras revisar diversos estudios de intervención, se ve cómo aquellos individuos que adoptaron una perspectiva de autoinmersión al analizar sus pensamientos, obtuvieron una correlación positiva entre la reactividad emocional y los síntomas depresivos como resultado, por la tendencia a magnificar emocionalmente las respuestas; mientras que, dicha correlación fue atenuada en el grupo de individuos que adoptaron una perspectiva de autodistanciamiento, hasta el punto en que los individuos de este grupo con gran sintomatología depresiva, mostraron los mismos niveles -relativamente bajos- de reactividad emocional como aquellos con mínima clínica depresiva del grupo que adoptó una perspectiva de autoinmersión.

El razonamiento de esto se basa en los mecanismos neuronales asociados a la adopción de una perspectiva de distancia psicológica tras analizar memorias autobiográficas negativas en comparación con la perspectiva de autoinmersión. Diversos estudios (1,19,21,25) analizaron cómo al adoptar una postura de autodistanciamiento, la activación de las estructuras corticales de la línea media -asociadas con el procesamiento autorreferencial- fue menor; mientras que hubo una mayor participación de la red lateral derecha; sobre todo en meditadores expertos.

Esto implica que, personas entrenadas en mindfulness, pueden cambiar las vías de las redes que controlan esa autorreferencia del yo. Hecho muy interesante, puesto que si una persona con experiencia en meditación puede cambiar estas vías, ¿qué podría pasar en un paciente con daño cerebral? La evidencia actual indica solo un pequeño efecto terapéutico para atenuar la depresión posterior a lesiones cerebrales traumáticas. Es por esto por lo que existe una importante necesidad de ECA adicionales que incluyan una comparación entre una intervención y un control que replique el efecto de la atención prestada a los participantes durante un tratamiento activo (31-33).

Por tanto, una menor activación en estas áreas neuronales en respuesta a la manipulación del contenido del pensamiento, puede ser un sustrato neuronal importante de la reactividad reducida al contenido del pensamiento, proceso metacognitivo fundamental de descentramiento, al igual que la desidentificación de la experiencia interna -la cual se vincula a salud mental-, tal y como queda reflejado al adoptar una perspectiva de autodistanciamiento. En conjunto, estos hallazgos reflejan un aumento en la actividad basal del sistema nervioso incluyendo la corteza cingulada anterior y dorsal y la ínsula, incrementándose así la conectividad estructural de la sustancia blanca en la corteza cingulada anterior dorsal.

Las intervenciones basadas en mindfulness también conducen a cambios duraderos en la red de control ejecutivo y la red de atención, que posiblemente subyacen a una mayor capacidad para la metaconciencia y desconexión de pensamientos internos espontáneos como la rumiación, malestar o preocupación; además de cambios de atención hacia el momento presente, es decir, hacia el aquí y el ahora.

Por el contrario, en aquellos que no practican mindfulness, se vio reflejado en las pruebas de neuroimagen (20,22,23), como ya se ha comentado anteriormente, una disminución de la conectividad en la actividad de la red de modo por defecto; con disminuciones aún más

pronunciadas en esta red tras realizar prácticas de meditación y entre meditadores expertos; lo cual refleja los efectos neuroconductuales que posee mindfulness. Estudios recientes (19) acerca de aumentos vinculados a mindfulness en la conectividad duradera entre la red de control y la red por defecto, podrían estar relacionados con cambios en el control ejecutivo en mindfulness.

Como ya se ha comentado, los meditadores presentan una mayor activación de la corteza cingulada anterior, lo que sugiere un efecto de la meditación. Esto tiene enormes ventajas, puesto que la corteza cingulada anterior permite la atención ejecutiva, detectando la presencia de conflictos que surgen de flujos incompatibles del procesamiento de información. Por ello, el fortalecimiento de la regulación de la atención junto con el ejercicio de la corteza cingulada anterior, a través de la práctica de mindfulness, puede ser especialmente prometedor para el tratamiento de trastornos psiquiátricos como el déficit de atención por hiperactividad o trastornos bipolares por ejemplo.

Por último, comentar las limitaciones metodológicas de esta revisión acerca de descentramiento, no sólo por la limitación de escalas para medirlo sino también por el número relativamente limitado de herramientas para medir y estudiar la desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida al contenido del pensamiento, en contraste con el número creciente de herramientas para medir y estudiar la metaconciencia.

Es importante tener en cuenta que los ensayos clínicos presentados a lo largo de este trabajo presentan limitaciones, puesto que al ser de nivel de evidencia A y tener gran fuerza de recomendación, presentan problemas éticos que marcan los límites de las intervenciones, ya que aquellas personas que empeoran deben ser retiradas del estudio y tratadas individualmente acorde a sus necesidades; o bien, tras ver una diferencia notoria en cuanto a resultados terapéuticos al comparar grupos de tratamiento, debe proporcionarse dicha intervención al resto de grupos.

7. CONCLUSIÓN

En el fenómeno mental de descentramiento, los procesos metacognitivos de desidentificación de la experiencia interna y la reactividad reducida al contenido del pensamiento, son iniciados por la metaconciencia. Esto supone que, al dirigirse la metaconciencia hacia el proceso del pensamiento, su contenido se interprete como definiciones de vivencias pasadas, actuales o venideras y no necesariamente como imágenes exactas de esas situaciones, con lo cual, el contenido del pensamiento ya no es un principio impuesto a seguir.

La capacidad de descentramiento puede ser mejorada a través de la terapia cognitivo conductual y la terapia cognitiva basada en la atención plena, promoviendo el análisis de las experiencias internas con desapego. Así, los pensamientos no se integran como realidades inalterables, sino como meros sucesos en la mente.

