

**BENEFICIOS DEL MINDFULNESS EN LA SALUD MENTAL DE LOS
ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**CATALINA ÁLVAREZ OSPINA
ANDRÉS SANTIAGO HENAO ECHAVARRÍA**

Trabajo de grado para optar al título de psicólogos

**DIANA CRISTINA BUITRAGO DUQUE
MAGÍSTER EN SALUD MENTAL
ASESORA ACADÉMICA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2019**

Resumen

Este trabajo investigativo llevó a cabo una revisión de artículos que reportaron investigaciones en las que se aplicaron intervenciones basadas en mindfulness con el propósito de determinar qué beneficios puede traer en la población adolescente. Se encontraron un total de 920 artículos en las distintas bases de datos utilizadas, de los cuales se seleccionaron 94 publicaciones tras ser evaluadas con los criterios de inclusión y exclusión, en la mayoría de los artículos predominaron los beneficios significativos, los cuales principalmente se presentaron como beneficios específicos que se adjudican a síntomas o aspectos más reducidos de las situaciones intervenidas. Se cree que estos modelos de intervención que hacen uso de mindfulness al aplicarse en conjunción con otros tratamientos podrían complementar de forma positiva las intervenciones en adolescentes. Se encuentra necesario que se realicen investigaciones con un rigor metodológico más alto que permitan establecer mayor evidencia empírica sobre la eficacia del mindfulness y que le permitan configurarse aún más como una intervención basada en la evidencia.

Palabras clave: mindfulness, adolescentes, terapia cognitiva conductual, meditación.

Abstract

This research work carried out a review of articles that reported research in which mindfulness-based interventions were applied in order to determine what benefits it can bring to the adolescent population. A total of 920 articles were found in the different databases used, of which 94 publications were selected after being evaluated with the inclusion and exclusion criteria, in most of the articles the significant benefits predominated, which mainly were presented as specific benefits that are attributed to symptoms or smaller aspects of the intervened situations. It is believed that these intervention models that make use of mindfulness when applied in conjunction with other treatments could positively complement the interventions in adolescents. It is seen as necessary that investigations be carried out with a higher methodological rigor that allow establishing more empirical evidence on the effectiveness of mindfulness and that allow it to be further configured as an evidence-based intervention.

Keywords: mindfulness, adolescent, cognitive behavioral therapy, meditation.

Tabla de contenido

1. Planteamiento del problema.....	11
1.1 Antecedentes	12
1.2. Pregunta de investigación	15
2. Justificación	16
3. Objetivos	18
3.1. Objetivo general	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
4. Marco Teórico.....	19
4.1. Psicología de la salud	19
4.1.1. Salud-enfermedad	21
<i>4.1.1.1. Problemáticas clínicas, problemáticas no clínicas y bienestar</i>	22
4.2. Terapia cognitivo-conductual.....	23
4.2.1. Orígenes del mindfulness	26
4.2.2. Tipos de terapias que hacen uso del mindfulness.....	27
<i>4.2.2.1. Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)</i>	27
<i>4.2.2.2. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)</i>	28
<i>4.2.2.3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)</i>	29
<i>4.2.2.4. Terapia Dialéctico Conductual (DBT)</i>	30
<i>4.2.2.5. Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)</i>	30
4.3. Problemáticas para las que ha sido usado el mindfulness	31
5. Metodología	33

5.1. Revisión Sistemática	33
5.2. Proceso de la revisión sistemática	34
5.3. Fuentes de información y criterios de inclusión y exclusión del material	35
5.4. Estrategias de registro de la información-Primer filtro	37
5.5. Proceso de análisis	38
5.6. Rigor investigativo /consideraciones éticas	39
6. Resultados	40
6.1. Caracterización de los estudios	51
6.1.1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	52
6.1.1.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida	53
6.1.2. Terapia Dialéctico Conductual (DBT)	53
6.1.2.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida	55
6.1.3. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	55
6.1.3.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida	56
6.1.4. Reducción de estrés basada en Mindfulness (MBSR)	56
6.1.4.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida	57
6.1.5. Intervenciones basadas en Mindfulness (MBI)	58
6.1.5.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida	59
6.2. Clasificación de los beneficios por tipo de intervención	60
6.2.1. Beneficios significativos	61
6.2.2. Beneficios moderados	67

6.2.3. Beneficios leves	73
6.2.4. No se encontraron beneficios	78
6.3. Descripción de los beneficios específicos	82
7. Análisis de resultados y conclusiones	95
7.1. Componentes a tener en cuenta para la comprensión de los resultados de los estudios analizados	95
7.1.1. Facilitadores.....	95
7.1.2. Tiempo de intervención	97
7.1.3. Protocolo de intervención.....	98
7.1.4. Tamaño de muestra.....	100
7.1.5. Explicaciones de los investigadores	102
7.1.6. Consideraciones generales.....	102
7.2. Situaciones intervenidas comunes con beneficios	103
7.2.1. Trastorno de ansiedad	104
7.2.2. Trastornos alimenticios.....	104
7.2.3. Dolor crónico	104
7.2.4. Autolesiones e ideación suicida.....	105
7.2.5. Trastorno depresivo y sintomatología depresiva	105
7.3. Posibles aplicaciones.....	106
7.4. Mindfulness como tratamiento combinado o complementario	106
7.5. Comparación con los antecedentes investigativos	107

7.6. El mindfulness como un componente conveniente en la intervención con adolescentes	107
7.6.1. Especificidad en los resultados	108
7.7 Limitaciones de la investigación	109
7.8 Recomendaciones metodológicas	109
Referencias bibliográficas.....	111

Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación basados en la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).	36
Tabla 2. Palabras clave en la búsqueda de los artículos.	37
Tabla 3. Ejemplo de matriz general de los artículos seleccionados.....	37
Tabla 4. Ejemplo de cuadro de codificación de los artículos seleccionados.	38
Tabla 5. Codificación de los artículos seleccionados.	44
Tabla 6. Situaciones intervenidas por cada tipo de intervención.....	51
Tabla 7. Situaciones intervenidas en las que se dieron beneficios significativos.....	61
Tabla 8. Situaciones intervenidas en las que se dieron beneficios moderados.....	67
Tabla 9. Situaciones intervenidas en las que se dieron beneficios leves	73
Tabla 10. Situaciones intervenidas en las que no se dieron beneficios.	78
Tabla 11. Convenciones para la tabla 12.	82
Tabla 12. Beneficios específicos significativos y moderados encontrados en cada tipo de intervención.....	83

Índice de gráficas

Gráfica 1. Modelo espectro-continuum. Recuperado de Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Bogotá. Colombia, Ministerio de salud (2015).....	23
Gráfica 2. Distribución de la muestra en los años que fueron publicados los artículos.	40
Gráfica 3. Distribución de la muestra en los países que fueron publicados los artículos.	42
Gráfica 4. Distribución de los artículos por tipo de intervención.	43
Gráfica 5. Distribución de los artículos por ámbito de aplicación.....	44
Gráfica 6. Proporción del nivel de beneficios por cada tipo de intervención.	61
Gráfica 7. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en ACT.	63
Gráfica 8. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en DBT.	64
Gráfica 9. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en MBCT.	65
Gráfica 10. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en MBSR.	66
Gráfica 11. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en MBI	67
Gráfica 12. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en ACT.	69
Gráfica 13. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en DBT.	70
Gráfica 14. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en MBCT.	71
Gráfica 15. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en MBSR.	72
Gráfica 16. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en MBI.	73

Gráfica 17. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en ACT	74
Gráfica 18. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en DBT.	75
Gráfica 19. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en MBCT.	76
Gráfica 20. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en MBSR.	77
Gráfica 21. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en MBI.	77
Gráfica 22. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en ACT.	79
Gráfica 23. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en DBT	79
Gráfica 24. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en MBCT.	80
Gráfica 25. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en MBSR.	81
Gráfica 26. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en MBI.	82

1. Planteamiento del problema

La terapia cognitivo conductual (TCC) tiene su origen en las teorías del aprendizaje y se ha visto alimentada y transformada por los aportes dados por otras áreas de la psicología. Estos nuevos aportes han logrado que la TCC haya empezado a tener en cuenta nuevos elementos y no únicamente aquellos derivados de los principios de aprendizaje (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2011). Hayes (2004) afirma que la TCC puede ser categorizada en tres olas diferentes. La primera ola hace referencia a las técnicas derivadas de los principios de aprendizaje. La segunda ola se caracteriza por incorporar principios mediacionales más flexibles y la metáfora del ordenador; se empiezan también a tener en cuenta otras variables cognitivas intervinientes y aportaciones de diversas áreas de la psicología. Finalmente, surgen múltiples terapias conductuales que no podían ser agrupadas en las categorías existentes, caracterizadas por la incorporación de las terapias contextuales y que configurarían la tercera ola.

Dentro de estas terapias de tercera ola se encuentran la Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy – MBCT) y Terapia de Reducción de estrés Basada en Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR). (Hayes, 2004; Díaz et al, 2011).

El uso de los principios del mindfulness ha sido incluido en muchas de las terapias de la tercera ola y pese a su uso extendido no tiene una definición única. El término mindfulness no posee una palabra correspondiente en el castellano, pero puede traducirse como atención y conciencia plena. En la literatura se encuentran diversas definiciones del término, una de las más importantes es la del creador de la MBSR, Jon Kabat-Zinn (2003), el cual señala:

Tiene que ver con cualidades particulares de atención y conciencia que pueden cultivarse y desarrollarse a través de la meditación. Una definición operacional de trabajo de mindfulness es: la conciencia que emerge prestando atención a propósito, en el momento presente, y sin prejuicios al desarrollo de la experiencia momento a momento. (p.145)

Además de Kabat otros autores señalan, como veremos, tres conceptos importantes para el término mindfulness, estos son: atención, conciencia y presente. Brown y Ryan (2003) afirman que es definido comúnmente como el estado de estar atento y consciente de aquello que sucede en el momento presente. Vallejo (2006) postula que el mindfulness es una presencia atenta y reflexiva que debe ser entendida a partir de un momento temporal concreto, el presente. Por otro lado, Shapiro y Carlson (2017), dicen que es posible entender el mindfulness de dos formas: mindfulness como rasgo, es decir, la presencia permanente o consciente como un conocimiento profundo que contribuye a la libertad de la mente, y mindfulness como práctica, esto es, una práctica sistemática de asistir de manera abierta, afectuosa y perspicaz que involucra conocer y moldear la mente.

1.1 Antecedentes

Tanto los beneficios como la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en adultos han sido abordadas por múltiples investigaciones y revisiones sistemáticas (Hervás, Cebolla y Soler, 2016; Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016; Maglione et al, 2017; Maldonado Fernández, Rubio Rodríguez y López Fernández, 2016; Lomas, Medina, Ivztan, Rupprecht y Eiroa-Orosa, 2018; Daya y Hearn, 2018). Es de destacar la investigación realizada por Goldberg et al (2018), quienes hicieron un meta-análisis acerca de las

intervenciones basadas en mindfulness para los desórdenes psiquiátricos, teniendo en cuenta 142 investigaciones.

Acerca de los beneficios y la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en adolescentes, se han hecho algunas aproximaciones. En el 2010, Burke realizó una revisión del uso del MBCT y el MBSR en niños y adolescentes. Para esto, estudió inicialmente los fundamentos de estos tipos de mindfulness, así como los requerimientos para ser enseñado. La metodología fue la revisión de artículos publicados en inglés presentes en varias bases de datos, así como artículos conseguidos directamente por el autor (incluidos artículos sin publicar). Analizó un total de 15 artículos que pasaron los criterios de exclusión. En su revisión encontró que hay factibilidad y aceptabilidad de las intervenciones basadas en mindfulness. La principal limitación de este trabajo fue la poca cantidad de artículos, debido a lo nueva que era entonces la investigación en el tema, obteniendo poca rigurosidad en los artículos publicados en el momento (Burke, 2010).

