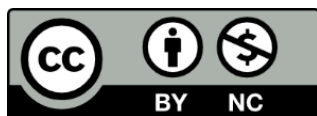


EFFECTIVIDAD COMPARADA DE LAS INTERVENCIONES EN MINDFULNESS SOBRE
LA REGULACIÓN EMOCIONAL COMO MECANISMO SUBYACENTE EN ADULTOS
ENTRE LOS 18 Y 65 AÑOS DE EDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA



ANGY CAMILA MARTÍNEZ ARIZA
FRANCISCO JAVIER SOTO RAMÍREZ
MARÍA ANGÉLICA PINEDA HERRERA



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2019

EFFECTIVIDAD COMPARADA DE LAS INTERVENCIONES EN MINDFULNESS SOBRE
LA REGULACIÓN EMOCIONAL COMO MECANISMO SUBYACENTE EN ADULTOS
ENTRE LOS 18 Y 65 AÑOS DE EDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANGY CAMILA MARTÍNEZ ARIZA
FRANCISCO JAVIER SOTO RAMÍREZ
MARÍA ANGÉLICA PINEDA HERRERA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de psicólogo

Asesor

Mg. PAOLA ANDREA ARRUBLA SÁNCHEZ

Magister en Ciencias del Comportamiento: Análisis de la Conducta

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2019

Autoridades Académicas

P. José Gabriel MESA ANGULO, O. P.

Rector General

P. Eduardo GONZÁLEZ GIL, O. P.

Vicerrector Académico General

P. José Arturo RESTREPO RESTREPO O.P.

Rector Sede Villavicencio

P. Rodrigo GARCÍA JARA, O.P.

Vicerrector Académico Sede Villavicencio

Adm. JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN

Secretaria de División Sede Villavicencio

ANDREA CAROLINA CAÑÓN SÁNCHEZ

Decana Facultad de Psicología

Nota de aceptación

ANDREA CAROLINA CAÑÓN SÁNCHEZ

Decana Facultad de Psicología

PS. MG. PAOLA ANDREA ARRUBLA SÁNCHEZ

Director de Trabajo de Grado

PS. MG. DIEGO ALEJANDRO GARCÉS ROJAS

Jurado

Villavicencio, junio de 2019.

Agradecimientos

Como agnóstica, agradecer a dios es un lujo que no me puedo permitir. Por tanto, opto por agradecer a la afortunada casualidad que me permitió nacer y desarrollarme en medio de un contexto enriquecedor en múltiples aspectos. Agradezco a mis padres, Santos y Claudia – elementos clave de dicho contexto–, no sólo por la confianza depositada en mi a través de estos años y sus ingentes esfuerzos por llevar esta empresa común a buen término; sino, especialmente, por cada grano de arena que aportaron a esta tierra fértil en que me han convertido: por cada aprendizaje y experiencia a través de las que se gestaron las habilidades y la pasión que requerí para alcanzar este logro; por haber sembrado el entusiasmo hacia el conocimiento y el amor suficientes para persistir cuando se hizo difícil alcanzarlo. Agradezco también a mi pareja, Gustavo, porque durante estos meses de creación académica decidió involucrarme con todo el amor y la ternura de que disponía para animarme, consolarme y no dejarme derrumbar cuando la frustración se apoderó de mí. También, por haber fortalecido y retroalimentado de manera sagaz el trabajo realizado, inspirándome a dar cada vez un poco más de lo mejor que hay en mí.

Por último, aunque no menos importante, agradezco a mi directora de tesis, Paola, por su compromiso, por su exigencia y por su amplia generosidad al momento de compartir sus conocimientos con nosotros; por su empeño en sacar lo mejor que podíamos dar. A mis compañeros, Francisco y Angi, por considerarme lo suficientemente digna de su confianza como para haberme permitido liderar este trabajo. Y a la comunidad académica virtual, a lo largo y ancho de américa latina, de amantes de la psicología y la filosofía científicas, por inspirar, retroalimentar indirectamente y compartir de manera desinteresada sus conocimientos y documentos valiosísimos para la creación de este trabajo.

María Angélica Pineda Herrera

A mí Padre, Javier por su ardua labor para brindarme la posibilidad de iniciar este trayecto en la carrera de psicología y darme las posibilidades que su trabajo me pudo brindar. A mí Madre, Yarlyny por todo su cariño, comprensión y darme la dirección para mediar en mi formación como profesional en el mundo. A mí Hermana, Laura que con su presencia me ha dado una

razón para interesarme en la psicología y su ardua labor como ser humano. Por último, agradezco a mis compañeras de tesis Angélica, una persona que me inspira a mejorar mi formación académica desde una visión más científica, y Angy, una persona que me enseñó a no rendirme hasta conseguir mis metas; a la directora de esta tesis, Paola Arrubla, que con su conocimiento le permitió orientar y corregir este sinuoso y arduo camino, muy agradecido de haber podido recorrerlo junto a personas afables y bien intencionadas.

Con respeto y aprecio para todos mis allegados,

Francisco Javier Soto Ramírez

Agradezco principalmente a Dios, por haberme permitido tener salud para poder llegar donde estoy. Doy gracias a mis padres Yariza Ariza y Efraín Martínez, por haberme brindado la posibilidad de hacer una carrera profesional, doy gracias por el apoyo incondicional y todo el sacrificio que hicieron para poder hacer un sueño realidad. A mis hermanos Sergio Martínez y Samuel Martínez, por la comprensión y su amor en los días en los que necesite. Agradezco a mi Directora de grado, Paola Andrea Arrubla, el acompañamiento durante todo el proceso de trabajo de grado. A mis compañeros Angélica Pineda y Francisco Soto por la paciencia, la comprensión y el compartir de sus conocimientos durante esta etapa.

Angy Camila Martínez Ariza

Contenido

	Pág.
Resumen.....	13
Abstract.....	14
Problematización.....	15
<i>Planteamiento del problema</i>	15
Discusión teórica.	15
Teoría de Marcos Relacionales y Regulación Emocional.	15
Discusión empírica.	19
<i>Justificación</i>	22
Objetivos.....	28
<i>General</i>	28
<i>Específicos</i>	28
Marco de referencia	29
<i>Marco paradigmático</i>	29
Supuesto Ontológico.....	29
Supuesto Epistemológico.	30
Supuesto Metodológico.	31
<i>Marco disciplinar</i>	32
Mindfulness.	32
Regulación emocional.	42
<i>Marco interdisciplinar</i>	45
Pedagogía.....	46
Filosofía.	46
<i>Marco normativo</i>	47
<i>Antecedentes Investigativos</i>	48
Antecedentes en el área clínica en infancia y adolescencia.....	48
Antecedentes en el área educativa en infancia y adolescencia.	49
Antecedentes en el área clínica en adultos.	50

Antecedentes en el área educativa en adultos.....	55
Antecedentes en el área organizacional.....	56
Antecedentes clínicos de regulación emocional.....	58
Antecedentes psicología del deporte sobre regulación emocional.....	59
Método	61
<i>Diseño</i>	61
<i>Participantes</i>	61
<i>Instrumentos</i>	62
Manual Cochrane.....	62
PRISMA Statement.	62
Criterios de inclusión y exclusión.	62
Protocolo de búsqueda.....	64
Methodology checklist 2: Randomized Controlled Trials.....	64
<i>Procedimiento</i>	64
Consideraciones éticas	67
Resultados	68
<i>Primera parte</i>	68
Coeficiente de Kappa.....	68
Resultados Fases I y II.....	68
Documentos finales.	71
<i>Segunda parte</i>	72
Coeficiente de Kappa de los datos brutos.....	72
Datos obtenidos una vez aplicados los filtros primero y segundo.....	72
<i>Tercera parte</i>	73
Discusión de los resultados.....	75
<i>IBM, ¿son eficaces a la hora de mejorar RE?</i>	75
<i>¿Eficacia superior frente a otros tratamientos?</i>	76
<i>Errores/Deficiencias/Carencias metodológicas comunes</i>	78
<i>Breve análisis del estado de conocimiento empírico de la relación entre Mindfulness y RE..</i>	79
<i>Implicaciones a nivel metodológico</i>	80
<i>Implicaciones a nivel teórico-epistemológico</i>	81

RE como principio o efecto de Mindfulness o IBM.....	81
Debilidades conceptuales e implicaciones en la medición y recopilación de la evidencia empírica.	81
Conclusiones	84
Aportes, limitaciones y sugerencias.....	85
<i>Contribuciones</i>	85
A la disciplina y a la comprensión de la problemática.	85
A la línea de investigación.....	85
A los investigadores.....	85
<i>Limitaciones</i>	86
<i>Sugerencias</i>	87
Referencias.....	88
Anexos	104

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Prevalencia a nivel nacional de trastornos relacionados con la disregulación emocional	22
Tabla 2. Prevalencia a nivel nacional de trastornos relacionados con la disregulación emocional	23
Tabla 3. Instrumentos de medición de Mindfulness	41
Tabla 4. Coeficiente de Kappa para cada una de los criterios de inclusión / exclusión Fase I.....	72
Tabla 5. Tabla de frecuencia y porcentajes según cada criterio de inclusión/exclusión Fase I (Filtro 2)	73
Tabla 6. Porcentaje de calificaciones cualitativas según estudio.....	74

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Número de documentos publicados en la base de datos SCOPUS bajo el término Mindfulness.....	25
Figura 2. Modelo del proceso de RE.	44
Figura 3. Resultados del proceso de selección de estudios, Fases I y II.	69

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1. Formulario fase I.....	104
Anexo 2. Formulario Fase II.....	105
Anexo 3. Protocolos de revisión documental	106
Anexo 4. Instrumento SIGN 50 para ECA	108
Anexo 5. Estamento PRISMA resumido	111
Anexo 6(A). Procedimiento de filtración de bases de datos.....	112
Anexo 6(B). Procedimiento de filtración de bases de datos.....	115
Anexo 6(C). Procedimiento de filtración de bases de datos.....	116
Anexo 7. Procedimiento de cálculo del Coeficiente de Kappa.....	117
Anexo 8. Razones de exclusión comparadas, Fase I	118
Anexo 9. Razones de exclusión del tercer revisor, Fase I	119
Anexo 10. Razones de exclusión comparadas, Fase II.....	119
Anexo 11. Razones de exclusión del tercer revisor, Fase II.....	120
Anexo 12. Resultados del SIGN 50 aplicado al Estudio A.....	120
Anexo 13. Resultados del SIGN 50 aplicado al Estudio B.....	124

Resumen

El objetivo general del siguiente trabajo fue determinar si las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) poseen mayores niveles de afectividad al compararse con estrategias de control activo e inactivo teniendo como mecanismo subyacente la Regulación Emocional (RE) en poblaciones de adultos entre los 18 y los 65 años de edad. Para ello, se realizó una Revisión Sistemática de 1279 artículos hallados en la base de datos oficial de la *National Center for Biotechnology Information*, la *US National Library of Medicine*, y el *National Institute of Health* bajo las combinaciones de los siguientes términos de búsqueda (a) *Mindfulness-based AND Emotion Regulation AND Randomized Clinical Trial*; (b) *Atención plena AND Regulación Emocional AND Ensayo Clínico Aleatorizado*; (c) *Mindfulness AND Regulación Emocional AND Ensayo Clínico Aleatorizado*; de los cuales sólo dos cumplieron a cabalidad los criterios de inclusión. Se realizó una síntesis narrativa de los resultados de ambos estudios y un análisis de calidad metodológica de los estudios a través del instrumento SIGN 50. Se encontró en ambos estudios una calidad metodológica con bajo riesgo de sesgo. También, se hallaron resultados ambiguos respecto a la efectividad de las IBM sobre la RE comparadas con controles activos, que indican desde superioridad, hasta igualdad o incluso inferioridad. Se concluye que la evidencia empírica aún no es suficiente para afirmar de manera tajante su eficacia o incluso su superioridad en efectividad frente a otro tipo de intervenciones.

Palabras clave: Mindfulness, Regulación Emocional, Revisión Sistemática

Abstract

The general objective of the following work was to determine if the Mindfulness-Based Interventions (IBM) have higher levels of affectivity when compared with active and inactive control strategies regarding to favoring of the Emotional Regulation (RE) in adult populations between the 18th and 65 years old. A systematic review of 1279 articles found in the official database of the National Center for Biotechnology Information, the US National Library of Medicine, and the National Institute of Health was made under combinations of the following search terms: (a) Mindfulness -based AND Emotion Regulation AND Randomized Clinical Trial; (b) Full attention AND Emotional Regulation AND Randomized Clinical Trial; (c) Mindfulness AND Emotional Regulation AND Randomized Clinical Trial; of which only two fully met the inclusion criteria. A narrative synthesis of the results of both studies and a methodological quality analysis of the studies were performed through the SIGN 50 instrument. It was found a methodological quality with low risk of bias in both studies. Also, ambiguous results were found regarding the effectiveness of the IBM on ER compared with active controls, which indicate superiority, equality or even inferiority. It is concluded that the empirical evidence is still not enough to affirm in a clear way its effectiveness or even its superiority in effectiveness against other types of interventions.

Key words: Mindfulness, Emotion Regulation, Systematic Review.

Problematización

Planteamiento del problema

En la búsqueda de maneras para aliviar el sufrimiento de las personas, los psicólogos han realizado esfuerzos empíricos y teóricos para aclarar los mecanismos mediante los cuales el Mindfulness reduce las experiencias desagradables de tipo cognitivo, emocional y físico (Hölzel et al. 2011; Vago & Silbersweig, 2012). Uno de los mecanismos más populares postulados como mediador, es la Regulación Emocional (RE); los problemas en esta, a su vez, son cada vez más reconocidos como centrales en muchos trastornos psicológicos (Gross & Muñoz, 1995; Reppetti, Taylor & Sceman, 2002). Especialmente, en el caso de los trastornos emocionales, numerosos autores han identificado a la disregulación emocional como uno de los problemas principales de diagnóstico (Barlow, Allen & Choate, 2004; Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hofmann, Sawyer, Fang & Asnaani, 2012).

Si bien son varias las publicaciones científicas que parecen estudiar la relación del Mindfulness con la RE, arrojando resultados positivos (como los citados en Hölzel et al. 2011; Vago & Silbersweig, 2012), existen buenas razones para mirar con cautela las conclusiones generadas, tanto por los estudios primarios, como por las revisiones a la literatura que se han realizado hasta el momento.

Estas razones son de corte empírico, teórico y filosófico; nacen desde las mismas raíces de lo que se entiende por Mindfulness y las implicaciones que esto ha tenido en su respectivo desarrollo práctico, hasta llegar a la forma en como se ha pretendido vincular a la RE como un mecanismo de acción central a la hora de practicar el Mindfulness. A continuación, se procederá a enmarcar el vínculo teórico que hay entre Mindfulness y RE, para después explicar, una a una, las dificultades que hay tanto en el concepto en sí mismo, como a la hora de asociarlo con la RE.

Discusión teórica.

Teoría de Marcos Relacionales y Regulación Emocional.

La Teoría de Marcos Relacionales (TMR) es, de acuerdo con Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001),

Una aproximación analítico conductual al lenguaje humano y la cognición. La TMR trata la respuesta relacional como un operante generalizado y así apela a una historia de entrenamiento de múltiples ejemplos. Los tipos específicos de respuesta relacional, denominados *marcos relacionales*, son definidos en términos de las tres propiedades de 1) vinculación combinatoria mutua, 2) vinculación combinatoria y 3) transformación de funciones. Los marcos relacionales son arbitrariamente aplicables, pero comúnmente no son necesariamente aplicados de manera arbitraria en el contexto natural del lenguaje (p.141).

Desde la perspectiva de dicha teoría, existen algunos conceptos clave para entender la emoción; desde donde se entiende que

Cuando una persona desarrolla las destrezas verbales básicas de bidirección, combinación y transformación de funciones, la representación mental (concepto) de un estímulo emocional y otros conceptos o estímulos de significado similar evocarán la misma respuesta emocional que el estímulo al que se refieren o relacionan. Este fenómeno se llama derivación de funciones y a la emoción resultante se le conoce como respuesta emocional derivada. Así, pensar o hablar (relacionar conceptos entre sí), puede alterar las funciones emocionales de los estímulos, de forma que si se relaciona un concepto con otro se alterará la función de los estímulos asociados en función del tipo de relación establecida [...], a este efecto se le llama transformación/transferencia de funciones (Reyes & Tena, 2016, p. 41).

Todo lo anterior, entra a tener relación con el Mindfulness puesto que se han desarrollado diversas estrategias que han demostrado generar relaciones deícticas con las funciones emocionales de los estímulos; esto es, de perspectiva u observación (Reyes & Tena, 2016).

Desde el Análisis Conductual, el Mindfulness se entiende como un tipo de auto-discriminación o auto-observación que favorece la permanencia ante estímulos aversivos, puesto que genera la oportunidad de reorientar el comportamiento en búsqueda de refuerzo (Tsai et al., 2009). Desde la perspectiva de la psicología clínica, es entendido como

Estar consciente de lo que está presente en la experiencia inmediata, [separándola] de las propias expectativas, explicaciones y juicios; como conducta, es el acto de dirigir en repetidas ocasiones la atención a un solo estímulo; y como habilidad de RE, es el proceso

intencional de observar, describir y participar de la situación para elegir lo más efectivo respecto a las propias metas (Dimidjian & Linehan, 2009, p. 229).

Más allá de ser una técnica específica, se comprende como un efecto terapéutico que facilita a las personas la observación de sus propias experiencias, el fortalecimiento de sus repertorios verbales, y el desarrollo de una perspectiva tipo “yo como observador”, disminuyendo la evitación de vivencias internas aversivas (Tsai & Kohlenberg, 1991). Lo anterior puede ser logrado a través de prácticas diversas como meditación breve; diarios de pensamiento; observación de respuestas provocadas; ejercicios de visualización; observación de experiencias internas; o incluso metáforas (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

No obstante, si bien pareciera que lo planteado, de manera teórica desde el Análisis Conductual, encontrara una solución a las diversas dificultades de las otras definiciones de Mindfulness, al revisar la producción académica en torno a esta definición, esta perspectiva está prácticamente ausente de la investigación, prevaleciendo conceptualizaciones cognitivistas.

Necesidad de comprender mejor los componentes de la meditación Mindfulness para aumentar su estatus científico.

De acuerdo con Hayes y Wilson (2003), debido al carácter precientífico del Mindfulness, es difícil esperar que su desarrollo científico sea coherente y completo en este momento. El hecho de testear el impacto que tiene esta tecnología milenaria, aunque puede llegar a representar un acierto, no deja de hacer necesario el comprenderlo científicamente para lograr avances significativos. Hacer esto, requiere ir más allá de la simple sofisticación de su definición o de la acumulación de estudios de eficacia; esto es, entender cómo funcionan sus principios y efectos, y cómo estos se vinculan con el conocimiento previo. Una forma de lograrlo, vendría a ser puntualizar en los procesos psicológicos que involucra.

Con miras hacia este propósito, Bishop et al. (2006) plantean dos componentes: (a) La autorregulación de la atención y (b) orientación hacia la experiencia en el momento presente, caracterizada por aceptación, curiosidad y apertura.

No obstante, como definición científica, esta conceptualización del Mindfulness presenta dos problemas principales. El primero de ellos, sus términos son muy cercanos a nociones de sentido común. El segundo y más sustancial, omite el contexto de las conductas involucradas, ocupándose más bien de entidades internas hipotéticas (Hayes & Shenk, 2004).

Diversas conceptualizaciones del Mindfulness: como estado, como técnica, como rasgo.

Durante la historia de la investigación científica del Mindfulness, se han tenido diversas conceptualizaciones. Según Noguchi (2017), este puede entenderse de acuerdo con *su función*, es decir, las prácticas de meditación; acepción que según este autor permitiría comprender mejor los procesos y mecanismos de la meditación y el Mindfulness. O bien según *su contenido*, entendido como un rasgo o un estado final en las prácticas meditativas. En el primer concepto, se divide en dos tipos: meditación concentrativa, que se enfoca en un solo objeto y se monitorea la calidad de la atención momento a momento; y meditación consciente, que inicia con atención focalizada para evolucionar al monitoreo de todas las experiencias sin concentrarse en un solo objeto. En el segundo concepto, se entiende Mindfulness como un estado final donde se alcanzan características de correlación negativa con la rumiación, la necesidad de evaluar, el neuroticismo, la supresión; y se correlaciona positivamente con la no-reactividad y el no-juzgar (Noguchi, 2017).

No obstante, Fletcher y Hayes (2005) proponen una definición funcional analítica del Mindfulness desde el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en inglés), que se encuentra sustentada en el Contextualismo Funcional (CF). A partir de ello, los autores entienden el Mindfulness como la disposición de un contexto en el que no sólo se movilizan un repertorio específico de conductas, sino que se favorece el aprendizaje de estas; a saber: defusión cognitiva, aceptación, yo-como-contexto y contacto con el momento presente. Lo anterior genera como resultado, que el Mindfulness sea visto como una serie de técnicas heterogéneas, desligándolo así de su vínculo exclusivo con la meditación y brinda la posibilidad del uso de otras prácticas que permitan movilizar los procesos mencionados.

Si bien la propuesta de Fletcher y Hayes (2005) podría significar aparente solución a los dilemas teóricos alrededor del Mindfulness y su definición, el concepto aún continúa presentando una serie de deficiencias que para los críticos son impedimento para alcanzar un estatus científico. Dichas críticas están dirigidas a sus cimientos filosóficos, así como los hallazgos empíricos que lo sustentan.

Dificultades filosóficas del Mindfulness como técnica heterogénea enmarcada dentro de las Terapias Contextuales.

Por una parte, el CF como soporte filosófico de las Terapias Contextuales y sus respectivas técnicas, recibe críticas frente a la coherencia ontológica y epistemológica, además de posibles

contradicciones, paradojas o limitaciones que llega a presentar por su adscripción a una ontología mecanicista y una epistemología contextualista.

Barnes y Roche (1994) proponen una serie de alternativas a la contradicción o paradoja; por ejemplo, contemplar la posibilidad de igualar los postulados ontológicos y epistemológicos, ambos de carácter contextual. Lo anterior, sustentado en los descubrimientos en física relacionados con la forma en cómo interactúa la luz en cuanto se relaciona con el observador, como onda o como partícula, que para Zukav y March (1979) derivaría en la comprensión de que las propiedades de los objetos responden a la interacción y no a cosas existentes de manera independiente; es decir, implicaría que la realidad vendría a ser una relación conductual de co-definición.

Si bien, lo anterior podría parecer una argumentación razonable, Tonneau (2005) mantiene en pie sus críticas, argumentando que, el CF puede ser metodológicamente operativo, pero falla en múltiples sentidos respecto a la inadecuada forma de tratar problemas de naturaleza meta-teórica y filosófica, al basarse en interpretaciones ligeras del programa conductista. Los postulados del CF tienen origen a partir de una mala interpretación del Conductismo Radical como una filosofía mecanicista, que derivaron en postulados no-realistas de la conducta (Morris, 1997), promoviendo discursos dentro del Análisis de la Conducta (AC) en los que los conceptos tradicionales de “realidad y verdad” son vistos con sospecha e incluso rechazo, alejándose de esta manera del criterio correspondentista de verdad (Tonneau, 2005; Diéguez, 1998).

Se podría profundizar en las demás implicaciones filosóficas, siendo lo anterior una discusión filosófica extensa que merece ser desarrollada con mayor amplitud, sin embargo, para el presente trabajo se retoma meramente como una forma de ilustrar las dificultades del CF como filosofía del Análisis Conductual en las Terapias Contextuales, dentro de las que se enmarca el Mindfulness.

Discusión empírica.

Críticas metodológicas al estudio empírico del Mindfulness.

En cuanto a los hallazgos empíricos, se ha evidenciado que existe una serie de sesgos y limitaciones en la investigación científica del Mindfulness. Uno de ellos, es la significativa tendencia a exagerar resultados favorecedores de IBM. De acuerdo con uno de los más recientes meta-análisis del Mindfulness (Coronado-Montoya et al. 2016), existe una sobre estimación de los

efectos favorables, puesto que los investigadores tienden a publicar sesgos metodológicos dentro de los cuales se encuentran fallas como: preferencia hacia el uso de métodos de análisis que favorezcan la obtención de resultados positivos; falta de uso de técnicas alternativas al Mindfulness, dejando en incógnita las posibilidades de placebo; ausencia de registro previo de los trabajos por realizar y publicación privilegiada de estudios que arrojan resultados favorables frente a aquellos que arrojan datos más neutrales o negativos.

Sumado a esto, quizá uno de los documentos más interesantes y reveladores sobre el estado actual del Mindfulness, es el de Van Dam et al. (2018), donde se deja en evidencia que prevalece la desinformación y las metodologías pobres en los estudios pasados; que tiende a confundirse la significancia estadística con la significancia clínica; y que existen problemas serios respecto al significado del Mindfulness, el contexto de práctica y las herramientas de medición, que suelen poseer diferentes características y enfatizan en diferentes aspectos de la variable. Para estos autores, existen problemas metodológicos que surgen desde la misma validez insuficiente del constructo en sus mediciones, lo que a su vez ha derivado en desafíos a la metodología de intervenciones clínicas e interpretación cuestionable de los datos obtenidos de la neurociencia.

Se debe resaltar también que, aunque existen pocas Revisiones Sistemáticas y/o Meta-análisis recientes realizados en torno al Mindfulness (Khoury et al. 2013; Chiesa, Calati & Serretti, 2011), al parecer, ninguno está enfocado en la relación con RE. Sin embargo, sí se encuentran algunos estudios primarios dedicados al estudio de ambas variables, pero con conclusiones e inconsistencias cuestionables, como se mostrará a continuación.

Mindfulness y Regulación Emocional

Uno de los documentos más antiguos encontrados al respecto (Hayes & Feldman, 2006) postula, a manera de hipótesis, que el Mindfulness está relacionado con los principios de la RE, en el sentido en que este pretende disminuir la evitación experiencial y la rumiación (*overengagement*). Esta hipótesis pretende ser respaldada a través de observaciones realizadas en el contexto de lo que los autores han denominado Programa de Bienestar y Tratamiento de la Depresión; en donde encontraron que los cambios en Mindfulness fueron asociados con disminuciones concurrentes en evitación experiencial y *overengagement*. No obstante, estos efectos no pudieron ser aislados ni atribuidos directamente al Mindfulness, puesto que el programa primero enseñaba otras habilidades terapéuticas -habilidades de afrontamiento y resolución de

problemas; comportamientos de estilo de vida saludable que mejoraron los hábitos dietarios, de ejercicio y sueño; y estrategias para incrementar el apoyo social-, antes de empezar a enfocarse en la práctica del Mindfulness.

Siguiendo por esta línea, Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau (2004), para probar la validez del instrumento CAMS-R (*Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised*), parten de la suposición de que el Mindfulness está asociado a RE, pero sólo presentan dos estudios previos (Brown & Ryan 2003; Feldman et al. 2005) como evidencia empírica directa de que el Mindfulness autoreportado está relacionado con características vinculadas a la RE: *less over/under engagement*, la evitación experiencial, la supresión de pensamientos y la rumiación. Posterior a ello, los autores exponen la evidencia de su propio estudio No. 2, en el cual encontraron una relación positiva entre Mindfulness y RE. A pesar de esto, debe tenerse en cuenta que el Mindfulness fue entendido como rasgo, y por lo tanto no se realizó ningún tipo de intervención; sumado a que estos resultados se obtuvieron a partir de una muestra no clínica, de 212 estudiantes universitarios. La RE se midió a partir de escalas de medición autoreportadas de variables asociadas con RE, y no con ninguna escala de medición directa de RE.

Lo anterior es consistente con la revisión integrativa realizada por Chambers, Gullon y Allen (2009), quienes afirman que la relación exacta entre Mindfulness y las estrategias de RE continúan siendo poco claras; ya que, a pesar de toda la investigación respecto a los beneficios del Mindfulness, no se ha demostrado de manera concluyente que sean los niveles elevados de esta variable los que medien esos resultados positivos. Debe mencionarse también que, a pesar de que los autores hacen un esfuerzo por mejorar las bases empíricas de la relación entre ambas variables, al mismo tiempo insisten en persistir en las raíces metafísicas budistas de esta práctica y señalan los modelos materialistas de aproximación al objeto de estudio como un problema; lo que puede llegar a parecer contradictorio en el contexto del progreso científico de una disciplina o tema.

Es interesante ver las contradicciones en el estudio de estas variables, ya que, por ejemplo, a diferencia del artículo anterior, Teper, Segal y Inzlicht (2013) afirman que la relación entre el entrenamiento en Mindfulness y la RE está bien documentada. Sin embargo, más adelante afirman que la conexión entre dichas variables se establece de manera intuitiva, a partir del énfasis que se hace en la aceptación sin juzgar de pensamientos y emociones. Cabe señalar, también, que estos autores aportan como “evidencia empírica” de esas afirmaciones, la revisión realizada Chambers, Gullon y Allen (2009). Sin embargo, hay que recordar que esta (a) es una revisión de corte teórico,

(b) asevera que la relación entre Mindfulness y RE es intuitiva y poco clara, y (c) defiende un abordaje metafísico del Mindfulness en medio de contextos científicos.

Al parecer, estas dificultades presentadas de manera general no sólo responden al desarrollo entre Mindfulness y RE, sino que atañen a las mismas raíces de lo que Mindfulness implica junto con todas sus derivaciones conceptuales, teóricas, empíricas y clínicas (Van Dam et al. 2018). Podría inferirse, a partir de lo anterior, que esta técnica aún no cuenta con suficiente soporte empírico para validar su uso en el contexto terapéutico y que los resultados favorables relacionados a su efecto sobre la RE estarían sesgados en aspectos metodológicos. Por tanto, se hace necesario realizar esfuerzos en aras de comprender mejor la relación existente entre ambas variables, ya sea para confirmar o negar su utilidad en el contexto terapéutico.