La incapacidad para llevarlo a cabo, confiere a las personas una importante vulnerabilidad - dada por la reactividad cognitiva-, aumentando el riesgo de recaídas en trastornos depresivos y de ansiedad (1,18,21,26,27,29,30).

Como bien se ha presentado a lo largo del trabajo, salud mental y descentramiento están estrechamente relacionados, siendo este último un factor clave que ofrece una mejoría clínica en trastornos del estado de ánimo, en el seno de intervenciones basadas en mindfulness.

Por ello, se sugiere que altos niveles de descentramiento otorgarán protección frente a recaídas, ya que el camino hacia una prevención eficaz frente a recaídas va dirigido hacia la reactividad cognitiva. Sin embargo, tras el análisis de los estudios presentados en este trabajo, vemos cómo no solamente conlleva una mejora clínica en los pacientes, sino que los hallazgos apoyan la idea de que la desidentificación de la experiencia interna, al reflejarse en una perspectiva de autodistancia, está vinculada a salud mental.

Así, una perspectiva autodistanciada –entrenada con intervenciones basadas en mindfulness–, atenúa la reactividad emocional previniendo una recaída depresiva. De esta manera, el descentramiento, que elude el realismo subjetivo al desvincular el sentido de sí mismo tras una situación imaginada, disminuye la inmersión, actuando positivamente como papel clave en trastornos del estado de ánimo tras observar las experiencias internas de manera alejada sin que sean reflejos de la realidad externa. Por tanto, altos niveles de descentramiento proporcionan protección frente a recaídas junto con una baja reactividad cognitiva.

Sin embargo, a pesar de los avances, las preguntas continúan. Se necesita más trabajo para examinar de manera diferencial componentes psicológicos de la práctica de mindfulness y descentramiento dentro de los paradigmas de neuroimagen.

Por un lado, una dirección futura importante sería delinear si los cambios vinculados a las intervenciones basadas en mindfulness de los patrones de conectividad, pueden proporcionar la base neuronal por disminución de la identificación y reactividad emocional generada espontáneamente. Por otra parte, será necesario examinar los efectos de dichas intervenciones en el circuito neuronal del procesamiento contextual en los diferentes trastornos del estado de ánimo, sobre todo en trastornos depresivos y de ansiedad por su elevada prevalencia.

Para concluir, los estudios futuros sobre la base del modelo de procesos metacognitivos propuesto, deberían encaminarse hacia ahondar en la investigación de las definiciones conceptuales y operativas de descentramiento, sus bases neurobiológicas y sus relaciones con otros conceptos y mecanismos de acción; puesto que, centrar los estudios en los procesos metacognitivos de descentramiento es clave para avanzar en la comprensión de esta faceta de la experiencia humana y su papel en la mala adaptación; así como trazar el camino por el cual los pacientes utilicen estas habilidades para adoptar estrategias de estilo de vida y comportamiento que les ayude en su recuperación de los trastornos del estado de ánimo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bernstein A, Hadash Y, Lichtash Y, Tanay G, Shepherd K, Fresco DM. Decentering and Related Constructs: A Critical Review and Metacognitive Processes Model. *Perspectives on Psychological Sciences*. 2015; 10(5):599–617
2. Fresco DM, Moore MT, van Dulmen MHM, Segal Z V., Ma SH, Teasdale JD, et al. Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*. 2007; 38(3):234–46.
3. Safran, J. D., & Segal, Z. V. *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York, NY: The Guilford Press; 1990.
4. Hayes, SC.; Strosahl, KD.; Wilson, KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and Practice of Mindful Change*. New York, NY: Guilford Press; 2012
5. Segal, ZV.; Williams, JMG.; Teasdale, JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press; 2002
6. Wells, A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press; 2011
7. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62:373–386
8. Carmody J, Baer RA, Lykins ELB, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 65:613–626
9. Vago D, Silbersweig D. Self-awareness, self- regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*
10. Gusnard DA. Being a self: Considerations from functional imaging. *Consciousness and Cognition*. 2005; 14:679–697
11. Segal, ZV.; Williams, JMG.; Teasdale, JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press; 2013
12. Grabovac AD, Lau MA, Willett BR. Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness*. 2011; 2:154–166
13. Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M. et al. How Does Mindfulness Work? Exploring a Theoretical Model Using Samples of Meditators and Non-meditators. *Mindfulness*. 2017;9(3), 860–870
14. Kabat-Zinn, J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell; 1990
15. Tanay G, Bernstein A. State Mindfulness Scale (SMS): Development and initial validation. *Psychological Assessment*. 2013; 25:1286–1299
16. Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, Carlson L, Devins G. The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62:1445–1467
17. Gecht J, Kessel R, Forkmann T, et al. A mediation model of mindfulness and decentering: sequential psychological constructs or one and the same? *BMC Psychology*. 2014; 2(1):18

18. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78(2):169-83
19. King AP, Fresco DM. A neurobehavioral account for decentering as the salve for the distressed mind; 2019
20. Hasenkamp W, Wilson-mendenhall CD, Duncan E, Barsalou LW. NeuroImage Mind wandering and attention during focused meditation : A fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage*. 2012; 59(1):750–60
21. Lazar SW, Gard T, Schuman-olivier Z, Vago DR, Ott U. *Perspectives on Psychological Science*; 2011
22. Schooler JW. consciousness : dissociations between experience and meta-consciousness. 2002;6(8):339–44
23. Smallwood, J., & Schooler, J. W. The restless mind. *Psychological Bulletin*. 2006; 132(6), 946-958
24. Bressler SL, Menon V. Large-scale brain networks in cognition : emerging methods and principles. *Trends Cogn Sci*. 2010; 14(6):277–90
25. Farb, N.A.S., Segal, ZV., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., – Anderson, A.K. Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2010; 2,313-322
26. Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. Cognitive Reactivity to Sad Mood Provocation and the Prediction of Depressive Relapse. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63(7), 749
27. Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75(3), 447–455
28. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008; 3(5), 400–424
29. Segal ZV, Bieling PJ, Young LT, MacQueen GM, Cooke R, Martin L, Bloch RT, Levitan RD. Antidepressant Monotherapy versus Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*. 2010; 67(12): 1256–1264
30. Bieling PJ, Hawley LL, Bloch RT, Corcoran KM, Levitan RD, Young LT, MacQueen GM, Segal ZV. Treatment Specific Changes in Decentering Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Antidepressant Medication or Placebo for Prevention of Depressive Relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012; 80(3): 365–372
31. Gertler P., Tate RL., Cameron ID. Non-pharmacological interventions for depression in adults and children with traumatic brain injury. *Cochrane Database of Systematic Review*. 2015; 14(12)
32. Johansson, B., & Rönnbäck, L. Assessment and treatment of mental fatigue after a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2017; 27(7), 1047–1055
33. Liu ZQ, Zeng X, Duan CY. Neuropsychological rehabilitation and psychotherapy of adult traumatic brain injury patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgical Sciences*. 2018; 62(1):24-35

9. ANEXOS

Tabla 2. Instrumentos de medida de descentramiento y constructos relacionados

INSTRUMENTO DE MEDIDA	AUTORÍA Y AÑO ADAPTACIÓN ESPAÑOLA	ÍTEMS	SUBESCALAS VALIDADAS EN ESPAÑOL	FACTOR DE MEDIDA
TMS "Escala de Toronto de Mindfulness"	Lau et al 2006	13	Curiosidad (TMS-C) Descentramiento (TMS-D)	Atención plena Descentramiento
EQ "Cuestionario de Experiencias"	Fresco et al 2007	11	Descentramiento (EQ-D) Rumiación (EQ-R) Experiencias más amplias (EQ-W)	Descentramiento
EHD-17 "Escala de Hamilton para la depresión"	Hamilton 1986	17		Depresión
BDI "Inventario de Depresión de Beck"	Beck 1975	13 21	Versión corta Versión original (mayoritariamente utilizada)	Gravedad clínica de la depresión
DDS "Escala de Defusión de Drexel"	Forman et al 2012	10		Defusión cognitiva A + B > C
CFQ "Cuestionario de fusión cognitiva"	Gillanders et al 2014	7		Fusión cognitiva C
VAS "Escala Visual Analógica"	Scott Huskinson 1976	línea de 10 cm espectro continuo de la experiencia dolorosa		Dolor
DAS "Escala de Actitudes Disfuncionales"	Weissman 1991	40		Depresión
Provocación de estado de ánimo disfórico	Zindel et al 2006	Fragmento musical melancólico + recuerdo autobiográfico negativo		Depresión Ansiedad Trastorno bipolar Distimia Manía Euforia
SCID Entrevista clínica estructura para los trastornos DSM-IV	Masson 1999	Entrevista al paciente		Trastornos clínicos (eje I) Trastornos de personalidad (eje II)
ATQ "Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos"	Hollon et al 1980	30		Pensamientos negativos

Nota: A=Metaconciencia; B=desidentificación de la experiencia interna; C=reactividad reducida al contenido del pensamiento

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Datos clínicos y demográficos de la muestra inicial, aquellos que completaron el tratamiento y los que abandonaron

Tabla 3. Datos clínicos y demográficos para muestra inicial, completadores de tratamiento y abandonos						
	Pretratamiento		Completadores de tratamiento		Abandonos de tratamiento	
	ADM	TCC	ADM	TCC	ADM	TCC
	(n = 152)	(n = 149)	(n = 56)	(n = 88)	(n = 96)	(n = 93)
Edad media ± DS	36.84 ± 11.59	37.89 ± 11.25	39.70 ± 12.43	38.09 ± 10.92	35.17 ± 10.80	34.82 ± 10.8
Sexo (H/M)	67/85	66/83	25/31	33/55	42/54	39/54
Duración ± DS, semanas	33,25±21,44	33.69 ± 25.04	34.73 ± 22.21	34.33 ± 22.33	30.55 ± 20.89	29.79 ± 20.16
Número de pacientes episodio único/recurrente	26/125	22/126	9/47	12/76	17/78	16/76
Número de episodios previos depresivos ± DS	1.38 ± 0.49	1.35 ± 0.48	1.32 ± 0.47	1.27 ± .45	1.41 ± .49	1.40 ± .49
% con tratamiento antidepresivo	42.95	41.73	43.63	38.24	42.55	41.76
Puntuación media BDI ± DS	32.18 ± 9.34	31.79 ± 9.07	9.96 ± 10.25	10.29 ± 10.19	31.38 ± 9.35	31.48 ± 9.18
Puntuación media EHD-17 ± DS	19.36 ± 3.91	19.57 ± 3.50	6.00 ± 4.83	5.84 ± 4.67	20.21 ± 3.55	19.70 ± 3.53
Puntuación media DAS ± DS	158,65±30,72	153,80±35,45	131,73±28,10	132,27±28,18	154,46±36,74	154,56±31,84

Nota: DS = desviación estándar; BDI: Inventario de Depresión de Becker; EHD-17 = Escala de Hamilton para la Depresión; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales; ADM = antidepresivos; TCC = Terapia Cognitivo Conductual

Fuente: adaptado de "Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse", de Segal ZV, 2006, Archives of General Psychiatry.