Posteriormente en el 2012, Rempel hace en su investigación especial alusión a los beneficios que puede tener las intervenciones de mindfulness en el ámbito escolar, para esto hace una revisión acerca de las intervenciones en la salud mental y el bienestar, en el trauma, la ansiedad y la depresión, la externalización de síntomas, el incremento de autoestima y la consciencia de sí mismo. Dentro de sus resultados encuentra que el uso del mindfulness puede tener beneficios positivos para los aspectos abordados y un especial impacto en el desempeño académico, el bienestar, la autoestima y las habilidades sociales. Sin embargo, advierte que al ser un campo emergente se necesitan más investigaciones con el uso de pruebas de control aleatorio. (Rempel, 2012)

Más adelante en el 2013, Montgomery, Kim, Springer y Learman, realizan una revisión en la que buscaron artículos en inglés en los que se haya usado uno de los 4 tipos de terapias de tercera ola que incorporan mindfulness en varias bases de datos. Tras tener en cuenta los criterios de inclusión, hicieron su revisión con 15 artículos de los 296 artículos iniciales (46 en ACT, 209 en DBT, 14 en MBCT y 27 en MBSR). Analizaron la eficacia de cada uno de los tipos de mindfulness, pero encontraron que sus resultados no eran concluyentes ni rigurosos para dictaminar la eficacia de las intervenciones. Sus resultados se deben a las limitaciones derivadas de la realización de un meta-análisis, lo que conlleva un riguroso criterio de exclusión que llevó a que fuese una muestra pequeña para trabajar. (Montgomery, Kim, Springer y Learman, 2013)

Más recientemente, en el 2015, Kallapiran, Koo, Kirubakaran y Hancock realizaron un análisis cualitativo de la eficacia del mindfulness en niños y adolescentes para distintas problemáticas (depresión, ansiedad, estrés), la revisión tuvo en cuenta 15 artículos elegidos después de aplicar los criterios de exclusión a un total de 1601 artículos. Posteriormente se realizó un meta-análisis de 11 de los 15 estudios anteriormente seleccionados. Se encontró que los distintos tipos de intervenciones basadas en mindfulness parecen efectivas en mejorar el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos y la calidad de vida de niños y adolescentes tanto en muestras clínicas como no clínicas. Como limitación encuentran que es necesaria la realización de estudios con muestras más amplias que permitan generar conclusiones más contundentes (Kallapiran, Koo, Kirubakaran y Hancock, 2015).

Como se ha visto en las investigaciones anteriormente nombradas, las pretensiones de establecer la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness para la población adolescente se han visto truncadas por la poca investigación existente en el momento de la

realización de los análisis. El principal vacío es entonces, las pocas investigaciones que cumplen con los criterios de rigor para ser consideradas en la revisión y que imposibilitan una mayor generalización de los resultados encontrados. Un segundo vacío es la focalización que se le da a la eficacia y que deja de lado algunos beneficios específicos que podría brindar el uso de dichas intervenciones. Un tercer vacío se da en la inutilización de la revisión de las poblaciones no clínicas en las cuales diferentes problemáticas pueden ser resueltas o potencializar las capacidades ya existentes.

1.2. Pregunta de investigación

Teniendo claros los vacíos y limitaciones antes expuestos y la emergencia de nuevas investigaciones se ve cómo los adolescentes son una población que podría beneficiarse de una nueva revisión para tener claridad sobre los beneficios que pueden recibir de las terapias que usan mindfulness. Surge entonces una pregunta respecto a esto: **¿Cuáles son los beneficios del uso de intervenciones basadas en mindfulness en población adolescente reportadas en la literatura entre el año 2008-2018?**

2. Justificación

Como señala Herrera Santí (1997), en el periodo de la adolescencia se presentan diferentes cambios en el aspecto físico, psíquico y social que lo convierten en un periodo crítico y de riesgo para la aparición de diversas problemáticas psicológicas. A su vez, Rempel (2012) enfatiza que este periodo lleno de desafíos genera cada vez más en los adolescentes altos niveles de estrés que pueden a su vez desencadenar otro tipo de problemáticas como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, entre muchas otras. Es importante señalar que las problemáticas que presentan los adolescentes no se limitan al ámbito clínico, al contrario, están expuestos a múltiples problemáticas no clínicas que afectan el transcurso de dicho periodo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, se encuentran diversas razones que justifican la realización de este trabajo. En lo que refiere a la psicología, se resaltan sus pretensiones de realizar intervenciones que puedan tener un sustento empírico (Díaz et al, 2011), para esto, la revisión de los beneficios que presentan las intervenciones basadas en mindfulness puede ayudar a esclarecer las problemáticas para las cuales dicha intervención es factible de ser utilizada y puede ser recomendada.

Como se ha señalado en los antecedentes, las investigaciones que han hecho aproximaciones en este campo se han visto limitadas por la cantidad de estudios existentes en el momento de las revisiones. La emergencia de nuevas investigaciones en los últimos años pone de relieve la pertinencia de un nuevo estudio que permita una revisión más amplia y pueda establecer resultados con un mayor alcance, alimentando así el saber práctico sobre las intervenciones basadas en mindfulness y las intervenciones psicológicas en general en la población adolescente.

En lo que se refiere al impacto social, resulta pertinente una revisión de la investigación actual sobre el uso del mindfulness que pueda aclarar los beneficios que tienen estas terapias relativamente nuevas, cuyas características (bajos costos, simplicidad, protocolos definidos de intervención), las hacen particularmente accesibles para profesionales que trabajen con la población adolescente y que en caso de presentar beneficios, implicaría un abordaje viable ante las problemáticas psicológicas de los adolescentes; no sólo para aquellas ya presentes sino también se podría hacer uso de estas terapias como herramientas para un tratamiento preventivo de futuras patologías y problemáticas que están relacionadas con la adolescencia.

Finalmente, y en lo que respecta al aporte a la formación, este trabajo se propuso aportar en el área investigativa, ayudando por un lado a mejorar las capacidades necesarias para tal fin, y por el otro lado, ayudando a generar una postura analítica en la elección y uso de terapias.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar los beneficios de las intervenciones basadas en mindfulness al ser usadas en población adolescente según las investigaciones realizadas entre el 2008 y 2018.

3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar los estudios de acuerdo con los tipos de intervenciones basadas en mindfulness y el tipo de situación intervenida -problemáticas clínicas, problemáticas no clínicas y bienestar- en las que fueron usadas.

2. Diferenciar las situaciones intervenidas que presentan beneficios de las que no presentan beneficios según lo referido por las investigaciones.

3. Describir los beneficios específicos que reporta cada tipo de intervención basada en mindfulness.

4. Marco Teórico

Teniendo en cuenta los objetivos anteriormente planteados, se procederá a exponer primeramente sobre la Psicología de la Salud y los conceptos de Salud-Enfermedad para establecer aquello que se entiende como problemáticas clínicas, problemáticas no clínicas y bienestar. Posteriormente se abordará la Terapia Cognitivo Conductual, repasando brevemente las distintas olas en las que se divide dicha terapia, para continuar finalmente con el mindfulness y las terapias que hacen uso de él.

4.1. Psicología de la salud

La psicología de la salud posee gran variedad de definiciones, dentro de las más citadas, está la de Matarazzo (Citado en Rodríguez y Calderón, 2018) quién definió la Psicología de la Salud como:

La suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas; y el mejoramiento del sistema de salud y la formulación de políticas de salud (p. 131).

El aporte de Matarazzo es uno de los más relevantes y amplios a la hora de hablar de este tópico, y otros autores hacen acercamientos similares como por ejemplo el que propone Libertad (2003) quien habla de cómo esta rama de la psicología se orienta hacia todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, sin centrarse únicamente en la atención o curación de los enfermos, sino que también contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se conecta con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los

niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. (Libertad, 2003). Se puede añadir, en un nivel más específico, cómo la psicología de la salud se dedica a los fenómenos y trastornos psicológicos relacionados con las problemáticas de orden médico o de salud en general. (García-López, Piqueras, Rivero, Ramos, Oblitas, 2008)

Vinaccia y Quiceno (2006) postulan niveles de intervención del psicólogo en la Psicología de la salud, estos son:

1. Promoción y mantenimiento de la salud: En este se busca concientizar a los individuos de la relación que existe entre el estilo de vida que llevan y el proceso salud-enfermedad, fomentando así comportamientos que ayuden a conservar la salud cuando no se han detectado factores de alto riesgo de enfermedad y, por tanto, son generales y no centrados en un riesgo específico.

2. Prevención primaria de la enfermedad: En este se busca modificar comportamientos en los individuos (o grupos) cuando son considerados de alto riesgo. La forma en que se realiza variará según sea grupal o individual; dentro del grupal se utilizan, entre otros, programas educativos y de seguridad industrial; en el individual se utilizan, por ejemplo, programas de modificación de comportamientos inadecuados o entrenamiento en autodetección de enfermedades.

3. Tratamiento de la enfermedad: en este se hace propiamente la intervención psicológica para los individuos que ya presentan una enfermedad específica. Se utilizarán según sea el caso, métodos que buscan elevar la efectividad del tratamiento médico, intervenciones conductuales que buscan alterar condiciones biológicas o intervenciones psicológicas en el proceso de rehabilitación de funciones disminuidas por desequilibrios biológicos.

4. Identificación de correlatos etiológicos de la enfermedad: este se refiere principalmente a un acto de actuación investigativa, en el que se busca establecer relaciones entre disfunciones psicológicas y la alteración entre sistemas orgánicos.

5. Análisis y mejoramiento de las políticas de atención de la salud: en este se busca una participación en las políticas públicas, que propone una prevención y promoción de la salud involucrando un compromiso psicosocial de los sistemas de atención en salud.

4.1.1. Salud-enfermedad

Tras haber descrito las orientaciones y objetivos de la psicología de la salud, es necesario hablar del proceso salud-enfermedad en el que se piensa todo grupo humano, para Asa (1981) este proceso:

Se manifiesta empíricamente de distintas maneras. Por una parte, se expresa en indicadores: como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, esto es, en el perfil patológico por la morbilidad o la mortalidad del grupo. (p.20)

Este proceso consta de dos partes que se relacionan entre sí a lo largo de la vida de cada persona. Respecto al término enfermedad, se puede pensar en dos conceptos que no son discrepantes entre sí: uno es el concepto médico clínico, el cual ve la enfermedad como un proceso biológico de cada individuo; el otro concepto es el ecológico, que habla de la enfermedad como el resultado de una descompensación entre la interacción del huésped y su ambiente (Asa, 1981). Tras la evolución progresiva del paradigma médico y de los conceptos referidos a la salud, el foco tradicional del síntoma y la enfermedad está paulatinamente cambiando hacia un concepto de salud cada vez más amplio que incluye aspectos del

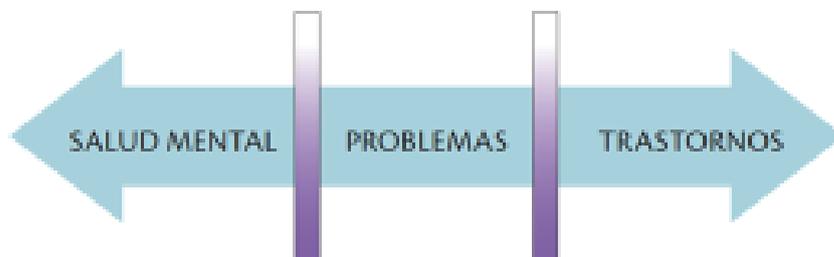
funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de enfermedad (Vázquez, Hervas, Rahona, Gómez, 2009). Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como:

Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion citado en Vázquez, Hervas, Rahona y Gómez, 2009, p.16).