Justificación

La RE ha sido ampliamente vinculada con el bienestar y la salud psicológica de las personas. Asimismo, la ausencia de esta -también conocida como disregulación emocional- se ha encontrado relacionada con una lista considerable de trastornos psicológicos. Dentro de ellos, puede encontrarse los trastornos de la conducta alimentaria, como bulimia y anorexia nerviosa (Rodríguez et al. 2017); los trastornos de personalidad del clúster B -límite, histriónico, narcisista y antisocial (Pérez, González & Redondo, 2007); y la gama completa de los trastornos de ansiedad y el estado del ánimo (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

En términos de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional, los trastornos mencionados con anterioridad tienen una prevalencia significativa en la población. Las tablas 1 y 2, enseñan de manera general las cifras de incidencia tanto en hombres como mujeres a lo largo de sus vidas tanto en el plano nacional como internacional.

Tabla 1. Prevalencia a nivel nacional de trastornos relacionados con la disregulación emocional

Grupo	Trastorno específico	Porcentaje
Trastornos de la conducta alimentaria	Anorexia Nerviosa	0
	Bulimia Nerviosa	0,3
	No especificado	*
Trastornos de Personalidad (Clúster B)	Límite	4,6
	Histriónico	*
	Narcisista	*
	Antisocial	8,3

Tabla 1. Continuación

Trastornos del Estado de Ánimo	Ep. Depresivo Mayor	*
	Ep. Maniaco	*
	Ep. Mixto	*
	Ep. Hipomaniaco	*
	Tr. Depresivo Mayor	7,7
	Tr. Distímico	19,9
	Tr. Depresivo no especificado	7,2
	Tr. Bipolar	16,1
	Tr. Ciclotímico	29,6
Trastornos de Ansiedad	Ansiedad generalizada	14,9
	Ansiedad Social	8,9
	Fobia simple	*
	Agorafobia	*
	Obsesivo compulsivo	14,1
	Estrés Agudo	*
	Estrés Postraumático	6,41
	Mixto Ansioso-Depresivo	*

Nota: Los datos contenidos en esta tabla han sido obtenidos a partir de Ministerio de Salud y Protección Social (2015).

*No se encuentran datos confiables y/o claros.

Tabla 2. Prevalencia a nivel nacional de trastornos relacionados con la disregulación emocional

Grupo	Trastorno específico	Porcentaje
Trastornos de la conducta alimentaria	Anorexia Nerviosa	4
	Bulimia Nerviosa	2
	No especificado	1,6
Trastornos de Personalidad (Clúster B)	Límite	2,7
	Histriónico	0,3
	Narcisista	0,3
	Antisocial	3,8
Trastornos del Estado de Ánimo	Ep. Depresivo Mayor	*
	Ep. Maniaco	*
	Ep. Mixto	*
	Ep. Hipomaniaco	*
	Tr. Depresivo Mayor (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)	4,5
	Tr. Distímico (Vos et al. 2012)	1,53
	Tr. Depresivo no especificado	*
	Tr. Bipolar (Grande, Berk, Birmaher y Vieta, 2016)	1
	Tr. Ciclotímico	*

Tabla 2. Continuación

	Ansiedad generalizada (Boletín de Información Clínica Terapéutica, 2012)	5
	Ansiedad Social	*
	Fobia simple	*
	Agorafobia	*
Trastornos de Ansiedad	Obsesivo compulsivo	1,9
	Estrés Agudo	*
	Estrés Postraumático (Organización Mundial de la Salud, 2013)	3,6
	Mixto Ansioso-Depresivo (Ministerio de Sanidad y Consumo, s.f.)	2,5

Nota: Los datos contenidos en esta tabla han sido obtenidos a partir de Ministerio de Salud y Protección Social (2015), a excepción de las cifras mencionadas en cada uno de los casos específicos con sus citas respectivas.

*No se encuentran datos confiables y/o claros.

Si se compara los datos nacionales vs. los internacionales para los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, puede notarse que Colombia tiende a estar ubicada varios puntos por encima del promedio mundial. Esto se traduce en la necesidad de generar intervenciones efectivas en el tratamiento de dichos trastornos, que tengan en cuenta los procesos psicológicos subyacentes a la conducta problema, con el fin de aumentar las probabilidades de mejora de los pacientes.

La disregulación emocional puede ser entendida como el exceso o el déficit de regulación sobre las propias emociones, alternando entre los polos de disregulación y sobrerregulación (Cole, Michel y Teti, 1994). Si bien hasta el momento no se ha comprobado una relación de causalidad entre la disregulación emocional y los trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, autores como Campbell-Sills y Barlow (2007), plantean una fuerte correlación entre ambas variables ya que, para ellos, los tipos de trastornos mencionados previamente, pueden llegar a ser manifestaciones producto de los intentos fallidos o equivocados del individuo por auto-regular sus emociones frente a situaciones estresantes.

Basándose en el Modelo Modal de Gross, Campbell-Sills y Barlow (2007), sugieren que las diferencias individuales en las estrategias de RE utilizadas, podrían estar relacionadas con mayor vulnerabilidad o resiliencia frente a los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. En

este sentido, se argumenta que las estrategias de RE basadas en la supresión tienden a ser desadaptativas, aumentando la vulnerabilidad de las personas; mientras que las estrategias basadas en la reevaluación, por el contrario, son más adaptativas y favorecen la resiliencia de los sujetos.

Como se mencionó con antelación, aunque no se ha corroborado una relación causal entre RE y los trastornos mencionados, sí existen razones suficientes para pensar en elaborar intervenciones que tengan dentro de sus puntos clave la RE. Si bien se han diseñado terapias pensando en esto, como la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1987) cuyo eje gira en torno a la RE, los defensores de otro tipo de intervenciones, como las Basadas en Mindfulness, han empezado a argumentar recientemente que estas tienen efectos directos sobre el mejoramiento de la RE (Hayes & Feldman, 2006). No obstante, a diferencia de la Terapia Dialéctico Comportamental, las IBM aún no cuentan con suficiente soporte empírico que respalde dicha afirmación (Chambers, Gullon & Allen, 2009).

A pesar de lo anterior, el auge de las IBM es cada vez más notorio, no sólo en el campo clínico e investigativo de la psicología (Figura 1); también, lo es por parte de legos que se han valido de la popularidad del Mindfulness para venderlo en múltiples presentaciones, augurando beneficios no necesariamente falseados desde el método científico, yendo en contra de los movimientos académicos en pro de realizar intervenciones basadas en la evidencia (Van Dam et al. 2018).

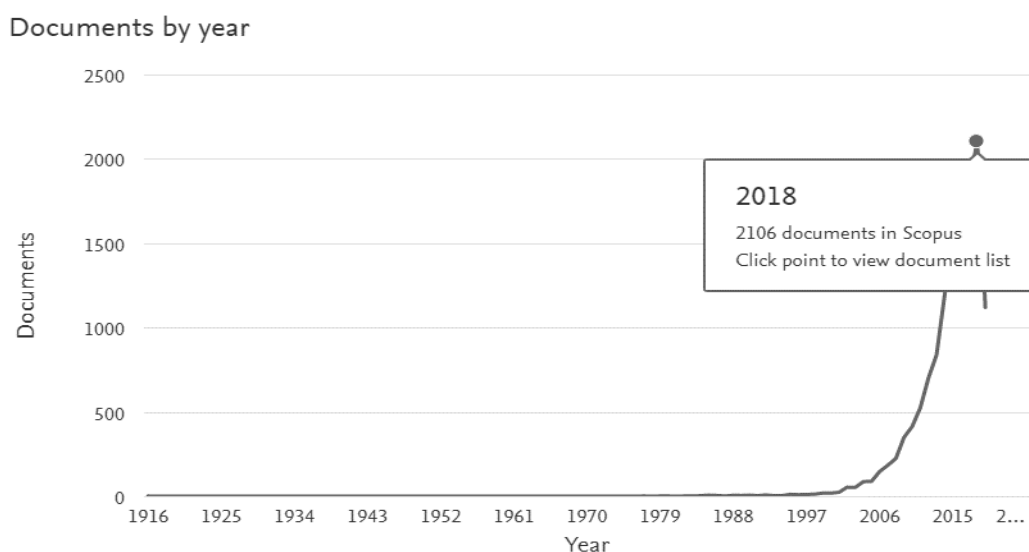


Figura 1. Número de documentos publicados en la base de datos SCOPUS bajo el término Mindfulness
Nota: La imagen corresponde a una captura de pantalla tomada directamente de la base de datos mencionada.
Remitirse (Elsevier BV , 2019)

Lo anterior, da pie a un debate ético profundo sobre el tipo de intervenciones que están utilizando los psicólogos en su práctica clínica, los supuestos beneficios de estas y la responsabilidad que tiene la academia a la hora de combatir prácticas pseudocientíficas y sin soporte empírico.

De acuerdo con el Código Deontológico del Psicólogo Colombiano (Ley 1090, 2006), en el Título III, hacen parte de la actividad profesional del psicólogo los siguientes apartados:

Art. 3º-A. Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales.

Art. 5º. Dentro de los límites de su competencia, el psicólogo ejercerá sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social (p. 3).

Esto puede resumirse en la importancia ética que implica el uso de tecnologías con soporte científico sólido para dar respuesta efectiva y eficaz a las necesidades de los sujetos que solicitan atención psicológica. Por esta razón, se hace necesario evaluar la efectividad de las IMB, incluidas sus propiedades a la hora de hacer intervención clínica y los supuestos procesos psicológicos en los que enfoca sus esfuerzos de cambio en el paciente; en este caso, la RE.

En los últimos años, el movimiento a favor de las Prácticas Basadas en la Evidencia ha ido creciendo y con ello las estrategias y metodologías para acercar a los profesionales -de las áreas de la salud en especial- al ejercicio crítico, concienzudo y responsable hacia sus pacientes para dar las mejores respuestas posibles a las problemáticas que los aquejan (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Dentro de estos esfuerzos, las Revisiones Sistemáticas son quizá las más notorias y significativas. Lo anterior, gracias al arduo trabajo que han liderado a nivel internacional organizaciones como Cochrane, PRISMA y PROSPERO -entre otras-, que se han encargado de generar y mejorar las directrices para la conducción de Revisiones cada vez más rigurosas dentro del marco del enfoque empírico-analítico (Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2011; Mulrow, 1994).

Según Jahan, Naveed, Zeshan y Tahir (2016), las Revisiones Sistemáticas se encuentran en la cúspide de la pirámide de la evidencia. Esto da cuenta de la importancia de hacer este tipo de estudios secundarios, debido a sus enormes aportes al soporte empírico que da mayor peso científico a intervenciones clínicas.

De lo anterior, se desprende que el uso de intervenciones bien respaldadas, aportaría al mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos que requieren atención psicológica. Es en este punto donde se hace evidente el vínculo con la línea de investigación Calidad de Vida y Bienestar en Contextos de Salud, que aborda “problemas relacionados con el bienestar y la calidad de vida de individuos, grupos sociales y organizaciones” (USTA, p. 54, 2016). Esto es así puesto que, en este trabajo, se parte de la premisa de que la solidez conceptual, teórica, metodológica y empírica contribuye al mejoramiento de las tecnologías aplicadas a las intervenciones psicológicas en pro del mejoramiento de la calidad de vida.

Así pues, la presente investigación busca evaluar la eficacia y efectividad real de las IBM sobre la RE, que -como ya se vio previamente- parece jugar un papel importante en el desarrollo de problemáticas de salud mental pública relevantes para el contexto nacional e internacional. Por lo anterior, se plantea la pregunta: ¿Cuál es la efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness sobre la RE comparadas con estrategias de control activo e inactivo en adultos entre los 18 y los 65 años?

Objetivos

General

Determinar si las Intervenciones Basadas en Mindfulness poseen mayores niveles de efectividad al compararse con estrategias de control activo e inactivo teniendo como mecanismo subyacente la RE en poblaciones de adultos entre los 18 y los 65 años de edad.

Específicos

- Comparar las evidencias empíricas de efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness vs. estrategias de control activo y/o inactivo sobre la RE.
- Identificar el nivel de eficacia de las Intervenciones Basadas en Mindfulness sobre RE.
- Identificar el nivel de eficacia de las estrategias de control activo y/o inactivo sobre la RE.

Marco de referencia

Marco paradigmático

Un paradigma es entendido como las “realizaciones científicas que son universalmente reconocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 1971, p. 13). Dichas realizaciones proporcionan el marco básico frente al que se desarrolla el objeto de una ciencia, las preguntas y las reglas mediante las cuales deben ser resueltos e interpretados los problemas y los datos en torno a dicho objeto de conocimiento, respondiendo a supuestos básicos ontológicos, epistemológicos y metodológicos (González, 2003). De acuerdo con Kuhn (1971), el papel de la investigación científica mediante modelos teórico-explicativos o paradigmas es que las realizaciones científicas sean universalmente reconocidas durante cierto tiempo, que proporcionen modelos de abordaje a problemas y generen soluciones a una comunidad científica.

En la actualidad, tres paradigmas de la filosofía de la ciencia gozan de alto nivel de aceptación en las comunidades científicas: el Empírico-Analítico, el Interpretativo y el Socio Crítico. No obstante, en el presente trabajo, se adopta el Positivista, enmarcado dentro de Empírico-Analítico. Dicho paradigma, en términos generales, tiene un interés dominador sobre el conocimiento, que pretende lograr a partir de la medición y la cuantificación de los datos, facilitando así el control y predicción de los fenómenos (Comte, 1844). Lo anterior permite entender por qué el conductismo se enmarca en dicho paradigma, ya que para Skinner, 1977 (como se citó en Plazas, 2006), uno de los intereses primordiales de la psicología debe ser la búsqueda de regularidad de los fenómenos, encontrando orden, uniformidades y relaciones válidas de los hechos.

Supuesto Ontológico.

Uno de los aspectos clave dentro de los supuestos ontológicos de los paradigmas es el concepto de verdad. Para el Positivismo, la verdad o realidad es única; es decir, el mundo es uno sólo, es reductible a lo físico y no es mecánico (Plazas, 2006). Lo anterior, permite que el conocimiento sea verificable, fiable y riguroso, logrando así una validez universal (Bunge, 1960;

González, 2003); a pesar de que dicha validez estará condicionada siempre a una relatividad del conocimiento alcanzado acerca de los fenómenos, puesto que este deberá ser susceptible de mejora o cambio permanente (Comte, 1844). Sin embargo, se acepta que el conocimiento obtenido hasta el momento es el mejor que se pudiese lograr y los datos conseguidos serán considerados como verdaderos hasta cierto punto, siempre que puedan ser confirmados de manera compatible con los cánones del método científico (Lakatos, 1987; Carman, 2007).

Otro criterio importante dentro de los supuestos ontológicos de los paradigmas es el de demarcación. Según Popper (citado en Carman, 2007), siendo los criterios que distinguen la ciencia de la no-ciencia. Dentro del Positivismo, uno de los conceptos clave del conocimiento científico es la eficacia, que está ligada de manera estrecha con la conformidad directa o indirecta que este guarde con lo observado; es decir, el conocimiento es pragmático: en cuanto más permita actuar de manera más eficaz en el mundo, es más verdadero (Comte, 1844; Plazas, 2006). Así mismo, el conocimiento a partir de las creencias científicas admisibles debe limitarse por la observación y la experiencia (Comte, 1844; Kuhn, 1971), sólo pueden aceptarse en el cuerpo de las ciencias aquellas proposiciones inductivas que son o están aprobadas por los hechos (Lakatos, 1987). Es a partir del canon de las ciencias naturales que se busca el conocimiento, con el objetivo de generar leyes universales e invariables cuyo fin sea el de explicar y predecir los fenómenos (Comte, 1844).

Ahora, el Conductismo, que es más propiamente considerado una filosofía de la ciencia del comportamiento humano (O'Donohue & Kitchener, 1998), plantea que la forma apropiada de estudiar el comportamiento es a partir de una comprensión desde el fisicalismo o el monismo físico. Esta postura no niega el mundo interior, sino que parte del supuesto de que no existe una división entre lo interno y lo externo; es decir, se aleja de concepciones dualistas e internalistas (Clavijo, 2006; Plazas, 2006).

Supuesto Epistemológico.

Para abordar los supuestos epistemológicos del paradigma Positivista, se hace necesario, en primera instancia, entender cuál es su objeto de estudio. De acuerdo con O'Donohue y Kitchener (1999), el objeto de estudio del conductismo es el comportamiento del sujeto. Se entiende al ser humano como un organismo que se comporta y dicho comportamiento puede ser medido en términos de movimientos, acciones y significados, los cuales resultan de interés para la

psicología (Clavijo, 2006). Así, Skinner se interesa en el estudio de la conducta del organismo como un todo (Plazas, 2006).

Siguiendo la línea de Comte (1844), para quien los enunciados científicos deben dar cuenta de explicaciones causales, Skinner (como se citó en Plazas, 2006) plantea las causas del comportamiento a partir de un determinismo ambiental, considerando las contingencias ambientales filogenéticas y ontogenéticas como determinantes de la conducta. A partir de lo anterior, se entiende a la psicología como una rama objetiva y experimental, que rechaza las causas internas asumidas, es decir, la conducta de los seres humanos puede ser investigada sin necesidad de recurrir a la conciencia (O'Donohue & Kitchener, 1998; Clavijo, 2006).

Supuesto Metodológico.

El Positivismo tiene dentro de sus supuestos lo que Comte (1844) denominó monismo metodológico; es decir, se asume que hay un sólo método en la búsqueda del conocimiento científico (González, 2003). Dicho método, el inductivismo, supone una subordinación de la imaginación o especulación a la observación; es decir, se busca *ver* para poder *preveer*, teniendo a la observación como única base de acceso al conocimiento y buscando siempre una reducción de los hechos a enunciados (Comte, 1844). Si bien en un principio Skinner criticó el método científico, posteriormente aplicó el método inductivo a sus investigaciones como parte de la explicación de la conducta voluntaria (Plazas, 2006).

En la misma línea se argumenta, que la conducta voluntaria desde la visión del físico Ernst Mach, a quien Skinner posteriormente retomaría, en términos del Análisis Funcional (AF) se evidencia cómo la conducta se regula mediante las relaciones funcionales del sujeto o persona y el mundo, debido a una mutua afectación, siendo la conducta una adaptación a cambios medioambientales (Clavijo, 2006). Es decir, existe una uniformidad entre hechos, y el AF permite describir las dependencias entre fenómenos desde una posición conductual, mediante la relación entre las variables independientes o los estímulos y las variables dependientes o las respuestas (Plazas, 2006).

En resumidas cuentas, después de todo lo dicho con antelación, el presente trabajo apela por una concepción científica de la Psicología, que se rija a partir del canon de las ciencias naturales y método científico. Lo anterior, debido a que, en el camino hacia el avance en los conocimientos psicológicos, se debe priorizar aquello que favorezca la eficacia y efectividad de

las intervenciones en los sujetos que acuden a consulta psicológica. Poner de manera manifiesta el carácter científico -o no-, de las intervenciones diseñadas hasta el momento, permite establecer los límites de un ejercicio psicológico formal que, apelando a la ética, se debe construir a partir de intervenciones basadas en la evidencia.

Parte las acciones que se deben realizar en pro de alcanzar los objetivos arriba mencionados, que se buscan en torno al conocimiento Psicológico generado y al sustento de las intervenciones que se derivan del mismo, reside también en analizar los posibles sesgos que -casi que inevitablemente- rodean a la evidencia empírica científica.

Son estas las principales razones que impulsaron la realización de este trabajo. Una Revisión Sistemática es un esfuerzo más por salvaguardar los principios de una filosofía del comportamiento del ser humano -el Conductismo-, y de los campos de acción donde se requiere mejoras constantes por medio de la investigación, en conjunto con la construcción de teoría, para propiciar y plasmar un cambio fiable en la intervención de la conducta voluntaria.

Marco disciplinar

Mindfulness.

El Mindfulness y la tradición budista Vipassana.

La palabra Mindfulness fue popularizada por primera vez en occidente en 1975 por el monje budista Thich Nhat Hahn, en el libro *El milagro del Mindfulness* (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). La palabra *Mindfulness* es una traducción de la palabra hindú *Sati*, que significa *conciencia, atención o recuerdo* (Siegel, Germer & Olendzki, 2008). Es de resaltar que la atención y la conciencia son dos elementos psicológicos implicados en la experiencia de la conciencia plena o Mindfulness.

Continuando con los orígenes del Mindfulness, éste se remonta a la tradición budista Vipassana y a las técnicas de meditación Zen. Tanto la meditación Zen como la meditación Vipassana tienen como fin ayudar a liberar al individuo del sufrimiento (Carvalho, 2013). Esta liberación vendría dada por una serie de posturas y ejercicios de respiración que buscan que el individuo vea las cosas como son, para aceptarlas y dejar de lado su aspecto negativo (Simón,

2007). Estos ejercicios se caracterizan por ayudar a focalizar la atención y por servir como técnicas de relajación, por lo que muchas de estas técnicas se incorporarían luego a la psicoterapia.

El Mindfulness y la psicoterapia.

La incorporación de algunas técnicas orientales de meditación inicia en los años 60 (Perez & Botella, 2007), empero, es hasta 1970 cuando estas comienzan a cobrar relevancia, gracias a la obra de John Kabat-Zinn; quien ligaría las técnicas ancestrales de la tradición budista con una perspectiva occidental, debido a su formación científica como médico y a su formación espiritual bajo la mano del maestro Zen Seung Sahn (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

El abordaje de este enfoque no occidental en psicoterapia nace de las múltiples recaídas de los pacientes con depresión, a partir de las cuales varios autores comenzaron a replantearse la finalidad de la terapia misma (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). De este modo, comenzaron a surgir voces en la academia que abogaban por que, en lugar de luchar por eliminar los pensamientos negativos que vienen asociados a los trastornos psicológicos, sería mejor lograr un cambio de actitud frente a estos; pues, al fin y al cabo, los trastornos y sus síntomas no pueden ser eliminados del todo. Por consiguiente, ya no se trataría de eliminar las emociones y pensamientos dolorosos, sino de aceptarlos (Siegel, Germer & Olendzki, 2008). Este último aspecto es de vital importancia para distinguir los enfoques terapéuticos que incluyen al Mindfulness de aquellos que no: la aceptación es la piedra angular de la experiencia de la conciencia plena (Siegel, Germer & Olendzki, 2008).

Esta nueva forma de concebir los problemas psicológicos se enmarca en lo que se ha denominado *Terapias de Tercera Ola* (TTO). Las TTO se basan en las técnicas de meditación Zen y del budismo en general (Mañas, 2007). Así pues, el Mindfulness hace su incursión en la psicoterapia de mano de las TTO y de la psicología experimental, esto es, del enfoque terapéutico que gira en torno a la aceptación y de la postura psicológica de que las emociones negativas son algo completamente natural y no son causa de disfuncionalidad *per se*. La idea, pues, ya no es eliminar las emociones molestas, sino aceptarlas y verlas como manifestaciones validadas del comportamiento humano con funciones adaptativas (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Según el enfoque anterior, la psicopatología surgiría cuando la no aceptación de las emociones negativas termina afectando la funcionalidad diaria de las personas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

¿Qué es el Mindfulness?

El Mindfulness, conocido en español como *conciencia plena*, puede llegar a entenderse como una técnica de meditación de la tradición budista Vipassana, así como el resultado de dicha técnica, es decir, el Mindfulness es una experiencia (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), o bien como los elementos psicológicos que componen dicha experiencia (Bishop et al. 2006).

Kabat-Zinn define el Mindfulness como “una conciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente” (Kabat-Zinn, 2012, p. 8). En concordancia con Kabat-Zinn, Bishop et al. (2006) proponen una definición operacional que permita iniciar la investigación psicológica sobre la experiencia en cuestión, mediante la identificación de los procesos psicológicos subyacentes. De este modo, definen el Mindfulness como una cualidad de la atención autofocalizada y caracterizada por la apertura y la aceptación de la experiencia.

Otras definiciones que se mantienen en la misma línea, enfatizando la importancia de la atención y la aceptación, son las siguientes. Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow (2008), definen el Mindfulness como “la tendencia a ser altamente conscientes de las propias experiencias internas y externas, aceptándolas y sin juzgarlas” (p. 205). De otra parte, Siegel, Germer y Olendzki (2008) definen el Mindfulness como “la conciencia de la experiencia presente con aceptación” (p. 4). Por último, Simón lo define como la capacidad humana de ser conscientes de los “contenidos de la mente a todo momento” (Simón, 2007, p.8).

Con base en lo anterior, vemos que *atención, conciencia y aceptación* son elementos que se repiten en varias definiciones. Por consiguiente, en lo que viene, por Mindfulness se entenderá la experiencia que consiste en una aceptación consciente del momento presente sin juzgarlo.

Componentes del Mindfulness.

Para Kabat-Zinn (2012), la experiencia Mindfulness está compuesta por siete componentes: (a) *No juzgar*. No encasillar las experiencias en buenas o malas; (b) *Paciencia*. Respetar los tiempos naturales de los acontecimientos y no forzarlos; (c) *Mente principiante*. No permitir que las experiencias previas sesguen el juicio sobre las presentes; (d) *Confianza*. Asumir la propia responsabilidad y confiar en sí mismo; (e) *No esforzarse*. Evitar hacer las cosas pensando en resultados inmediatos; (f) *Aceptación*. Tanto de las cosas que suceden como de sí mismo; (g) *Dejar ir*. Librarse del apego, tanto negativo como positivo.

Los componentes a, b, f y g hacen referencia a la aceptación, mientras que los elementos restantes se vinculan con la atención. Con base en esto, se puede sostener que la atención y la aceptación son dos componentes esenciales de la experiencia Mindfulness. Empero, aunque Kabat-Zinn es el pionero en la introducción del Mindfulness en psicoterapia, son Bishop et al. (2006) quienes introducen un modelo operacional de los mecanismos psicológicos que subyacen el Mindfulness dentro de los que se encuentran la autorregulación de la atención y la orientación hacia las experiencias del presente.

- **Autorregulación de la atención.** Denota mantener la atención a la experiencia inmediata sin pretender controlarla. Esta autorregulación de la atención permite ampliarla, dando a conocer detalles de los que no se sabía nada antes (Bishop et al., 2004). Para dar con ello es necesario cultivar habilidades como: (a) *Atención sostenida*, es decir, mantener la atención por largos periodos de tiempo; (b) *Cambio atencional*, hace referencia al hecho de poder cambiar la atención de un objeto a otro; (c) *No elaborar pensamientos ni sentimientos*, esto es, no dejar que haya objetos que capten por completo la atención.
- **Orientación hacia las propias experiencias en el presente.** Significa mantener una actitud curiosa al margen del valor emocional que puedan tener las experiencias. Muchas veces, cuando la experiencia es negativa, la tendencia es natural es rechazarla o evadirla, y es precisamente esa negación lo que genera los círculos viciosos de los trastornos psicológicos (Bishop et al, 2006).

Otra caracterización de los componentes del Mindfulness es la que hace Germer (2005), al sostener que la tríada conciencia-experiencia presente-aceptación es un elemento esencial de la experiencia en cuestión. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) -a partir del artículo de Germer-, representan muy bien los distintos momentos del Mindfulness. Estos momentos son: (a) *No conceptual*. Significa no elaborar pensamientos, solo tomar conciencia de ellos; (b) *Centrado en el presente*. Atender a la experiencia del momento; (c) *No condenatorio*. No emitir juicios negativos sobre lo que acontece; (d) *Intencional*. Atención a un objeto dado y volver a él en caso de distracciones; (e) *Observación participante*. No ver lo que nos sucede como si fuera algo ajeno, por el contrario, implicarnos de manera plena en ello; (f) *No verbal*. Este momento quiere decir que la experiencia del Mindfulness se circunscribe en lo emocional; (g) *Exploratorio*. Indica apertura a la experiencia, es decir, su aceptación; (h) *Liberador*. Es el momento final e indica la

liberación del malestar producido por los juicios de valor negativos, ansiedad del pasado y futuro, y el evitar experiencias (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Podría decirse que, de los momentos anteriores, el segundo, el cuarto y el quinto hacen alusión a la atención, mientras que el tercero y el séptimo remiten a la aceptación. Lo anterior, refuerza la idea de que la atención y la aceptación parecen ser aspectos esenciales en lo que se ha convenido en llamar experiencia Mindfulness.

Por último, Perez y Botella (2007), mencionan algunos postulados de la filosofía Zen que coinciden con varios aspectos del Mindfulness mencionados hasta ahora. Esos aspectos son: (a) *Atención al momento presente*. Esta atención puede remitir tanto a la vida interna (emociones) como a la vida externa (las situaciones); (b) *Apertura a la experiencia*. Observar las cosas con una *mente principiante*, esto es, sin juicios negativos ni positivos; (c) *Aceptación*. No negar ni evadir los eventos; (d) *Dejar pasar*. No identificarse con los pensamientos; dejarlos pasar. La identificación con los pensamientos negativos es la causa de que estos sean recurrentes y alimenten trastornos como la depresión y la ansiedad; (e) *Intención*. El Mindfulness tiene un propósito (Perez y Botella, 2007).

De este modo, aceptación, atención, intención y conciencia son aspectos que se repiten a lo largo de distintas caracterizaciones, a la vez que las demás caracterizaciones solo se adentran en los procesos psicológicos implicados, tales como la regulación de la atención y la focalización en la experiencia presente.

Terapias basadas en Mindfulness.

Con vista en lo anterior, puede decirse entonces que el Mindfulness es una técnica de meditación oriental y también un estado de aceptación consciente de la experiencia presente sin emitir juicios; siendo atención y aceptación elementos claves de dicha experiencia.

Ahora bien, a partir de ello, se han generado diversas tecnologías a nivel terapéutico que hacen uso del Mindfulness. No obstante, en lo que viene, solamente se mencionan dos, a saber: El *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) y la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT). Esto será así no sólo porque son las más aceptadas y populares, sino además porque a pesar de que existen otras intervenciones que usan elementos del Mindfulness como la *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), la *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) y la *Acceptance-Based Behavior Therapy* (ABBT), tan solo MBSR y MBCT se basan totalmente en la práctica

formal del Mindfulness; mientras que ACT, DBT y ABBT apenas *integran* Mindfulness y aceptación dentro de sus componentes (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Mindfulness Based Stress Reduction.