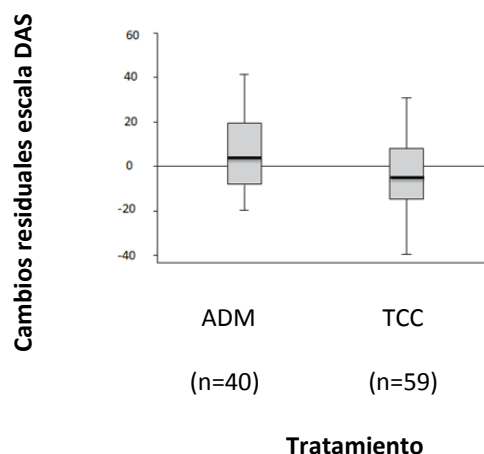
Tabla 4. Datos clínicos y demográficos de la muestra tras la provocación del estado de ánimo disfórico, según grupo de tratamiento y completadores del tratamiento

Tabla 4. Datos clínicos y demográficos de la muestra tras la provocación del estado de ánimo disfórico, según grupo de tratamiento y completadores*			
Inducción del estado de ánimo			
	ADM	TCC	Completado el seguimiento de 18 meses, ADM and TCC
	(n = 40)	(n = 59)	(n = 78)
Edad media ± DS	39,65 ± 11,49	38,17 ± 10,95	38,95 ± 11,23
Sexo (H/M)	17/23	23/36	30/48
Duración ± DS, semanas	33,61 ± 22,19	34,29 ± 22,48	33,25 ± 22,95
Número de pacientes episodio único/recurrente	14/26	13/46	18/60
Número de episodios previos depresivos ± DS	1,65 ± 0,48	1,71 ± 0,46	1,27 ± 0,45
% con tratamiento antidepresivo	38,5	38,6	40,9
Puntuación media BDI ± DS	6,20 ± 4,90	7,76 ± 5,74	7,45 ± 5,65
Puntuación media EHD-17 ± DS	5,23 ± 2,77	5,29 ± 2,80	5,59 ± 2,72
Puntuación media DAS ± DS	134,73 ± 28,09	128,17 ± 30,04	131,08 ± 30,30

Nota: DS = desviación estándar; BDI: Inventario de Depresión de Becker; EHD-17 = Escala de Hamilton para la Depresión; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales; ADM = antidepresivos; TCC = Terapia Cognitivo Conductua

Fuente: adaptado de “Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse”, de Segal ZV, 2006, Archives of General Psychiatry.

Figura 4. Cambio residual (por diferencia de tratamiento) en la escala DAS asociada con la provocación del estado de ánimo disfórico



Nota: ADM = tratamiento antidepresivo; TCC = terapia cognitivo conductual; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales

Fuente: adaptado de “Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse”, de Segal ZV, 2006, Archives of General Psychiatry.

Tabla 5. Media y desviaciones típicas de síntomas depresivos y medidas cognitivas entre respondedores al tratamiento, evaluados en el pre y post tratamiento

Medida	Pacientes TCC (n = 68)		Pacientes AD (n = 43)		Respondedores TCC (n = 46)				Respondedores AD (n = 34)			
	Pre		Pre		Pre		Post		Pre		Post	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Síntomas depresivos												
BDI	31,66	9,24	32,21	10,26	31,19	8,89	6,68	6,25	30,05	7,55	7,62	5,18
EHD-17	19,10	3,50	18,24	4,45	19,13	3,52	4,20	1,82	18,50	4,92	3,91	2,08
Medidas cognitivas												
Decentering	1,65	0,59	1,74	0,52	1,76	0,64	2,42	0,42	1,70	0,52	2,15	0,50
DAS	164,03	32,13	152,75	36,41	157,00	31,90	126,07	28,94	161,24	27,85	132,14	27,63

Nota: TCC = terapia cognitivo conductual; AD = tratamiento antidepresivos; Pre = pretratamiento; Post = post-tratamiento; BDI = Inventario de Depresión de Beck; EHD-17 = Escala de Hamilton de Depresión; Decentering = EQ – Decentering subescala; DAS = escala de actitudes disfuncionales

Fuente: adaptado de “Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression”, Fresco DM et al, 2007, Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Tabla 8. Análisis del tamaño del efecto de los estudios que examinan la eficacia de la terapia basada en mindfulness, de los síntomas ansiosos en otras patologías

Categoría	Estudio	g de Hedges	Intervalo de confianza 95%	p
Trastorno dirigido				
Trastornos de Ansiedad				
TAG	Craigie et al., 2008	0.69	0.32 – 1.06	<0.01
	Evans et al., 2008	0.89	0.38 – 1.41	0.02
Ataque de pánico	Kabat-Zinn et al., 1992	0.84	0.46 – 1.22	<0.01
	Kim et al., 2009	1.61	1.08 – 2.14	<0.01
	Lee et al., 2007	2.13	1.29 – 2.97	<0.01
TAS	Bogels et al., 2006	0.48	-0.01 – 0.98	0.06
	Koszycki et al., 2007	0.93	0.54 – 1.32	<0.01
Ataque de ansiedad		0.97	0.73 – 1.22	<0.01
Depresión	Ramel et al., 2004	0.12	-0.30 – 0.55	0.70
Trastornos del dolor				
Artritis	Pradhan et al., 2007	0.21	-0.08 – 0.50	0.15
Dolor crónico	Rosenzweig et al., 2009	0.54	0.37 – 0.70	<0.01
	Sagula & Rice, 2004	0.64	0.38 – 0.91	<0.01