4.1.1.1. Problemáticas clínicas, problemáticas no clínicas y bienestar

Teniendo en cuenta el amplio alcance de la psicología de la salud y la concepción del proceso salud-enfermedad descritos anteriormente, hay que hablar de los tipos de situaciones a abordar y cómo estas pueden ser diferenciadas en tres tipos: problemáticas clínicas, problemáticas no clínicas y bienestar. Las problemáticas clínicas apelan tanto a problemas de salud mental que están clasificados como patologías, como a las distintas enfermedades contempladas como físicas, dichas clasificaciones son dada principalmente por dos entidades: la OMS con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), donde bajo unos criterios diagnósticos delimitan y diferencian las diferentes patologías. Las problemáticas no clínicas, en cambio, son aquellas problemáticas que no están incluidas dentro del grupo de las patologías, pero que aun así son condiciones y características que afectan el bienestar de las personas. Finalmente, la categoría bienestar incluye todas las características, capacidades y el potencial humano de las personas que no resultan problemáticas y que pueden ser optimizadas mediante una intervención.

La clasificación anterior es realizada teniendo en cuenta el Modelo de espectro-continuum presentado por la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, 2015), expuesta en la gráfica 1.



Gráfica 1. Modelo espectro-continuum. Recuperado de Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Bogotá. Colombia, Ministerio de salud (2015).

El modelo anteriormente presentado, presenta una visión de la salud mental desde un espectro completo, es decir desde aquello que se presentan como capacidades y potencialidades para el funcionamiento ante todo ámbito en la vida (salud mental o bienestar), pasando por los problemas que afectan la vida de las personas sin constituirse en una patología o problema clínico (problemas o problemáticas no clínicas), hasta llegar finalmente a aquellas problemáticas que pueden categorizarse desde patologías estipuladas en distintos manuales diagnósticos (trastornos o problemáticas clínicas). Este modelo considera las categorías como dinámicas, debido a que un mismo sujeto puede transitar de una a otra según el contexto.

4.2. Terapia cognitivo-conductual

La TCC en la actualidad, logra vincular múltiples aproximaciones que varían en el énfasis que otorgan a sus distintos componentes y debido a esto es difícil establecer una definición que abarque todos sus aspectos. Sin embargo, Díaz et al. (2011) dicen que se puede definir como “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamente en principios y

procedimientos validados empíricamente” (p.32). También proponen que puede considerarse como “un conjunto de técnicas eficaces sin obedecer a ningún modelo terapéutico” (p.33).

Siguiendo a Díaz et al. (2011) la Terapia de Conducta aparece a mediados de los años cincuenta como alternativa a las terapias de la época y proponiendo que todas las conductas son aprendidas y, por tanto, susceptibles de ser modificadas mediante los principios del aprendizaje. Un aporte importante en la Terapia Conductual es la fundamentación en metodología experimental utilizada en la investigación científica.

En un segundo momento, se empiezan a postular nuevos abordajes tales como las teorías del aprendizaje social de Bandura y la aparición del enfoque cognitivo (Díaz et al, 2011). En relación con la Terapia Cognitiva, Judith Beck (2007) postula que fue desarrollada por Aaron Beck en la década de los 60, con unas características principales: breve, estructurada y orientada al presente. Originalmente estuvo desarrollada para la depresión, ayudando a resolver problemas actuales, modificar los pensamientos y los comportamientos disfuncionales; sin embargo, ha sido adaptada a múltiples problemáticas y poblaciones. Su propuesta teórica se fundamenta en el supuesto que el pensamiento disfuncional influye en el comportamiento y las emociones y es común a todos los trastornos psicológicos. Otros autores como Mahoney empiezan también con el desarrollo de dicho enfoque, son de resaltar también autores como Meichenbaum y Ellis. El rasgo común a todos sus desarrollos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta, aunque actualmente consideren una existencia de causalidad multidimensional (Díaz et al, 2011).

Finalmente, en un tercer momento emergen nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado, las terapias contextuales y nuevas derivaciones cognitivas influidas por el constructivismo. Las terapias contextuales son las específicamente conocidas como de tercera generación, estas han vuelto a tener en cuenta la investigación sobre el aprendizaje y el papel

otorgado al contexto y a su manipulación. Es de resaltar que no sólo se tiene en cuenta el contexto físico y social, sino también el verbal, el cual resulta de vital importancia dentro de las terapias. Por último, confieren un papel importante al contexto terapéutico el cual adquiere un valor funcional como espacio para introducir y moldear pautas de conducta (Díaz et al, 2011).

La conjunción de las técnicas adheridas a la TCC se hace visible en las formas de intervención: teniendo algunas que van desde lo más estrictamente conductual hasta lo más estrictamente cognitivo/constructivista. Pese a estas diferencias, múltiples autores encuentran rasgos comunes a todas las Terapias dentro de la TCC (Díaz et al, 2011; Beck, 2007), estos son:

-La TCC trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas y que han sido aprendidas por el sujeto, convirtiéndose en parte de su repertorio comportamental. (Díaz et al, 2011).

- La TCC cuenta con técnicas y programas específicos que utilizan un tiempo limitado en comparación con otro tipo de terapias (Díaz et al, 2011; Beck, 2007).

-La TCC es en general educativa. La mayoría de las técnicas suelen dedicar tiempo a la psicoeducación y explicación a los pacientes sobre su problemática y la forma en la que se procederá en el tratamiento. Se puede también enfocar en la prevención a la recaída (Díaz et al, 2011; Beck, 2007).

-La TCC posee un carácter autoevaluator, tanto dentro del tratamiento como a las técnicas a utilizar haciendo énfasis en su validación empírica (Díaz et al, 2011).

-La TCC hace énfasis en determinantes actuales del problema, es decir, trabaja principalmente sobre el presente (Díaz et al, 2011; Beck, 2007).

-La relación terapéutica juega un papel importante, debido a que lo que ocurre dentro del desarrollo de la terapia se considera un contexto de aprendizaje debido a que es entendido como un entorno representativo del contexto habitual del paciente (Díaz et al, 2011; Beck, 2007).

4.2.1. Orígenes del mindfulness

Conociendo la definición dada por la psicología para el término mindfulness expuesta en el planteamiento del problema, cabe señalar que esta práctica tiene su origen en las enseñanzas budistas nacidas en oriente y dentro del sistema Abhidharma (ley de las enseñanzas de Buda) “donde tanto mindfulness como la sabiduría se cuentan entre los factores "universales" y, por lo tanto, surgen y desaparecen en cada momento mental”(Williams y Kabat-Zinn, 2011, p.6); también se le define como un estado avanzado de experiencia construida, y la sabiduría que surge sólo bajo condiciones especiales (Williams, Kabat-Zinn, 2011). El profesor Jon Kabat-Zinn decidió trasladar las enseñanzas budistas al ámbito de la salud de la cultura occidental, traduciendo conceptos budistas en el lenguaje cotidiano moderno para hacerlos accesibles a Occidente. Williams y Kabat-Zinn (2011), piensan que es apropiado introducir el mindfulness en entornos que no siguen las creencias budistas con el propósito de ayudar a reducir el sufrimiento y los estados mentales y comportamientos disfuncionales de las personas, de tal forma que no se falte al respeto del marco epistemológico del que proviene, sino que, por el contrario, se haga un uso profundo de este marco en formas que sean consistentes con su esencia. Al trasladar estas ideas orientales a occidente no solo se inspiró en la tradición budista, sino también en la tradición científica en la que fue entrenado, lo que le permitió unirlo con su trabajo en el mundo de la ciencia y la medicina (Edel Maex, 2013).

4.2.2. Tipos de terapias que hacen uso del mindfulness

Allen, Chambers y Knight (2006) afirman que el mindfulness puede ser implementado de múltiples formas bajo distintas técnicas las cuales incluyen el componente de meditación. Las técnicas incluyen entonces meditación mindfulness (meditación sentado o tumbado), mindfulness en movimiento (yoga o “caminata atenta” (mindful walking), periodos cortos de meditación a lo largo del día, e incluso se incorpora el concepto de mindfulness cada día en el cual se trata de tener conciencia del presente en todo momento, aunque se realice algo que parezca no tener importancia. Las intervenciones suelen ser desarrolladas por facilitadores con entrenamiento previo en los tipos de mindfulness que se relatan a continuación.

4.2.2.1. Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)

Este programa fue creado en 1979 por Kabat-Zinn, combinando la meditación budista con prácticas de yoga con el objetivo de reducir el estrés e incrementar el bienestar de las personas que participan. Se crea bajo la premisa de que se reacciona al estrés de forma automática, y se propone una reacción alternativa y más funcional llamada respuesta al estrés. Cuando ocurre una situación estresante suelen aparecer una serie de síntomas como resultado de intentos inadecuados para hacerle frente a la situación, en cambio, en la respuesta al estrés se tiene conciencia de dicha situación mientras esta se desarrolla, disminuyendo entonces la fuerza de la reacción y el efecto dañino que puede producir. Lo que se busca es incrementar la conciencia de la persona acerca de la experiencia presente sin enjuiciarla para poder responder al estrés de una mejor manera (Díaz et al, 2011).

El programa se compone de ocho sesiones, distribuidas en una sesión semanal de dos horas y media de duración, en la cual se dan las instrucciones formales guiadas de mindfulness, yoga y movimientos corporales atentos. Los participantes cuentan con material

de apoyo grabado que debe ser utilizado entre sesiones con un periodo diario de 45 y 60 minutos de meditación y conciencia de la vida cotidiana (Díaz et al, 2011).

4.2.2.2. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)

Segal, William y Teasdale crean en 2002 este programa al analizar que la Terapia Cognitiva era útil para la modificación de los contenidos de los pensamientos, pero no para otros elementos importantes en la recurrencia depresiva, lo que daba lugar a una alta prevalencia de las recaídas. Bajo este programa, buscan ofrecer un cambio de perspectiva en la relación que establecen los pacientes con sus emociones y estado de ánimo negativo, ayudando a abandonar las pautas rumiativas mediante la consideración de que tanto las emociones como los pensamientos negativos son pasajeros. Es diseñado entonces para tratar de reducir las recaídas que presentan los pacientes que han sufrido depresión. Dentro de los ejercicios utilizados se encuentran algunos del Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness, tales como la exploración del cuerpo, la meditación, los estiramientos, la marcha consciente y el yoga. Esta implementación del mindfulness permite que los pacientes desarrollen mediante la práctica elementos que les ayuden a hacer una detección temprana de los pensamientos negativos y a no juzgarlos para tener mejores opciones para responder a dichos pensamientos (Segal, Teasdale, Williams, y Gemar, 2002; Díaz et al, 2011; Fennell y Segal, 2011).

El programa se desarrolla para grupos con alrededor de 15 pacientes con sesiones de 2 horas y media durante ocho semanas. Se hace uso de prácticas independientes en casa principalmente de meditación seis días a la semana durante una hora. Puede ser incluido un día de práctica en silencio principalmente y cuatro sesiones de seguimiento. (Díaz et al, 2011; Fennell y Segal, 2011)

4.2.2.3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Para Hayes (2004), las terapias de la tercera ola se caracterizan por el contextualismo funcional, cuya unidad analítica central es el acto continuo en contexto. Propone también cuatro componentes fundamentales: enfocarse en todo el evento, sensibilidad al rol del contexto para entender la naturaleza y función de un evento, énfasis en el criterio de verdad pragmático y objetivos científicos específicos contra los que aplicar el criterio de verdad.