Esta terapia fue creada por Kabat-Zinn (1990) e incorpora elementos de la meditación Vipassana, con prácticas del Yoga. Su objetivo es lograr que el paciente sea consciente de la situación estresante, puesto que muchas de las reacciones frente al estrés se dan de manera automática, desencadenando todo tipo de reacciones molestas. Esta conciencia frente al estrés ayuda a reducir su impacto negativo. Dicho de otro modo, no se trata de ser completamente insensibles, sino de no permitir que eventos dolorosos destruyan por completo a la persona

El programa tiene una duración promedio de ocho semanas con sesiones de alrededor de dos horas y media, de las cuales los primeros 45 minutos de cada sesión son destinados a practicar yoga y ejercicios de respiración. De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), en concreto se emplean cinco técnicas en MBSR:

1. Autoexploración corporal: También conocida como *body scan*, es una técnica basada en la focalización de las distintas sensaciones corporales. El participante se acuesta boca abajo con los ojos cerrados y empieza a recorrer con sus pensamientos las distintas sensaciones que le brinda su cuerpo. Es importante no pensar en nada distinto, para que la autoexploración no se vea opacada por pensamientos ajenos a la actividad.
2. Meditación Vipassana: El participante se sienta con la espalda recta y comienza respirar profundamente. La concentración debe estar focalizada solamente en la inhalación y exhalación. A medida que se domina esta técnica, la atención se desplaza de la respiración a los sonidos circundantes y, por último, a la propia conciencia.
3. Postura de Hatha Yoga: Ejercicios lentos de estiramiento y fortificación con énfasis en la respiración. Esta práctica busca que la persona reconozca las señales que le da su propio cuerpo, mediante el hecho de exigirse cada vez más y más.
4. Prestar atención a la vida cotidiana: El fin de esta actividad consiste en aprender a utilizar el Mindfulness en todos los espacios del día a día, no solo en los ejercicios de meditación. Esta actitud sitúa al paciente en el presente, evitando que sus pensamientos divaguen en las preocupaciones del pasado y del futuro. Nuevamente, la idea no es eliminar los pensamientos molestos sino aceptarlos para así quitarles su poder negativo.

5. Comer una uva con atención plena: El objetivo aquí es que, mediante una actividad completamente ordinaria y sencilla de realizar, el paciente centre toda su atención en todas las distintas sensaciones que esta sencilla actividad puede brindar (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Mindfulness Based Cognitive Therapy

Segal, Williams y Teasdale son los pioneros de la terapia cognitiva basada en Mindfulness (Segal, Williams, y Teasdale, 2002; Vázquez-Dextre, 2016). Esta terapia surge de las recurrentes recaídas de los pacientes con depresión que eran tratados con terapia cognitiva. Los autores contactaron a Kabat-Zinn para tratar de hacer que los pacientes con depresión tuvieran otra forma de afrontar sus emociones y pensamientos negativos. Puesto que parece que los síntomas no pueden ser controlados del todo -a diferencia de la terapia cognitiva-, el fin de MBCT ya no es eliminar los pensamientos negativos, sino quitarles el poder que tienen para afectar a la persona, previniendo así que caigan en procesos disfuncionales que se retroalimentan de manera viciosa. Dicho en otras palabras, evitar que los pensamientos negativos hagan sentir mal a las personas y que ese malestar produzca más pensamientos negativos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

La psicopatología aparecería en el momento en que el individuo se identifica con los pensamientos negativos que está teniendo, esto es, con el acto de creer que esas ideas despectivas son un reflejo fiel de la realidad. Este tipo de identificación ha sido denominada como *cognitive fusion* (Mañas, 2009). El Mindfulness, entonces, sería una *cognitive defusion* -defusión cognitiva- o desidentificación con los pensamientos negativos (Mañas, 2009).

Con base en lo anterior, la MBCT busca que las personas no se identifiquen con sus pensamientos negativos, a la vez que admitan el carácter transitorio de estos, mediante lo que los creadores de la terapia llamaron *insight metacognitivo* (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Para dar con ello, es de vital importancia reforzar las habilidades para el control de la atención.

Ahora bien, son tres los principales beneficios de la MBCT a través del entrenamiento de la atención; (a) Los individuos que entrenan la atención están más propensos a identificar factores de riesgo que puedan generar cambios de humor peligrosos; (b) se le quitan recursos a los pensamientos, para evitar que divaguen una y otra vez en patrones de pensamiento negativo; y (c) se previenen los automatismos de los pensamientos negativos, ya que al entrenar la atención se evita que esto pueda llegar a ocurrir (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Una vez expuestos los beneficios de la MBCT, es necesario exponer la estructura de la terapia, cómo funciona y en qué consiste cada etapa, para así poder entender mejor esta terapia.

Estructura de la MBCT.

La estructura de la terapia ha ido cambiando con el tiempo, empero, puede afirmarse que el promedio de participantes es de entre 12 y 15 individuos, con sesiones de entre dos y cinco horas de duración. El tiempo estimado de aplicación de la terapia es de ocho semanas; no obstante, se recomienda continuar con sesiones de refuerzo durante un tiempo aproximado de un año (Korman & Garay, 2012). A continuación, se explican los objetivos y actividades por sesión.

1. Los participantes aprendan a romper con los automatismos de los pensamientos automáticos; ya que, una vez estos llegan, vienen acompañados con un torrente de pensamientos negativos sobre los que no se tiene control. Aquí se entrena la atención mediante la autoexploración corporal -body scan- y el hecho de comer una uva con atención plena (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
2. Los participantes lidian con las barreras y resistencias que puedan surgir; tales como el miedo a la frustración, la ira o la presencia de emociones dolorosas. La autoexploración corporal también se practica durante estas sesiones (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
3. Concentración en la respiración -agregando un elemento que no está presente en la MBSR-, el cual consiste en dedicar tres minutos exclusivamente a centrar la atención en la respiración (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
4. Se basa en actuar con indiferencia a la experiencia, para así no caer en los automatismos de los pensamientos negativos. La autoexploración corporal queda en un segundo lugar para pasar a la meditación y a un cuestionario de pensamientos (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
5. Se trabaja la aceptación de las experiencias desagradables, a través de la lectura de poemas. Esta sesión busca que el paciente establezca una nueva relación con las experiencias indeseadas que no sea de evitación ni negación (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
6. Se observa a los pensamientos en su calidad de pensamientos gracias a la meditación. A fin de afianzar esa caracterización, se repite durante la sesión *los pensamientos no son hechos* (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

7. Dedicada a que los pacientes aprendan actividades que puedan emplear para evitar recaídas, por ejemplo, un plan de acción ante futuros colapsos. En pocas palabras, la séptima sesión está dedicada a estrategias para la prevención y el diseño de planes de contingencia (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
8. Se observa todo aquello que se ha aprendido en las sesiones pasadas y se buscan modos para que los participantes no dejen lo aprendido en las sesiones, sino que aprendan a hacerlo parte de su vida diaria de ahora en adelante (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Desarrollo a nivel nacional.

En la ciudad de Ibagué, Colombia, se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, implementando un entrenamiento de Mindfulness, en estudiantes y trabajadores, tomando como objetivo general determinar la asociación entre el y la reducción de los niveles de ansiedad en los estudiantes y trabajadores, durante el periodo de noviembre del 2016 a mayo del 2017. Se concluyó que a mayor práctica Mindfulness hay reducción en la ansiedad, sugiriendo efectos indirectos de dicha práctica en beneficio de la salud (Suárez, 2018)

Otro estudio hecho en Barranquilla por Oblitas-Guadalupe et al. (2017) sobre la Incidencia de Mindfulness y Qi Gong sobre el Estado de salud, Bienestar Psicológico, satisfacción vital y Estrés laboral, encontrando que la combinación de Mindfulness y Qi Gong produjo una mejoría en, el estado de salud de los trabajadores, cambios favorables en el bienestar psicológico y de la satisfacción vital, pero no hubo diferencias significativas en los niveles de estrés laboral.

Instrumentos de medición.

En cuanto a los instrumentos de medición o evaluación relacionados con el Mindfulness se han encontrado algunas; a continuación, se detallan las características principales de dichos instrumentos.

Tabla 3. Instrumentos de medición de Mindfulness

Título	Autor/es	¿Qué miden?	Año	Nº de ítems	Alpha de Cronbach
State Mindfulness Scale (SMS)	Tanay y Bernstein (2013)	El estado Mindfulness mental y estado Mindfulness corporal	2013	21	De 0.95 a 0,91
Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences beta (CHIME-β)	Bergomi, Tschacher y Küpper (2012)	Toma de conciencia del presente; aceptación/no reactividad y orientación al insight; no evitación y apertura; y descripción de la experiencia	2012	36	0,94
Experiences During Meditation (EOM)	Reavley y Pallant (2009)	Los efectos de la meditación en diferentes dimensiones de la persona: física, cognitiva, emocional, espiritual y corporal	2009		0,68
Southampton Mindfulness (SMQ)	Chadwick et al. (2008)	Mide los pensamientos estresantes bajo la mirada del Mindfulness	2008	16	de .82 a .89
Escala Mindfulness de Philadelphia (PHLMS)	Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, y Farrow (2008)	Conciencia sobre el momento presente y aceptación	2008	20	de 0,85 a 0,87
Toronto Mindfulness Scale (TMS)	Lau et al. (2006)	Mide el estado del Mindfulness; contempla las facetas curiosidad y descentralización	2006	13	.84 a .88
Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ)	Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006)	Observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reactividad	2006	39	de 0,86 a 0,93
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	Baer, Smith, y Allen (2004)	Cuatro elementos del Mindfulness: Observar, describir, actuar con conciencia y aceptar sin juicios	2004	39	.76 - .91
Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS)	Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau (2004)	Atención, conciencia, enfoque hacia el presente y aceptación sin juicios con respecto a los pensamientos y sentimientos en la experiencia diaria general	2004	12	de .74 a .80

Tabla 3. Continuación

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)	Brown y Ryan (2003)	Tendencia a estar atento y consciente de las experiencias del momento presente en la vida diaria.	2003	15	.82
Langer Mindfulness/Mindlessness Scale (MMS)	Bodner y Langer (2001)	Tendencia a prestar atención plena. Mediante cuatro dimensiones búsqueda de lo novedoso, el compromiso, la creación novedosa y flexibilidad.	2001	21	.81
Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)	Buchheld, Grossman, y Walach (2001)	Observación sin juicios del momento presente y apertura a experiencias negativas	2001	30	.93

Nota: La información contenida en esta tabla proviene de las citas mencionadas en la tabla, Por (Pineda, M; Soto, F, & Martínez, A, 2019)

Regulación emocional.

Las emociones juegan un papel clave en el desarrollo del ser humano, que puede llegar a ser tóxico o favorecedor dependiendo de la forma en cómo se manejan. Las respuestas emocionales inapropiadas tienden a estar implicadas en diversas formas de psicopatología, dificultades sociales e incluso enfermedades físicas (Buchheld, Grossman, & Walach, 2001; Eisenberg, Hofer & Vaughan, 2007; Sapolsky, 2007)

Para entender los procesos de RE, se hace necesario, en primer lugar, comprender qué es lo que está siendo regulado y la forma en cómo se generan las emociones. Debido a que es un concepto difícil de precisar, se recurre a conceptualizaciones prototípicas que enfatizan en características clave. A continuación, se hará mención somera de las mismas, por fines prácticos y porque no hacen parte del objetivo principal de este apartado.

En primer lugar, de acuerdo con Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, y Gross (2005) las emociones surgen cuando un individuo atiende a una situación y la percibe como relevante para sus metas personales; esto es así, puesto que se genera una carga subjetiva de significado sobre dicha situación y es precisamente ese significado lo que permite que surja la emoción. En segundo lugar, las emociones son fenómenos multifacéticos que implican respuesta del cuerpo entero y cambios en los dominios de la experiencia subjetiva, el comportamiento y la fisiología central y periférica. Por último, aunque las emociones suelen estar implicadas en alteraciones en los

múltiples sistemas mencionados con anterioridad, es poco usual que dichos cambios sean obligatorios. Es decir, aunque poseen una cualidad imperativa –que significa su irrupción en las actividades del sujeto–, existen otras respuestas contra las cuales compiten que están dadas por el marco social y contextual del individuo. Y es precisamente este último aspecto el que hace posible que se hable de RE.

Ahora bien, lo anterior se resume en lo que Gross (2001) ha denominado Modelo Modal de la Emoción, consistente en una transacción entre la persona y la situación, que dirige la atención, tiene significados particulares para el individuo y da paso a una respuesta multisistémica coordinada, aunque flexible, frente a la mencionada transacción. Hay amplio acuerdo que en esta secuencia situación-atención-evaluación-respuesta, es la evaluación que da el individuo a la transacción, lo que da paso a las respuestas emocionales (Gross & Thompson, 2007).

Las emociones están subordinadas en una categoría superior de procesos afectivos, dentro de los que también se encuentran las respuestas al estrés, los estados de ánimo y los impulsos motivacionales (Scherer, 1984). Aunque son procesos que se superponen, las emociones pueden distinguirse de los demás procesos afectivos gracias a una serie de características clave. Es así como estas (1) implican respuestas del cuerpo entero hacia eventos significativos, que pueden ser tanto negativos como positivos (Lazarus, 1993); (2) normalmente están enfocadas en objetos específicos y dan lugar a tendencias de respuestas comportamentales relevantes respecto a dichos objetos; y (3) se diferencian de los impulsos motivacionales debido a la flexibilidad con que son desplegadas y el amplio rango de objetivos potenciales a los que pueden ser dirigidas (Gross & Thompson, 2007).

Una vez abordado el concepto de emoción y sus procesos generativos, se hace más sencillo comprender la RE; entendiéndose por ello el cómo las emociones se regulan a sí mismas, y no el cómo estas regulan otros aspectos como pensamientos, comportamiento o fisiología (Gross & Thompson, 2007).

De acuerdo con Gyruak, Gross y Etikin (2011) la RE se refiere a los intentos individuales de influir sobre las emociones que se tienen, cuándo y cómo estas son experimentadas y expresadas. Pueden ser esfuerzos relativamente automáticos o controlados, y al parecer involucran los mecanismos ascendentes y descendentes de regulación; específicamente en lo relacionado con la forma en cómo surge y se controla la evaluación que se hace sobre los estímulos (Ochsner & Gross, 2007). Así como la emoción hace parte de una serie de procesos afectivos, la RE se

encuentra dentro de los mecanismos de regulación afectiva junto con el *coping* que al español traduce hacer frente o enfrentar; la regulación de los estados del ánimo, y las defensas psicológicas (Gross, 1998).

La RE se diferencia de otros mecanismos de Regulación Afectiva, puesto que se ocupa de las emociones en cualquier contexto que surjan, abarcando la amplia gama de emociones que existen y considerando tanto las diferencias individuales y los procesos básicos que operan a través de los individuos (Gross, Richards & John, 2006).

De acuerdo con el modelo del proceso de RE de Gross (2001), ilustrado en la Figura 2, las estrategias de regulación pueden ser diferenciadas en términos de cuándo se da su primer impacto en el proceso de generación emocional descrito con anterioridad. De manera amplia, el modelo distingue entre estrategias centradas en los antecedentes y centradas en las respuestas. Las primeras se refieren a lo que se hace antes de que las respuestas emocionales sean activadas por completo, cambiando el comportamiento y las respuestas fisiológicas periféricas. Mientras que las segundas se enfocan en las cosas que se hacen una vez se ha desencadenado la emoción (Gross, Richards & John, 2006).

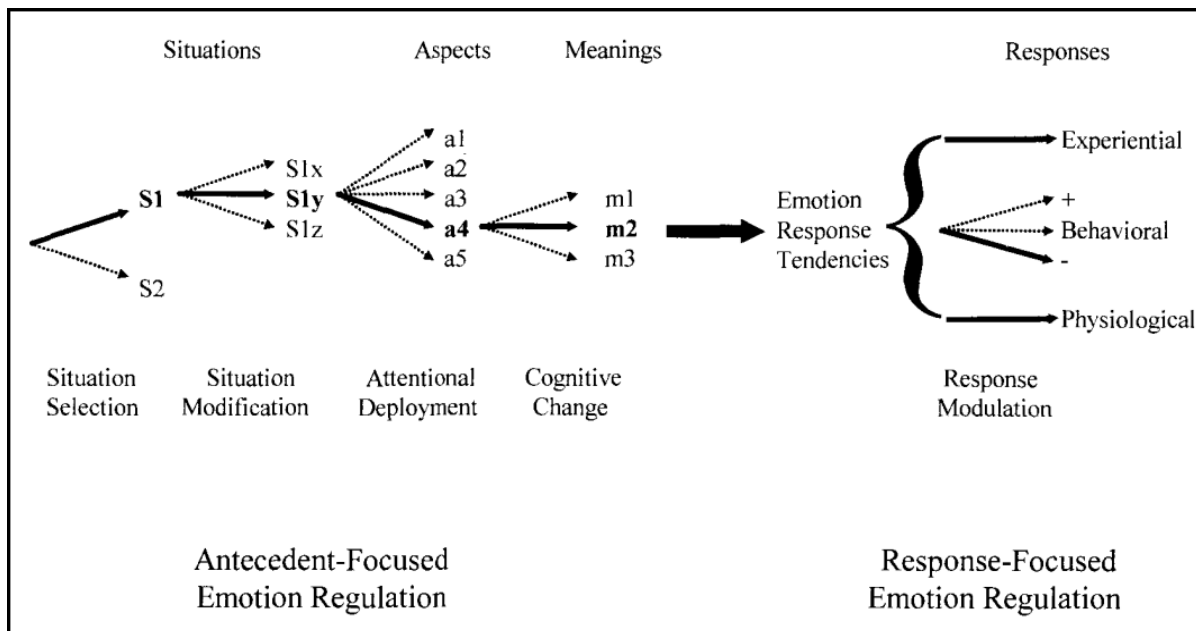


Figura 2. Modelo del proceso de RE, Tomado de Gross, J. (2001).

Según Gross (2001), dentro de esos dos niveles se agrupan cinco familias de estrategias más específicas, que surgen a través de la línea de tiempo de la generación emocional; a saber: (a) *Selección de la situación*: Aproximación o evitación de ciertos lugares, personas o actividades en

función de regular la emoción; (b) *Modificación de la situación*: Una vez que la situación se ha dado, busca modificar el impacto emocional por medio de la creación de diferentes situaciones; (c) *Despliegue atencional*: Usada para escoger los aspectos de la situación sobre los cuales focalizar la atención; (d) *Cambio cognitivo*: Una vez se ha focalizado la atención sobre algún punto de la situación, sirve para construir uno de los múltiples significados que pueden ser adscritos a ese aspecto; (e) *Modulación de la respuesta*: Son los intentos de influenciar las respuestas que han sido provocadas; especialmente cuando se busca disminuir más que incrementar el comportamiento expresivo, pero también incluye alterar la experiencia o la fisiología. Todas las estrategias previas fueron planteadas por Gross (2001).

Aunque existen diversas estrategias de RE, quizá una de las más favorecedoras para el individuo es la reevaluación cognitiva. Siendo una forma de cambio cognitivo, implica reinterpretar una situación que pueda provocar emoción, de manera que cambie su impacto emocional. Algunos de los trabajos realizados en torno a esta estrategia han demostrado su utilidad en el aplazamiento de la gratificación en niños y en la disminución de respuestas fisiológicas desagradables en adultos frente a situaciones que generen potencial incomodidad (Mischel & Moore, 1973; Lazarus & Alfert, 1964).

Debido a que la reevaluación ocurre relativamente temprano en medio del proceso de generación emocional, es capaz de modificar la secuencia entera antes de que las respuestas hayan sido desplegadas por completo. Lo anterior favorece la reducción de la experiencia y la expresión emocional negativa; produce un comportamiento interpersonal apropiado al enfocarse en la interacción con el compañero, además de generar en el otro una percepción de receptividad y compromiso emocional; y en los individuos que usan esta estrategia con mayor frecuencia, se evidencia una mejoría en el funcionamiento de los dominios de las funciones emocionales e interpersonales sin ningún costo cognitivo o social (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004).

Marco interdisciplinar

El presente proyecto consulta desde diferentes disciplinas además de la psicología, en aras de establecer cómo se entiende la variable RE desde áreas del conocimiento distintas a la Psicología; tales como la Filosofía y la Pedagogía.

Pedagogía.

Se plantea el concepto educación emocional, siendo esta una visión renovada de la educación, donde se integran elementos de otras disciplinas y se evalúa la necesidad de incluir en el campo educativo la emoción como una dimensión de alcance transversal que está tanto dentro como fuera del aula de clase (Alzina, 2003).

En esta misma línea, la emoción es comprendida como todo un sistema que debido a su complejidad repercute interviniendo y mediando en los procesos de atención, percepción, memoria, relaciones interpersonales e inclusive se involucra en el razonamiento y la toma de decisiones (García, 2006).

Para Núñez (2006), las emociones en la educación se establecen como competencias formativas, las cuales se desarrollan en el proceso de aprendizaje y se convierten en elementos transversales para la vida de las personas. Es decir, las emociones hacen parte del Logos y el Pathos, ambos sistemas de desarrollo que deben ser armonizados para el desempeño adecuado del ser humano, tanto dentro como fuera del contexto educativo: el primero en cuanto a lo lógico-racional y el segundo, en tanto lo emocional.

Al hablar de una pedagogía emocional es, clarificar la toma de decisión de los educadores que ofrecen pautas en su práctica profesional en un campo que involucra educar en elementos transversales, es decir competencias para la vida, tanto socio-afectivos, psico-afectivos, cognitivo-afectivos tanto en el educador como el educando.

A modo de cierre la educación o pedagogía de la emoción o emocional según García (2006) es de manera explícita, “un componente esencial de nuestro modo de proceder en el trato con el mundo, el procedimiento primario para predecir y elegir la respuesta comportamental más adecuada, el sistema primordial de evaluación de situaciones” (p.32).

Filosofía.

En esta rama del conocimiento, se habla de filosofía de las emociones, un concepto cercano a la RE. Se menciona desde la teoría que dichas emociones se identifican o se les hacía depender -lógica o causalmente- de cogniciones (Rodríguez, 1994), en el sentido amplio de “en qué modos se contempla el mundo”, es decir, son subjetivas y median de manera intangible a la realidad de quien las vivencia.

Aparte de las dificultades que de hecho se lleva la equivalencia entre las emociones y las creencias en el sentido estricto, un primer cognitivismo de las emociones es demasiado estrecho pues se reconocen muchas limitaciones de, por ejemplo, la imposibilidad de pasar por alto el decisivo papel de la vida emocional. Es decir, el miedo, la alegría, la ira, implican de manera no contingente el deseo de actuar, una emoción difiera de otra por las cosas debido a lo que hace querer, por tanto, la emoción posee un componente de intencionalidad (Rodríguez, 1994).

El núcleo de una emoción sería en todos los casos de carácter valorativo, y a partir de él se irían estructurando los diversos aspectos de la misma, que pueden o no estar presentes en el estado emocional fáctico (Rodríguez, 1994).

Marco normativo

El ejercicio de la psicología dentro del territorio colombiano se regula a partir de la Ley 1090 del 2006. Se reconoce los siguientes apartados de la ley, como los más pertinentes para el presente trabajo.

El Título 1 menciona que la Psicología es una ciencia sustentada en la investigación. Es decir, es de carácter obligatorio que las intervenciones en psicología se den bajo parámetros científicos, que favorezcan el desarrollo eficaz y efectivo de competencias humanas en campos de acción como: la salud, el bienestar y la calidad de vida, entre otros. Por lo anterior, se entiende que la praxis psicológica dentro cualquier campo -en este caso particular, el clínico-, debe ser, conocerse y entenderse, desde aplicaciones válidas, éticas y responsables en favor de los individuos y los grupos, en sus distintos ámbitos (Ley 1090, 2006).

Además, se destaca el Art. 5º, donde son mencionados los límites de la competencia del psicólogo. Allí, se establece que, aunque este debe ejercer sus funciones de forma autónoma, también debe respetar persistentemente las normas y principios de la ética profesional; haciéndolo a partir de sólidos fundamentos en criterios de validez científica (Ley 1090, 2006).

Sumado a esto, el Art. 11º habla de las prohibiciones y menciona que para los profesionales que ejerzan la psicología está prohibido anunciar o hacer anunciar la actividad profesional publicando falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos; prometer resultados en la curación (Ley 1090, 2006).

Para ampliar, en el Capítulo III de la ley 1090, el Art. 36° el psicólogo tendrá las siguientes obligaciones, dentro de las cuales se destacan en pertinencia de la problematización de este proyecto que el psicólogo debe:

e) Utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas [...]

j) Comunicar al usuario las intervenciones que practicará, el debido sustento de tales intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance (Ley 1090, 2006 p. 3)

Estos tres deberes se recalcan de manera específica para suscitar y contribuir a una mejor aplicación de la psicología, en término de técnicas en un marco de intervención corresponsal con los usuarios de la disciplina. A su vez, se concibe que los procedimientos e intervenciones sin el suficiente soporte empírico, además de, validez metodológica y científica, podrían incurrir en irresponsabilidad por parte del psicólogo en el momento de la aplicación.

Antecedentes Investigativos

A continuación, se presentan algunas investigaciones y estudios relacionados con Mindfulness y RE, agrupadas por categorías pertinentes para este trabajo.

Antecedentes en el área clínica en infancia y adolescencia.

Coholic y Eys (2016), buscaban mejorar la resiliencia y el autoconcepto de los niños a través de una intervención grupal del *Holistic Arts based Program* (HAP). El programa interventivo tuvo una duración de 12 semanas, contó con una población de 73 niñas y 51 niños. Los resultados arrojaron una percepción de mejoría en seis dominios, a saber: la regulación de la emoción, el estado de ánimo, habilidades sociales, confianza/autoestima, empatía y habilidad para prestar atención. No obstante, el estudio presenta fallas conceptuales en la definición y operacionalización de la variable RE, lo que se suma a debilidades metodológicas puesto que su medición se hizo a partir de una suerte de análisis cualitativo del discurso de los participantes.

Antecedentes en el área educativa en infancia y adolescencia.

Pese al incremento exponencial de los estudios centrados en Mindfulness en los últimos años, la bibliografía respecto a esta técnica y el ámbito escolar es un tema que todavía no ha sido abordado en igual medida por los investigadores.

Teniendo en cuenta este contexto, García-Rubio, Luna-Jarillo, Castillo-Gualda, y Rodríguez-Carvajal (2016) realizaron un estudio piloto aleatorizado pre y post con grupo de control, en 31 niños de primaria para evaluar la efectividad de una breve intervención basada en Mindfulness en la conducta de los niños. Los participantes se sometieron a cuatro sesiones de Mindfulness durante 6 semanas. Tras esto, la muestra presentó bajas puntuaciones en problemas de conducta, a la vez que mejoró en aspectos como la sociabilidad y la relajación, dejando igual su rendimiento académico. Pese a estos datos favorables, los autores señalan que todavía se discuten las explicaciones y las futuras vías de investigación, dada las limitaciones del estudio, como la brevedad del mismo, la falta de seguimiento y el hecho de que el profesor encargado de los estudiantes sabía cuales estudiantes pertenecían al grupo de control y cuáles no.

Por otra parte, en el caso de Colombia, Jiménez y Alajmo (2013) realizaron un estudio piloto cuasi experimental sin grupo control, para examinar la eficacia de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) para el manejo de la ansiedad en 7 niños escolarizados, escogidos según la escala de ansiedad manifiesta en niños, quienes participaron en al menos el 50% de las 15 de las sesiones preestablecidas. Las investigadoras concluyen que el programa influyó en la reducción de la medida de ansiedad total, pero que a la vez no mostró cambios estadísticos significativos en la subescala inquietud/hipersensibilidad.

Otro estudio realizado en Colombia es el de Sierra, Urrego, Montenegro y Castillo (2015) quienes evaluaron a través de un diseño pre y post, la eficacia de una intervención basada en Mindfulness con la finalidad de reducir el estrés en 80 jóvenes, entre los 12 y 14 años, con una duración de dos meses. Los hallazgos encontrados vinculan la empatía y el estrés escolar, notando resultados favorables que sugieren que la intervención contribuyó a la reducción del estrés y al aumento de la empatía. No obstante, los investigadores son cautos pues son conscientes de que la muestra y el tiempo de intervención fueron demasiado bajos, por lo que es posible que exista un riesgo de sesgo.

En el caso de otros países de Latinoamérica, Langer, Schmidt, Aguilar-Parra, Cid y Magni (2017) realizaron un estudio para determinar el impacto de IBM, sobre estados emocionales

negativos como el estrés, la ansiedad y la depresión en 88 jóvenes chilenos de octavo grado, aleatorizados a un grupo de intervención o de control. La intervención era de 45 minutos por sesión para el grupo de Mindfulness. La escala de depresión y ansiedad DASS 21 fue aplicada al comienzo, durante y seis meses después de finalizada la intervención. El estudio concluye que se presentaron resultados favorables en la reducción de los estados emocionales negativos respecto al grupo de intervención, pero los efectos no se mantuvieron en el tiempo. Si bien los autores sostienen que sus hallazgos están en concordancia con la evidencia vigente, recomiendan cautela pues hay otros factores que podrían influir en los resultados positivos tras la intervención.

Así, puede observarse que lo común en este tipo de estudios es que todos sugieren algún tipo de impacto psicológico positivo por parte de las IBM. No obstante, si bien la mayoría de estudios están aleatorizados, no todos son del mismo tipo, pues unos son cuasi experimentales, mientras que otros son cualitativos y cuantitativos o solamente cuantitativos.

También puede notarse que buena parte de los estudios no estudian los mecanismos subyacentes que mediaron en los resultados obtenidos. Además, pareciera que existen dificultades en torno a la validez de los estudios ya que los pocos que estudian la RE tuvieron dificultades en la conceptualización y medición de dicha variable, hubo ausencia de control experimental, muestras poco representativas y falta de seguimiento a largo plazo. De ahí que la naturaleza dispar de los estudios invite a tomarlos con cautela y más cuando los mismos autores son conscientes de las limitaciones de estos.

Antecedentes en el área clínica en adultos.