Fibromialgia	Grossman, 2007	0.55	0.29 – 0.80	<0.01
	Lush et al., 2009	0.24	-0.06 – 0.55	0.12
Subtotal trastornos del dolor		0.44	0.22 – 0.67	<0.01
Cáncer				
Cáncer de mama	Lengacher et al., 2009	0.75	0.48 – 1.02	<0.01
	Tacon et al., 2004	1.25	0.87 – 1.64	<0.01
	Tacon et al., 2005	1.19	0.84 – 1.55	<0.01
Cáncer de mama/próstata Heterogéneos	Carlson et al., 2003	0.21	-0.03 – 0.44	0.08
	Carlson & Garland, 2005	0.51	0.31 – 0.71	<0.01
	Garland et al., 2007	0.50	0.29 – 0.70	<0.01
	Kieviet-Stijnen et al. 2008	0.36	0.13 – 0.58	<0.01
	Specia et al., 2000	0.63	0.41-0.86	<0.01
Categoría	Estudio	g de Hedges	Intervalo de confianza 95%	p-valor
Trastorno dirigido				
Subtotal Cáncer		0.63	0.45 – 0.81	<0.01
Problemas Médicos				
Fatiga Crónica	Surawy et al., 2005 (1)	0.69	0.17 – 1.21	0.01
	Surawy et al., 2005 (2)	1.07	0.50 – 1.64	<0.01
	Surawy et al., 2005 (3)	0.73	0.20 – 1.25	0.01
Diabetes	Rosenzweig et al., 2007	0.28	-0.15 – 0.71	0.21
Trastornos del corazón	Tacon et al., 2003	0.79	0.25 – 1.32	<0.01
Heterogéneos	Reibel et al., 2001	0.53	0.37 – 0.69	<0.01
Hipotiroidismo	Schulte, 2007	0.30	-0.20 – 0.80	0.23
Trasplante de órgano	Kreitzer et al., 2005	0.41	0.06 – 0.76	0.02
Apoplejía	Moustgaard, 2005	0.98	0.59 – 1.36	<0.01
Lesión cerebral traumática	Bedard et al., 2003	0.47	0.01 – 0.94	0.05
Subtotal problemas médicos		0.61	0.41 – 0.80	<0.01

Otros				
TDAH	Zylowska et al., 2008	0.68	0.35 – 1.02	<0.01
Ansiedad/Estado de ánimo	Ree & Craigie, 2007	0.62	0.28 – 0.95	<0.01
Trastorno alimentario	Kristeller & Hallett, 1999	0.63	0.25 – 1.00	<0.01
Total		0.63	0.53 – 0.73	<0.01

Nota: TDAH = trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; TAS = trastorno de ansiedad social

Nota: La Tabla muestra las estimaciones del tamaño del efecto (*g* de Hedges), los intervalos de confianza del 95%, y la prueba de significación de los cambios en los síntomas de ansiedad desde antes hasta después de una intervención basada en mindfulness tanto en trastornos psiquiátricos como médicos.

Fuente: adaptado de “The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review”, Hoffman SG et al, 2010, Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Tabla 9. Análisis del tamaño del efecto de los estudios que examinan la eficacia de la terapia basada en mindfulness, de los síntomas ansiosos en otras patologías

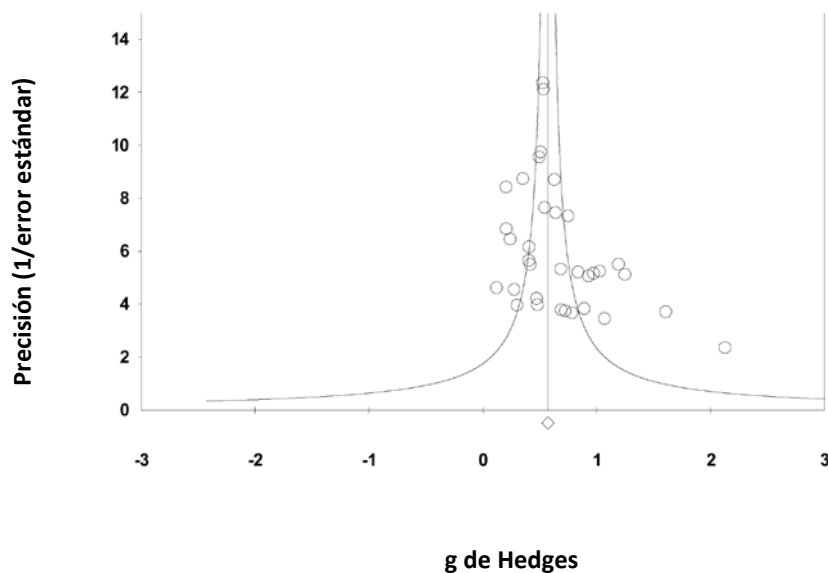
Categoría	Estudio	<i>g</i> de Hedges	Intervalo de confianza 95%	<i>p</i>-valor
Trastornos de Ansiedad				
Trastorno dirigido				
TAG	Craigie et al., 2008	0.75	0.37 – 1.13	<0.01
	Evans et al., 2008	0.56	0.10 – 1.02	0.02
Ataque de pánico	Kabat-Zinn et al., 1992	0.81	0.44 – 1.18	<0.01
	Kim et al., 2009	0.92	0.56 – 1.29	<0.01
	Lee et al., 2007	0.78	0.41 – 1.15	<0.01
TAS	Koszycki et al., 2007	0.62	0.28 – 0.96	<0.01
Subtotal Trastornos de Ansiedad		0.75	0.58 – 0.91	<0.01
Depresión	Barnhofer et al., 2009	0.80	0.35 – 1.26	<0.01
	Kingston et al., 2007	1.52	0.67 – 2.36	<0.01
	Kenny & Williams, 2007	1.05	0.77 – 1.32	<0.01
	Ramel et al., 2004	0.63	0.14 – 1.13	0.01
Subtotal Depresión		0.95	0.71 – 1.18	<0.01