Bajo estas premisas y la teoría de Marcos Relaciones, surge entonces la Terapia de Aceptación y compromiso. Su objetivo clave es ayudar a que el paciente pueda sentir y pensar directamente para moverse en una dirección valiosa con su historia y sus reacciones automáticas. De esta forma se ayuda a que el paciente pueda validar sus experiencias y empoderarse sin tener que librar una batalla contra su propia historia (Hayes, 2004).

Dentro de la terapia se hace uso de diversas técnicas de las cuales hace parte el mindfulness, el cual es usado para lograr ver los pensamientos como hipótesis y no como hechos objetivos (defusión cognitiva) y la flexibilidad conductual. Debido a que el mindfulness busca que el sujeto pueda estar presente en los sucesos del aquí y el ahora sin juzgar, permite que no se caiga en el lenguaje evaluativo y crítico que lleva al debilitamiento del lenguaje literal, aspecto fundamental para la ACT (Hayes, 2004).

Pese a que la ACT tiene recursos clínicos para cada uno de los momentos del tratamiento, no se cuenta con una guía estructurada de proceder, sino que se busca establecer una guía flexible teniendo en cuenta los objetivos, el caso y los momentos concretos por los cuales se está pasando dentro del tratamiento (Díaz et al, 2011).

4.2.2.4. Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

La Terapia Dialéctico Conductual es un tratamiento integral creado originalmente para individuos con reiterados intentos de suicidio y que ha evolucionado como un tratamiento principalmente usado para individuos con trastorno de personalidad borderline. Su aparición se debe principalmente al interés de crear una terapia eficaz para la conducta suicida debido a que la terapia cognitivo conductual de las generaciones anteriores resultaba insuficiente (Díaz et al, 2011). Este tratamiento combina estrategias básicas de la terapia de conducta con prácticas de mindfulness, generando una dialéctica entre la síntesis de oposiciones. La dialéctica se da entre la validación y la aceptación mientras se les ayuda al mismo tiempo a cambiar. Para la aceptación se utilizan estrategias como el mindfulness, en el cual se enfatiza la necesidad de estar atentos al momento sin asumir una postura que juzgue. Para las estrategias de cambio se hace un análisis de comportamiento maladaptativo y técnicas de solución de problemas (Swenson, Sanderson, Dulit, y Linehan, 2001; Dimeff, y Linehan, 2001).

Esta terapia dispone de manuales de tratamiento protocolizado que incluyen terapia individual y sesiones de trabajo en grupo. Se cuenta con tres fases: pre-tratamiento, tratamiento y pos-tratamiento. Durante el tratamiento se utiliza el formato grupal y el individual. En el formato grupal se cuenta con una sesión semanal de dos horas y media durante al menos un año, se trabaja con alrededor de 8 pacientes y dos terapeutas. En el formato individual se hacen sesiones de una hora semanales y llamadas telefónicas de apoyo (Díaz, Ruiz, y Villalobos, 2011).

4.2.2.5. Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)

Además de los tipos de tratamientos mencionados anteriormente, se tuvieron en cuenta otras formas de intervención basadas en mindfulness para intervenir en población adolescente.

Estos tratamientos hacen uso de protocolos con modificaciones, o combinaciones que tienen como referente protocolos de intervención de tratamientos con mindfulness ya establecidos; también se usan protocolos estandarizados creados por los autores o protocolos construidos específicamente para una intervención específica. Algunos autores consideran que los tratamientos que se crearon luego del MBSR, se les puede llamar como MBI, puesto que el primero fue el tratamiento pionero en el uso de la meditación mindfulness en occidente, el cual resultó una fuente de inspiración para el resto de intervenciones (Cullen, 2011); otros autores incluso hablan de Intervenciones Informadas en Mindfulness (MII), ubicando la MBSR y la MBCT dentro de una categoría MBI y a la ACT y la DB dentro de las MII (Shapero, Greenberg, Pedrelli, de Jong y Desbordes, 2018). Haciendo una diferenciación en que las MBI se enfocan en prácticas formales de meditación para trabajar las habilidades de mindfulness y que las MII lo que hacen es incorporar las prácticas mindfulness dentro de un tratamiento más amplio que también usa técnicas diferentes a la meditación para promover las habilidades de atención plena (Shapero et al, 2018). En esta investigación nos alejaremos de estas distinciones y denominaremos como MBI a aquellas intervenciones que hayan hecho uso de mindfulness que no sean del tipo MBSR, MBCT, ACT o DBT.

4.3. Problemáticas para las que ha sido usado el mindfulness

Haciendo una revisión de los antecedentes, se ha encontrado que el mindfulness bajo sus distintas modalidades ha sido usado en las problemáticas para las cuales han sido desarrolladas las intervenciones anteriormente mencionadas, pero también dentro del ámbito clínico, psicoeducativo e investigativo se han extrapolado sus principios y técnicas para otras problemáticas tales como: adicciones, dolor crónico, esquizofrenia, trastornos alimenticios, consumo de cigarrillo (Goldberg et al, 2018).

Respecto a la población adolescente hay un crecimiento en la implementación de mindfulness en procesos pedagógicos y terapéuticos con adolescentes, se usa en el entorno escolar para temas como la empatía y el estrés escolar (Sierra, Urrego, Montenegro y Castillo, 2015), así como también se usa para potenciar las relaciones interpersonales, reducción de la ansiedad y de los síntomas de déficit de atención e hiperactividad y el rendimiento académico (Ruiz, Rodríguez, Martínez y Núñez, 2014). Aun en el entorno pedagógico se ha utilizado para reducción de los síntomas depresivos, el aumento de habilidades sociales e incluso variables fisiológicas (por ejemplo, mejora de la presión sanguínea) (Langera, Ulloab, Cangasc, Rojasd y Krausea, 2015). Respecto al entorno terapéutico se ha usado para ansiedad, depresión y TDAH, y también para la prevención del consumo problemático de alcohol (Lerma, Steinebach et al, 2015), en aspectos más relacionados con el bienestar ha sido usado en autoestima y competencia emocional (Soriano y Franco, 2010).

5. Metodología

5.1. Revisión Sistemática

Para la solución de la pregunta de investigación que concierne a este trabajo, se determina que la metodología más apropiada es la Revisión Sistemática. Según Ferreira, Urrútia y Alonso-Coello (2011):

Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas en las cuales la unidad de análisis son los estudios originales primarios. Constituyen una herramienta esencial para sintetizar la información científica disponible, incrementar la validez de las conclusiones de estudios individuales e identificar áreas de incertidumbre donde sea necesario realizar investigación (p. 688).

En la revisión sistemática se recoge, sintetiza y analiza la evidencia científica bajo unos criterios de inclusión determinados por los investigadores, que limitan la muestra de estudios revisados. Para el manejo de esta información, hay dos vías metodológicas a tener en cuenta, según Letelier, Manríquez y Rada (2005) estos 2 tipos de revisiones sistemáticas son: las cualitativas, en las que los resultados no cuentan con un análisis estadístico y se presentan de un modo descriptivo y las cuantitativas o metaanálisis, en las que se analizan los resultados con técnicas estadísticas y se combinan de forma cuantitativa los resultados de las investigaciones analizadas en un estimador puntual único.

Se encuentra pertinente el uso de la revisión sistemática cualitativa debido a que permite hacer uso de un amplio número de resultados y conclusiones que aportan gran evidencia científica a la respuesta de la pregunta propuesta en el planteamiento del problema, sin dejar de lado la calidad de la información que se recolecta y se analiza. De esta manera se puede observar de forma más amplia qué es lo que aporta la investigación científica respecto a la problemática, para así poder determinar cuáles son los vacíos y dificultades que hay respecto

a la investigación en el tema, así como el planteamiento de futuras hipótesis pensadas desde un punto de vista más macro, y que van más allá de las limitaciones y sesgos que poseen las investigaciones hasta ahora planteadas.

En este caso tomó un enfoque cualitativo con el propósito de obtener una muestra más amplia de artículos y también teniendo en cuenta el poder identificar los beneficios de las intervenciones más allá de la efectividad de las mismas.

5.2. Proceso de la revisión sistemática

Respecto al proceso a seguir en la revisión sistemática, se tendrán en cuenta los pasos básicos propuestos por Beltrán (2005).

1. Definir una pregunta claramente.

En este caso la pregunta ya está definida respecto a cada uno de los componentes, desde el tema de la problemática, así como la población y la muestra que se tendrán en cuenta. La pregunta se encuentra en el planteamiento del problema. Una precisa definición de la pregunta guiará hacia una más exacta revisión.

2. Especificación de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.

Al igual que la definición de la pregunta, este paso permitirá una mayor claridad de qué es lo que se está buscando y que va a ser objeto de análisis en la investigación. Posteriormente en el punto 5.3 se dejan claros los criterios de inclusión y de exclusión del material científico que se escogieron a priori para realizar la selección de las investigaciones objeto de análisis.

3. Formulación del plan de búsqueda de la literatura

En este paso se debe tener claro en qué fuentes de información se va a realizar la búsqueda de las investigaciones, así como los términos de búsqueda y qué tan exhaustivo va a ser el proceso de recolección de la literatura, los cuales están especificados en el punto 5.3.

4. Registro de los datos y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados

Para priorizar el rigor del manejo de los datos se debe contar con un formato predeterminado para la clasificación de los estudios, una matriz que facilite la evaluación de los resultados, así como su validez y pertinencia. Esta matriz tiene el propósito principal de evitar sesgos y facilitar la interpretación y el análisis de la información, las cuales se especifican en el punto 5.4.

5. Interpretación y presentación de los resultados

Dado que se trata de una revisión cualitativa, se presentarán los resultados de forma descriptiva y sin análisis estadístico. En la interpretación se tendrán en cuenta los objetivos planteados que permitan a llegar a conclusiones acerca de la información hallada.

5.3. Fuentes de información y criterios de inclusión y exclusión del material

Teniendo en cuenta que se trata de un trabajo documental, se tiene como población todos los documentos que reporten los beneficios del uso del mindfulness en la población adolescente. La muestra son entonces los documentos que, dentro de este tema, superen los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

1. Estar escritos en inglés o en español.
2. Reportar resultados sobre la implementación del mindfulness en población adolescente.
3. Haber sido publicados entre el año 2008 y 2018.

4. Presentar una medida comparativa (grupo control o medidas pre y post intervención).
5. Pertener a una de las bases de datos a utilizar.

Es importante señalar que la escogencia de las medidas comparativas, se realizó teniendo en cuenta el Sistema de clasificación de niveles de evidencia y grados de recomendación basado en la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (tabla 1), tomando como aptos aquellos estudios que entren dentro de un rango de nivel de evidencia desde el I.a hasta el III y por tanto, cuentan con un grado de recomendación A o B, siendo “bueno” o “moderado” respectivamente.

Tabla 1.

Clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación basados en la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Niveles de evidencia	
I.a.	La evidencia científica procede de revisiones sistemáticas, meta-análisis, de experimentos controlados y aleatorios.
I.b.	La evidencia científica procede de, al menos, un experimento controlado y aleatorio.
II.a.	La evidencia científica procede de, al menos, un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
II.b.	La evidencia científica procede de, al menos, un estudio cuasi experimental, bien diseñado.
III.	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV.	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
Grados de recomendación	
A.	Corresponde a los niveles de evidencia científica I.a y I.b. Existe una evidencia ‘buena’ con base en la investigación para apoyar la recomendación.
B.	Corresponde a los niveles de evidencia científica II.a, II.b y III. Existe una evidencia ‘moderada’ con base en la investigación para apoyar la recomendación.
C.	Corresponde al nivel de evidencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.

Fuente: Tomado de Fernández y Villada, 2015, p. 109

Para la recolección de información se usaron las bases de datos: EBSCO, Dialnet, PsycNET, PubMed, Scopus y Science Direct. Se usaron como filtro las palabras clave organizadas en la tabla 2.