Paz, Zvielli, Goldstein y Bernstein (2017) observaron cómo *Present Moment Attention and Awareness Training* (PMAA), reducía la disregulación psicológica y fisiológica en respuesta al estrés ansiogénico, en 104 fumadores entre los 18 y 65 años, sometidos a 18 horas verificadas de privación de nicotina y condiciones de ansiedad aumentadas tras la intervención. Los participantes fueron aleatorizados a PMAA de 7 minutos o a condiciones de control usuales. La ansiedad fue medida antes, durante y después de cada intervención. Se encontró que la PMAA redujo la disregulación emocional y moderó el efecto ansiogénico a la intolerancia al estrés sobre una respuesta psicológica, pero, no fisiológica. Aunque se concluyen que los resultados tienen implicaciones para trabajar más en los mecanismos del Mindfulness y la disregulación emocional,

debe tenerse en cuenta que durante el desarrollo del estudio la conceptualización de Disregulación Emocional y Disregulación psico-física no es clara.

McEvoy, Graville, Hayes, Kane y Foster (2017) desarrollaron un estudio aleatorizado controlado para comparar el efecto sobre la ansiedad, el distanciamiento, la atención centrada en el presente, el descontrol, la peligrosidad, las creencias metacognitivas y la flexibilidad cognitiva, de las técnicas de manipulación de la atención derivadas de la *Attention Training Technique* (ATT) y la *Mindfulness-Based Progressive Muscle Relaxation* (MB-PMR) versus la *Thought Wandering Control* (TWC). La muestra fue de 148 participantes con alto rasgo de ansiedad en edades entre los 19 y los 49 años. Se encontró que tanto MB-PMR y ATT estaban asociadas con cambios significativos en la ansiedad cognitiva (pero no en la ansiedad somática), en la atención centrada en el presente y las creencias metacognitivas al ser comparadas con la TWC. También encontraron que en cuanto a los mecanismos de cambio en la MB-PMR y la ATT no había diferencias significativas estadísticamente.

El estudio de Rayan y Ahmad (2016), buscó examinar la efectividad de una intervención breve basada en Mindfulness (IBM) de 5 semanas, sobre la calidad de vida de 104 padres de niños diagnosticados con trastornos del espectro autista (TEA); los cuales fueron asignados al grupo de intervención y de control pasivo no equivalente. Los grupos fueron comparados a partir del sexo, edad y nivel de severidad del TEA de los niños. Los resultados indicaron que los padres en el grupo experimental demostraron mejoras significativas en las medidas del dominio de salud psicológica y salud social de su calidad de vida. Los autores concluyen que las IBM son métodos culturalmente adaptables y efectivos para mejorar la calidad de vida y la reevaluación del estrés positivo (positive stress reappraisal) en padres con niños diagnosticados con TEA.

De otra parte, Teasdale et al. (2000) buscaban enseñar -a 145 pacientes diagnosticados con depresión- a aceptar la tendencia de la mente a crear pensamientos de todo tipo través del MBCT, para prevenir la recaída en pensamientos depresivos. La muestra se dividió en dos grupos: uno remitido a continuar el tratamiento habitual, y el otro remitido a recibir MBCT. La intervención se evaluó durante un período de estudio de 60 semanas. Los investigadores concluyen que para pacientes con 3 o más episodios previos de depresión, la MBCT reduce significativamente el riesgo de recaída; mientras que, para pacientes con solamente 2 episodios previos de recaída, la MBCT no reduce la incidencia de depresión, indicando que esta terapia es prometedora para prevenir la recaída en pacientes con episodios de depresión recurrente.

Linares, Estévez, Soler, y Cebolla, (2016) realizaron un estudio descriptivo para evaluar la relación la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) y el descentramiento, respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva de 465 participantes entre los 18 y los 67 años. El estudio concluye que la intervención TCAP es prometedora para tratar la sintomatología ansiosa y depresiva, a la vez que señala la importancia de procesos metacognitivos, como el descentramiento, para poder tratar la ansiedad y la depresión.

Schuver y Lewis (2016) realizaron un estudio para examinar la eficacia de una intervención de 12 semanas de yoga basada en Mindfulness vs control activo, para tratar los síntomas de depresión y rumiación en 40 mujeres con depresión. La muestra fue aleatorizada y los síntomas depresivos se evaluaron al inicio, durante y al final de la intervención, con seguimiento de hasta un mes luego de la intervención. La aplicación de la intervención experimental y de control fue hecha en casa a través de un DVD estandarizado, y monitoreada por medio de llamadas telefónicas de 15 minutos. El estudio no contó con homogeneidad ni en la duración por sesión ni en el número de pacientes. Los autores concluyen que la intervención experimental puede ser útil para tratar los síntomas depresivos en mujeres, empero, recomiendan realizar más estudios con muestra más grandes.

Los efectos de un entrenamiento en Mindfulness para reducir los niveles de ansiedad fue examinada en el artículo de Yagüe, Sánchez-Rodríguez, Mañas, y Franco (2016). Se realizó una medición pre-test y post-test en 20 participantes aleatorizados; 10 en el grupo experimental y 10 en el de control. La intervención experimental tuvo una duración de dos horas semanales y 8 sesiones. Los análisis estadísticos mostraron una reducción en todas las dimensiones del factor sensibilidad a la ansiedad y una mejora en la capacidad de estar presentes. Los autores sostienen que sus resultados están en conformidad con otras investigaciones que sugieren la eficacia del Mindfulness para el tratamiento de la ansiedad.

Fredrickson et al. (2017) realizaron su estudio para evidenciar los perfiles emocionales del día a día (day-to-day emotional profiles) y la relación dosis-respuesta, entre y dentro de 339 adultos, asociada a la iniciación de dos talleres diferentes de meditación basada en Mindfulness: la meditación Mindfulness (MM) y la Meditación de Amor y Amabilidad (*loving-kindness meditation*, LKM). La muestra fue aleatorizada para aprender alguna de las técnicas mencionadas, por un periodo de 6 semanas, con un seguimiento de 3 semanas. Tanto MM como LKM obtuvieron resultados favorables en la obtención de emociones positivas, variando ligeramente los resultados

en la relación dosis-respuesta de emociones positivas dentro de las personas, siendo más fuerte el impacto de LKM en este último aspecto. Los autores concluyen que ambas formas de meditación contribuyen al bienestar emocional.

Mitchell et al. (2017) en su investigación buscaron evaluar la eficacia del Mindful Awareness Program (MAP) sobre 20 sujetos con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), las funciones ejecutivas y la RE en un grupo de adultos con TDAH. Las variables fueron medidas con autoinformes fuera del laboratorio, entrevistas en el laboratorio y tareas de laboratorio. El grupo de control pasivo contó con 9 y el experimental con 11, que fueron sometidos a una sesión semanal de 2.5 horas durante dos meses. Los resultados sugieren que el MAP tiene efectos positivos en el tratamiento de los síntomas del TDAH y la función ejecutiva, mejorando la RE. Se sugiere realizar mayores ensayos, dado el tamaño de la muestra, pese a que los hallazgos están en conformidad con otros estudios que sugieren los beneficios del Mindfulness para el TDAH.

Drake, Morris y Davis (2017) buscaron examinar la relación entre aspectos modelo Big Five de personalidad, con la angustia, y si el Mindfulness poseía un efecto moderador en esta última. El estudio se efectuó con 165 participantes voluntarios, compuestos por 135 mujeres y 30 hombres, con edades entre 18 a 72 años. Los participantes llenaron en línea el inventario Friedberg para Mindfulness, la escala Kessler de estrés y el Inventario de Personalidad de Cinco Factores. El análisis de regresión múltiple jerárquico reveló que individuos con alta disposición al Mindfulness presentaron bajos niveles de estrés psicológico sin especificar, pese a contar con altos niveles de neuroticismo. Para los autores este estudio constituye una fase inicial para abordar los beneficios del Mindfulness en relación a la moderación del neuroticismo.

Hoge et al. (2013) estudiaron durante tres años a 93 individuos diagnosticados con ansiedad, concluyendo que MBSR puede reducir los síntomas de ansiedad en pacientes con desorden de ansiedad generalizado. La intervención fue una adaptación del MBSR, disminuida a la mitad en los tiempos de intervención originales. Contó con aleatorización al grupo experimental y a un programa de Educación en Manejo del Estrés. Las medidas utilizadas fueron: Escala de Clasificación de Ansiedad de Hamilton, Inventario de Beck para la Ansiedad, Instrumento de Impresiones Globales Clínicas de Gravedad y Mejoría de la Enfermedad. Ambos grupos mostraron reducción de niveles de ansiedad, pero sin diferencias significativas entre sí. Además, la reducción en los niveles de ansiedad se mostró mucho más favorable para la MBSR que para la intervención

de control activo dependiendo de la escala usada. No hubo control sobre pacientes bajo medicación psiquiátrica durante la intervención.

Por último, Ives-Deliperi, Howells, Stein, Meintjes, y Horn (2013), en un estudio controlado, compararon la eficacia de la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness MBCT versus un control pasivo en 23 participantes con trastorno bipolar diagnosticado; 16 asignados al grupo experimental y 7 a control pasivo. Los datos fueron comparados con un grupo de 10 sujetos sanos. Los resultados se midieron con Resonancia Magnética Funcional, cuestionarios autoinformados sobre niveles de depresión, ansiedad, Mindfulness, RE y los síntomas de estrés. Los resultados arrojaron que MBCT tuvo efectos significativos sobre la reducción de los síntomas de ansiedad, estrés y disregulación emocional; lo que sugiere un papel potencial en la reducción de la comorbilidad de la ansiedad con el trastorno bipolar. Sin embargo, no condujo a reducciones significativas en el tiempo de recaída depresiva o hipomaníaca.

Puede observarse a lo largo de los estudios mencionados previamente que existen dificultades notables a la hora de definir qué es Mindfulness; las conceptualizaciones utilizadas varían en entenderlo como un estado, un rasgo y/o una técnica. Sumado a eso, los tipos de intervención basadas en Mindfulness tienden a ser muy dispares entre sí; ya que, aunque prevalece el uso de intervenciones ampliamente desarrolladas como MBSR y MBCT, también llega a encontrarse intervenciones de tipo taller, yoga, meditación o incluso algunos estudios donde no es claro el tipo de intervención que es utilizado ni la forma en que es aplicado. Otro inconveniente observado es que varios de los estudios, o bien carecen de grupo de control, o bien cuentan tan sólo con controles pasivos los cuales impiden comparar de manera fiable los verdaderos efectos de las IBM sobre los problemas abordados en cada uno de esos estudios. De igual manera, es frecuente encontrar tamaños de la muestra muy reducidos, dificultando la generalización de los resultados.

Finalmente, y quizá más importante para el presente trabajo, cabe notar que la gran mayoría de estudios encontrados en este apartado están focalizados en los efectos de las IBM sobre problemas puntuales, con un énfasis especial hacia lo relacionado con problemas de estrés, ansiedad y depresión. Sin embargo, son pocos los estudios que se dedican a analizar cuáles son los mecanismos de cambio implicados a la hora de usar IBM; y, a pesar de esto, son aún más pocos aquellos que abordan el tema de la RE como proceso subyacente al cambio. Sumado a ello, los únicos dos estudios mencionados previamente que abordan el tema de la RE en la aplicación de

IBM, cuentan con un tamaño muestral muy reducido y aunque muestran una disminución en los niveles de disregulación emocional, es difícil generalizar los resultados debido a las dificultades metodológicas que presentan.

Antecedentes en el área educativa en adultos.

McIndoo, File, Preddy, Clark y Hopko (2016) elaboraron un estudio con una muestra aleatorizada de 50 jóvenes universitarios con trastorno depresivo mayor, para evaluar la eficacia de la Terapia Basada en Mindfulness (MBT) vs. la Activación Conductual (BA) comparadas con un grupo de control de lista de espera. Los autores basan el diseño de su intervención en una modificación de la MBSR, reducida a la mitad de la duración original. Ambos grupos de intervención obtuvieron mejores resultados que el grupo de control, reflejados en características tales como rumiación y estrés; manteniendo esas ganancias durante el mes de seguimiento. Cabe recalcar que ninguno de los tratamientos logró reducir la ansiedad somática. Además, aunque ambos tratamientos generaron mejoras en los sujetos, no se realizó análisis de diferencias significativas entre las intervenciones sobre el efecto producido por cada una.

Arch et al. (2016) examinaron el potencial de unas breves instrucciones de Mindfulness para mejorar las dimensiones psicológicas y comportamentales de la alimentación. El estudio consistió 3 experimentos con un total de 319 estudiantes para ver si la intervención podría mejorar la experiencia de la degustación de la comida y los hábitos alimenticios saludables. En dos de estos estudios, el Mindfulness contribuyó a degustar mejor la comida, experimentando más placer. El tercer experimento replicó y extendió los resultados de los otros experimentos para mostrar que la intervención llevaba a reducir el consumo de calorías de comida poco saludable, en relación con condiciones de control sin instrucción. Se concluye que intervención impactó de manera positiva a la experiencia del deleite de la comida y al comportamiento saludable. No obstante, este estudio sólo se efectuó en individuos sin trastornos alimenticios, por lo que sus resultados no pueden generalizarse.

Por último, en el caso de Colombia, Suárez (2018) encontró una asociación entre el Mindfulness y la reducción de los niveles de ansiedad, en 30 individuos -estudiantes y trabajadores-, durante el periodo de noviembre del 2016 a mayo del 2017. El diseño del estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal. Se realizó una medición pre y post de los niveles de ansiedad con una escala de Mindfulness validada para Colombia. La intervención

consistió en sesiones prácticas de 2 horas cada semana, por ocho semanas, acompañadas de actividades para realizar en casa en la mañana o durante el día. El estudio arrojó resultados favorables en el desarrollo del equilibrio emocional y efectos indirectos en pro de la salud. Los autores concluyen que a mayor práctica Mindfulness, mayor reducción de la ansiedad.

Con base en lo anterior, pueden identificarse semejanzas en los estudios de Mindfulness en el área educativa en adultos. Dentro de estas cabe destacar que, aunque todas destacan la atención y la aceptación a la experiencia presente como rasgos comunes de la experiencia que se ha denominado Mindfulness, los investigadores de los estudios citados con anterioridad no utilizan fielmente la terapia desarrollada por Kabat-Zinn, dadas las limitaciones particulares que les impedían aplicar el programa cabalmente. Esto último es importante, pues algunos entienden por Mindfulness no solo la experiencia –o rasgo-, sino como las técnicas de meditación empleadas para dar con ella.

Dentro de los aspectos positivos a destacar, conviene recordar que todos los estudios estaban aleatorizados y manejaban un grupo de control para las intervenciones, lo cual representa un avance respecto a los antecedentes de otras áreas que no contaban con estos elementos; sin embargo, continúa habiendo presencia de controles pasivos, lo que impide comparar la eficacia real de las IBM frente a otro tipo de intervenciones psicológicas de mayor trayectoria.

Ahora bien, también conviene mencionar que lo anterior no solventa las dificultades recurrentes para poder demostrar el carácter beneficioso del Mindfulness, pues los periodos de intervención siguen siendo demasiado cortos, llegando incluso a no poder completar las 8 semanas propuestas inicialmente por Kabat-Zinn. Además, el tamaño de la muestra también era bastante reducido para la mayoría de intervenciones. El único estudio que tuvo una muestra con más de 300 sujetos de prueba no puede extender sus resultados al ámbito terapéutico, puesto que las mejoras se dieron en individuos que no fueron diagnosticados con ningún tipo de trastorno y además se trató de meras instrucciones basadas en Mindfulness, más que una intervención consolidada en cuanto a su metodología y el seguimiento de la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Antecedentes en el área organizacional.

Asuero, Blanco, Pujol-Ribera, Berenguera y Queraltó (2013) evaluaron la efectividad de un programa basado en Mindfulness sobre el *burnout*, la empatía y el Mindfulness como rasgo, en 87 profesionales de atención primaria en salud. La intervención duró un año, dividida en dos fases:

una intensiva de 28 horas, repartidas en 8 semanas, y otra de mantenimiento de 2,5 horas mensuales, durante 10 meses. Las mediciones se hicieron al inicio, a las 8 semanas, a los 6 meses y a los 12 meses. Al finalizar la intervención, 89% de los participantes practicaba los ejercicios de Mindfulness por su cuenta, y 94% indicó mejoras respecto al autocuidado y profesionalismo.

Las diferentes áreas de medición mejoraron respecto a los valores iniciales, generando una disminución del estrés laboral, en la alteración emocional, y mejora en los niveles de empatía y la conciencia plena. No obstante, el estudio no estuvo aleatorizado ni contaba con un grupo de control.

Respecto al caso de Colombia, Oblitas-Guadalupe et al. (2017) realizaron un estudio pre-experimental, pre-test y post-test, en 52 trabajadores de la Universidad de la Costa, para el mejoramiento de la salud, el bienestar psicológico y la reducción del estrés laboral, mediante un taller de 8 horas de Mindfulness y Qi Gong. Entre las herramientas usadas por los investigadores se encuentran el cuestionario de salud Sf-11, la escala de bienestar psicológico, la escala de satisfacción Vital y la escala numérica de estrés laboral. Los datos arrojan evidencia sobre la eficacia del Mindfulness y el Qi Gong mezclados a la hora de generar mejoras en la salud física y psicológica de los participantes; no obstante, no se evidenció ninguna mejora en la reducción del estrés laboral.

Para este último caso, incluso podría llegar a pensarse que los resultados favorables en las otras áreas medidas llegarían a corresponder a un efecto de sugestión debido a la misma naturaleza de las intervenciones, más que a su eficacia real.

Es importante notar que los últimos estudios presentados carecieron de grupo de control, evitando contrastar la efectividad del Mindfulness versus otras intervenciones. Sumado a eso, se encuentran tiempos de intervención demasiado cortos y se mezcla el Mindfulness con otras técnicas de origen oriental, lo que dificulta saber cuál de las dos intervenciones surgió los efectos que dicen atribuir sólo al Mindfulness.

Con todos estos antecedentes mostrados, se podría decir que no sólo los diseños metodológicos en torno al estudio del Mindfulness parecen ser heterogéneos, lo cual impide que se puedan comparar sus resultados de manera fiable, sino que los mismos protocolos de intervención de la técnica parecen diferir notablemente entre un estudio y otro. Además, la evidencia es dispar, respecto al impacto del Mindfulness en la reducción o el favorecimiento de los síntomas y condiciones objetivo de cada uno de los estudios. También es importante recalcar

que la gran mayoría de los estudios se enfocan en describir mejoras en aspectos puntuales que generan malestar a los sujetos de estudio. Sin embargo, casi ninguno se centra en dilucidar cuáles son los mecanismos y procesos psicológicos que subyacen el cambio; y que son aún menos los que siquiera llegan a evaluar a la regulación emocional como uno de los factores implicados de manera central en las IBM.

Antecedentes clínicos de regulación emocional.

A continuación, se exponen investigaciones sobre RE donde no haya IBM, con el fin mostrar cómo la disregulación emocional está asociada a varios tipos de trastornos.

En el estudio de Sagardoy et al. (2014) se encontró correlación entre los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), y la disregulación emocional: A mayor cantidad de criterios de gravedad en los TCA, mayores problemas de RE. La muestra estuvo compuesta 89 mujeres entre los 14 y 50 años; 48 pacientes diagnosticadas (27 adultas, 21 adolescentes) y 41 controles sanos (13 adultas, 28 adolescentes). Se encontró que la intensidad de las dificultades está moderada por edad y gravedad del trastorno. Las pacientes adultas mostraron una alexitimia más intensa que las adolescentes, y ambas mostraron dificultades similares en aceptación y RE. Las pacientes más graves (adultas y adolescentes) presentan mayor grado de alexitimia, rechazo y descontrol emocional. El estudio concluye que es muy importante tener en cuenta la RE a la hora de abordar las terapias para este tipo de trastornos.

Por otra parte, un estudio realizado por Gutiérrez, Fernández, Gonzalvo y Bilbao (2014) sugiere que la falta de RE en adolescentes está ligada a la aparición de conductas impulsivas de riesgo como el juego patológico, y el abuso de internet y videojuegos. La muestra estaba compuesta de 1312 sujetos entre 12 y 30 años, procedentes de centros escolares, universidades, grupos de tiempo libre y centros asociados a la FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados). Los autores concluyen que dada la relación entre conductas impulsivas y disregulación emocional, conviene realizar entrenamiento de RE para prevenir ese tipo de conductas compulsivas.

Para terminar este apartado, en un estudio de caso neuropsicológico llevado a cabo por Salas y Castro (2014), se estudia la RE intrínseca y extrínseca en un hombre de 70 años con *mente desorganizada*, quien sobrevivió a una lesión cerebral en la corteza frontal. Las consecuencias emocionales de dicho problema han sido descritas e indagadas escasamente. De ahí que el estudio

sugiere que la disregulación emocional es una consecuencia de tener una mente desorganizada. Así, los sobrevivientes de lesión cerebral que manifiestan una mente desorganizada tienden a utilizar a los demás para regularse emocionalmente a sí mismos, en un proceso denominado regulación extrínseca. De este modo, el estudio concluye que el impacto de tener una mente desorganizada no debe reducirse al ámbito cognitivo, pues también tiene implicaciones importantes en la RE.

Con vista en lo anterior, puede observarse como la disregulación emocional va asociada una serie de trastornos psicológicos. Esto es de vital importancia, pues si la disregulación emocional origina o complica la gravedad de la psicopatología, una forma de combatir esta última es potenciando la RE; aspecto en el que la eficacia del Mindfulness parece ser prometedora, pese a las limitaciones de la evidencia vigente, por lo que la cuestión es materia actual de debate.

Antecedentes psicología del deporte sobre regulación emocional.

En un estudio de diseño mixto realizado por Oriol, Gomila y Filella (2014), se estudió -en 8 equipos de diferentes deportes (4 femeninos y 4 masculinos)- cuáles son las emociones más experimentadas por los jugadores ante situaciones adversas, el uso diferencial de estrategias de regulación, según la emoción experimentada y su funcionalidad para regular experiencias emocionales a nivel grupal e individual, en jugadores y entrenadores. Se usaron entrevistas semiestructuradas y cuestionarios de medición de la RE, para conocer las emociones experimentadas ante situaciones desfavorables, las estrategias de RE. utilizadas y la valoración de la utilidad de las mismas. Los resultados muestran conexión entre la emoción experimentada ante los resultados adversos y el uso diferencial de unas u otras estrategias de regulación. Se concluyó que la RE. es una buena estrategia para mejorar el rendimiento de los deportistas; siendo aconsejable que los entrenadores tengan en cuenta estrategias de afrontamiento frente a situaciones pueden generar emociones negativas.

Como puede verse, la RE y las deficiencias en esta, se encuentra asociada a una serie de alteraciones comportamentales que se ven reflejados directamente en la calidad de vida de las personas y la manera en cómo afrontan las adversidades. Como se ha mencionado previamente, existen postulados hipotéticos que señalan la posible relación del Mindfulness a la hora de favorecer la RE en quienes reciben tratamientos de esta índole; aunque parezca que aún no hay soporte empírico para comprobar dicha relación. No obstante, dados antecedentes mostrados,

puede afirmarse que hay estudios que sugieren evidencia a favor del valor positivo del Mindfulness en el bienestar psicológico. Aun así, la mayoría de esos estudios son conscientes de sus propias limitaciones, las cuales por lo general están relacionadas con el tamaño de la muestra y la falta de aleatorización de las mismas. De cualquier modo, la evidencia disponible sugiere que el Mindfulness parece ser un enfoque prometedor para ayudar a combatir distintos trastornos mentales, asociados con el estrés y la disregulación emocional, de ahí que sea menester evaluar de manera crítica la evidencia disponible hasta la fecha, en especial en lo relacionado a la RE.

Método

Diseño

Acorde a lo presentado en los anteriores apartados, se llevó a cabo una Revisión Sistemática (RS). En este tipo de investigación, se analizan los estudios primarios originales realizados previamente, y constituye una de las herramientas clave en cuanto a la síntesis de datos científicos disponibles, aumento de la validez de las conclusiones de estudios individuales e identificación de incertidumbres a resolver (Ferreira, Urrútia & Alonso-Coello, 2011). Las RS han demostrado ser una herramienta científica competente al generar conocimiento preciso y eficiente para la toma de decisiones clínicas e interventivas, puesto que, permite la evaluación de la consistencia de los hallazgos científicos y su posterior generalización (Mulrow, 1994).

Participantes

Los participantes de la investigación fueron 1279 artículos publicados en la base de datos digital oficial del National Center for Biotechnology Information -NCBI-, la US National Library of Medicine -NLM-, y el National Institute of Health -NIH-. Los filtros iniciales básicos que permitieron la escogencia de esta cantidad documentos, fueron: (1) fecha de publicación entre los años 1 de enero del 2013 y 15 de octubre de 2018, (2) idioma de publicación en inglés o en español, y (3) todos aquellos que fueran arrojados tras el uso de los términos de búsqueda Mindfulness-based Intervention AND Emotion Regulation AND Randomized clinical trial. El booleano de búsqueda AND fue el único que se tuvo en cuenta.

Los 1279 artículos encontrados con estas características, fueron filtrados nuevamente a partir del diseño y aplicación de criterios de inclusión y exclusión más específicos, que giraban en torno al tipo de pacientes estudiados, características de la/s intervención/es utilizada/s, diseño de estudio y resultados encontrados (para más detalle respecto a los criterios, diríjase a los apartados Instrumentos y Procedimiento). Una vez aplicados dichos criterios, el número total de participantes se redujo a dos publicaciones: Goldin et al. (2016) y Hamidian, Omid, Mousavinasab y Naziri (2016); que fueron las que pasaron a la fase de análisis de calidad metodológica.

Instrumentos

Para el desarrollo del diseño de investigación planteado, se utilizaron una serie de guías, manuales, protocolos y criterios que facilitaron la selección, filtro y análisis de los documentos; además del orden de presentación de los datos encontrados. A continuación, se describen cada uno.

Manual Cochrane.

La Colaboración Cochrane es una comunidad global reconocida a nivel internacional por su arduo trabajo en pro de la construcción de conocimiento sólido que favorezca la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Para ello, se ha encargado, entre otros, de crear y mejorar constantemente los parámetros de las RS, los cuales han sido condensados en su Manual (Higgins & Green, 2011). Este documento provee orientaciones para la realización de RS desde el momento de escoger el tema de investigación, hasta la publicación de los resultados obtenidos.

Para este apartado particular de Método, el Manual proveyó las orientaciones medulares que permitieron construir los criterios de inclusión y exclusión; las fases y estrategias de revisión; el filtrado de los artículos; y la forma de análisis de los dos estudios seleccionados finalmente.

PRISMA Statement.

Los Elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metanálisis (PRISMA, por sus siglas en inglés), a nivel internacional son los criterios de informe para RS que gozan de mayor prestigio y credibilidad por su organización, claridad y constantes esfuerzos de mejora y actualización de los mismos (Singh, 2017). Son, por tanto, para este trabajo, los lineamientos que se han escogido para reportar de manera transparente el proceso, resultados y análisis de esta RS.

Criterios de inclusión y exclusión.

Para filtrar la información encontrada en la base de datos consultada, se decidió diseñar unos criterios de inclusión y exclusión a partir de los criterios PICO (Higgins & Green, 2011): Patients, Interventions, Comparator, Outcomes. Para su aplicación, estos criterios fueron divididos en dos fases.

La manera de recopilar la información, fue mediante un formato de encuesta diseñado a través de la plataforma Drive, de Google, que permitió estandarizar el proceso de tabulación de los datos brutos encontrados.

Fase I - Pacientes, Intervención, Comparadores/Diseño

Esta fase se dedicó a las características puntuales de los pacientes y la intervención utilizada, además del tipo de diseño de estudio que se buscaba. En esta fase, los criterios de inclusión y exclusión, buscaban seleccionar solo aquellos estudios que cumplieran con las siguientes características: Pacientes entre 18 y 65 años de edad, con dificultades en la RE y sin condiciones clínicas especiales de tipo cognitivo o episodios psicóticos; uso de al menos una IBM con un rango de entre 8 y 48 sesiones, y una duración de 60 a 90 minutos por sesión; uso de grupo control con tratamiento activo o inactivo, y un diseño metodológico de ensayo clínico/controlado aleatorizado (ECA). Para ello, fue creado un formulario en la plataforma Drive (Anexo 1) que consistió en tres secciones (A) Identificación del artículo, incluyendo referencia, base de datos de procedencia y link de acceso; (B) Criterios de inclusión, preguntas que identificaban las características de los pacientes, la intervención, el tipo de control y el diseño utilizado; y (C) Acción, especificación si el artículo debía ser incluido, excluido o era dudoso, las razones de exclusión si era necesario, y la identificación del revisor que estaba llevando a cabo el procedimiento.

Fase II - Resultados (Regulación Emocional)

Posteriormente, en esta Fase el instrumento estuvo enfocado en evaluar directa y detalladamente las características de los resultados que se estaban obteniendo en los estudios. Esto se hizo, con el fin de optimizar el tiempo de búsqueda y aumentar la precisión a la hora de seleccionar los artículos que pasarían a la fase de análisis de riesgo de sesgos y calidad metodológica.

Para esta fase, se diseñaron criterios de inclusión y exclusión cuyo principal objetivo era evaluar la coherencia lógica y argumental que presentaban los artículos en cuanto a la variable RE. Para lograr este objetivo, se diseñó un nuevo formulario en Drive (Anexo 2), que contaba con unas secciones (A) Identificación del artículo y (C) Acción, idénticas al formulario de las homónimas de la Fase I; mientras que la sección (B) Criterios de inclusión, se dedicó a evaluar de manera

minuciosa -a través de preguntas abiertas y cerradas-, la conceptualización de la variable, los objetivos planteados, los instrumentos utilizados, el análisis de los datos encontrados y la articulación de todo esto en la discusión del documento con base en las definiciones de RE del Modelo Modal de Gross (2001).

Protocolo de búsqueda.

Paralelo al establecimiento de los criterios de inclusión/exclusión para las Fases I y II, fue diseñado un protocolo de búsqueda para cada una de las fases respectivamente (Anexo 3). Los documentos contienen especificaciones respecto a la forma de búsqueda en las bases de datos; el tipo de revisión (sólo título y resumen, o documento completo); el idioma; la fecha de publicación; los criterios para calificar un documento como incluido, excluido o dudoso; la forma de llenado de la identificación; clasificación de las razones de exclusión; el manejo de casos particulares; la definición de los conceptos, etcétera. Es decir, un esfuerzo por unificar criterios y hacerlos lo más objetivos posible.