Trastornos del dolor				
Artritis	Pradhan et al., 2007	0.48	0.18 – 0.78	<0.01
Dolor crónico	Rosenzweig et al., 2009	0.49	0.33 – 0.65	<0.01
	Sagula & Rice, 2004	0.71	0.45 – 0.98	<0.01
Fibromialgia	Grossman, 2007	0.50	0.24 – 0.75	<0.01
	Lush et al., 2009	0.47	0.16 – 0.79	<0.01
	Sephton, 2007	0.45	0.23 – 0.67	<0.01
Subtotal Trastornos del Dolor		0.51	0.39 – 0.63	<0.01
Cáncer				
Cáncer de mama	Dobkin et al., 2008	0.58	0.15 – 1.01	0.01
	Lengacher et al., 2009	0.66	0.40 – 0.92	<0.01
Categoría	Estudio	g de Hedges	Intervalo de confianza 95%	p-valor
Trastorno dirigido				
Cáncer de mama/próstata Heterogéneo	Carlson et al., 2003	0.15	-0.09 – 0.38	0.22
	Carlson & Garland, 2005	0.44	0.24 – 0.64	<0.01
	Garland et al., 2007	0.45	0.24 – 0.65	<0.01
	Kieviet-Stijnen et al. 2008	0.30	0.07 – 0.52	0.01
	Specia et al., 2000	0.67	0.44 – 0.90	<0.01
Subtotal Cáncer		0.45	0.34 – 0.55	<0.01
Problemas Médicos				
Fatiga Crónica	Surawy et al., 2005 (1)	0.13	-0.33 – 0.59	0.58
	Surawy et al., 2005 (2)	0.25	-0.19 – 0.70	0.26
	Surawy et al., 2005 (3)	0.80	0.26 – 1.35	<0.01
Diabetes	Rosenzweig et al., 2007	0.79	0.30 – 1.29	<0.01
Heterogéneos	Reibel et al., 2001	0.48	0.32 – 0.63	<0.01

Hipotiroidismo	Schulte, 2007	0.73	0.18 – 1.28	0.01
Trasplante de órgano	Kreitzer et al., 2005	0.51	0.15 – 0.87	0.01
Apoplejía	Moustgaard, 2005	1.01	0.63 – 1.40	<0.01
Lesión cerebral traumática	Bedard et al., 2003	0.73	0.22 – 1.23	<0.01
Subtotal Problemas Médicos		0.58	0.47 – 0.70	<0.01
Otros				
TDAH	Zylowska et al., 2008	0.68	0.35 – 1.02	<0.01
Ansiedad/Estado de ánimo	Ree & Craigie, 2007	0.62	0.28 – 0.95	<0.01
Trastorno alimentario	Kristeller & Hallett, 1999	0.63	0.25 – 1.00	<0.01
Total		0.59	0.51 – 0.66	<0.01

Fuente: adaptado de “The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review”, Hoffman SG et al, 2010, Journal of Consulting and Clinical Psychology.

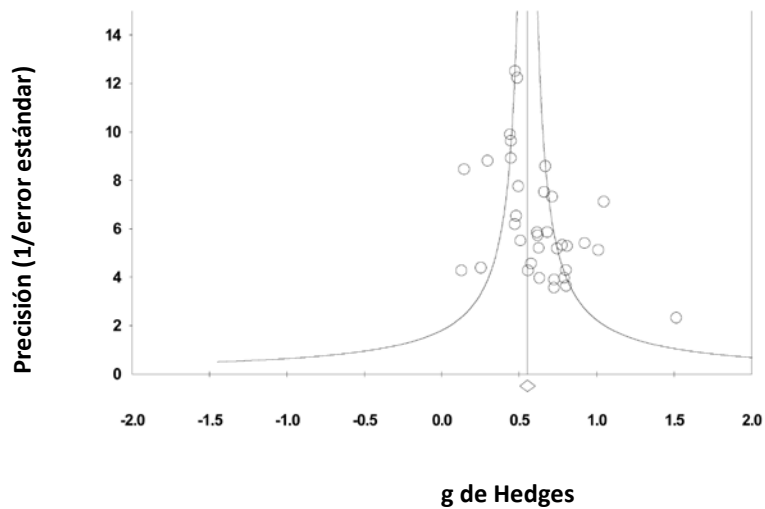
Figura 7. Funnel plot de la g de Hedges para las medidas de ansiedad



Nota: Nótese que en ausencia de un sesgo de publicación, los estudios deben distribuirse simétricamente ya que los estudios más grandes aparecen en la parte superior del gráfico y se agrupan en torno al tamaño del efecto medio; y, los estudios más pequeños hacia la parte inferior.

Fuente: adaptado de “The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review”, Hoffman SG et al, 2010, Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Figura 8. Funnel plot de la g de Hedges para medidas de depresión



Fuente: adaptado de “The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review”, Hoffman SG et al, 2010, Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Tabla 10. Características iniciales clínicas y demográficas de la muestra con y sin aleatorización

Variable	Muestra Completa (n=160)	Con aleatorización (n=84)	Sin aleatorización (n=76)
EHD-17 al inicio, $\bar{X} \pm \sigma$	19,4 \pm 3,5	19,1 \pm 3,1	19,7 \pm 3,9
EHD-17 tras aleatorización		2,8 \pm 2,8	
QIDS al inicio	14,5 \pm 3,9	14	15,3 \pm 3,8*
QIDS tras aleatorización		3,11 \pm 2,13	
Mujer, %	58	63	53
Raza blanca, %	80	79	82
Edad, años	44 \pm 11	44 \pm 11	45 \pm 12
Casados/conviviendo, %	40	38	42
Trabajadores, %	67	72	61
Edad del primer episodio	31 \pm 12,3	31 \pm 11,6	31 \pm 13,3
Número de episodios previos	4,3 \pm 3,5	4,7 \pm 2,3	3,9 \pm 4,6
Duración del episodio actual en semanas	188,0 \pm 85,9	233,3 \pm 63,8	138 \pm 79,2**
Días en la fase aguda	N/A	79,9 \pm 56,8	
Días hasta alcanzar la remisión	N/A	153,4 \pm 37,3	N/A