Tabla 2.
Palabras clave en la búsqueda de los artículos.

Términos en inglés	Términos en español
Mindfulness intervention AND Adolescent	Intervención basada en Mindfulness AND Adolescentes
Mindfulness based stress reduction AND Adolescent	Reducción de estrés basada en Mindfulness AND Adolescentes
Mindfulness based cognitive therapy AND Adolescent	Terapia cognitiva basada en Mindfulness AND Adolescentes
Dialectical Behavior Therapy and Adolescent	Terapia Dialéctico-Conductual AND Adolescentes
Acceptance and Commitment Therapy and Adolescent	Terapia de aceptación y compromiso AND Adolescentes
Mindfulness intervention AND High School	Intervención basada en Mindfulness AND Escuela
Mindfulness Intervention AND Teenagers	Intervención basada en Mindfulness AND Jóvenes
Mindfulness AND Students	Mindfulness AND Estudiantes
Mindfulness AND School	Mindfulness AND Colegio

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Estrategias de registro de la información-Primer filtro

Después de recolectar todas las investigaciones encontradas se procedió a aplicar los criterios de exclusión para establecer los artículos que harán parte de la muestra. Con estos artículos seleccionados se estableció una matriz bibliográfica como la presentada en la tabla 3.

Tabla 3.
Ejemplo de matriz general de los artículos seleccionados.

Autores	Título	Año/País	Resumen	Palabras clave
----------------	---------------	-----------------	----------------	-----------------------

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente para la sistematización y exposición de los artículos de investigación a utilizar, se procedió a hacer una codificación con números. A cada artículo le fue asignado un número con el cual se puede identificar en los resultados. Se presentarán en una tabla como la siguiente:

Tabla 4.
Ejemplo de cuadro de codificación de los artículos seleccionados.

N° de código	Referencia del artículo utilizado
--------------	-----------------------------------

Fuente: Elaboración propia.

5.5. Proceso de análisis

Para el proceso de análisis se utilizó una ficha en la que se plantean aspectos relevantes para la investigación y que permiten una mejor visualización de la información susceptible a ser analizada. La ficha incluyó los siguientes apartados: autores, título, resumen, intervención utilizada, tamaño de muestra, edades de los participantes, duración de la intervención, resumen de la intervención, facilitadores, tipo de situación intervenida, situación intervenida, criterios de inclusión y exclusión de la investigación, tipo de medida comparativa, descripción de la medida comparativa, instrumentos de medición, resultados, tipos de beneficios, ámbito, base de datos, año/país, conclusiones, limitaciones.

Pese a la existencia de múltiples estrategias y protocolos para el registro de la información y el proceso de análisis, teniendo en cuenta las pretensiones de este trabajo, específicamente los propósitos de establecer los beneficios significativos y de una revisión de las distintas características de las intervenciones, los instrumentos fueron construidos por los

investigadores, tratando de ingresar todos los datos que servían a dichos propósitos y que podrían permitir posteriormente la presentación y organización de los resultados.

5.6. Rigor investigativo /consideraciones éticas

Aunque las revisiones sistemáticas se caracterizan por su rigurosidad, también se encuentran sus limitantes, como los propuestos por Letelier, Manriquez y Rada (2005) que dicen que las revisiones sistemáticas son estudios retrospectivos, por lo cual están sujetas a sesgo en las diversas etapas del proceso: búsqueda, selección, análisis y síntesis de la información.

Dificultades cuyo principal protagonista serían los mismos investigadores, significando entonces que con las precauciones pertinentes pueden llegar a minimizarse.

Por ejemplo, Ferreira, Urrútia y Alonso-Coello, (2011) hablan de cómo las revisiones sistemáticas permiten sintetizar los resultados de las investigaciones primarias consultadas mediante el uso de estrategias que pueden limitar el sesgo y error aleatorio, estas son:

- La búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes.

- La selección, mediante criterios explícitos y reproducibles, de los artículos que serán incluidos finalmente en la revisión.

- La descripción del diseño y la ejecución de los estudios originales, la síntesis de los datos obtenidos y la interpretación de los resultados (p. 689).

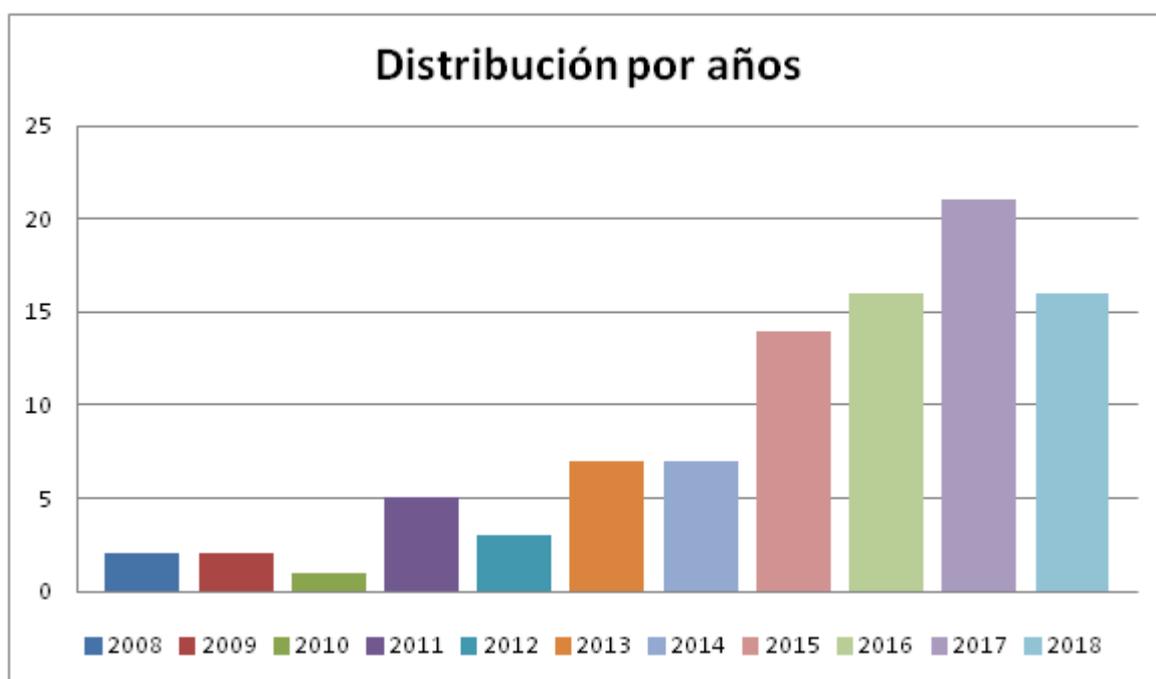
De esta forma, el rigor investigativo de esta investigación está relacionado con la aplicación de los criterios de exclusión para la selección de artículos y un análisis estricto que permita una adecuada interpretación de los resultados. Al seguir los pasos anteriormente planteados se garantizará la rigurosidad de la investigación planteada.

6. Resultados

Durante la fase de recolección de información se encontraron un total de 920 artículos en las distintas bases de datos utilizadas, después de aplicar los criterios de exclusión, se cuenta con una muestra total de 94 artículos.

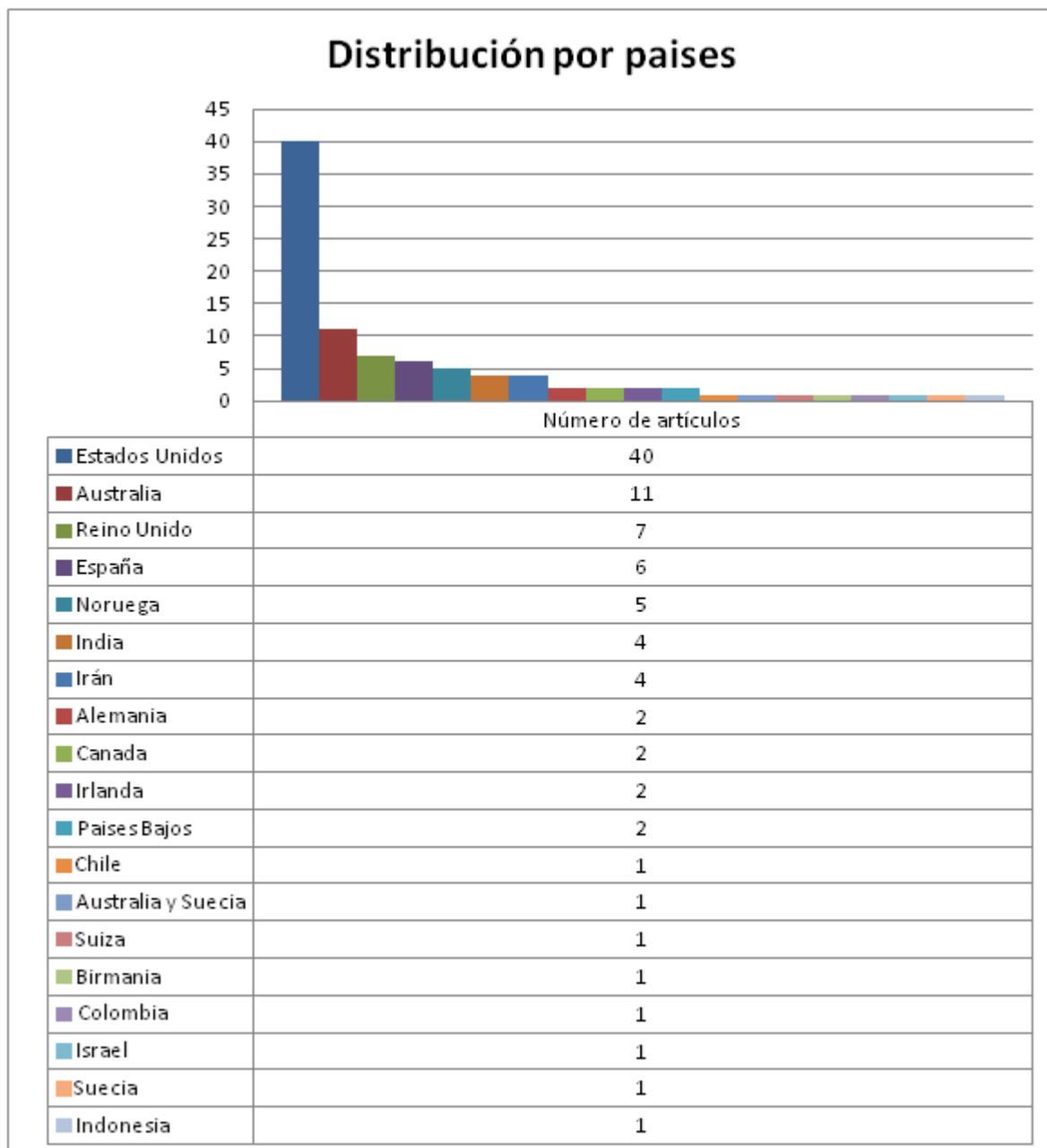
La distribución según las bases de datos es: Dialnet (muestra=2), EBSCO (muestra =17), Google Scholar (muestra =7), Pubmed (muestra =32), Science Direct (muestra =15), Springer Link (muestra =2), Web of Science (muestra =10) y Wiley (muestra =9).

Como se mencionó en la pregunta de investigación, la revisión va desde el año 2008 al año 2018, encontrando una gran producción desde el año 2015 al 2018, entre los cuales se encuentran el 71,2% de los artículos considerados para este análisis. La distribución de los años se puede observar en la gráfica 2.