Methodology checklist 2: Randomized Controlled Trials.

Este instrumento (Anexo 4), proveído por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 50, 2011), fue diseñado especialmente para la evaluación de la calidad metodológica de ensayos controlados aleatorizados. En el caso de este estudio, se utilizó para evaluar la metodología usada en las dos publicaciones seleccionadas que cumplieron con todos los filtros establecidos previamente.

Procedimiento

Como se mencionó previamente, el procedimiento de este trabajo estuvo ceñido al estamento PRISMA (Singh, 2017) y a lo establecido por el Manual Cochrane (Higgins y Green, 2011), tal como se observa resumido en el anexo 5. Los criterios presentados, fueron resumidos a partir de lo establecido en Singh (2017) (para ampliación de los ítems, remitirse al documento original).

Teniendo en cuenta dichos lineamientos, una vez formulada la pregunta clínica y definidos los criterios de inclusión/exclusión a partir de PICO, el equipo de investigación procedió a hacer

un paneo rápido de un total de 56 de las diferentes bases de datos virtuales sugeridas en el Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011), con el fin de seleccionar las más apropiadas para el objetivo de este estudio. En ese primer momento, se buscó verificar la vigencia de las bases sugeridas y que contuviera artículos científicos -no sólo de divulgación- relacionados con Mindfulness/Atención Plena. Tras esto, se seleccionaron 20 páginas que luego se sometieron a la búsqueda de los tres términos de interés para este estudio, con sus respectivas combinaciones y variaciones de idioma entre inglés y español, a saber: 1) *Mindfulness-based AND Emotion Regulation AND Randomized Clinical Trial*; 2) *Atención plena AND Regulación Emocional AND Ensayo Clínico Aleatorizado*; 3) *Mindfulness AND Regulación Emocional AND Ensayo Clínico Aleatorizado*. Sólo la combinación en inglés arrojó resultados en las bases seleccionadas. Finalizado este proceso, sólo 16 páginas arrojaron un total de 3556 resultados -sin excluir los duplicados- bajo la combinación de términos mencionada.

En este punto es conveniente mencionar que, hasta ese momento, el rango de tiempo de publicación era de los últimos diez años. No obstante, se decidió escoger únicamente la base de datos que arrojaba mayor cantidad de entradas -a fin de aumentar la ‘representatividad’ de los participantes- y reducir el tiempo de publicación a la mitad, con el objetivo de tener los artículos, con las aplicaciones y actualizaciones de la terapia, más recientes; tal como fue expuesto en el apartado *Participantes*. Los detalles de este proceso de filtración pueden ser revisados en los Anexos 6(a), 6(b) y 6(c).

Hecho lo anterior, 1279 artículos pasaron a proceso de revisión doble e independiente: de títulos y resúmenes para la Fase I; y de texto completo para la Fase II. Ambas fases contaron con un tercer revisor independiente encargado de dirimir las diferencias de criterio entre los revisores 1 y 2. Un total de 43 artículos fueron revisados en la Fase II y finalmente 2 artículos fueron seleccionados para pasar a la etapa de revisión de calidad metodológica.

De acuerdo con los manuales consultados, el paso a seguir corresponde a un análisis crítico y objetivo de la calidad de los estudios metodológicos. Según Viswanathan et al. (2017), este proceso consiste en la evaluación del riesgo de sesgos y en la evaluación de la calidad metodológica. Para la primera parte, la Organización Cochrane dispone explícitamente de la herramienta RoB 2.0; sin embargo, los autores del presente documento consideraron imprudente hacerlo por razones de insuficiencia en conocimientos. Siendo así, este proceso fue omitido y se pasó directamente a hacer la evaluación de la calidad metodológica a partir del Methodology

Checklist 2: Randomized Controlled Trials (SIGN 50, 2011). Esta lista de chequeo fue aplicada de manera individual a los dos estudios que cumplieron con los criterios establecidos. Consistió en una calificación y descripción, en tres secciones, de la validez interna del estudio, la evaluación general del estudio, y la descripción de sus características generales.

Consideraciones éticas

Este proyecto de grado se establece siguiendo los criterios éticos que rigen a la investigación, dentro del parámetro del ejercicio del psicólogo en Colombia (Ley 1090, 2006), si bien ya se han enumerado en el marco Normativo los principios pertinentes para este trabajo se debe hacer explícito la manera en la cual este proyecto lleva a cabo velando por las normas éticas.

En primer lugar dentro de los parámetros de la Universidad Santo Tomás se tiene como única opción de grado la elaboración de una proyecto de investigación, existen dos formas de investigación la primera investigación con participantes humanos o no humanos y la segunda una revisión documental (USTA, 2016), para efectos del presente trabajo se elige el segundo tipo, en función de analizar la efectividad de las intervenciones, la unidad de análisis es la misma investigación, es decir, la metodología adscrita a este proyecto es una de la acciones que garantizan la ética del mismo ya que el regirse por una serie de directrices claras, es congruente con una visión de la psicología en la cual se espera aporte a mejores intervenciones en el contexto clínicos, aunque no se requiere de un consentimiento ni asentimiento se debe propiciar un manejo ético.

En segundo lugar, la Ley 1090 del 2006, propicia que este tipo de investigaciones se generen, dando un énfasis a garantizar y exaltar que las intervenciones deben plantearse mediante criterios de validez científica, lo que indica que el apuntar a una metodología como es una Revisión Sistemática que se encuentra en la cúspide de la pirámide de la evidencia y resalta la validez empírica, refiriendo corresponsabilidad ética dentro de una apuesta crítica frente a la intervención Terapéutica del Mindfulness.

En tercer lugar, cuando se implementa el procedimiento metodológico, es decir la RS; se realiza también una revisión teórica detallada, se evalúan las intervenciones previas, además de su trasfondo filosófico y énfasis metodológico, en relación con la psicología a través del vínculo del contexto clínico y de salud en los cuales; se puede plantear que, los estudios anteriores permiten evidenciar un panorama amplio sobre como pares profesionales llevan a cabo sus intervenciones, el centrar este proyecto en aquellos elementos metodológicos evaluados con criterios objetivos, fiables y cuantificables beneficiaria determinar la efectividad y el rigor de los estudios previos en favor de mejorar futuras realizaciones las cuales sean reguladas de forma efectiva mediante parámetros éticos y normativos.

Resultados

Para esta sección, los resultados se presentarán en tres partes. La primera de ellas, corresponde a los datos brutos obtenidos tras el procedimiento general de revisión de los 1279 artículos. La segunda parte, responde a los resultados logrados tras analizar los datos de cada una de las preguntas establecidas en los criterios de inclusión y exclusión. La tercera, expone los resultados obtenidos tras aplicar el SIGN 50 a los dos estudios finales.

Primera parte

A continuación, se presenta el Coeficiente de Kappa -que da cuenta de la validez interna del procedimiento realizado- para los datos brutos, junto a los resultados obtenidos tras haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión de las Fases I y II.

Coeficiente de Kappa.

De acuerdo a lo sugerido por el Manual Cochrane (Higgins &Green, 2011), el Coeficiente Kappa de Cohen es la medida estadística más adecuada y robusta para ajustar el efecto de azar en la proporción de la concordancia observada. Para el caso puntual de esta investigación, el Kappa obtenido entre los revisores 1 y 2 de la Fase I fue de 0.41, lo que indica un nivel de concordancia aceptable entre ambos revisores. En el Anexo 7, pueden ser revisados los detalles del procedimiento de cálculo para dicho Coeficiente.

Debe tenerse en cuenta que esta medida no se calcula para la Fase II debido a que la naturaleza de los datos obtenidos no es susceptible de este tipo de análisis.

Resultados Fases I y II.

En la Figura 3, se muestra de manera sintetizada los resultados encontrados durante el proceso de selección de los estudios a lo largo de ambas fases de revisión. Posterior a ello, se procederá dar una explicación sucinta de los pormenores en cada una de las fases.

Debe tenerse en cuenta que, debido a que este proceso se hizo de manera duplicada por dos revisores independientes, las razones de exclusión tienden a ser heterogéneas. Por esta razón, se

decidió asignar la denominación *Razones mixtas*, para dar cuenta de cuándo la razón primordial de exclusión difería entre ambos revisores. Por otro lado, en los casos donde hubo unanimidad, la razón de exclusión fue nominada según (a) las características de población, (b) el tipo de intervención, (c) ausencia de control activo o pasivo, (d) no ser un Ensayo Clínico/Controlado Aleatorizado (ECA), o por (e) pertenecer al grupo de *documentos no experimentales*; dentro de los que se incluyen abstracts, artículos de revisión de diferentes índoles, artículos teóricos, desarrollos y validaciones de escalas, estudios de factibilidad, lineamientos clínicos, memorias de congresos, posters, protocolos de estudios, y revisiones sistemáticas y meta-análisis ajenos al objetivo de investigación del presente trabajo.

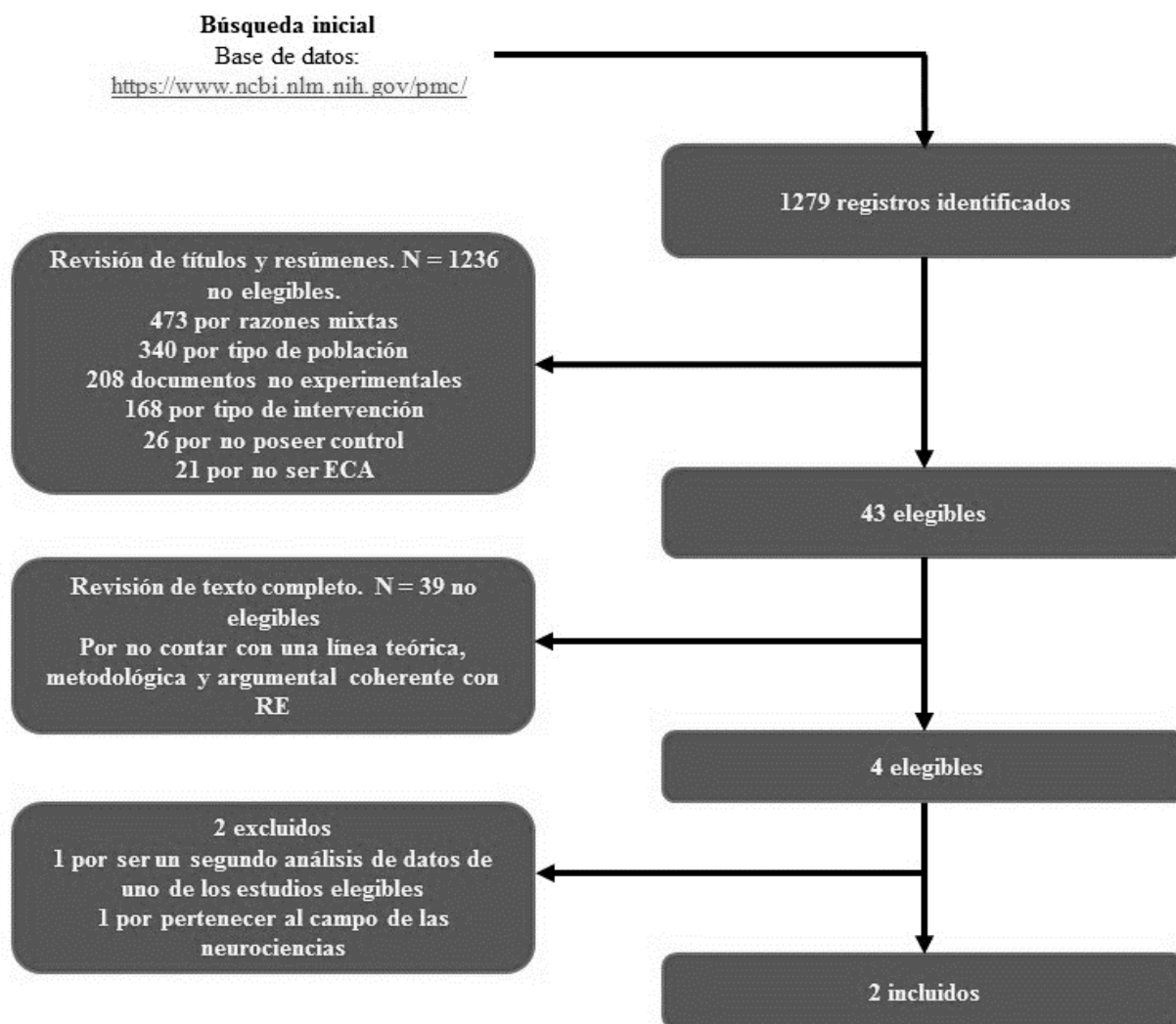


Figura 3. Resultados del proceso de selección de estudios, Fases II y II. Adaptado de la Bases de datos NCBI, 2019

Resultados Fase I.

Durante la Fase I, se revisó un total de 1279 artículos. Cada uno de los artículos fue evaluado por dos revisores independientes con el fin de reducir el riesgo de sesgo. Para los casos en que hubo discordancia entre los revisores 1 y 2, un tercer revisor fue el encargado de dirimir las diferencias previas.

Primer y segundo revisor.

En el caso del Revisor 1, incluyó 36 artículos, excluyó 1189 y dejó como dudosos 54. De otra parte, el Revisor 2, incluyó 23, excluyó 1247 y dejó como dudosos 9. En el Anexo 8, están disponibles para la consulta los detalles de los datos arrojados por cada revisor junto con sus respectivas razones de exclusión.

Es necesario tener en cuenta que, si bien dentro del protocolo establecido para la aplicación del instrumento de medición diseñado con los criterios de inclusión y exclusión, existía una directriz para clasificar las razones de exclusión de los documentos, desde el principio era claro para los investigadores que no todos los artículos responderían a los criterios preestablecidos; razón por la cual se dejó abierta la opción “otra”. Lo anterior, explica la divergencia sutil entre el tipo de razones de exclusión señaladas por el primer revisor al compararse con las del segundo revisor.

Tercer revisor.

Tras comparar los resultados obtenidos por el revisor 1 y el revisor 2, se encontró acuerdo de inclusión entre ambos revisores de 20 artículos. También se detectó que había diferencias en el juicio final de 75 artículos sobre si excluirllos, incluirlos o dejarlos como dudosos. Para solucionar esas diferencias, se recurrió a un tercer revisor que aplicó nuevamente los criterios a los documentos de manera independiente.

Una vez hecho este procedimiento, 23 documentos más fueron agregados a la lista de incluidos, mientras que 52 fueron excluidos de manera definitiva, para un total de 43 artículos aprobados para la Fase II. El Anexo 9 resume las razones de exclusión.

Resultados Fase II.

Habiendo superado los filtros aplicados durante la Fase I, un total de 43 artículos pasan a ser revisados en la Fase II; que, como se explicó previamente, se encargó de hacer un filtro más detallado sobre el componente de RE ubicado en los documentos. Es menester recordar que, para ser incluidos a la fase final de evaluación de la calidad metodológica, los artículos debían demostrar coherencia conceptual, metodológica y argumentativa en torno al estudio de los efectos de las IBM sobre la RE; todos los que faltaron a este principio, fueron clasificados como excluidos.

Primer y segundo revisor

Para esta fase, el Revisor 1 incluyó 2 artículos, excluyó 39 y dejó como dudosos 2. En el caso del Revisor 2, incluye 4 artículos, excluyó 36 y dejó como dudosos 3. En el Anexo 10, se encuentra a disposición los detalles de las razones de exclusión según cada revisor. Debe tenerse en cuenta que, en el protocolo diseñado para esta etapa, se solicitó a los revisores mayor precisión y detalle sobre las razones de exclusión de los artículos; razón por la cual, en esa sección, se muestra el número de artículos que cumplía el criterio, sobre el número total de documentos revisados.

Tercer revisor

Dado el panorama anterior, fue necesario que siete artículos atravesaran una tercera revisión debido a las diferencias encontradas entre el primer y el segundo revisor; ya que, una vez comparados los juicios de ambos, tan sólo en un artículo había coincidencia plena en que debía ser incluido. De estos siete documentos, cuatro fueron excluidos definitivamente y 3 incluidos, dando en total una sumatoria de cuatro artículos aptos para ser evaluados metodológicamente. En el Anexo 11, se exhiben los detalles sobre el proceso realizado y los juicios de exclusión obtenidos por el tercer revisor.

Documentos finales.

Tras ser sometidos a los filtros de las Fases I y II, de 1279 artículos, tan sólo cuatro de ellos lograron cumplir con los criterios establecidos. Dichos documentos fueron: Goldin et al. (2016); Hamidian, Omidi, Mousavinasab y Naziri (2016); Garland, Hanley, Goldin y Gross (2017); y Hölzel et al. (2013). No obstante, de acuerdo a lo establecido por el Manual de Cochrane (Higgins

&Green, 2011), el estudio de Garland, Hanley, Goldin y Gross (2017) fue omitido puesto que constituye un segundo análisis de los datos del estudio de Goldin et al. (2016). Sumado a esto, el estudio de Hölzel et al. (2013) también fue omitido, ya que, al pertenecer al ámbito neurológico, los autores del presente trabajo carecen de conocimientos suficientes para hacer un análisis apropiado del mismo.

Segunda parte

Una vez detallados los datos generales hallados, se procede a hacer un segundo grupo de resultados que responden al análisis de las respuestas obtenidas para cada uno de los criterios de inclusión/exclusión establecidos en la Fase I. A continuación, se harán explícitos tanto los datos brutos arrojados en cada una de las 8 preguntas, así como los datos obtenidos una vez filtrada la información. En apartados posteriores se explicará con mayor detalle el uso de filtros.

Coefficiente de Kappa de los datos brutos.

Se evalúa el grado de concordancia para cada una de las preguntas de los criterios de inclusión/exclusión entre los revisores 1 y 2 durante la Fase 1. En la Tabla 4 se muestran los valores obtenidos junto con su interpretación.

Tabla 4. Coeficiente de Kappa para cada una de los criterios de inclusión / exclusión Fase I

Criterio	Valor	Concordancia
Rango de edad	0,72	Considerable
Condiciones clínicas especiales	0,65	Considerable
Dificultades en RE	0,58	Moderada
Aplicación de IBM	0,79	Considerable
Intensidad de las intervenciones	0,64	Considerable
Número de sesiones	0,64	Considerable
Control	0,69	Considerable
ECA	0,59	Moderada

NOTA: Descripción y consideración del Coeficiente de Kappa, Por (Pineda, M; Soto, F, & Martínez, A, 2019)

Datos obtenidos una vez aplicados los filtros primero y segundo.

Los filtros utilizados en esta sección se aplicaron con el fin de obtener información de la prevalencia de las características clave que esta investigación estableció en sus criterios de inclusión-exclusión Fase I. El primer filtro, consistió en excluir todos aquellos artículos que no

hubiesen aplicado una IBM -pregunta No. 4-; el segundo, excluyó a todos los documentos que no hubieran estudiado a personas con dificultades en la RE -pregunta No. 3. Así, los artículos con ambos niveles de filtración, corresponden exclusivamente a todos aquellos que aplicaron IBM en sujetos con dificultades en RE. Los datos obtenidos en términos de frecuencia absoluta y porcentajes se hallan recopilados en la Tabla 5.

Tabla 5. Tabla de frecuencia y porcentajes según cada criterio de inclusión/exclusión Fase I (Filtro 2)

	<i>Revisor 1</i>				<i>Revisor 2</i>				<i>Promedio</i>			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	<i>Ni</i>	%	<i>ni</i>	%	<i>ni</i>	%	<i>ni</i>	%	<i>ni</i>	%	<i>ni</i>	%
Rango de edad	189	81,8	42	18,2	119	75,3	39	24,7	154	78,6	40,5	21,4
Condiciones clínicas especiales	205	88,7	26	11,3	142	89,9	16	10,1	173,5	89,3	21,0	10,7
Dificultades en RE	231	100,0	0	0,0	158	100,0	0	0,0	194,5	100	0,0	0,0
Aplicación de IBM.	231	100,0	0	0,0	158	100,0	0	0,0	194,5	100	0,0	0,0
Intensidad de las intervenciones	183	79,2	48	20,8	98	62,0	60	38,0	140,5	70,6	54,0	29,4
Número de sesiones	191	82,7	40	17,3	111	70,3	47	29,7	151	76,5	43,5	23,5
Control	147	63,6	84	36,4	100	63,3	58	36,7	123,5	63,5	71,0	36,5
ECA	90	39,0	141	61,0	66	41,8	92	58,2	78	51,1	116,5	59,6

NOTA. Resultado de las tablas de frecuencias. Por (Pineda, M; Soto, F, & Martínez, A, 2019)

Tercera parte

Dado que SIGN 50 es un instrumento carente de cualquier clase de resultado cuantitativo, puesto que sólo permite evaluación cualitativa de dos tipos -nominal y descriptiva-, a continuación, se procederá a describir los resultados obtenidos respecto a las debilidades metodológicas en cada uno de los estudios, evaluados en la Sección 1: *Validez Interna*. De otra parte, los detalles de las evaluaciones de la Sección 2: *Evaluación general del estudio* y la Sección 3: *Descripción del*

estudio, podrán ser consultadas en los Anexos 12 y 13, y serán retomadas en el apartado de *Discusión de los resultados*. Tenga en cuenta que de ahora en adelante el estudio de Hamidian et al. (2016) será referido como el *estudio A*, mientras que el del Goldin et al. (2016), será el *estudio B*.

En el estudio A, no se reportó asignación aleatorizada de sujetos, ni cegamiento de los sujetos y los investigadores respecto a la asignación de los tratamientos y no se abordó un método de ocultación adecuado. Para el estudio B, no fue reportado un método de ocultación adecuado ni el cegamiento de sujetos e investigadores frente al tratamiento asignado. El ítem 10 sobre comparabilidad de las diferentes locaciones, no aplicaba en ninguno de los casos en tanto ambos estudios se llevaron a cabo en el mismo lugar. Respecto al porcentaje de abandono antes de la finalización del estudio, los resultados arrojaron para A $n = 12\%$ y para B $n = 5,55\%$. Los ítems no mencionados obtuvieron calificaciones que variaron entre *adecuadamente abordado* y *bien cubierto*. Para mayores detalles, remítase al Anexo 14, con la tabla comparativa de los resultados de la Sección 1 para los estudios A y B.

En términos cuantitativos, excluyendo el punto 1.8, los resultados obtenidos en dicha sección podrían traducirse de la siguiente manera:

Tabla 6. *Porcentaje de calificaciones cualitativas según estudio*

Calificación	Hamidian, Omid, Mousavinasab y Naziri (2016)	Goldin et al. (2016)
Adecuadamente abordado / Bien cubierto	55,55%	66,66%
No reportado	33,33%	22,22%
No aplicable	11,11%	11,11%

NOTA. Resultados del estudio en porcentajes de calificaciones, Por (Pineda, M; Soto, F, & Martínez, A, 2019)

De acuerdo al Manual de SIGN 50 (2011, p. 51), la calificación con dichas características representa un bajo riesgo de sesgo en la calidad metodológica (1+).

Discusión de los resultados

Antes de empezar a desarrollar este apartado, es necesario recordar que el objetivo general que guió toda la investigación era determinar si las IBM poseen mayores niveles de efectividad al compararse con estrategias de control activo e inactivo teniendo como mecanismo subyacente la RE en poblaciones de adultos entre los 18 y los 65 años de edad. Esto se buscó hacer a través de la Revisión Sistemática de 1279 artículos que, como pudo verse en la sección de resultados, contó con buenos índices en el Coeficiente de Kappa, lo que indica un nivel de confiabilidad óptimo en los datos registrados, al reducir los niveles de concordancia entre revisores por efectos del azar o por acuerdo mutuo.

Teniendo en cuenta el objetivo general y los específicos, la siguiente discusión girará en torno a preguntas sobre la eficacia y efectividad de las IBM sobre la RE, tanto en sí mismas, como al ser comparadas con otro tipo de tratamientos o controles, sumado a las fortalezas y debilidades transversales del área de investigación, para después cerrar con una apreciación general sobre el estado actual del conocimiento en torno a este tema y sus implicaciones a nivel empírico, teórico y epistemológico.

La primera parte de la discusión, buscará contrastar los resultados obtenidos por esta investigación, frente a otras revisiones sistemáticas y meta-análisis que se hayan realizado en torno al tema. Hasta donde conocen los autores, han sido pocos estudios los que aborden las variables de interés bajo este diseño de estudio. Aun así, no se han enfocado en la comparación directa de IBM frente a RE, más bien, se han dedicado a analizar los efectos generales subyacentes al MBSR y a la meditación Mindfulness (Eberth & Sedlmeier, 2012); a los efectos del MBSR vs. MBCT sobre el bienestar y la salud mental (Gu, Strauss, Bond & Cavanagh, 2015); a los efectos experimentales de las *inducciones en Mindfulness* sobre la auto-regulación (Leyland, Rowse & Emerson, 2018).

IBM, ¿son eficaces a la hora de mejorar RE?

De acuerdo a los resultados obtenidos de los dos estudios incluidos, en términos generales, tanto en el estudio A como en B, se encuentra que las IBM si tienen un efecto positivo a la hora de mejorar la RE en los sujetos experimentales.

No obstante, estos hallazgos encontrados contrastan un poco con los datos obtenidos por Eberth y Sedlmeier (2012), quienes al comparar el tamaño de efecto de RE versus las demás variables teóricas (rasgos de personalidad negativos, estrés, Mindfulness, inteligencia, neuroticismo, bienestar, atención, ansiedad, emociones negativas y positivas, cognición, auto-realización y auto-concepto) consideradas en su estudio, encontraron que RE obtuvo el menor tamaño de efecto promedio ($r = 0.21$); además, este efecto sólo se presentó en MBSR y no en Meditación Mindfulness.

Debe tenerse en cuenta que, para dichos autores, dentro de las variables relacionadas con RE se encuentran reactividad emocional, estrategias de afrontamiento positivas, afrontamiento religioso positivo, estrategias de afrontamiento negativas, afrontamiento religioso negativo y capacidad de relajación; siendo estos constructos hipotéticos distintos a los abordados por el Modelo Modal de Gross (2001), dificultando así los análisis metodológicos, dado que la operacionalización del constructo es diferente. Por ende, los criterios de medición varían en la obtención de información, generando un limitante epistemológico al abordar el mismo objeto de estudio.

De manera similar, Leyland, Rowse y Emerson (2018) concluyeron que hubo poco o ningún apoyo empírico para estrategias de RE diferentes a la reducción de la rumia, que fue la única sub-variable para la que encontraron efectos positivos.

La idea de que las IBM mejoran la RE es apoyada con valores significativos en los resultados arrojados por los dos estudios incluidos en esta Revisión Sistemática; por el contrario, según los trabajos mencionados en los párrafos anteriores de este apartado, pareciera que el soporte empírico para esto es difuso y poco concluyente, aun cuando se tratase de intervenciones alejadas del *gold-standard* para las IBM, como lo son las inducciones y la meditación Mindfulness.

¿Eficacia superior frente a otros tratamientos?

Si bien algunos estudios parecen arrojar cierta evidencia de los efectos de mejoría de las IBM sobre RE –aunque no sea concluyente–, de acuerdo con los datos encontrados, no se haya evidencia de que este tipo de intervenciones cuente con eficacia superior respecto a los controles activos. Lo anterior, se debe a que los efectos de las IBM, comparados con los controles, son diferentes en cada uno de los documentos incluidos en esta revisión, como se mostrará a continuación.

De acuerdo con el estudio A, tras la aplicación de MBCT, se generaron resultados significativamente superiores en la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) para el grupo experimental, frente a un grupo de control con tratamiento único de tipo farmacológico. No obstante, dichos efectos no fueron aislados, ya que el grupo experimental recibió, paralelamente, IBM junto al tratamiento con fármacos, lo cual genera dudas sobre la efectividad “pura” de la IBM.

De otra parte, en el estudio B, las mejoras de MBSR no difieren de manera significativa al compararse con un control activo como Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) para los subcomponentes relacionados directamente con la RE (i. e., frecuencia de reevaluación cognitiva, auto-eficacia en la reevaluación cognitiva), ni para los componentes relacionados de manera indirecta (i. e., comportamientos de evitación sutil, atención focalizada, cambio de atención y rumia). Incluso, CBGT llega a tener efectos superiores en el subcomponente de cambio de atención; para el cual la IBM no consigue generar diferencias significativas, aún al ser comparada con la lista de espera.

Sumado a esto, si bien no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre CBGT y MBSR, los datos brutos sí parecen mostrar una ligera tendencia de superioridad de CBGT sobre 4 de los 6 los mecanismos subyacentes relacionados directa e indirectamente con RE (autoeficacia de reevaluación cognitiva, comportamientos de evitación sutil, cambio de atención, rumiación), al compararse con MBSR; a excepción de frecuencia de reevaluación cognitiva y atención focalizada, donde se obtienen datos ligeramente superiores.

Estos hallazgos son consistentes con los encontrados por Leyland, Rowse y Emerson (2018), quienes no hallaron diferencias concluyentes al comparar la inducción en Mindfulness con otro tipo de instrucciones; y con los de Eberth y Sedlmeier (2012), donde el tamaño de efecto promedio para mejoras en la RE fue $r = 0.21$, sólo en MBSR. Además, encontraron grandes diferencias entre los tamaños de efecto informados para MBSR frente a la meditación “pura”; lo cual, para los autores, plantea la pregunta de si algunos tamaños de efecto encontrados para MBSR podrían estar parcialmente inflados por efectos que no son atribuibles a su componente de meditación Mindfulness, sino, a sus componentes educativos (retiros, lecturas, etcétera).

Así pues, podría pensarse que las IBM no sólo tienden a tener un efecto igual o incluso inferior sobre RE al ser comparadas con controles activos, además, se plantea la duda sobre si los casos donde obtiene resultados superiores es debido netamente a sus componentes de Mindfulness, o si quizá se debe a factores ajenos, ya sea de carácter biológico/farmacológico (como en el caso del estudio A) o de tipo psicoeducativo.