Días en remisión clínica	54	55	52
Historia de antidepresivos previos, %	54	55	52
Historia de hospitalización psiquiátrica, %	8	7	9
Comorbilidades del eje I DSM-IV, %	38	33	42
Historia de abuso de sustancias %	9	6	12
Comorbilidades del eje II DSM IV, %	39	37	41

*p< 0,05

**p< 0,001

Nota: EHD-17 = Escala de Hamilton de Depresión; QIDS = Inventario de Quick de síntomas depresivos
Fuente: adaptado de "Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression", de Segal ZV et al, 2010, National Institute of Health.

Tabla 11. Características inicial clínicas y demográficas de remitentes clínicos

Variable	Remitentes estables (n=41)	Remitentes inestable (n=43)
EHD-17 al inicio, $\bar{X} \pm \sigma$	18,7 ± 3,2	19,5 ± 2,9
EHD-17 tras aleatorización	2,12 ± 2,3	3,42 ± 3,0*
QIDS al inicio	13,6 ± 4,4	14,4 ± 3,7
QIDS tras aleatorización	2,8 ± 2,2	3,4 ± 2,0
Mujer, %	59	67
Raza blanca, %	84	73
Edad, años	44 ± 11,6	44 ± 10,4
Casados/conviviendo, %	33	44
Trabajadores, %	65	79
Edad del primer episodio	33 ± 11,4	29 ± 11,6
Número de episodios previos	4,9 ± 2,6	4,6 ± 2
Duración del episodio actual en semanas	63,3 ± 84,2	100,3 ± 113,3
Días en la fase aguda	217,1 ± 56,9	248,8 ± 66,9*
Días hasta alcanzar la remisión	72,7 ± 51,76	86,8 ± 61,1
Días en remisión clínica	144,4 ± 32,7	162 ± 39,7*
Historia de antidepresivos previos, %	45	65

Historia de hospitalización psiquiátrica, %	10	5
Comorbilidades del eje I DSM-IV, %	39	28
Historia de abuso de sustancias %	10	2
Comorbilidades del eje II DSM IV, %	37	37

*p< 0,05

Fuente: adaptado de “Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression”, de Segal ZV et al, 2010, National Institute of Health.

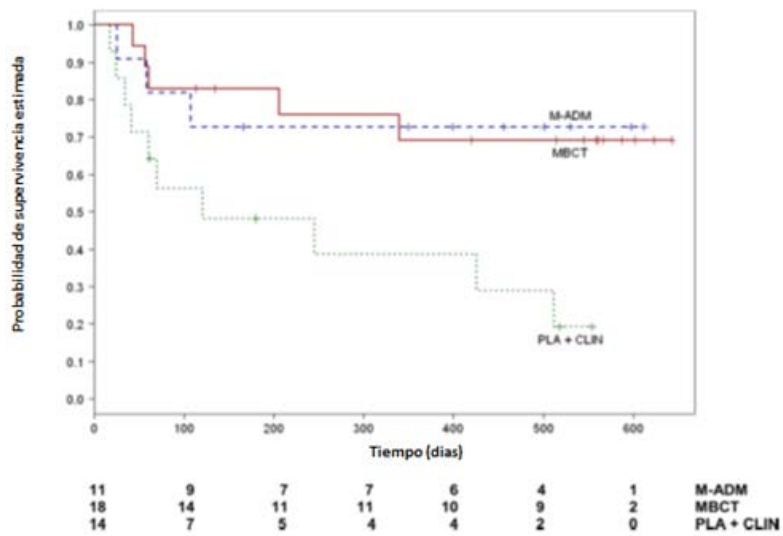
Tabla 12. Características iniciales clínicas y demográficas según grupo de tratamiento

Variable	ANTIDEPRESIVOS (n=28)	MBCT (n=26)	PLACEBO+SEGUIMIENTO (n=30)
EHD-17 al inicio, $\bar{X} \pm \sigma$	19,2 ± 3	18,9 ± 3,5	19,2 ± 2,8
EHD-17 tras aleatorización	2 ± 2,3	3 ± 2,8	3,3 ± 3
QIDS al inicio	14,3 ± 4,6	13,6 ± 3,7	14,1 ± 3,9
QIDS tras aleatorización	3 ± 1,7	3,4 ± 2,4	2,9 ± 2,3
Mujer, %	N = 11	N = 18	N = 14
Raza blanca, %	N = 17	N = 8	N = 16
Edad, años	71,4	50,0	66,7
Casados/conviviendo, %	85,7	73,1	76,7
Trabajadores, %	45,8 ± 11,4	44,8 ± 9,4	41,9 ± 11,6
Edad del primer episodio	36	39	40
Número de episodios previos	79	77	62
Duración del episodio actual en semanas	34,6 ± 12,7	28,78 ± 10	29,9 ± 11,3
Días en la fase aguda	4,9 ± 2,6	4,5 ± 2,2	4,8 ± 2,1
Días hasta alcanzar la remisión	80,7 ± 111,6	102,6 ± 92,2	67,8 ± 101,1
Días en remisión clínica	231,4 ± 59,7	228 ± 52,6	239,7 ± 34,2
Historia de antidepresivos previos, %	80,1 ± 60	68,1 ± 51,9	90 ± 57,8
Historia de hospitalización psiquiátrica, %	151,3 ± 31,7	160 ± 34,2	149,7 ± 44,5
Comorbilidades del eje I DSM-IV, %	61	54	52
Historia de abuso de sustancias %	7	4	10

Comorbilidades del eje II DSM IV, %	39	35	27
EHD-17 al inicio, $\bar{X} \pm \sigma$	4	4	10
EHD-17 tras aleatorización	18	58	37*

Fuente: adaptado de "Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression", de Segal ZV et al, 2010, National Institute of Health.