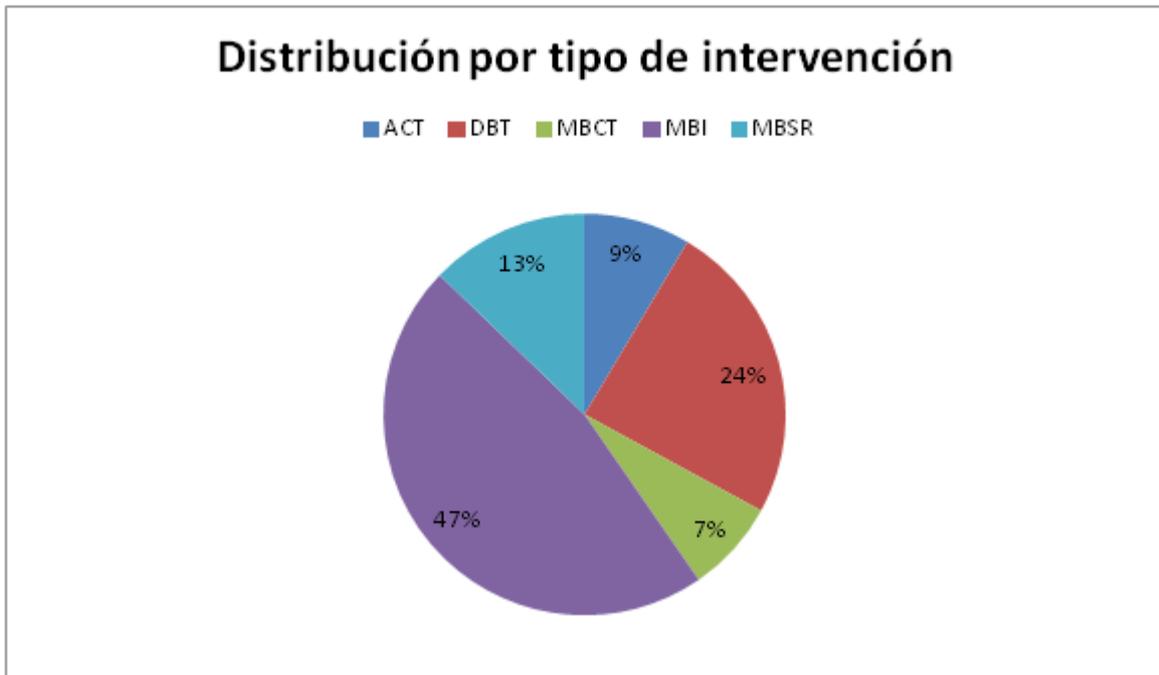
Gráfica 2. Distribución de la muestra en los años que fueron publicados los artículos. Elaboración propia.

La búsqueda de los artículos se llevó a cabo en dos idiomas, inglés y español. De los artículos seleccionados 6 son artículos en español y 88 son publicados en inglés. Estos 94 artículos fueron llevados a cabo en 20 países donde el mayor productor de investigaciones de los artículos seleccionados es Estados Unidos con un total de 40, seguido de Australia con 11 y Reino Unido con 10. La distribución por países puede observarse en la gráfica 3.



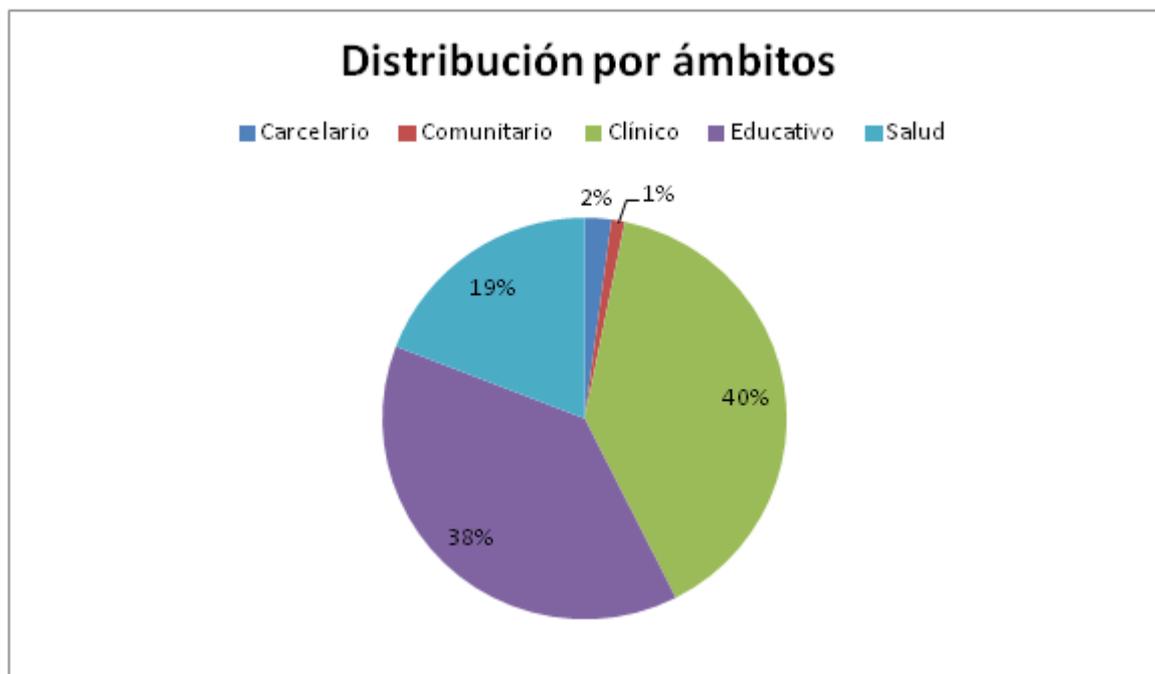
Gráfica 3. Distribución de la muestra en los países que fueron publicados los artículos. Elaboración propia.

Entre los tipos de intervención que se tuvieron en cuenta, el que más artículos presentó fue MBI con 44, seguido por ACT con 8, DBT con 23 artículos, MBSR con 12 y el tipo de intervención con menos artículos es MBCT con 7 artículos. La distribución puede observarse en la gráfica 4.



Gráfica 4. Distribución de los artículos por tipo de intervención. Elaboración propia.

Los ámbitos en los cuales se reportaron más intervenciones fueron el clínico con 37 artículos y el educativo con 36, seguido del contexto salud con 18, el carcelario con 2 y el comunitario con solo un artículo; estos resultados van de la mano con la facilidad de implementación de procesos de intervención y el control de los participantes que se pueden dar en los contextos escolares y clínico. La distribución por ámbito puede observarse en la gráfica 5.



Gráfica 5. Distribución de los artículos por ámbito de aplicación. Elaboración propia.

A continuación, se presenta la tabla en la que se hace la asignación de número a cada artículo, a partir de este momento se utilizará la codificación mencionada para referirse a estos (ver Tabla 5). La codificación se estableció por orden de registro.

Tabla 5.
Codificación de los artículos seleccionados.

Nº código	Referencia del artículo utilizado
1	Tørmoen, A., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., ...Mehlum, L. (2014). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents with Multi-Problems: Training, Adherence, and Retention. <i>Archives of Suicide Research</i> , 18(4), 432-444. doi: 10.1080/13811118.2013.826156
2	Lenz, A. y Del Conte, G. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents in a Partial Hospitalization Program. <i>Journal of Counseling & Development</i> , 96(1), 15-26. doi: 10.1002/jcad.12174
3	Amutio-Kareaga, A., Franco Justo, C., Gázquez Linares, J. y Mañas Mañas, I. (2015). Aprendizaje y práctica de la conciencia plena en estudiantes de bachillerato para potenciar la relajación y la autoeficacia en el rendimiento escolar. <i>Universitas Psychologica</i> , 14(2), 433-443. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-2.apcp
4	Langer, Á., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J., Cid, C. y Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. <i>Revista médica de Chile</i> , 145(4), 476-482.

-
- 5 Eva, A. y Thayer, N. (2017). Learning to BREATHE: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Intervention to Support Marginalized Youth. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 580-591. doi: 10.1177/2156587217696928
-
- 6 Anila M. M. y Dhanalakshmi, D. (2016). Mindfulness based stress reduction for reducing anxiety, enhancing self-control and improving academic performance among adolescent students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(4), 390-397
-
- 7 James, A., Taylor, A., Winmill, L. y Alfoadari, K. (2008). A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.
-
- 8 Ali, A., Weiss, T., Dutton, A., McKee, D., Jones, K., Kashikar-Zuck, S., ... Shapiro, E. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Adolescents with Functional Somatic Syndromes: A Pilot Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 183, 184-190.
-
- 9 Kiani, B., Hadianfard, H. y Mitchell, J. (2016). The impact of mindfulness meditation training on executive functions and emotion dysregulation in an Iranian sample of female adolescents with elevated attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Australian Journal of Psychology*, 69(4), 273-282.
-
- 10 Bei, B., Byrne, M., Ivens, C., Waloszek, J., Woods, M., Dudgeon, P., ... Allen, N. (2013). Pilot study of a mindfulness-based, multi-component, in-school group sleep intervention in adolescent girls. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 213-220.
-
- 11 Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S. y Wade, T. (2017). A randomized controlled evaluation of a secondary school mindfulness program for early adolescents: Do we have the recipe right yet?. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 37-46.
-
- 12 Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S. y Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 81, 1-11.
-
- 13 Mak, C., Whittingham, K., Cunnington, R. y Boyd, R. (2018). Effect of mindfulness yoga programme MiYoga on attention, behaviour, and physical outcomes in cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(9), 922-932.
-
- 14 Ames, C., Richardson, J., Payne, S., Smith, P. y Leigh, E. (2013). Innovation in practice: Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78.
-
- 15 Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. y Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. doi: 10.1186/1753-2000-5-3
-
- 16 Franco Justo, C., Fuente Arias, M. y Salvador Granados, M. (2011). Impacto de un programa de entrenamiento en conciencia plena(mindfulness) en las medidas del crecimiento y la autorrealización personal. *Psicothema*, 23 (1), 58-65.
-
- 17 Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X. y Martínez-Taboada, C. (2016). Effect of a Mindfulness Training Program on the Impulsivity and Aggression Levels of Adolescents with Behavioral Problems in the Classroom. *Frontiers in psychology*, 7, 1385. doi:10.3389/fpsyg.2016.01385
-
- 18 Beckstead, D., Lambert, M., DuBose, A. y Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive Behaviors*, 51, 84-87.
-
- 19 Flynn, D., Joyce, M., Weihrauch, M. y Corcoran, P. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy - skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 376-380.
-
- 20 Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., ... Arensman, E. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16-week programme in a public community mental health setting. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(1). doi: 10.1111/camh.12298
-