Errores/Deficiencias/Carencias metodológicas comunes

Los resultados obtenidos en los estudios seleccionados (A y B) fueron empañados debido a una serie de errores o falencias metodológicas arrojadas por la evaluación con el SIGN 50; estas, incluyeron el no abordaje explícito u omisiones a la hora de reportar si se aplicó o no métodos de ocultación y cegamiento al tratamiento sobre pacientes e investigadores; el no reporte de la asignación aleatoria de los sujetos al tratamiento; así como la selección de muestras pequeñas (A = 44; B = 102).

Características de debilidad metodológica similares también fueron encontradas por Leyland, Rowse y Emerson (2018), donde los estudios incluidos contaban con calidad débil debido a las dificultades para generalizar las muestras, el no informe o uso de medidas confiables, y la poca claridad a la hora de reportar los datos.

Lo anterior es importante visto bajo la luz de los resultados obtenidos por Eberth y Sedlmeier (2012), quienes encontraron que los tamaños del efecto tienden a ser menores en los estudios más recientes; en aquellos que poseen aleatorización y tratamientos más largos; y en los que fueron realizados con profesionales más experimentados. Es decir, a mayor rigurosidad en las características metodológicas, menor tamaño de efecto para la relación entre IBM y RE.

Otro factor común que debe ser considerado, es que en aproximadamente nueve años (con cortes en 2012, 2015, 2018 y 2019), la cantidad de artículos publicados aptos para ser incluidos dentro de revisiones sistemáticas o meta-análisis parece no haber incrementado. Esto no sólo se ve reflejado en los únicos dos artículos que cumplieron los criterios en esta revisión. El caso fue similar para Eberth y Sedlmeier (2012), donde la variable RE tan sólo fue considerada en no más de dos estudios con MBSR. Aún más, vale destacar el Meta-Análisis de Gu, Strauss, Bond y Cavanagh (2015) donde, a pesar de que sus criterios de inclusión/exclusión fueron muy similares a los de este trabajo –exceptuando el criterio explícito sobre personas con dificultades en RE-, la revisión no logró encontrar ECA ni estudios cuasi experimentales que hubieran probado la relación teórica reportada para la autorregulación como mecanismo mediador de las IBM.

Todo lo mencionado con antelación, deja dudas (1) sobre la manera en cómo la calidad metodológica de los artículos incluidos puede estar sesgando los resultados y (2) sobre los esfuerzos de los investigadores para mejorar a través de los años la producción académica rigurosa, de calidad y, especialmente, apta para la replicabilidad científica. Tal como se ve reflejado en este y los demás estudios citados previamente, pareciera que la enorme cantidad de publicaciones que

se están haciendo respecto a Mindfulness e IBM, no necesariamente está siendo acompañada de mejoras en la rigurosidad de los estudios, ni esfuerzos por confirmar los hallazgos realizados por otros investigadores respecto a los mecanismos subyacentes.

Breve análisis del estado de conocimiento empírico de la relación entre Mindfulness y RE

De acuerdo con lo expuesto, y teniendo en cuenta las principales preocupaciones establecidas en la problematización de este trabajo, aún persisten las razones para mantener la cautela frente a la supuesta relación entre Mindfulness y RE. Aunque existan estudios que parecen soportar esta afirmación, los resultados arrojados por la metaciencia indican, de manera recurrente, que los datos no son concluyentes.

Se puede afirmar que la evidencia aún no es suficiente para confirmar o negar la utilidad de las IBM en contextos terapéuticos que requieran que se actúe directamente sobre la RE. Esto es consistente con lo expuesto por Van Dam et al. (2018), quien afirma que sólo el 20% de las intervenciones clínicas psicológicas han alcanzado el nivel de desarrollo 2a, correspondiente a la contrastación con comparadores inactivos; mientras que sólo un 9% cumple con el nivel 2b: comparación con un control activo.

Se hace necesaria no sólo más investigación sobre el tema, sino de mejor calidad: con mayor control sobre variables; mayor representatividad muestral; controles activos, cegamiento y ocultación adecuados; medidas apropiadas para la reducción de sesgos, -como el pre registro-; y mejora de los instrumentos de recolección de datos, puesto imperan las medidas subjetivas –auto reportes-, frente a estrategias objetivas.

Es urgente realizar esfuerzos por reproducir y confirmar los datos alcanzados por los demás investigadores ya que: (a) aunque se esperaba la inclusión de tan pocos artículos debido a las diversas conceptualizaciones que existen de Mindfulness, (b) también es cierto que, tras alrededor de 28 años de introducción del concepto al ámbito científico, la producción académica en torno al mismo debería contar con mayor refinamiento conceptual y claridad metodológica; más aún, si se tiene en cuenta que se ha pretendido enmarcar al Mindfulness dentro del análisis de la conducta, un programa de investigación científica tradicionalmente experimental.

Implicaciones a nivel metodológico

El panorama anterior deja enormes dudas no sólo sobre el Mindfulness, las IBM y su supuesta relación con la RE; además, invita a pensar que los hallazgos obtenidos en esta área no son más sino una extensión de la crisis de reproducibilidad por la que atraviesa la Psicología y la ciencia en general (Shrout & Rogers, 2018). Desde aproximadamente el año 2011, los círculos académicos han venido visibilizando cómo uno de los criterios más importantes sobre los cuales se ha erigido el conocimiento científico -el de replicabilidad- ha venido siendo amedrantado debido a una serie de condiciones que se han propiciado desde los mismos ámbitos macro de la industria del conocimiento científico, hasta la escala individual, donde -entre otras- se ha puesto de manifiesto una serie prácticas investigativas cuestionables por parte de los científicos, como informes y análisis selectivos, especificación insuficiente de las condiciones necesarias o suficientes para obtener los resultados, entre otras (Giner-Sorolla, 2012; Lilienfeld, 2017; Ioannidis, 2005; Open Science Collaboration, 2015; John, Loewenstein & Prelec, 2012).

La crisis de replicación invita a los psicólogos a ser más modestos en sus afirmaciones y evitar las declaraciones confiables basadas en resultados positivos aislados (Lilienfeld, 2017). El campo de la investigación en Mindfulness y sus mecanismos o efectos subyacentes está a tiempo de integrarse a lo que Vazire (2018) ha llamado la *revolución de la credibilidad*. Es urgente empezar a mejorar las prácticas investigativas, reorientarlas hacia la mayor replicación de estudios -tanto de manera individual, como sistemática y generalizada-, al aumento de la transparencia y exhaustividad en el informe de datos, métodos y análisis de las publicaciones científicas que permitan la reducción de la incidencia sobre prácticas de investigación cuestionables (John, Loewenstein & Prelec, 2012), y que ayuden a combatir los sesgos; en especial el de publicación, que comúnmente se ha señalado como muy problemático, al reducir la capacidad de la ciencia psicológica de tener un mecanismo adecuado para la falsación de la teoría, resultando en la promulgación de numerosas teorías *no muertas* que son ideológicamente populares pero que tienen poca base en la realidad (Ferguson & Heene, 2012).

Implicaciones a nivel teórico-epistemológico

RE como principio o efecto de Mindfulness o IBM.

Quizá una de las implicaciones a nivel teórico más importantes/evidentes derivadas de lo hallado en este trabajo, se dirige a cuestionar las propuestas teóricas que han vinculado la RE al Mindfulness o a las IBM, ya sea como factor, como efecto o como mecanismo subyacente. Siendo que la evidencia empírica no parece corroborar estos postulados, se abre la discusión sobre cuál vendría a ser realmente la relación de RE con el constructo en cuestión. Esto remite a la discusión que se ha hecho en torno a los Modelo de Factores Comunes vs los de Factores Específicos en psicoterapia, que plantea preguntas sobre si las psicoterapias funcionan por medio de técnicas que son específicas para cada terapia, por medio de factores que todas las terapias tienen en común o por medio de una combinación de las dos (Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2018). Si bien esta discusión no se da exclusivamente en torno a las IBM y el Mindfulness en general, es necesario tenerla en cuenta dados los hallazgos mostrados con antelación, que parecen indicar que no necesariamente los componentes de Mindfulness serían los que propician los cambios terapéuticos en RE, sino que podría estar vinculado con otra clase de factores, ya sea propios del diseño de la terapia, o bien característicos del terapeuta y su relación con los clientes.

En este sentido, de acuerdo con Cuijpers, Reijnders y Huibers (2018), si se quiere dar un paso adelante, es necesario realizar investigaciones que vayan más allá del examen de asociaciones correlacionales simples entre factores específicos y comunes. Deben priorizarse los diseños investigativos sobre estos factores que permitan incluir asociaciones temporales, relación dosis-respuesta, múltiples mediadores potenciales alternativos, manipulación experimental y modelos teóricos.

Debilidades conceptuales e implicaciones en la medición y recopilación de la evidencia empírica.

En el caso de Mindfulness en particular, los autores consideran que, si se quiere llegar al punto de empezar a aplicar las sugerencias hechas por Cuijpers, Reijnders y Huibers (2018), y poder entender claramente cuáles son los factores que median o subyacen a las IBM, se debe, en primer lugar, empezar por un análisis concienzudo de base sobre los postulados teóricos que enmarcan las IBM, que derive en:

(a) El replanteamiento de la forma en como se ha estado validando empíricamente el conocimiento obtenido; ya que prevalece el uso casi exclusivo de escalas de medición auto-reportadas, las cuales cuentan con limitaciones significativas, como los efectos generados por la deseabilidad social, la falta de introspección de los participantes y la malinterpretación de las preguntas (Van Dam et al., 2018). En este punto es importante recordar que el Conductismo -como filosofía de la ciencia que enmarca esta investigación- y su(s) respectivo(s) programa(s) de investigación, parte(n) de un rechazo hacia las causas internas asumidas, lo cual, como se ve, entra en conflicto con las teorizaciones, operacionalizaciones y herramientas de medición hegemónicas utilizadas en torno al Mindfulness y la RE, dada la aparente predominancia en la literatura de perspectivas cognitivistas respecto a estas dos variables.

(b) La refinación conceptual de la definición de Mindfulness, con el fin de lograr progresivamente una mejor matematización del concepto y así facilitar los procesos métricos del mismo (Díez y Moulines, 1997).

Lo anterior son puntos difusos entre las implicaciones teóricas y epistémicas, ya que la definición de los conceptos deriva en consecuencias epistemológicas como las correspondientes a los debates en torno a la medición y a la cientificación de una disciplina. De acuerdo a los criterios expuestos por Díez y Moulines (1997) en torno a los conceptos científicos, al parecer, el concepto del Mindfulness aún no cuenta con una definición suficiente para dividir de manera clara los objetos de estudio que subsume. Esto genera problemas serios, ya que el concepto presentaría inconsistencias lógicas y los argumentos de relación predicados en la definición no serían válidos, impidiendo la medición confiable y, por supuesto, obstruyendo el camino hacia la matematización del concepto haciéndolo poco relevante/útil para la construcción del conocimiento científico. Tal como se vio reflejado en los estudios citados durante este último apartado, no son pocas las conceptualizaciones de Mindfulness que se hacen (i.e. IBM, Meditación Mindfulness, Inducción en Mindfulness); eso por mencionar apenas las que podrían entenderse bajo la concepción de Mindfulness como técnica, sin olvidar que el problema se agranda si se tienen en cuenta las concepciones de Mindfulness como estado y como rasgo (Noguchi, 2017).

En este sentido, si bien los autores del presente estudio suscriben a la propuesta hecha por Van Dam et al. (2018) para precisar los objetos de estudio subsumidos en el concepto de Mindfulness, es decir, orientarse hacia denotaciones más explícitas y diferenciadas de exactamente qué estados mentales, procesos y funciones se enseñan, practican e investigan (para mayor

información remitirse al apartado *The Problematic Meaning of “Mindfulness”* de Van Dam et al. 2018, pp. 38-42), consideran dicha clasificación como provisional, haciendo necesario que la comunidad académica trabaje en la sistematización de los criterios para definir mejor la partición de los objetos que caen bajo lo que se entiende por Mindfulness. En ese caso,

Dado que fijar una partición sobre un dominio es lo mismo que determinar cierta relación de equivalencia que "induzca" la partición, en vez de proceder directamente a definir cada una de las clases que supuestamente van a constituir la clasificación, en muchos casos lo más expedito y controlable es determinar primero en general una relación empírica (atendiendo a criterios empíricamente controlables y sistemáticos) entre los objetos del dominio que [se quiere] clasificar, de la cual [se supone o comprueba] que es una relación de equivalencia. Si [se logra] identificar una relación con tales características, ya [se habrá] dado el paso esencial, puesto que una relación así [...] inducirá automáticamente una partición perfecta sobre el dominio estudiado. Y, además, no sólo [se obtendrá] la partición deseada, sino que ésta habrá sido establecida a través de un criterio sistemático (Díez y Moulines, 1997, p. 102).

A modo de cierre, es preciso decir que, aunque el Mindfulness ha demostrado tener una serie de ventajas (Davis & Hayes, 2011), el camino hacia el conocimiento científico del mismo, sus mecanismos y sus aplicaciones, demanda de los investigadores una reevaluación desde sus mismas raíces epistemológicas y el diseño de metodologías coherentes con ello; además de la adscripción a los esfuerzos colaborativos que están surgiendo alrededor del mundo en favor de la replicabilidad de la ciencia (i.e. Open Science Collaboration, 2015).

Conclusiones

Como pudo verse, aunque las IBM parecen tener cierto grado de efectividad sobre la RE, aún no cuentan con suficiente evidencia empírica para afirmar de manera tajante su eficacia; más aún, tampoco se halla evidencia contundente que lleve a pensar que las IBM llegan a ser superiores en efectividad frente a otro tipo de intervenciones (Goldin et al., 2016; Hamidian, Omid, Mousavinasab & Naiziri, 2016; Eberth & Sedlmeier, 2012; Gu, Strauss, Bond & Cavanagh, 2015; Leyland, Rowse, & Emerson, 2018). Se encuentra un panorama de debilidades metodológicas importantes que parecen estar sesgando hacia el aumento de los resultados obtenidos en los estudios individuales. También, se plantea que lo hallado en esta investigación es una extensión de la crisis de replicabilidad en psicología (Giner-Sorolla, 2012; Lilienfeld, 2017; Ioannidis, 2005; Open Science Collaboration, 2015; John, Loewenstein & Prelec, 2012), puesto que se evidencia que, a través de al menos la última década, parece no haber aumentado la producción académica rigurosa y con calidad suficiente para ser replicada y apta para estudios de meta-análisis. Por último, se hace una invitación a revisar los postulados teóricos y epistemológicos que enmarcan el estudio del Mindfulness, en tanto se especula que las dificultades encontradas podrían responder a una posible incoherencia que los mismos llegarían a guardar con el Conductismo como filosofía de la ciencia (Díez y Moulines, 1997; Van Dam et al. 2018)

Aportes, limitaciones y sugerencias

Contribuciones

A la disciplina y a la comprensión de la problemática.

Los aportes a la disciplina y a la comprensión de la problemática se encuentran íntimamente ligados. Por una parte, este trabajo permitió el reconocimiento de las debilidades teóricas, epistemológicas, metodológicas y empíricas en torno al Mindfulness, las IBM y su relación con la RE. A partir de esto, se permite un aporte significativo a la psicología clínica, donde se empieza a cuestionar las IBM -como unas de las intervenciones más populares de los últimos tiempos-, generando conclusiones que invitan a aplicarlas a los pacientes de manera responsable y ética, teniendo en cuenta la evidencia científica sobre los verdaderos efectos y mecanismos subyacentes relacionados con la RE.

A la línea de investigación.

El reconocimiento de las debilidades mencionadas con antelación, permite actuar con mayor mesura respecto a las intervenciones pensadas para la supuesta mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas que acuden a consulta en busca de psicoterapia.

A los investigadores.

Como aportes del ejercicio investigativo a los autores de este trabajo, se encuentran:

- El desarrollo de habilidades para elaborar líneas argumentativas coherentes entre los diversos marcos de referencia establecidos, que expresan de manera clara la relación entre un planteamiento del problema correspondiente a debates actuales en la disciplina y su integración con postulados teóricos, epistemológicos, metodológicos y del estado de la evidencia empírica actual frente a la problemática. Es decir, se desarrolla un hilo argumental que enmarca las variables RE y Mindfulness dentro de un marco teórico correspondiente a la TMR, planteando no sólo sus definiciones sino los inconvenientes teóricos que rodean el tema de investigación, que abarcan los problemas para comprender los componentes del Mindfulness, así como las dificultades que implica sus múltiples definiciones y su ambigüedad a la hora de adoptar postulados ontológicos y cómo estos

derivan en dificultades epistemológicas y metodológicas. Así mismo, soporta todo lo anterior a partir de una exposición nutrida del estado de evidencia empírico actual que da cuenta de los vacíos e incoherencias en los datos arrojados a través de diversos estudios.

- La comprensión y articulación de los marcos de referencia propuestos dentro de una línea de investigación institucional clara, es decir, Calidad de Vida y Bienestar en Contextos de Salud. Lo anterior, en el sentido de que logra evidenciar la importancia del robustecimiento del conocimiento empírico en tanto al Mindfulness, las IBM y las aplicaciones que se han pretendido hacer en RE, mostrando el rol central que la RE juega en diversos trastornos de la conducta. Poniendo de manifiesto la necesidad de comprender y mejorar dichas intervenciones en pro del bienestar y calidad de vida de los sujetos que acuden a terapia.
- Mejora de las habilidades para el planteamiento, desarrollo e implementación de un diseño metodológico preciso y adecuado para responder a la pregunta de investigación, correspondiente a los últimos avances académicos para el análisis sistemático, cuantitativo, de los datos arrojados por múltiples estudios. Un diseño alineado no sólo con las necesidades más recientes manifestadas por la comunidad académica en pro del fortalecimiento del conocimiento y el avance científico; también con los postulados epistemológicos medulares planteados.
- Adquisición y mejora de destrezas para el análisis y la interpretación de los datos obtenidos, a la luz de los referentes propuestos a nivel epistemológico, disciplinar y metodológico. Esto se ve evidenciado en la discusión de los resultados, donde se da cuenta de cómo los autores logran: En primer lugar, dar respuesta a los objetivos general y específicos; en segundo lugar, vincular los planteamientos centrales de plasmados a través de los diferentes marcos de referencia, poniéndolos en diálogo con los datos encontrados y con nuevas referencias que se hicieron necesarias una vez se hallaron los resultados, con el fin de comprenderlos mejor.
- Capacidades para reconocer los alcances del proceso investigativo, los resultados obtenidos y su relación con el panorama actual en cuanto la construcción de conocimiento científico. Así mismo, de evaluar de manera concienzuda las limitaciones dadas por aspectos de validez interna y externa.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones más notables de este trabajo se encuentran seis principales: (a) El rango del tiempo de búsqueda fue muy pequeño (sólo 5 años), lo recomendado por la Organización Cochrane es hacer revisiones de toda la literatura existente; (b) a pesar de que la base de datos utilizada integra tres bases de datos diferentes, aun así el número de bases de datos fue pequeño; (c) en cuanto al idioma, el haber tenido sólo dos opciones de búsqueda (inglés-español) restringió el acceso a publicaciones en otros lenguajes; (d) hubo ausencia del análisis de riesgo de sesgos; (e) aunque los autores del trabajo intentaron contactar con los representantes de la Colaboración Cochrane en Colombia, no se logró conseguir el apoyo de un Grupo Cochrane de Revisión en tanto no fue posible concretar reunión virtual o presencial para gestionar la asesoría de un Coordinador de Búsqueda de Ensayos; (f) la estrategia de búsqueda con booleanos fue muy limitada, tuvo apenas tres combinaciones. Es importante resaltar que, los numerales a, b, c y f, constituyen limitaciones importantes para la validez externa del trabajo, en tanto reduce las posibilidades de generalización. Mientras que los numerales d y e, especialmente el primero, afectan la validez interna.

Sugerencias

Son tres las principales sugerencias derivadas de los hallazgos hechos por este trabajo. En primer lugar, se hace manifiesta la necesidad de re plantear los criterios de inclusión/exclusión en el segmento relacionado con RE. Esta investigación sólo contempló dentro de sus criterios de búsqueda términos que incluyeran explícitamente estas dos palabras. Sin embargo, de acuerdo a los resultados encontrados, se hizo evidente que dentro de los términos claves incluidos en documentos no necesariamente *deben* estar incluidos de manera explícita los términos RE, sino que puede tratarse de un estudio que abarque uno o varios de los componentes puntuales de RE. En segundo lugar, valdría la pena preguntarse por si existen diferencias significativas sobre la RE, en términos de efectividad comparada, cuando se concibe al Mindfulness como técnica, como estado o como rasgo; ya que, en caso de arrojar resultados dispares, esto implicaría que son distintos los constructos estudiados, que no responden a la misma lógica. Por último, sería interesante estudiar qué sucede con los pacientes clínicos que reciben Intervenciones Basadas en Mindfulness, ya que, por una parte, esta investigación sólo tuvo en cuenta estudios que hubieran trabajado con poblaciones no clínicas y, por la otra, autores como Van Dam et al. (2018) han sugerido que aplicar IBM sobre ese tipo de población, podría generar efectos adversos.

Referencias

- Alzina, R. B. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), págs.7-43. Recuperado de: <http://revistas.um.es/rie/article/view/%2B99071>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), págs.271-285. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- Arch, J. J., Brown, K. W., Goodman, R. J., Della Porta, M. D., Kiken, L. G., & Tillman, S. (2016). Enjoying food without caloric cost: The impact of brief Mindfulness on laboratory eating outcomes. *Behaviour research and therapy*, 79, págs.23-34. doi:10.1016/j.brat.2016.02.002
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). ‘Scoping the scope’ of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), págs.147-150. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>
- Asuero, A. M., Blanco, T. R., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Queraltó, J. M. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), págs.521-528. doi:10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by self-report: The kentucky inventory of Mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), págs.191-206. doi:10.1177/1073191104268029
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), págs.27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), págs.205–230. doi:10.1016/s0005-7894(04)80036-4
- Barnes, D., & Roche, B. (1994). Mechanistic ontology and contextualistic epistemology: A contradiction within behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17(1), págs..165. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733692/>

- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2012). Measuring Mindfulness: First Steps Towards the Development of a Comprehensive Mindfulness Scale. *Mindfulness*, 4(1), págs.18–32. doi:10.1007/s12671-012-0102-9
- Bishop, S. R., Lau, M. , Shapiro, S. , Carlson, L. , Anderson, N. D., Carmody, J. , Segal, Z. V., Abbey, S. , Speca, M. , Velting, D. and Devins, G. (2004), Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, págs.230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Bodner, T. E., & Langer, E. J. (2001, June). Individual differences in mindfulness: the mindfulness/mindlessness scale. En *Poster presented at the 13th annual American Psychological Society Convention, Toronto, Ontario, Canada.*
- Boletín de Información Clínica Terapéutica. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. *Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina*. 21(3), págs.1-2. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009#notas
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, págs.822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring Mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditationbased psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research*, 1, págs.11-34. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284701003_Measuring_Mindfulness_in_Insight_Meditation_Vipassana_and_Meditation-Based_Psychotherapy_The_Development_of_the_Freiburg_Mindfulness_Inventory_FMI
- Bunge, M. (1960) *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo veinte
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (págs.542–559). New York: Guilford Press.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance. *Assessment*, 15(2), págs.204–223. doi:10.1177/1073191107311467

- Carman, C. (2007). *La filosofía de la ciencia en el siglo XX*. Manuscrito inédito. Recuperado de <http://josemramon.com.ar/wp-content/uploads/Carman-Filosofia-de-La-Ciencia-Sxx1.pdf>
- Carvalho, A. (2013). *Performing Meditation: Vipassana and Zen as Technologies of the Self*. Manuscrito inédito, Departamento de Sociología, University of Exeter. Recuperado de <https://ore.exeter.ac.uk/repository/bitstream/handle/10871/14667/SimoesLopesPaivaDeCarvalhoA.pdf?sequence=1>
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton Mindfulness questionnaire (SMQ). *The British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), págs.451–455. doi:10.1348/014466508x314891
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), págs.560-572. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.005
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31, págs.449–464. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.003
- Clavijo, A. (2006). *Más allá del fantasma en la máquina*. Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Psicología. Recuperado de <http://observatorio.ascofapsi.org.co/static/documents/MAQUINA.pdf>
- Coholic, D. A., & Eys, M. (2016). Benefits of an arts-based Mindfulness group intervention for vulnerable children. *Child and adolescent social workjournal*, 33(1), págs.1-13. doi:10.1007/s10560-015-0431-3
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), págs.73-102. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x>
- Comte, A. (1844). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Ed. Alianza.
- Coronado-Montoya, S., Levis, A. W., Kwakkenbos, L., Steele, R. J., Turner, E. H., & Thombs, B. D. (2016). Reporting of positive results in randomized controlled trials of Mindfulness - based mental health interventions. *PloS one*, 11(4), e0153220. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153220>

- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2018). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1). doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424
- D'Oliveira-Martins, M. (2017). *Arlie russell hochschild: un camino hacia el corazón de la sociología*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Diéguez, A. (1998). Los compromisos del realismo científico. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, 3, págs.145-173. Recuperado de <http://www.revistas.uma.es/index.php/contrastes/article/view/1539/1476>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), pág.198. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0022062>
- Díez, J. A., & Moulines, C. U. (1997). *Fundamentos de la filosofía de la ciencia*. Barcelona: Ariel
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2009). Mindfulness Practice. In O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E. (Ed.) *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. (págs.229-237). New Jersey: Wiley
- Drake, M. M., Morris, M., & Davis, T. J. (2017). Neuroticism's susceptibility to distress: Moderated with Mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 106, págs.248-252. doi:10.1016/j.paid.2016.10.060
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), págs.174–189. doi:10.1007/s12671-012-0101-x
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (págs.287–306). New York: Guilford Press
- Elsevier BV . (2019). Número de documentos publicados en la base de datos SCOPUS bajo el término Mindfulness. Obtenido de Scopus: <https://www-scopus-com.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/term/analyzer.uri?sid=d743ef256936ff78fd4228e2dbfdbed5&origin=resultslist&src=s&s=TITLE-ABS-KEY%28mindfulness%29&sort=plf-f&sdt=b&sot=b&sl=26&count=12837&analyzeResults=Analyze+results&txGid=eb2>
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Kamholz, B., Greeson, J. M., & Laurenceau, J. P. (2005, November). Assessing Mindfulness in the Context of Emotion Regulation: The Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R). Paper presented at the

- annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2006). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), págs.177–190. doi:10.1007/s10862-006-9035-8
- Ferguson, C. J., & Heene, M. (2012). A Vast Graveyard of Undead Theories. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), págs.555–561. doi:10.1177/1745691612459059
- Ferreria, I., Urrútia, G., & Alonso-Coello, P. (2011). Revisión sistemática y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista española de cardiología*, 64(8), págs.688-696. doi:10.1016/j.recesp.2011.03.029
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of Mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), págs.315–336. doi:10.1007/s10942-005-0017-7
- Fredrickson, B. L., Boulton, A. J., Firestone, A. M., Van Cappellen, P., Algoe, S. B., Brantley, M. M., ... & Salzberg, S. (2017). Positive emotion correlates of meditation practice: A comparison of mindfulness meditation and loving-kindness meditation. *Mindfulness*, 8(6), págs.1623-1633. doi:10.1007/s12671-017-0735-9
- García-Rubio, C., Luna-Jarillo, T., Castillo-Gualda, R., & Rodríguez-Carvajal, R. (2016). Impacto de una intervención breve basada en Mindfulness en niños: un estudio piloto. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 87, págs.61-74 Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802513>
- García, J. (2006). *Los procesos formativos y el sistema emocional*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Garland, E. L., Hanley, A. W., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory: Evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PloS one*, 12(12), e0187727. doi: 10.1371/journal.pone.0187727
- Giner-Sorolla, R. (2012). Science or Art? How Aesthetic Standards Grease the Way Through the Publication Bottleneck but Undermine Science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), págs.562–571. doi:10.1177/1745691612457576

- Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(5), págs.427. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837056/#R25>
- González, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *Islas*, 45(138), págs.125-136. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/islas-santa-clara/articulo/los-paradigmas-de-investigacion-en-las-ciencias-sociales>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), págs.1561–1572. doi:10.1016/s0140-6736(15)00241-x
- Gross, J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), págs.214-219. Recuperado de http://www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/New_Journal_Samples/cdir0963-7214~10~6/152.PDF
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), págs.271-299. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.585.6555&rep=rep1&type=pdf>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation. Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (págs.606–615). New York: Guilford Press
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), págs.348. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), págs.151–164. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*, 2006, págs.13-35. Recuperado de <https://media.rickhanson.net/Papers/EmotRegDaily%20Life.pdf>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, págs.1–12. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.006

- Gutiérrez, A. E., Fernández, D. H., Gonzalvo, I. S., & Bilbao, P. J. (2014). El papel mediador de la Regulación Emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), págs.282-290. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/26/26>
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: a dual-process framework. *Cognition and emotion*, 25(3), págs.400-412. doi:10.1080/02699931.2010.544160
- Hamidian, S., Omidi, A., Mousavinasab, S. M., & Naziri, G. (2016). The Effect of Combining Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Pharmacotherapy on Depression and Emotion Regulation of Patients with Dysthymia: A Clinical Study. *Iranian journal of psychiatry*, 11(3), págs.166-172. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139951/>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2006). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), págs.255–262. doi:10.1093/clipsy.bph080 doi:10.1093/clipsy.bph080
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), págs.249-254. doi:10.1093/clipsy.bph079
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), págs.161–165. doi:10.1093/clipsy.bpg018
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), págs.1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer academic publishers.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Versión 5.1.0 [Actualización marzo 2011]. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Collaboration, págs.1-639. Recuperado de www.cochrane-handbook.org