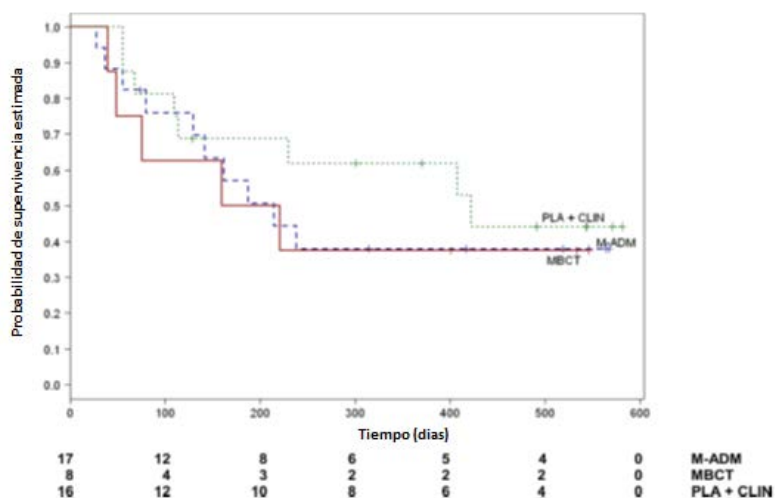
Figura 9. Proporción acumulada de remitentes inestables que sobrevivieron sin recaídas durante el seguimiento.



Nota: M-ADM= tratamiento antidepresivo de mantenimiento; MBCT= disminución de tratamiento antidepresivo hasta retirarlo más terapia cognitiva basada en mindfulness; PLA+CLIN= disminución de antidepresivos hasta sustituirlo por placebo más seguimiento clínico por psiquiatras.

Fuente: adaptado de "Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression", de Segal ZV et al, 2010, National Institute of Health.

Figura 10. Proporción acumulada de remitentes estables que sobrevivieron sin recaídas durante el seguimiento.



Nota: M-ADM= tratamiento antidepresivo de mantenimiento; MBCT= disminución de tratamiento antidepresivo hasta retirarlo más terapia cognitiva basada en mindfulness; PLA+CLIN= disminución de antidepresivos hasta sustituirlo por placebo más seguimiento clínico por psiquiatras.

Fuente: adaptado de “Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression”, de Segal ZV et al, 2010, National Institute of Health.

Tabla 13. \bar{X} (y σ) de EQ, TMS y EHD-17 durante la fase aguda con tratamiento antidepresivo (N=84)

Variable	\bar{X} (y σ) Tiempo 1 (inicio)	\bar{X} (y σ) Tiempo 2 (Aleatorización)	T de Student	d Cohen
EQ Rumiación	16.05 (2.96)	18.61 (3.28)	t66 = -6.58***	-0.26
EQ experiencias más amplias	25.53 (5.64)	34.10 (6.92)	t66 = -8.68***	-1.34
TMS Curiosidad	9.97 (6.63)	11.18 (5.92)	t33 = -1.42	-0.19
TMS Decentering	11.18 (5.18)	13.79 (6.67)	t33 = -1.17	-0.21
EHD-17	19.1 (3.1)	2.8 (1.8)	t80 = 39.91***	6.40

*** p < 0.001

Nota: EQ= Cuestionario de Experiencias, TMS= Escala de Mindfulness de Toronto, EHD-17= Escala de Depresión de Hamilton.

Los tamaños de los efectos se calcularon utilizando la siguiente fórmula: d de Cohen = \bar{X} pre - \bar{X} post / σ de Cohen. El tamaño del efecto grande es > 0.8; el tamaño del efecto medio es > 0.5; el tamaño del efecto pequeño es > 0.2

Fuente: adaptado de “Treatment specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse, de Bieling PJ et al, 2012, National Institutes of Health.

Tabla 14. \bar{X} (y σ) de EQ y TMS en las tres condiciones de tratamiento o tras la aleatorización y 8 semanas después

	Tiempo 2 (Aleatorización)	Tiempo 3 (8 semanas post-aleatorización)
EQ- Rumiación		
Antidepresivos (N=17)	19.12 (2.83)	19.05 (3.36)
Placebo (N=15)	19.53 (2.20)	19.33 (2.66)
MBCT (N=15)	17.40 (4.10)	17.73 (3.91)
EQ experiencias más amplias		
Antidepresivos (N=17)	34.82 (6.09)	34.35 (5.80)
Placebo (N=15)	34.92 (7.65)	30.80 (8.86)
MBCT (N=15)	32.25 (6.95)	37.21 (7.83)*
TMS-Curiosidad		
Antidepresivos (N=14)	13.33 (4.3)	11.07 (4.5)
Placebo (N=15)	11.61 (5.5)	10.00 (7.1)
MBCT (N=18)	9.93 (6.8)	13.20 (7.0)
TMS-Decentering		
Antidepresivos (N=14)	16.73 (3.8)	14.07 (5.4)
Placebo (N=15)	12.44 (6.1)	12.00 (6.8)
MBCT (N=18)	13.53 (8.2)	19.67 (5.2)*
* $p < 0.05$		

Nota: se ha utilizado ANOVA para las subescalas de TMS y EQ según el grupo de tratamiento, seguida del método de Tukey utilizado en ANOVA.

Fuente: adaptado de "Treatment specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse, de Bieling PJ et al, 2012, National Institutes of Health.