-
- 21 Racey, D., Fox, J., Berry, V., Blockley, K., Longridge, R., Simmons, ... Ford, T. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Young People and Their Carers: a Mixed-Method Feasibility Study. *Mindfulness*, 9(4), 1063-1075
-
- 22 Ruskin, D., Gagnon, M., Kohut, S., Stinson, J. y Walker, K. (2017). A Mindfulness Program Adapted for Adolescents With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 1019-1029.
-
- 23 Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W. y Trestman, R. (2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(2), 105-113
-
- 24 Quach, D., Jastrowski Mano, K. y Alexander, K. (2016). A Randomized Controlled Trial Examining the Effect of Mindfulness Meditation on Working Memory Capacity in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 58(5), 489-496.
-
- 25 Haga, E., Aas, E., Grøholt, B., Tørmoen, A. y Mehlum, L. (2018). Cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1).
-
- 26 McCauley, E., Berk, M., Asarnow, J., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, ... Linehan, M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777.
-
- 27 Lee, E., Homan, K., Morrison, K., Ong, C., Levin, M. y Twohig, M. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial of Adults and Adolescents. *Behavior Modification*, 0(00), 1-22. doi: 10.1177/0145445518794366
-
- 28 Sibinga, E., Perry-Parrish, C., Thorpe, K., Mika, M. y Ellen, J. (2014). A Small Mixed-Method RCT of Mindfulness Instruction For Urban Youth. *EXPLORE*, 10(3), 180-186.
-
- 29 Sibinga, E., Webb, L., Ghazarian, S. y Ellen, J. (2015). School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*, 137(1). doi: 10.1542/peds.2015-2532.
-
- 30 Sibinga E., Kerrigan D., Stewart M., Johnson K., Magyari T y Ellen J.M. (2011) Mindfulness-Based Stress Reduction for Urban Youth. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 17, 213–218. doi: 10.1089/acm.2009.0605.
-
- 31 Sibinga, E., Perry-Parrish, C., Chung, S., Johnson, S., Smith, M. y Ellen, J. (2013). School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 57(6), 799-801.
-
- 32 de Bruin, E., Blom, R., Smit, F., van Steensel, F. y Bögels, S. (2015). MYmind: Mindfulness training for Youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914.
-
- 33 van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A., de Bruin, E. y Bögels, S. (2011). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 775-787.
-
- 34 Rice, F., Rawal, A., Riglin, L., Lewis, G., Lewis, G. y Dunsmuir, S. (2015). Examining reward-seeking, negative self-beliefs and over-general autobiographical memory as mechanisms of change in classroom prevention programs for adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 186, 320-327.
-
- 35 Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ... Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840.
-
- 36 Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, ... Tengström, A. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
-

-
- 37 Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S. y Schubert, C. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 855-866.
-
- 38 Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. y Miller, A. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 415-425
-
- 39 Cotton, S., Luberto, C., Sears, R., Strawn, J., Stahl, L., Wasson, R., ...Delbello, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry, 10*(5), 426-434.
-
- 40 Johnston, J., O'Gara, J., Koman, S., Baker, C. y Anderson, D. (2015). A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 71*(6), 527-543.
-
- 41 Marco, J., García, A. y Botella, C.(2012) Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema, 25* (2), 158-163.
-
- 42 Felver, J., Clawson, A., Morton, M., Brier-Kennedy, E., Janack, P. y DiFlorio, R. (2018). School-based mindfulness intervention supports adolescent resiliency: A randomized controlled pilot study. *International Journal of School & Educational Psychology, 1-12*. doi: 10.1080/21683603.2018.1461722
-
- 43 Felver, J., Tipsord, J., Morris, M., Racer, K. y Dishion, T. (2014). The Effects of Mindfulness-Based Intervention on Children's Attention Regulation. *Journal of Attention Disorders, 21*(10), 872-881.
-
- 44 Van Vliet, K., Foskett, A., Williams, J., Singhal, A., Dolcos, F. y Vohra, S. (2016). Impact of a mindfulness-based stress reduction program from the perspective of adolescents with serious mental health concerns. *Child and Adolescent Mental Health, 22*(1), 16-22.
-
- 45 Dvořáková, K., Kishida, M., Li, J., Elavsky, S., Broderick, P., Agrusti, M. y Greenberg, M. (2017). Promoting healthy transition to college through mindfulness training with first-year college students: Pilot randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 65*(4), 259-267
-
- 46 Bluth, K., Roberson, P. y Gaylord, S. (2015). A Pilot Study of a Mindfulness Intervention for Adolescents and the Potential Role of Self-Compassion in Reducing Stress. *EXPLORE, 11*(4), 292-295.
-
- 47 Bluth, K., Gaylord, S., Campo, R., Mullarkey, M. y Hobbs, L. (2015). Making Friends with Yourself: A Mixed Methods Pilot Study of a Mindful Self-Compassion Program for Adolescents. *Mindfulness, 7*(2), 479-492.
-
- 48 Bluth, K. y Eisenlohr-Moul, T. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence, 57*, 108-118.
-
- 49 Geddes, K., Dziurawiec, S. y Lee, C. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry Journal, 1-10*.
-
- 50 Sanger, K. y Dorjee, D. (2016). Mindfulness training with adolescents enhances metacognition and the inhibition of irrelevant stimuli: Evidence from event-related brain potentials. *Trends in Neuroscience and Education, 5*(1), 1-11.
-
- 51 Sanger, K., Thierry, G. y Dorjee, D. (2018). Effects of school-based mindfulness training on emotion processing and well-being in adolescents: evidence from event-related potentials. *Developmental Science, 21*(5), 1-11.
-
- 52 White, L. (2012). Reducing Stress in School-age Girls Through Mindful Yoga. *Journal of Pediatric Health Care, 26*(1), 45-56.
-

53	Shomaker, L., Bruggink, S., Pivarunas, B., Skoranski, A., Foss, J., Chaffin, E., ... Bell, C. (2017). Pilot randomized controlled trial of a mindfulness-based group intervention in adolescent girls at risk for type 2 diabetes with depressive symptoms. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 32, 66-74.
54	Cobos-Sánchez, L. y Fluja-Contreras, J. (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos. <i>Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes</i> , 4(2), 135-141.
55	Tan, L. y Martin, G. (2014). Taming the adolescent mind: a randomised controlled trial examining clinical efficacy of an adolescent mindfulness-based group programme. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 20(1), 49-55.
56	Waelde, L., Feinstein, A., Bhandari, R., Griffin, A., Yoon, I. y Golianu, B. (2017). A Pilot Study of Mindfulness Meditation for Pediatric Chronic Pain. <i>Children</i> , 4(5), 32.
57	Díaz, M. C., Pérez, C., Sánchez-Raya, A., Moriana, J. A. y Sánchez, V. (2018). Mindfulness-based stress reduction in adolescents with mental disorders: A randomised clinical trial. <i>Psicothema</i> , 30(2), 165-170.
58	Kanstrup, M., Wicksell, R., Kemani, M., Wiwe Lipsker, C., Lekander, M. y Holmström, L. (2016). A Clinical Pilot Study of Individual and Group Treatment for Adolescents with Chronic Pain and Their Parents: Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Functioning. <i>Children</i> , 3(4), 30.
59	Blake, M., Blake, L., Schwartz, O., Raniti, M., Waloszek, J., Murray, G., ... Allen, N. (2017). Who benefits from adolescent sleep interventions? Moderators of treatment efficacy in a randomized controlled trial of a cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep intervention for at-risk adolescents. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 59(6), pp.637-649.
60	Blake, M., Snoep, L., Raniti, M., Schwartz, O., Waloszek, J., Simmons, J., ... Allen, N. (2017). A cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep intervention improves behavior problems in at-risk adolescents by improving perceived sleep quality. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 99, 147-156.
61a	Mehlum, L., Tørmoen, A., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 53(10), 1082-1091.
61b	Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A., Haga, E., Diep, L., Stanley, B., ... Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , 55(4), 295-300.
62	Atkinson, M. y Wade, T. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 48(7), 1024-1037.
63	Crowley, M., Nicholls, S., McCarthy, D., Greatorex, K., Wu, J. y Mayes, L. (2017). Innovations in practice: group mindfulness for adolescent anxiety - results of an open trial. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 23(2), 130-133.
64	Kemani, M., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L. y Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an Intensive Interdisciplinary Pain Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Chronic Pain and Their Parents: A Nonrandomized Clinical Trial. <i>Journal of Pediatric Psychology</i> , 43(9), 981-994.
65	Soleimanianadegani, M. y Shahmohammadi, N. (2013). The Impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Anthropometric Indices Balance in High-School Obese Girls' Students in Iran. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , 84, 542-548.
66	Mon, M., Liabsuetrakul, T. y Htut, K. (2016). Effectiveness of Mindfulness Intervention on Psychological Behaviors Among Adolescents With Parental HIV Infection. <i>Asia Pacific Journal of Public Health</i> , 28(8), 765-775.

-
- 67 Singh, N., Lancioni, G., Manikam, R., Winton, A., Singh, A., Singh, J. and Singh, A. (2011). A mindfulness-based strategy for self-management of aggressive behavior in adolescents with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1153-1158.
-
- 68 Sierra, O., Urrego, G., Montenegro, S. y Castillo, C. (2015). Estrés escolar y empatía en estudiantes de bachillerato practicantes de Mindfulness. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, 26, 175-197.
-
- 69 Salimzade, O., PourHosein, R. y Lavasani, M. (2014). Investigating the effect teaching mindfulness-based stress reduction in reducing psychological symptoms in adolescent boys in dorms. *International Journal of Behavioral Social and Movement Sciences*, 03, 44-58.
-
- 70 Daly, P., Pace, T., Berg, J., Menon, U. y Szalacha, L. (2016). A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latino females. *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 22-28.
-
- 71 Petts, R., Duenas, J. y Gaynor, S. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144.
-
- 72 Umbach, R., Raine, A. y Leonard, N. (2017). Cognitive Decline as a Result of Incarceration and the Effects of a CBT/MT Intervention: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 31-55.
-
- 73 Tarrasch, R., Margalit-Shalom, L. y Berger, R. (2017). Enhancing Visual Perception and Motor Accuracy among School Children through a Mindfulness and Compassion Program. *Frontiers in Psychology*, 8.
-
- 74 Wicksell, R., Melin, L., Lekander, M. y Olsson, G. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain – A randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.
-
- 75 Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. y Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52.
-
- 76 Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Shaw, F., Fogarty, A., Batterham, P., Dobinson, K. y Karpin, I. (2017). Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: a feasibility study. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 70-85.
-
- 77 Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P., Hadzi-Pavlovic, D. y Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1).
-
- 78 Ramleth, R., Groholt, B., Diep, L., Walby, F. y Mehlum, L. (2017). The impact of borderline personality disorder and sub-threshold borderline personality disorder on the course of self-reported and clinician-rated depression in self-harming adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1).
-
- 79 Jee, S., Couderc, J., Swanson, D., Gallegos, A., Hilliard, C., Blumkin, A., Cunningham, K. y Heinert, S. (2015). A pilot randomized trial teaching mindfulness-based stress reduction to traumatized youth in foster care. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(3), 201-209.
-
- 80 Fischer, S. y Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 78-92.
-
- 81 Kumar, S., Croghan, I., Biggs, B., Croghan, K., Prissel, R., Fuehrer, D., ...Sood, A. (2018). Family-Based Mindful Eating Intervention in Adolescents with Obesity: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Children*, 5(7), .93.
-
- 82 Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Bakhshior Roodsari, A., Zeinodini, Z. and Noorbakhsh, S. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11).
-
- 83 Martin, S., Wolters, P., Toledo-Tamula, M., Schmitt, S., Baldwin, A., Starosta, A., ...Widemann, B. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American*
-

Journal of Medical Genetics Part A, 170(6), 1462-1470.