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), págs.409-416. doi:10.1002/da.21888
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington JJ, Pollack MH, & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of Mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), págs.786. doi: 10.4088/JCP.12m08083
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., Barrett, L. F., Schwartz, C., Vaitl, D., ... Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following Mindfulness training. *NeuroImage. Clinical*, 2, págs.448-458. doi:10.1016/j.nicl.2013.03.011.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), págs.537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Ioannidis J. P. A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2, 696–701. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
- Ives-Deliperi, V. L., Howells, F., Stein, D. J., Meintjes, E. M., & Horn, N. (2013). The effects of Mindfulness -based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: a controlled functional MRI investigation. *Journal of affective disorders*, 150(3), págs.1152-1157. doi:10.1016/j.jad.2013.05.074
- Jahan, N., Naveed, S., Zeshan, M., & Tahir, M. A. (2016). How to conduct a systematic review: a narrative literature review. *Cureus*, 8(11). doi: 10.7759/cureus.864
- Jiménez, L. K., & Alajmo, T. (2013). Evaluación del efecto de un programa basado en Mindfulness para el manejo de ansiedad en niños escolarizados (Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana). Recuperado de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/9063/Luz%20Karime%20Jim%C3%A9nez%20Jaimés%20%28TESIS%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- John, L. K., Loewenstein, G., & Prelec, D. (2012). Measuring the Prevalence of Questionable Research Practices With Incentives for Truth Telling. *Psychological Science*, 23(5), págs.524–532. doi:10.1177/0956797611430953

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, págs.1301-1334. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Piadkus.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Kairos.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquina, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), págs.763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Korman, G., & Garay, C. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), págs.5-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lakatos, I. (1987). *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Madrid: Tecnos S.A.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista médica de Chile*, 145(4), págs.476-482. Recuperado de <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/5622/2942>
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro S.L., Carmody, J., & Devins, G. (2006). The toronto Mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445–1467. doi:10.1002/jclp.20326
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), págs.1-22. Recuperado de <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), págs.195-205. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1965-05248-001>
- Ley 1090 (2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.383. Recuperado de http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf

- Leyland, A., Rowse, G., & Emerson, L. M. (2018). Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: Systematic review and meta-analysis. *Emotion*. Recuperado de <https://eprints.whiterose.ac.uk/130269/>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Psychology's replication crisis and the grant culture: Righting the ship. *Perspectives on Psychological Science*, 12(4), págs.660-664. <https://doi.org/10.1177/1745691616687745>
- Linares, L., Estévez, A., Soler, J., & Cebolla, A. (2016). El papel del Mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud*, 27(2), págs.51-56. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n2/original2.pdf>
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders*, 1(4), págs.328-333. Recuperado <https://psycnet.apa.org/record/1990-10352-001>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), págs.26-34. Recuperado de <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50, págs.13-29. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/gm7.pdf>
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), págs.175. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1528-3542.5.2.175>
- McEvoy, P. M., Graville, R., Hayes, S., Kane, R. T., & Foster, J. K. (2017). Mechanisms of Change During Attention Training and Mindfulness in High Trait-Anxious Individuals: A Randomized Controlled Study. *Behavior therapy*, 48(5), págs.678-694. doi:10.1016/j.beth.2017.04.001
- McIndoo, C. C., File, A. A., Preddy, T., Clark, C. G., & Hopko, D. R. (2016). Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students. *Behaviour research and therapy*, 77, 118-128. doi:10.1016/j.brat.2015.12.012

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Bogotá, Colombia*. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (s.f.). Atención primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. International Marketing & Communications, S.A: Madrid. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf
- Mischel, W., & Moore, B. (1973). Effects of attention to symbolically presented rewards on self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(2), págs.172. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1974-20610-001>
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2017). A pilot trial of Mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. *Journal of attention disorders*, 21(13), 1105-1120. doi:10.1177/1087054713513328
- Morris, E. K. (1997). Some Reflections on Contextualism, Mechanism, and Behavior Analysis. *The Psychological Record*, 47(4), págs.529-542. doi:10.1007/bf03395245
- Mulrow, C. D. (1994). Systematic reviews: rationale for systematic reviews. *Bmj*, 309(6954), págs.597-599. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6954.597>
- Noguchi, K. (2017). Mindfulness as an end-state: construction of a trait measure of Mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 106, págs.298-307. doi:10.1016/j.paid.2016.10.047
- Núñez, L. (2006). Pedagogía emocional: una experiencia de formación en competencias emocionales en el contexto universitario. *Cuestiones pedagógicas*, (18), págs.65-80. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/12894>
- O'Donohue, W., & Kitchener, R. (Eds.). (1998). *Handbook of Behaviorism*. San Diego: Academic Press.
- Oblitas-Gualupe, L., Turbay-Miranda, R., Soto-Prada, K., Crissien-Borrero, T., Cortes-Peña, O., Puello-Scarpatti, M., & Ucrós-Campo, M. (2017). Incidencia de Mindfulness y Qi Gong sobre el Estado de Salud, Bienestar Psicológico, Satisfacción Vital y Estrés Laboral. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), págs.99-113. <https://dx.doi.org/10.15446/rcp.v26n1.54371>

- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2007). The neural architecture of emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (págs.606–615). New York: Guilford Press
- Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716.
- Organización Mundial de la Salud. (6 de agosto de 2013). La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. Consultado el 1 de febrero de 2019. Recuperado de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Oriol, X., Gomila, M., & Filella, G. (2014). Regulación Emocional de los resultados adversos en competición: estrategias funcionales en deportes colectivos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(1), págs.63-72. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v14n1/art07.pdf>
- Paz, R., Zvielli, A., Goldstein, P., & Bernstein, A. (2017). Brief Mindfulness training de-couples the anxiogenic effects of distress intolerance on reactivity to and recovery from stress among deprived smokers. *Behaviour research and therapy*, 95, págs.117-127. doi:10.1016/j.brat.2017.05.017
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), págs.330-366. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Pérez Nieto, M. Á., González Ordi, H., & Redondo, M. M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*, 18(3), 401-423. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300009
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), págs.77-120. Recuperado de

- https://www.researchgate.net/publication/257921110_Conciencia_plena_Mindfulness_y_psicoterapia_Concepto_evaluacion_y_aplicaciones_clinicas
- Plazas, E. A. (2006). BF Skinner: la búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*, 5(2), págs.371-384. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200013
- Rayan, A., & Ahmad, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 55, págs.185-196. doi:10.1016/j.ridd.2016.04.002
- Reavley, N., & Pallant, J. F. (2009). Development of a scale to assess the meditation experience. *Personality and Individual Differences*, 47(6), págs.547–552. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886909002128?via%3Dihub>
- Reyes, M. & Tena, E. (2016). *Regulación Emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. México D.F: Editorial El Manual Moderno.
- Rodriguez, M. (1994). Introducción a la filosofía de las emociones. En Anales del seminario de metafísica. Madrid: Editorial Complutense. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/download/ASEM9494110287A/17346>
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., & Pérez, V. (2017). Disregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), págs.72-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A., & Morales, L. T. G. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), págs.19-37. doi:10.1016/s1130-5274(14)70024-6
- Salas, C. E., & Castro, O. (2014). Mente desorganizada y reacción catastrófica: Regulación Emocional intrínseca y extrínseca en sobrevivientes de lesión cerebral adquirida. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(1E), págs.38-45. doi: 10.5839/rcnp.2014.0901E.07

- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606–615). New York: Guilford Press
- Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. En Scherer, K. R. & Ekman, P. E. (Eds.), *Approaches to emotion* (págs.293–317). Hillsdale: Psychology Press.
- Schuver, K. J., & Lewis, B. A. (2016). Mindfulness-based yoga intervention for women with depression. *Complementary therapies in medicine*, 26, págs.85-91. doi:10.1016/j.ctim.2016.03.003
- Scottish Intercollegiate Guideline Network. SIGN 50. (2011). *A guideline developers' handbook*. Section 10. Recuperado de https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf
- Segal, V.Z., Williams, M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. New York: Guilford Press.
- Shrout, P. E., & Rodgers, J. L. (2018). Psychology, science, and knowledge construction: Broadening perspectives from the replication crisis. *Annual review of psychology*, 69, págs.487-510. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011845>
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2008). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (págs.17-35). New York: Springer.
- Sierra, O., Urrego, G., Montenegro, S., & Castillo, C. (2015). Estrés escolar y empatía en estudiantes de bachillerato practicantes de Mindfulness. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (26), págs.175-197. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/clin/n26/n26a10.pdf
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia* 66/67, págs.5-30. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Simon/publication/268395842_Mindfulness_y_neurobiologia/links/548144730cf22525dcb609a3/Mindfulness-y-neurobiologia.pdf
- Singh, S. (2017). How to conduct and interpret systematic reviews and meta-analyses. *Clinical and translational gastroenterology*, 8(5), e93. doi: 10.1038/ctg.2017.20
- Suárez, J. M. (2018). Mindfulness: perspectiva desde la práctica en el manejo de la ansiedad, primeros dos entrenamientos en Ibagué Colombia, 2016-2017. *Revista Edu-Física*, 10(21). Recuperado de revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/1260

- Tanay, G., & Bernstein, A. (2013). State Mindfulness Scale (SMS): development and initial validation. *Psychological Assessment*, 25(4), págs.1286–1299. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/2ab3/c250e2779711cfd52b3e2de0fe1087ed29.pdf>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness -based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), págs.615. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2000-05084-010>
- Teper, R., Segal, Z. V., & Inzlicht, M. (2013). Inside the Mindful Mind. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), págs.449–454. doi:10.1177/0963721413495869
- Tonneau, F. (2005). Antirealist arguments in behavior analysis. *Behavior and Philosophy*, (pp.55-65). Recuperado de https://scihub.tw/https://www.jstor.org/stable/27759508?seq=1#page_scan_tab_contents
- Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. doi:10.1007/978-0-387-09787-9
- USTA. (2016). Comité general de investigación facultad de psicología líneas de investigación. [Documento de trabajo] Bogotá: USTA
- USTA. (2016). Protocolos para el desarrollo de la investigación formativa en el programa de psicología. [Documento de trabajo] Bogotá: USTA
- Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 1-29. doi:10.3389/fnhum.2012.00296
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., ... Meyer, D. E. (2017). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), págs.36–61. doi:10.1177/1745691617709589
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), págs.42-51. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>

- Vazire, S. (2018). Implications of the Credibility Revolution for Productivity, Creativity, and Progress. *Perspectives on Psychological Science*, 13(4), págs.411–417. doi:10.1177/1745691617751884
- Viswanathan, M., Patnode, C. D., Berkman, N. D., Bass, E. B., Chang, S., Hartling, L., ... & Kane, R. L. (2017). Assessing the Risk of Bias in Systematic Reviews of Health Care Interventions. En *Methods guide for effectiveness and comparative effectiveness reviews* [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519366/>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... Aboyans, V. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), págs.2163–2196. doi:10.1016/s0140-6736(12)61729-2
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I., & Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación Mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), págs.23-37
Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/4742/Yague%20et%20al.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zukav, G. (1979). *The Dancing Wu Li Masters: An Overview of the New Physics*. Toronto: Bantam

Anexos

Anexo 1. Formulario fase I

Formulario Fase I

Sección A: Identificación del artículo			
Referencia del artículo:			
Base de datos procedente:			
Link del artículo:			
Nivel de selección:	Título / Resumen / Texto		
Sección B: Criterios de inclusión			
Pacientes	Nº de Criterio	Pregunta	Respuesta
	1	¿Se estudia a personas en un rango de edad entre los 18 y 65 años?	Si No
	2	¿Se estudia a personas sin ningún tipo de condición clínica especial como síndrome de Down / deficiencias cognitivas / trastorno del espectro autista / estrés postraumático / trastornos de la personalidad (clusters A y C) / episodios psicóticos recurrentes?	Si No
	3	¿Se estudia a personas con dificultades relacionadas a la regulación emocional (disregulación)?	Si No
Intervención	4	¿Al menos uno de los grupos recibió una intervención basada en Mindfulness?	Si No
	5	¿La intensidad de las intervenciones estuvo entre 1 y 2 horas de aplicación por sesión?	Si No
	6	¿La frecuencia de las intervenciones estuvo entre un mínimo de 8 sesiones y un máximo de 48 sesiones?	Si No
Control	7	¿Al menos uno de los grupos recibió un tratamiento de control de tipo inactivo o activo, ya sea un placebo, ningún tratamiento u otro tipo de tratamiento?	Si No
Diseño	8	¿Es un ensayo clínico aleatorizado?	Si No
Sección C: Acción			
Este artículo debe ser...	Incluido / Excluido / Es dudoso		
	Razón primordial de exclusión		
	No aplica población		
	No aplica tipo de intervención		
	No hubo control		
	No era un ensayo clínico aleatorizado		
	No se excluye / Es dudoso		
	Otra:		
Revisor:	Nº 1 / Nº 2		

Anexo 2. Formulario Fase II

Formulario Fase II

Sección A: Identificación del artículo			
Referencia del artículo:			
Base de datos procedente:			
Link del artículo:			
Sección B: Criterios de inclusión			
Definición de la variable	Nº de Criterio	Pregunta	Respuesta
Objetivos de la investigación	1	¿Los autores definen o dan una conceptualización de lo que ellos están entendiendo por Regulación Emocional?	Si No
		Describa a grandes rasgos dicha conceptualización (Incluya las referencias utilizadas por los autores)	Abierta
Instrumentos	2	¿Al menos uno o más objetivos de la investigación gira en torno a la variable Regulación Emocional?	Si No
		Por favor, en caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, transcriba el/los objetivo/s pertinentes.	Abierta
Discusión	3	¿Qué instrumentos de medición usa el artículo?	Abierta
		¿Alguno de esos instrumentos mide elementos relacionados directamente con la regulación emocional?	Si No
		¿Cual? (Nombre del instrumento/s)	Cuál
		El instrumento mide la variable de manera... En caso de que el instrumento mida la variable de manera indirecta (sub-variable), escriba el nombre con el cual se menciona. En los resultados del estudio, los datos de esa sub-variable son analizados de manera...	Indirecta / No aplica Abierta General / Específica / No aplica
		¿Algún apartado de la discusión del artículo gira en torno a la Regulación Emocional?	Si No
Sección C: Acción			
Este artículo debe ser...		Incluido / Excluido / Es dudoso	
Revisor:		Nº 1 / Nº 2	

*Anexo 3. Protocolos de revisión documental***Protocolo de revisión documental Fases I y II****Fase I**

Tenga en cuenta que los documentos admitidos para revisión deberán haber sido publicados dentro del rango contemplado entre el 1 de enero del 2013 y 15 de octubre de 2018. Los idiomas de publicación serán exclusivamente inglés o español. Los términos de búsqueda serán las siguientes combinaciones: (a) *Mindfulness-based AND Emotion Regulation AND Randomized Clinical Trial*; (b) *Atención plena AND Regulación Emocional AND Ensayo Clínico Aleatorizado*; (c) *Mindfulness AND Regulación Emocional AND Ensayo Clínico Aleatorizado*. Todas las combinaciones de búsqueda deberán ser utilizadas de manera independiente. Tras descartar duplicados entre los resultados arrojados por cada una de las diferentes combinaciones de búsqueda, se procederá a hacer la revisión de los artículos.

En esta primera fase, los documentos encontrados se revisarán a partir de sus títulos y resúmenes. Los criterios de inclusión estarán condensados en el formulario virtual denominado **Formulario Fase I** (<https://forms.gle/dDAUEF3jiYdXCwzb9>), este formulario permitirá la tabulación automática de cada uno de los datos ingresados. La inclusión del artículo deberá hacerse solamente si las respuestas a *todas* las preguntas del formulario son afirmativas. En caso contrario, se clasificará el artículo como excluido. Si presenta dudas sobre la inclusión o exclusión del consulte el texto completo. Dado que persistan las dudas, marque el artículo como *dudoso*, para ser evaluado por un tercer revisor. Recuerde que el campo “Referencia del Estudio” debe ser llenado haciendo *uso estricto* de las normas APA para referenciación, más el link del artículo consultado y el de la base de datos correspondiente.

Respecto a la clasificación de las razones de exclusión, tenga en cuenta que se marcará como razón principal, aquella que, se acuerdo al orden presentado en las preguntas del formulario, haya sido la primera en haber recibido una respuesta negativa. Para los casos donde no aplique ninguna de las razones anteriores, por favor marque la casilla “otra” y escriba brevemente la razón (e. g. Artículos teóricos, revisiones, protocolos de estudio, etc).

Nota1: Tenga en cuenta que por “dificultades relacionadas con la regulación emocional”, se entienden todas aquellas especificados en la sección *Justificación*, es decir: Trastornos de la

conducta alimentaria, Trastornos de personalidad (cluster B), Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad (exceptuando el TEPT).

Nota 2: En caso de que tenga alguna duda que no esté contemplada en este documento, por mínima que sea, por favor, consulte con la creadora del protocolo antes de proceder.

Fase II

En esta segunda fase, serán revisados a texto completo aquellos artículos que hayan cumplido a cabalidad con los criterios de inclusión de la Fase I, de acuerdo a la evaluación realizada por los revisores 1, 2 y 3. Los criterios de inclusión estarán condensados en un formulario virtual denominado **Formulario Fase II** (<https://forms.gle/TXqph3a8pBdEdPDW7>), que permitirá la tabulación automática de cada uno de los datos ingresados. La inclusión del artículo deberá hacerse solamente si las respuestas a *todas* las preguntas del formulario son afirmativas. En caso contrario, se clasificará el artículo como excluido. Si presenta dudas sobre la inclusión o exclusión, marque el artículo como *dudoso*, para ser evaluado por un tercer revisor. Recuerde que el campo “Referencia del Estudio” debe ser llenado haciendo *uso estricto* de las normas APA para referenciación, más el link del artículo consultado y el de la base de datos correspondiente.

Nota 1: En el apartado *Instrumentos* del formulario, por favor indique todos y cada uno de los instrumentos de medición utilizados en el artículo. Recuerde que la distinción entre “medición directa e indirecta” corresponde, en el caso de la primera, a aquellos instrumentos cuyo objetivo específico de diseño haya sido evaluar directamente la Regulación Emocional; en el caso de la segunda, a aquellos que, si bien no fueron pensados para medir la RE, poseen dentro de sus componentes elementos relacionados con esta variable de acuerdo al Modelo establecido por Gross (2001).

Nota 2: En caso de que el estudio posea un instrumento de medición indirecta de la variable RE, tenga en cuenta que el punto sobre “análisis de los resultados de la sub-variables”, será válido para clasificar el documento como incluido solamente si los datos arrojados por esta sub-variable son plasmados de manera explícita en los resultados. Dado el caso que se arroje un puntaje general de la escala en donde está contenida la sub-variable –y en tanto el documento no posea alguna otra escala de medición directa de RE–, será motivo suficiente para clasificar el documento como excluido.

Anexo 4. Instrumento SIGN 50 para ECA

LISTA DE CHEQUEO DE LA METODOLOGÍA: ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS			
Identificación del estudio (Incluye autor, título, año de publicación, nombre de la revista, páginas)			
Tema de la guía:		Pregunta clave No:	
Lista de chequeo completada por:			
SECCIÓN 1: VALIDEZ INTERNA			
1.1	El estudio aborda una pregunta apropiada y claramente enfocada	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.2	La asignación de sujetos a los grupos de tratamiento es aleatorizada	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.3	Es usado un método de ocultación adecuado	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.4	Los sujetos y los investigadores se mantienen cegados respecto a la asignación de tratamiento	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.5	Los grupos de tratamiento y los de control son similares al inicio del ensayo	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.6	La única diferencia entre grupos es el tratamiento bajo investigación	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.7	Todos los resultados relevantes son medidos de manera estandarizada, válida y confiable	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado

		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.8	Qué porcentaje de los individuos o clústeres reclutados en cada brazo del estudio abandonó antes de que el estudio fuera completado?		
1.9	Todos los sujetos son analizados en los grupos a los cuáles fueron asignados aleatoriamente (a menudo referido como análisis de intención de tratamiento)	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable
1.10	Donde el estudio es llevado a cabo en diferentes locaciones, los resultados son comparables para todos los sitios	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobrementemente abordado	No aplicable

SECCIÓN 2: EVALUACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

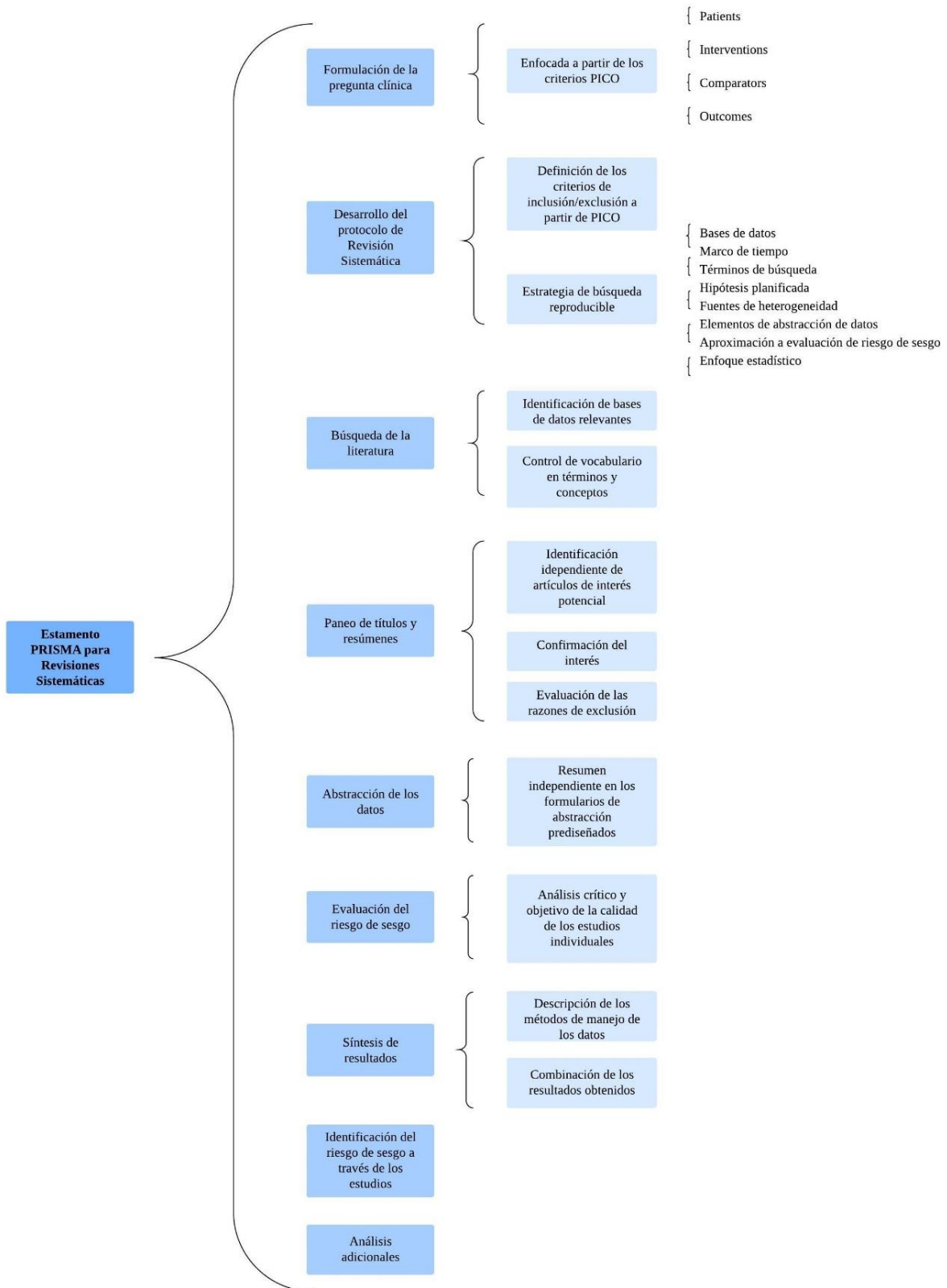
2.1	¿Qué tan bien se realizó el estudio para minimizar sesgos? Código ++, + o —	
2.2	Si se codificó como + o —, ¿cuál es la dirección probable en que los sesgos podrían afectar los resultados del estudio?	
2.3	Teniendo en cuenta las consideraciones clínicas, su evaluación de la metodología usada y el poder estadístico del estudio, ¿está seguro que el efecto general es debido a la intervención del estudio?	
2.4	¿Los resultados de este estudio son directamente aplicables al grupo de pacientes al que se dirige esta guía?	

SECCIÓN 3: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (La siguiente información es requerida para completar las tablas de evidencia que facilitan las comparaciones entre estudios cruzados. Por favor complete todas las secciones para las que haya información disponible. POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE)

3.1	¿Cuántos pacientes están incluidos en este estudio? Indique el número en cada brazo del estudio, en el momento en que comenzó el estudio.	
3.2	¿Cuáles son las principales características de la población de pacientes? Incluyen todas las	

	características relevantes, por ejemplo, edad, sexo, origen étnico, comorbilidad, estado de la enfermedad, basado en la comunidad / hospital	
3.3	¿Qué intervención (tratamiento, procedimiento) se está investigando en este estudio? Enumere todas las intervenciones cubiertas por el estudio.	
3.4	¿Qué comparaciones se hacen en el estudio? ¿Se hacen comparaciones entre tratamientos, o entre tratamiento y placebo / ningún tratamiento?	
3.5	¿Durante cuánto tiempo se realiza el seguimiento de los pacientes en el estudio? La cantidad de tiempo que se sigue a los pacientes desde el inicio de la participación en el estudio. Tenga en cuenta los puntos finales especificados que se utilizan para decidir el final del seguimiento (por ejemplo, muerte, curación completa). Tenga en cuenta si el período de seguimiento es más corto que el planeado originalmente.	
3.6	¿Qué medidas de resultados se utilizan en el estudio? Enumere todos los resultados que se utilizan para evaluar la efectividad de las intervenciones utilizadas.	
3.7	¿Qué tamaño de efecto se identifica en el estudio? Enumere todas las medidas de efecto en las unidades utilizadas en el estudio, p. Ej. riesgo absoluto o relativo, NNT, etc. Incluya los valores de p y los intervalos de confianza que se proporcionan.	
3.8	¿Este estudio ayuda a responder su pregunta clave? Resuma las principales conclusiones del estudio e indique cómo se relaciona con la pregunta clave.	
3.9	¿Este estudio ayuda a responder su pregunta clave? Resuma las principales conclusiones del estudio e indique cómo se relaciona con la pregunta clave.	

Anexo 5. Estamento PRISMA resumido



Anexo 6(A). Procedimiento de filtración de bases de datos

Páginas a revisar (criterio de inclusión temporal: diez años)

Nombre de la Página	Link	Estilo	Incluir	Excluir	Razón
AHRQ	www.guideline.gov	Revisiones, guías, listas		1	Redirige a ProQuest
ASSIA	www.csa.com/factsheets/assia-set-c.php	Desconocido		1	Redirige a la página oficial de la AHRQ
Australia y Nueva Zelanda	www.anzctr.org.au/	Ensayos nacionales		1	No permitió suscripción
Biblioteca Cochrane	http://www.thecochranelibrary.com	Desconocido	1		
BIOSIS	http://www.biosis.org/	Resúmenes y Actas		1	Redirige a la página oficial de Clarivate
Center Watch	http://www.centerwatch.com/clinical-trials/listings/therapeutic-area/17/psychiatry-psychology/	Ensayos nacionales	1		
CENTRAL	https://onlinelibrary.wiley.com/	Registro de ensayos aleatorizados	1		
CENTRAL	www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOM	Registro de ensayos aleatorizados		1	Redirige directamente a página de Cochrane
Central BioMed	www.biomedcentral.com/browse/journals/	Revistas texto completo libres		1	Página no disponible
Central PubMed	www.pubmedcentral.nih.gov/	Revistas texto completo libres	1		Pero redirige a esta página: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/
Centro de revisiones Universidad de York	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Revisiones, guías, listas		1	
Clarivate	isiwebofknowledge.com/	Desconocido		1	Redirige a otra página
Clinical Trials	clinicaltrials.gov/	Ensayos nacionales	1		
Cochrane	apps1.jhsph.edu/cochrane/masterlist.asp	Actas de conferencias		1	Página no disponible
Cochrane	apps1.jhsph.edu/cochrane/handsearch_res.htm	Actas de conferencias		1	Página no disponible
Controlled trials	www.controlled-trials.com/mrct/	Ensayos nacionales	1		
Controlled trials	www.controlled-trials.com/mrct/archived	Ensayos nacionales		1	Página no disponible

Controlled trials	www.controlled-trials.com/isrctn/	Ensayos nacionales	1	Página no disponible
Controlled Trials	www.controlled-trials.com/ukctr/	Ensayos nacionales	1	Página no disponible
DissOnline	www.dissonline.de/	Tesis y tesinas	1	Página Alemana
Editorial de conexión amplia	highwire.stanford.edu/lists/freeart.d1	Revistas texto completo libres	1	
eIFL	www.eifl.net/cps/sections/about	Desconocido	1	
EMBASE	www.info.embase.com/embase_suite/about/brochures/embase_fs.pdf	Desconocido	1	Página no disponible
EMBASE	www.info.embase.com/embase_com/about/index.shtml	Desconocido	1	Página no disponible
EMBASE	www.info.embaseclassic.com/pdfs/factsheet.pdf	Desconocido	1	Página no disponible
EMBASE	www.info.embase.com/embase_suite/about/brochures/embase_fs.pdf	Desconocido	1	
Europa	cordis.europa.eu/en/home.html	Ensayos nacionales	1	
Google Scholar	scholar.google.com/advanced_scholar_search?hl=en&lr=	Desconocido	1	
HINARI	www.who.int/hinanir/en/	Desconocido	1	Página no disponible
INASP	www.inasp.info/file/68/about-inasp.html	Desconocido	1	Página no disponible
LILACS	bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=i&Form=F	Desconocido	1	Solo informacion de blog
MEDLINE	https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?query=mindfulness&v%3Apr object.nlm-main-website	Desconocido	1	
NIH	publicaccess.nih.gov/policy.htm	Estudios no publicados	1	No contiene informacion relacionada
NIH	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/errata.html	Estudios falsos	1	
NLM	gateway.nlm.nih.gov/gw/Cmd	Desconocido	1	No contiene informacion relacionada
NTIS	www.ntis.gov/	Literatura gris	1	No contiene informacion relacionada
Open Grey	opensigle.inist.fr	Literatura gris	1	
PLoS	www.plos.org/journals/	Revistas texto completo libres	1	Texto libre

ProQuest	www.proquest.co.uk/products_pq/descriptions/pqdt.shtml	Tesis y tesinas	1	Sólo menciona noticias no hay documentos
PsycEXTRA	www.apa.org/psycextra/	Literatura gris	1	
PubMed	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/pubmed.html	Desconocido	1	
PubMed	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html	Desconocido	1	
PubMed	www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/clinical.shtml	Revisiones, guías, listas	1	
PsycINFO	www.apa.org/psycinfo/	Desconocido	1	
Revistas médicas libres	freemedicaljournals.com/	Revistas texto completo libres	1	No mencionan nada de mindfulness o de psicología en general
Scielo	www.scielo.br/	Tablas de contenido	1	Texto libre
Scopus	info.scopus.com/overview/what/	Desconocido	1	Redirige a Elsevier
Sudáfrica	www.sanctr.gov.za/	Ensayos nacionales	1	No mencionan nada de mindfulness o de psicología en general
Tesis Gran Bretaña	www.theses.com/	Tesis y tesinas	1	Solo menciona noticias no hay documentos
Thomson	scientific.thomson.com/products/sci/	Desconocido	1	No mencionan nada de mindfulness
Thomson	scientific.thomson.com/products/works/	Desconocido	1	No mencionan nada de mindfulness
Thomson	scientific.thomson.com/products/sci/	Desconocido	1	No mencionan nada de mindfulness
TRIP	www.tripdatabase.com/	Desconocido	1	
TRIP	www.tripdatabase.com/Aboutus/Publications/index.html?catid=11	Revisiones, guías, listas	1	
Universidad de York	www.york.ac.uk/inst/crd/intertasc/sr.htm	Revisiones, guías, listas	1	No mencionan nada de mindfulness
WHO	www.who.int/trialsearch	Ensayos nacionales	1	No mencionan nada de mindfulness o de psicología en general

Anexo 6(B)*Páginas a revisar, filtradas (criterio de inclusión temporal: diez años)*

Nombre	Link	Estilo	No. docs encontrados.
Biblioteca Cochrane	https://www.cochranelibrary.com/	Desconocido	2
Center Watch	http://www.centerwatch.com/clinical-trials/listings/therapeutic-area/17/psychiatry-psychology/	Ensayos nacionales	0
Centro de revisiones Universidad de York	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Revisiones, guías, listas	0
Clinical trials	clinicaltrials.gov/	Ensayos nacionales	8
BMC	http://www.isrctn.com/mrct/	Ensayos nacionales	2
Europa	cordis.europa.eu/en/home.html	Ensayos nacionales	3
Google Scholar	scholar.google.com/advanced_scholar_search?hl=en&lr=	Desconocido	
Central PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/	Revistas texto completo libres	1506
NIH	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/errata.html	Estudios falsos	64
PubMed	https://www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed.html	Desconocido	64
PubMed	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html	Desconocido	
PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical	Revisiones, guías, listas	21
PsycEXTRA	www.apa.org/psyextra/	Literatura gris	18
PsycINFO	www.apa.org/psycinfo/	Desconocido	
Open Grey	http://www.opengrey.eu/	Literatura gris	0
PLoS	www.plos.org/	Revistas texto completo libres	1
Scielo	www.scielo.br/	Tablas de contenido	100
Scopus	info.scopus.com/overview/what/	Desconocido	21
TRIP	www.tripdatabase.com/	Revisiones, guías, listas	500
Wiley Online Library	https://onlinelibrary.wiley.com/	Registro de ensayos aleatorizados	1266

Anexo 6(C).*Páginas a revisar, filtración final (criterio de inclusión temporal: diez años)*

Nombre	<u>Link</u>	Estilo	No. docs encontrados
Biblioteca Cochrane	https://www.cochranelibrary.com/	Desconocido	2
Clinical trials	clinicaltrials.gov/	Ensayos nacionales	8
BMC	http://www.isrctn.com/mrct/	Ensayos nacionales	2
Europa	cordis.europa.eu/en/home.html	Ensayos nacionales	3
PsycEXTRA	www.apa.org/psyceextra/	Literatura gris	18
PscINFO	www.apa.org/psycinfo/	Revistas	
Central PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/	texto completo libres	1506
NIH	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/errata.html	Estudios falsos	64 (se encuentra en
PubMed	https://www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed.html	Desconocido	las tres páginas los
PubMed	www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html	Desconocido	mismos 64 estudios)
PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical	Revisiones, guías, listas	21
PLoS	www.plos.org/	Revistas texto completo libres	1
Scielo	www.scielo.br/	Tablas de contenido	100
Scopus	info.scopus.com/overview/what/	Desconocido	21
TRIP	www.tripdatabase.com/	Revisiones, guías, listas	500
Wiley Online Library	https://onlinelibrary.wiley.com/	Registro de ensayos aleatorizados	1246

Anexo 7. Procedimiento de cálculo del Coeficiente de Kappa

		Fase 1				
		Incluido	Excluido	Es dudoso		
Fase 2	Incluido	20	2	1	23	0,01798279906
	Excluido	16	1184	47	1247	0,9749804535
	Es dudoso	0	3	6	9	0,007036747459
		36	1189	54	1279	
		0,02814698984	0,9296325254	0,04222048475		

$$p_o = 0,9460516028$$

$$p_{\text{incluir}} = 0,0005061616624$$

$$p_{\text{excluir}} = 0,9063735412$$

$$p_{\text{dudoso}} = 0,0002970948888$$

$$p_e = 0,9071767977$$

kappa =	0,418804826
	41,88%

Anexo 8. Razones de exclusión comparadas, Fase I

Tabla comparativa Revisor I vs. Revisor II - Fase I

Primer revisor		Segundo revisor	
Total arts. revisados: 1279		Total arts. revisados: 1279	
Incluidos: 36		Incluidos: 23	
Dudosos: 54		Dudosos: 9	
Excluidos: 1189		Excluidos: 1247	
Razón de exclusión	Nº de Artículos	Razón de exclusión	Nºde Artículos
Abstracts	4	Abstracts	3
Artículos de revisión	30	Artículos de revisión	81
<i>Comprensiva</i>	1	<i>Crítica</i>	1
<i>Conceptual</i>	1		
<i>De la literatura</i>	5	<i>De la literatura</i>	5
<i>Descriptiva</i>	1	<i>Descriptiva</i>	1
<i>Documental</i>	2	<i>Documental</i>	21
<i>Narrativa</i>	3	<i>Narrativa</i>	6
Artículos teóricos	135	Artículos teóricos	199
Dllo. y validación de escala	1	Dllo. y validación de escala	1
Estudio de factibilidad	1		
Lineamientos clínicos	3	Lineamientos clínicos	2
Memorias de congresos	5	Memorias de congresos	4
Meta-análisis	7	Meta-análisis	28
Posters	2	Posters	1
Protocolos de estudio	22	Protocolos de estudio	39
Revisiones sistemáticas	43	Revisiones sistemáticas	44
No aplica población	563	No aplica población	478
No aplica tipo de intervención	269	No aplica tipo de intervención	284
No era un ECA	49	No era un ECA	58
No hubo control	55	No hubo control	29

*Anexo 9. Razones de exclusión del tercer revisor, Fase I**Datos obtenidos por el 3º revisor tras dirimir las diferencias entre revisores 1 y 2*

Tercer revisor

Total arts. revisados: 75

Incluidos: 23

Dudosos: 0

Excluidos: 52

Razón de exclusión	Nº de Artículos
No aplica población	17
No aplica tipo de intervención	10
No hubo control	3
No era un ECA	10
Protocolo de estudio	10
Revisión sistemática	1
Artículo de revisión	1

*Anexo 10. Razones de exclusión comparadas, Fase II**Tabla comparativa Revisor I vs. Revisor II - Fase II*

Primer revisor		Segundo revisor	
Total arts. revisados: 43		Total arts. revisados: 43	
Incluidos: 2		Incluidos: 4	
Dudosos: 2		Dudosos: 3	
Excluidos: 39		Excluidos: 36	
Razón de exclusión	Cantidad de Artículos	Razón de exclusión	Cantidad de Artículos
No conceptualización de RE	37/39	No conceptualización de RE	36/36
Ningún objetivo de investigación apuntando hacia RE	38/39	Ningún objetivo de investigación apuntando hacia RE	36/36
Ningún instrumento utilizado relacionado con RE	28/39	Ningún instrumento utilizado relacionado con RE	29/36
Instrumentos de medición indirecta	3/39	Instrumentos de medición indirecta	8/36
Medición de medición indirecta y general	3/3	Medición de medición indirecta y general	6/8
Discusión ajena a la RE	33/39	Discusión ajena a la RE	34/36

Anexo 11. Razones de exclusión del tercer revisor, Fase II

Datos obtenidos por el 3º revisor tras dirimir las diferencias entre revisores 1 y 2

Tercer revisor	
Total arts. revisados: 7	
Incluidos: 3	
Dudosos: 0	
Excluidos: 4	
Razón de exclusión	Cantidad de Artículos
No conceptualización de RE	4/4
Ningún objetivo de investigación apuntando hacia RE	4/4
Ningún instrumento utilizado relacionado con RE	3/4
Instrumentos de medición indirecta	0/4
Medición de medición indirecta y general	0/4
Discusión ajena a la RE	1/4

Anexo 12. Resultados del SIGN 50 aplicado al Estudio A

LISTA DE CHEQUEO DE LA METODOLOGÍA: ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS		
Identificación del estudio (Incluye autor, título, año de publicación, nombre de la revista, páginas): Hamidian, S., Omid, A., Mousavinasab, S. M., & Naziri, G. (2016). The Effect of Combining Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Pharmacotherapy on Depression and Emotion Regulation of Patients with Dysthymia: A Clinical Study. Iranian journal of psychiatry, 11(3), 166-172. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139951/		
Tema de la guía: IBM's en la regulación emocional	Pregunta clave No: 1, ¿Cuál es la efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness sobre la Regulación Emocional comparadas con estrategias de control activo e inactivo en adultos entre los 18 y los 65 años?	
Lista de chequeo completada por: Angélica Pineda		
SECCIÓN 1: VALIDEZ INTERNA		
En un ECA bien realizado (conducted)...	En este estudio este criterio es:	
1.1 El estudio aborda una pregunta apropiada y claramente enfocada	Bien cubierto	No abordado
	Adecuadamente abordado	No reportado
	Pobremamente abordado	No aplicable
1.2 La asignación de sujetos a los grupos de tratamiento es aleatorizada	Bien cubierto	No abordado
	Adecuadamente abordado	No reportado
	Pobremamente abordado	No aplicable
1.3 Es usado un método de ocultación adecuado	Bien cubierto	No abordado
	Adecuadamente abordado	No reportado

		Pobremente abordado	No aplicable
1.4	Los sujetos y los investigadores se mantienen cegados respecto a la asignación de tratamiento	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable
1.5	Los grupos de tratamiento y los de control son similares al inicio del ensayo	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable
1.6	La única diferencia entre grupos es el tratamiento bajo investigación	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable
1.7	Todos los resultados relevantes son medidos de manera estandarizada, válida y confiable	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable
1.8	Qué porcentaje de los individuos o clusters reclutados en cada brazo del estudio abandonó antes de que el estudio fuera completado?	n = 12%. No se explican las razones de abandono	
1.9	Todos los sujetos son analizados en los grupos a los cuáles fueron asignados aleatoriamente (a menudo referido como análisis de intención de tratamiento).	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable
1.10	Donde el estudio es llevado a cabo en diferentes locaciones, los resultados son comparables para todos los sitios	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable

SECCIÓN 2: EVALUACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

2.1	¿Qué tan bien se realizó el estudio para minimizar sesgos? Código ++, + o —	Aunque el estudio menciona no tener conflictos de intereses, se omite la calificación de este punto debido a la incapacidad de los investigadores de hacer una evaluación de riesgo de sesgos completa, crítica y concienzuda.	
2.2	Si se codificó como + o —, ¿cuál es la dirección probable en que los sesgos podrían afectar los resultados del estudio?	No aplica.	
2.3	Teniendo en cuenta las consideraciones clínicas, su evaluación de la metodología usada y el poder estadístico del estudio, ¿está seguro que el efecto general es debido a la intervención del estudio?	No del todo. Aunque los resultados estadísticos demuestran diferencias significativas a favor del MBCT en el grupo experimental en cuanto a la reducción de síntomas depresivos y de falta de regulación emocional, debe tenerse en cuenta	

		que en la evaluación metodológica son varios los aspectos no reportados o cubiertos adecuadamente. Sumado a eso, también está la ausencia de un tercer grupo que recibiera cómo único tratamiento el MBCT para así poder aislar los efectos de cada una de las intervenciones.
2.4	¿Los resultados de este estudio son directamente aplicables al grupo de pacientes al que se dirige esta guía?	No necesariamente, porque aunque esta guía está enfocada en abordar directamente los efectos de las IBM sobre sujetos con problemas de regulación, en el presente estudio se involucra un tratamiento adicional, lo cual no permite visualizar con total claridad el verdadero efecto de MBCT per se.
SECCIÓN 3: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (La siguiente información es requerida para completar las tablas de evidencia que facilitan las comparaciones entre estudios cruzados. Por favor complete todas las secciones para las que haya información disponible. POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE		
3.1	¿Cuántos pacientes están incluidos en este estudio? Indique el número en cada brazo del estudio, en el momento en que comenzó el estudio.	Al inicio: 50, 25 para cada uno de los brazos. Al final 6 abandona, 3 de cada grupo para un total de 44, distribuidos así: Grupo experimental: 5 Hombres/17 mujeres; edad promedio: 30.7 años (± 7.9). Grupo control: 6 Hombres/16 mujeres; edad promedio: 35.2 (± 9.4).
3.2	¿Cuáles son las principales características de la población de pacientes? Incluyen todas las características relevantes, por ejemplo, edad, sexo, origen étnico, comorbilidad, estado de la enfermedad, basado en la comunidad / hospital	Mayores de 18 años. Nivel educativo mínimo: Bachillerato. Iraníes. Distimia o depresión doble. No estaban recibiendo otro tratamiento psicológico. No presentan psicosis, manía, ni cumplen con los criterios suficientes para Dx = Trastorno de la Personalidad. No consumo ni abuso de drogas y alcohol durante participación en el estudio. La depresión no es causada por problemas físicos. Asistieron a al menos 5 de las 8 sesiones.
3.3	¿Qué intervención (tratamiento, procedimiento) se está investigando en este estudio? Enumere todas las intervenciones cubiertas por el estudio.	Mindfulness Based Cognitive Therapy
3.4	¿Qué comparaciones se hacen en el estudio? ¿Se hacen comparaciones entre tratamientos, o entre tratamiento y placebo / ningún tratamiento?	Grupo experimental: MBCT + Tratamiento con antidepresivos vs. Grupo Control: Sólo antidepresivos.
3.5	¿Durante cuánto tiempo se realiza el seguimiento de los pacientes en el estudio? La cantidad de tiempo que se sigue a los pacientes desde el inicio de la participación en el estudio. Tenga en cuenta los puntos	Dos meses: 8 sesiones, 1 semanal hasta finalizar el tratamiento de MBCT.

	<p>finales especificados que se utilizan para decidir el final del seguimiento (por ejemplo, muerte, curación completa). Tenga en cuenta si el período de seguimiento es más corto que el planeado originalmente.</p>	
3.6	<p>¿Qué medidas de resultados se utilizan en el estudio? Enumere todos los resultados que se utilizan para evaluar la efectividad de las intervenciones utilizadas.</p>	<p>Beck Depression Inventory 2 (BDI-II). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Structured Clinical Interview for Diagnosis Axis I Disorders in DSM-IV-TR (SCID-I).</p>
3.7	<p>¿Qué tamaño de efecto se identifica en el estudio? Enumere todas las medidas de efecto en las unidades utilizadas en el estudio, p. Ej. riesgo absoluto o relativo, NNT, etc. Incluya los valores de p y los intervalos de confianza que se proporcionan.</p>	<p>BDI-II — Puntajes pre-test/pos-test: 27 vs. 24, grupo control. 31 vs. 17, grupo experimental (P = 0.000)</p> <p>DERS — Puntajes pre-test/pos-test: 98 vs. 103, grupo control. 114 vs. 90, grupo experimental (F = 7.2, P = 0.001)</p>
3.8	<p>¿Cómo se financió este estudio? Enumere todas las fuentes de financiación citadas en el artículo, ya sea gubernamentales, sector voluntario, o industrial.</p>	<p>Shiraz University of Medical Sciences (Grant number: 5964)</p>
3.9	<p>¿Este estudio ayuda a responder su pregunta clave? Resuma las principales conclusiones del estudio e indique cómo se relaciona con la pregunta clave.</p>	<p>En parte, si, ya que se evidencia que las personas que recibieron el tratamiento MBCT redujeron significativamente sus puntajes en cuando a la escala DERS. No obstante, no se evalúan los efectos aislados del MBCT, puesto que ambos grupos se encuentran recibiendo tratamiento farmacológico.</p>

Anexo 13. Resultados del SIGN 50 aplicado al Estudio B

LISTA DE CHEQUEO DE LA METODOLOGÍA: ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS			
Identificación del estudio (Incluye autor, título, año de publicación, nombre de la revista, páginas): Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 84(5), 427. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837056/#R25			
Tema de la guía: IBM's en la regulación emocional		Pregunta clave No: 1, ¿Cuál es la efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness sobre la Regulación Emocional comparadas con estrategias de control activo e inactivo en adultos entre los 18 y los 65 años?	
Lista de chequeo completada por: Angélica Pineda			
SECCIÓN 1: VALIDEZ INTERNA			
En un ECA bien realizado (conducted)...		En este estudio este criterio es:	
1.1	El estudio aborda una pregunta apropiada y claramente enfocada	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremamente abordado	No aplicable
1.2	La asignación de sujetos a los grupos de tratamiento es aleatorizada	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremamente abordado	No aplicable
1.3	Es usado un método de ocultación adecuado	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremamente abordado	No aplicable
1.4	Los sujetos y los investigadores se mantienen cegados respecto a la asignación de tratamiento	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremamente abordado	No aplicable
1.5	Los grupos de tratamiento y los de control son similares al inicio del ensayo	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremamente abordado	No aplicable
1.6	La única diferencia entre grupos es el tratamiento bajo investigación	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremamente abordado	No aplicable
1.7	Todos los resultados relevantes son medidos de manera estandarizada, válida y confiable	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado

		Pobremente abordado	No aplicable
1.8	Qué porcentaje de los individuos o clusters reclutados en cada brazo del estudio abandonó antes de que el estudio fuera completado?	n = 5.55%	
1.9	Todos los sujetos son analizados en los grupos a los cuáles fueron asignados aleatoriamente (a menudo referido como análisis de intención de tratamiento)	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable
1.10	Donde el estudio es llevado a cabo en diferentes locaciones, los resultados son comparables para todos los sitios	Bien cubierto	No abordado
		Adecuadamente abordado	No reportado
		Pobremente abordado	No aplicable

SECCIÓN 2: EVALUACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

2.1	¿Qué tan bien se realizó el estudio para minimizar sesgos? Código ++, + o —	Se omite la calificación de este punto debido a la incapacidad de los investigadores de hacer una evaluación de riesgo de sesgos completa, crítica y concienzuda.	
2.2	Si se codificó como + o —, ¿cuál es la dirección probable en que los sesgos podrían afectar los resultados del estudio?	No aplica.	
2.3	Teniendo en cuenta las consideraciones clínicas, su evaluación de la metodología usada y el poder estadístico del estudio, ¿está seguro que el efecto general es debido a la intervención del estudio?	Si. El estudio se encarga de controlar lo mejor posible las posibles variables de interferencia sobre los resultados. Además, hace una adecuada comparación entre el grupo experimental, y los de control activo e inactivo.	
2.4	¿Los resultados de este estudio son directamente aplicables al grupo de pacientes al que se dirige esta guía?	Si, los criterios de inclusión/exclusión de pacientes del estudio evaluado coinciden en términos generales con los propuestos por los autores de esta Revisión Sistemática. Debe tenerse en cuenta que aunque el problema central no es las dificultades en la RE, sino en la Ansiedad Social, el estudio si hace una medición directa de la RE en los pacientes.	

SECCIÓN 3: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO (La siguiente información es requerida para completar las tablas de evidencia que facilitan las comparaciones entre estudios cruzados. Por favor complete todas las secciones para las que haya información disponible. POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE

3.1	¿Cuántos pacientes están incluidos en este estudio? Indique el número en cada brazo del estudio, en el momento en que comenzó el estudio.	Inicio: N = 108. CBGT = 36. MBSR = 36. WL = 36. Final: -2 en CBGT. -3 en MBSR. -1 en WL.	
3.2	¿Cuáles son las principales características de la población de pacientes? Incluyen todas las	Cumplimiento de los criterios DSM-IV para Trastorno de Ansiedad Social Generalizada	

	características relevantes, por ejemplo, edad, sexo, origen étnico, comorbilidad, estado de la enfermedad, basado en la comunidad / hospital	basados en ADIS-IV-L (Anxiety disorders interview schedule for the DSM-IV — Life time version <i>ADIS-IV-L</i>). Puntaje mayor a 60 en la escala Liebowitz para ansiedad social auto-reportada (Liebowitz Social Anxiety Scale — Self-report <i>LSAS-SR</i>). Ningún tratamiento previo de tipo psicológico o farmacológico durante el último año. No haber recibido CBT para ningún trastorno de ansiedad durante los últimos dos años. Ningún curso previo en MBSR ni en retiros de meditación. Sin historial de práctica regular de diez o más minutos de meditación durante tres o más veces a la semana. Sin historial de trastornos neurológicos, cardiovasculares, del pensamiento o bipolares. Sin actual abuso o dependencia de SPA o alcohol.
3.3	¿Qué intervención (tratamiento, procedimiento) se está investigando en este estudio? Enumere todas las intervenciones cubiertas por el estudio.	Terapia basada en Mindfulness para la reducción del Estrés (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR) vs. Terapia cognitiva conductual grupal (Cognitive Behavioral Group Therapy - CBGT) vs. Lista de espera (Wait list - WL)
3.4	¿Qué comparaciones se hacen en el estudio? ¿Se hacen comparaciones entre tratamientos, o entre tratamiento y placebo / ningún tratamiento?	Se comparan las dos intervenciones entre sí, así como por separado con la lista de espera. Es decir: 1) MBSR vs CBGT. 2) CBGT vs WL. 3) MBSR vs WL. Dichas comparaciones se hacen tanto para los efectos del tratamiento sobre los síntomas de ansiedad social como, para los procesos psicológicos mediadores de cada intervención
3.5	¿Durante cuánto tiempo se realiza el seguimiento de los pacientes en el estudio? La cantidad de tiempo que se sigue a los pacientes desde el inicio de la participación en el estudio. Tenga en cuenta los puntos finales especificados que se utilizan para decidir el final del seguimiento (por ejemplo, muerte, curación completa). Tenga en cuenta si el período de seguimiento es más corto que el planeado originalmente.	Un total de 15 meses de seguimiento. Tres de tratamiento y doce de mediciones posteriores
3.6	¿Qué medidas de resultados se utilizan en el estudio? Enumere todos los resultados que se utilizan para evaluar la efectividad de las intervenciones utilizadas.	Evaluación del diagnóstico: Anxiety disorders interview schedule for the DSM-IV — Life-time version (<i>ADIS-IV-L</i>). Resultados primarios: Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Report (<i>LSAS-SR</i>).

		<p>Procesos relacionados con el tratamiento en CBGT: Subescalas <i>Cognitive Reappraisal Frequency</i> y <i>Cognitive Reappraisal Self-Efficacy</i> de la Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Subtle avoidance Frequency Examination (SAFE). Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest).</p>
		<p>Procesos relacionados con el tratamiento en MBSR: Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Attentional Control Scale (ACS). Subescala <i>Broadening Subscale</i> de la Ruminative Responses Scale.</p>
3.7	<p>¿Qué tamaño de efecto se identifica en el estudio? Enumere todas las medidas de efecto en las unidades utilizadas en el estudio, p. Ej. riesgo absoluto o relativo, NNT, etc. Incluya los valores de p y los intervalos de confianza que se proporcionan.</p>	<p>Análisis preliminares: ps > .05 en género, edad, educación, etnicidad, estatus marital, ingresos, comorbilidad actual o pasada con el Eje I, psicoterapia o farmacoterapia previa, inicio de síntomas de SAD, años desde el inicio de los síntomas</p> <p>LSAS-SR. Total: ts > 5.36, ps < .001. Cambio del puntaje bruto desde la línea de base = Para CBGT: -44; porcentaje de cambio desde línea de base = 48%; Cohen's d = 1.56. Para MBSR: -36.5; 40%; d = 1.43. Lista de espera: -12.5; 14%. CBGT vs. MBSR: t = 1.36, df = 68, p = .18. Durabilidad 1 año post-tratamiento: t = 1.63, df = 52, p = .11</p> <p>Procesos relacionados con CBGT</p> <p>Frecuencia de reevaluación cognitiva: aumentos significativamente mayores (todos ts > 2.60, ps < .05) para CBGT (+1.1; 30%, d = 0.59) y para MBSR (+1.2; 33%, d = 0.71) en comparación con WL (+ 0.4; 10%), sin diferencias significativas de CBGT frente a MBSR (t = 0.04, df = 59, p = .97).</p> <p>Autoeficacia de reevaluación cognitiva: aumentos significativamente mayores (todos ts > 2.24, ps < .05) para CBGT (+1.4; 40%; d = 1.05) para MBSR (+0.8; 22%; d = 0.58) en comparación con WL (+0.2; 5%), no hay diferencias significativas entre CBGT y MBSR (t = 1.77, df = 56, p = .08).</p> <p>Comportamientos de evitación sutil: disminuciones significativamente mayores (todos ts > 2.59, ps < .05) para CBGT (-20.1; 24%; d = 1.27) para MBSR (-9.8; 12%; d = 0.64) en comparación con WL (-1 ; 1%),</p>

		<p>disminuciones significativamente mayores para CBGT frente a MBSR ($t = 2.30$, $df = 66$, $p = .025$).</p> <p>Distorsiones cognitivas: disminuciones significativamente mayores (todos $t_s > 2.40$, $ps < .05$) para CBGT (-9.1; 32%; $d = 0.59$) para MBSR (-8.3; 27.5%; $d = 0.67$) en comparación con WL (-1; 3%), no hay diferencias significativas entre CBGT y MBSR ($t = 0.20$, $df = 59$, $p = .84$).</p> <p>Procesos Relacionados con MBSR</p> <p>Habilidades de atención plena: aumentos significativamente mayores (todos $t_s > 5.79$, $ps < .001$) para CBGT (+14.4; 13%; $d = 1.67$) y para MBSR (+17.6; 17%; $d = 1.44$) en comparación con WL (-5.6, 5%), no hay diferencias significativas entre CBGT y MBSR ($t = 0.78$, $df = 61$, $p = .44$).</p> <p>Atención focalizada: aumentos mayores (todos $t_s > 2.21$, $ps < .05$) para CBGT (+1.0; 4.5%; $d = 0.50$) y para MBSR (+1.1; 5%; $d = 0.62$) en comparación con WL (-0.8; 3.5%), no hay diferencias significativas entre CBGT y MBSR ($t = 0.02$, $df = 63$, $p = .99$).</p> <p>Cambio de atención: mayores aumentos ($t > 2.56$, $p = .01$) para CBGT (+1.5; 6.5%; $d = 0.64$), sin diferencia significativa ($t = 1.90$, $p = .06$) para MBSR (+0.5; 2%; $d = 0.46$) en comparación con WL (-0.9; 4%), no hay diferencias significativas entre CBGT y MBSR ($t = 0.90$, $df = 64$, $p = .37$).</p> <p>Rumiación: disminuciones significativamente mayores (todos $t_s > 2.01$, $ps < .05$) para CBGT (-2.9; 22%; $d = 0.94$) y para MBSR (-1.5; 11%; $d = 0.46$) en comparación con WL (+0.3; 2%), no hay diferencias significativas entre CBGT y MBSR ($t = 1.27$, $df = 67$, $p = .21$).</p>
3.8	¿Cómo se financió este estudio? Enumere todas las fuentes de financiación citadas en el artículo, ya sea gubernamentales, sector voluntario, o industrial.	El estudio fue financiado por la subvención R01 MH076074 otorgada a James Gross por el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health - NIHM)
3.9	¿Este estudio ayuda a responder su pregunta clave? Resuma las principales conclusiones del estudio e indique cómo se relaciona con la pregunta clave.	Si, de manera directa e indirecta. Directa: Ya que el estudio concluye que hubo un aumento significativo tanto en CBGT como en MBSR de los mediadores <i>Cognitive Reappraisal Frequency</i> y <i>Cognitive Reappraisal Self-</i>

	<p><i>Efficacy</i>, medidos con la escala ERQ, al compararlos con la lista de espera; aunque no hubo diferencias significativas entre ambos tipos de intervenciones. Indirecta: Ya que los mediadores (a) <i>comportamientos de evitación sutil</i>, (b) <i>atención focalizada</i>, (c) <i>cambio de atención</i>, y (d) <i>rumiación</i> se relacionan de manera indirecta con el Modelo Modal de RE de Gross. En el caso de (a), hubo una disminución significativa tanto en CBGT y MBSR comparados con la lista de espera, aunque sin diferencias significativas entre ambas intervenciones. En el caso de (b), se encontró un aumento significativo tanto en CBGT y MBSR comparados con la lista de espera, sin diferencias significativas entre ambas intervenciones. Por el contrario, para el caso de (c) se encontraron mayores aumentos para CBGT, y ninguna diferencia significativa entre MBSR y la lista de espera, ni entre MBSR y CBGT. De estos datos se podría concluir que, aunque MBSR parece tener efectos positivos sobre la RE, al compararse con un control activo como CBGT las diferencias no son sustanciales; e incluso para el mediador (c) <i>cambio de atención</i> MBSR es menos efectiva que CBGT, y tiene igual efecto que si no se aplicara nada (lista de espera).</p>
--	--