- | | |
|-----------|--|
| 84 | Mazzeo, S., Lydecker, J., Harney, M., Palmberg, A., Kelly, N., Gow, R., ... Stern, M. (2018). Development and preliminary effectiveness of an innovative treatment for binge eating in racially diverse adolescent girls. <i>Eat Behav</i> , 22, 199-205. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.014. |
| 85 | Dewi, S., Wiwie, M., Sastroasmoro, S., Irwanto, Purba, J., Pleyte, ... Haniman, F. (2015). Effectiveness of Mindfulness Therapy among Adolescent with Conduct Disorder in Jakarta, Indonesia. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , 165, 62-68. |
| 86 | Tamika, C., Zapolski, T. y Smith, G. (2016). Pilot Study: Implementing a Brief DBT Skills Program in Schools to Reduce Health Risk Behaviors Among Early Adolescents. <i>The Journal of School Nursing</i> , 33(3), 198-204. |
| 87 | Sharma, T., Sinha, V. y Sayeed, N. (2016). Role of mindfulness in dissociative disorders among adolescents. <i>Indian Journal of Psychiatry</i> , 58(3), p.326. |
| 88 | Goldstein, T., Fersch-Podrat, R., Rivera, M., Axelson, D., Merranko, J., Yu, H., ... Birmaher, B. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. <i>Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology</i> , 25(2), 140-149. |
| 89 | Sinha, U. y Kuma, D. (2010) Mindfulness-based Cognitive Behaviour Therapy with Emotionally disturbed Adolescents affected by HIV/AIDS. <i>Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health</i> , 6(1) 19-30. |
| 90 | Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., ... Huppert, F. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 203(02), 126-131. |
| 91 | Britton, W., Lepp, N., Niles, H., Rocha, T., Fisher, N. y Gold, J. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth-grade children. <i>Journal of School Psychology</i> , 52(3), 263-278. |
| 92 | Kanga, Y., Rahrig, H., Eichel, K., Niles, H., Rocha, T., Lepp, N., Gold, J. and Britton, W. (2018). Gender differences in response to a school-based mindfulness training intervention for early adolescents. <i>Journal of School Psychology</i> , 68, 163-176. |
| 93 | Anand, U. y Sharma, M.P. (2011). Impact of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Stress and Well-Being in Adolescents: A Study at a School Setting. <i>Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health</i> , 7(3), 73-97. |

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla (Tabla 5) se indicaron los códigos números que se emplearán para hacer referencia a los estudios, esta codificación permite que en la lectura del apartado de resultados y el apartado de discusión se tenga la información de referencia de todos los artículos que sean nombrados por su código.

A continuación, se presentarán los hallazgos encontrados en función de los diferentes objetivos planteados al inicio del trabajo.

6.1. Caracterización de los estudios

Este apartado se corresponde con el objetivo 1 del presente trabajo y presenta una caracterización de los estudios de acuerdo con los tipos de intervenciones basadas en mindfulness y el tipo de situación intervenida -problemáticas clínicas, problemáticas no clínicas y bienestar- en las que fueron usadas. En la tabla 6 se presenta la distribución de las situaciones intervenidas teniendo en cuenta el tipo de intervención.

Tabla 6.
Situaciones intervenidas por cada tipo de intervención.

Tipo de intervención	Problemáticas clínicas	Problemáticas no clínicas	Bienestar
Intervención 1: ACT	Tricotilomanía (27), neurofibromatosis tipo 1 (nfi) (83), dolor idiopático (74), dolor crónico (58),	Sintomatología depresiva (36, 71)	Prevención depresión y ansiedad (77), flexibilidad cognitiva (54)
Intervención 2: DBT	Diagnósticos múltiples como: trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno del ánimo no especificado, trastorno de ansiedad no especificado, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (2), anorexia y bulimia nerviosa (38), trastorno opositor desafiante (41), trastornos de alimentación (80, 40), depresión (80, 78), trastorno por atracón (84), trastorno bipolar (88), trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (35)	Autolesiones (1, 7, 15, 20, 25, 26, 49, 61a, 61b), abuso de sustancias (18), desregulación emocional (20), impulsividad (23), agresividad (23), intentos de suicidio (26, 61a, 61b), ideación suicida (49), comportamientos que ponen en riesgo la salud (86).	Síntomas de salud mental (76), tolerancia al estrés y regulación emocional (19)
Intervención 3: MBCT	Trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14), depresión (21, 34), sobrepeso y bajo peso (65), ansiedad social (82), trastornos de ansiedad (39)	Malestar emocional (89)	

Intervención 4: MBSR	Dolor crónico y fibromialgia (8), virus de la inmunodeficiencia humana (vih) (30), trastorno oposicionista desafiante (44), trastorno de déficit de atención e hiperactividad(44, 57), trastornos de ansiedad (37, 44, 57), trastorno depresivo (37, 44), trastorno depresivo (37, 57), trastornos de alimentación (57), trastornos de adaptación (57), trastorno de síntomas somáticos (37)	Síntomas de ansiedad (6, 31), efectos negativos del estrés y el trauma (29), síntomas psicológicos de enfermedad (69), traumas (79), estrés (93),	Autocontrol y desempeño académico (6), autorregulación de la agresividad (28), mecanismos de afrontamiento (31), promover bienestar (93),
Intervención 5: MBI	Dolor crónico (22), autismo, asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificados (32), trastornos de alimentación (62), trastorno disociativo (87), parálisis cerebral (13), trastornos mentales mixtos (55), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (33) obesidad (81, 70), dolor crónico (56), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (9), trastornos de conducta (85), ansiedad (12) depresión (12), dolor crónico (64), VIH perinatal (66)	Estrés escolar (68), estados emocionales negativos (4, 48), estrés (5, 48), agresividad (67) ansiedad (63, 59,75), síntomas depresivos (53,75), impulsividad y agresividad (17), problemas en la calidad del sueño (10, 59), preocupaciones por el peso (12), problemas de comportamiento (60)	Empatía (68), promoción de la salud y el bienestar (45, 90), resiliencia (42), bienestar emocional (46), bienestar psicológico (47), gratitud y curiosidad (48), salud mental y afectividad (91) atención (43), beneficios en población encarcelada (72), beneficios en general (11), percepción visual y motora (73), compasión en la escuela (73), memoria de trabajo (24), bienestar emocional y psicológico (92, 50, 51, 52), autorrealización (16), estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3), bienestar (12,75)

Fuente: Elaboración propia.

6.1.1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Número de artículos con este tipo de intervención. 8 artículos

Duración. Entre 6 (36) y 10 semanas (27, 71, 74), con un promedio de 8,57 semanas. 2 de los artículos no especificaron la duración de la intervención (58, 83).

Facilitadores. Las intervenciones fueron realizadas en su mayoría por psicólogos entrenados en ACT (27,77, 71, 74, 54), algunos contaban además con maestría y doctorado. Las demás intervenciones fueron realizadas por estudiantes de psicología con entrenamiento

clínico y que fueron entrenados en ACT (36) y psicólogos no entrenados en ACT (58). En uno de los estudios no se especificó el facilitador (83).

Muestra. La muestra más pequeña fue de 11 participantes (71), la más grande fue de 66 participantes (36), y el promedio fue de 34,7

Ámbitos. Los ámbitos en los cuales se realizaron las intervenciones fueron: dos intervenciones en el ámbito clínico (27, 74), tres intervenciones en el ámbito escolar (36, 77, 54) y tres intervenciones en el ámbito de salud (58, 83, 71).

Edades. Las intervenciones se realizaron en participantes desde los 10 a los 18 años.

Tipos de medidas. Se utilizaron como medida de comparación grupos control (27, 36, 77, 74) y medidas preintervención y postintervención (58, 83, 71,54)

6.1.1.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida

Bienestar. Prevención depresión y ansiedad (77), Flexibilidad cognitiva (54)

Problemáticas no clínicas. Sintomatología depresiva (36, 71)

Problemáticas clínicas Tricotilomanía (27), Neurofibromatosis tipo 1 (NFI) (83), Dolor Idiopático (74), Dolor crónico (58)

6.1.2. Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Número de artículos con este tipo de intervención. 23 artículos

Duración. La duración promedio de las intervenciones es de 21,36 semanas. La intervención más larga tuvo una duración de 52 semanas (88), seguido por 32 semanas (35) y varias intervenciones con una duración de 26 semanas (80, 26, 41, 49). Las demás intervenciones tienen una duración menor a 25 semanas (23, 25, 61a, 61b, 15, 38, 20, 1, 86,

19, 40, 78) con la más corta con una duración de 6 semanas (2). Finalmente, no se especifica la duración de cuatro intervenciones (7, 76, 84, 18)

Facilitadores. Los facilitadores que realizaron la intervención fueron variados, en su mayoría fueron terapeutas entrenados en DBT (80, 61a, 61b, 26, 41, 49, 20, 1, 76, 35), algunos de ellos contaban con entrenamiento anterior al estudio, otros fueron entrenados específicamente para realizar la investigación. Pese a no ser terapeutas, también se contó con facilitadores que fueron entrenados en el tipo de terapia para realizar la intervención, estos fueron consejeros profesionales (2, 18) y profesores (19). Se contó también con clínicos no entrenados en DBT (23, 88, 84, 40). Finalmente, no se especifica el tipo de facilitador en las demás intervenciones (25, 15, 38, 7, 86, 78).

Muestra. En el tamaño de la muestra se encuentra un promedio de 58,43, sin embargo, es importante señalar que existe una gran diversidad en los tamaños de las muestras, teniendo la muestra con menor tamaño con 6 participantes (49), seguidas por una gran cantidad de investigaciones con muestras entre 10 y 50 participantes (80, 38, 15, 88, 7, 23, 1, 78, 35, 84), 8 investigaciones con muestras que van desde 51 hasta 96 participantes (40, 86, 19, 25, 61a, 61b, 20, 76) y finalmente tres investigaciones con más de 100 participantes (2, 26), resaltando la de mayor tamaño con un total de 229 participantes (18).

Ámbitos. En este tipo de intervención, el 73,91% de los estudios se sitúan en el ámbito clínico (80, 88, 25, 61a, 61b, 15, 26, 41, 49, 38, 2, 7, 20, 1, 40, 78, 35), 3 estudios se sitúan en el ámbito educativo (86, 76, 19), 2 en el ámbito de la salud (18, 84) y 1 en el carcelario (23)

Edades. Las edades de los participantes iban desde los 12 años hasta los 19.

Tipos de medidas. Las medidas comparativas usadas fueron grupo control (88,25, 61a, 61b, 76, 84, 19, 35, 2, 26) y medidas preintervención y postintervención (23, 80, 15, 41, 49, 38, 7, 1, 86, 18, 40, 78, 20)

6.1.2.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida

Bienestar. Síntomas de salud mental (76), Tolerancia al estrés y Regulación emocional (19)

Problemáticas no clínicas. Autolesiones (1, 7, 15, 20, 25, 26, 49, 61a, 61b), Abuso de sustancias (18), Desregulación emocional (20), Impulsividad (23), Agresividad (23), Intentos de suicidio (26, 61a, 61b), Ideación suicida (49), Comportamientos que ponen en riesgo la salud (86).

Problemáticas clínicas. Diagnósticos múltiples como: Trastorno Depresivo, Trastorno Bipolar, Trastorno del Ánimo no especificado, Trastorno de Ansiedad no especificado, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (2), Anorexia y Bulimia Nerviosa (38), Trastorno Oposicionista Desafiante (41), Trastornos de Alimentación (80, 40), Depresión (80, 78), Trastorno por Atracón (84), Trastorno Bipolar (88), Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (35)

6.1.3. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)

Número de artículos con este tipo de intervención. 7 artículos

Duración. La duración de este tipo de intervención reportada en los artículos tiene un promedio de 9,3 semanas y la mayoría de intervenciones tuvieron una duración de 8 semanas (14, 21, 34, 82) y de 12 semanas (39, 89); un artículo no especificó la duración exacta, aunque nombra que se llevaron a cabo cerca de 30 intervenciones (65).

Facilitadores. En tres de los artículos no especifican qué personas facilitaron las intervenciones (14, 21, 65), en uno de los artículos sólo se contó con un psicólogo educativo como facilitador (34), dos intervenciones fueron facilitadas por dos terapeutas entrenados

(39,82) y una de las intervenciones contó con tres facilitadores, conformados por dos entrenadores de mindfulness y un psicólogo clínico.

Muestra. El número de participantes de los artículos de hicieron uso de la MBCT va desde 7 hasta 300, el promedio de participantes es de 90,4. Aunque hay tener en cuenta que solo dos artículos contaron con gran cantidad de participantes, uno de 300 y otro de 256 (65,34), luego un artículo con 30 participantes (82) y el resto de artículos con una muestra menor a 20 (14, 21, 89, 39)

Ámbitos. Los experimentos de los artículos fueron llevados a cabo principalmente en el ámbito clínico (14, 39, 82, 89), dos artículos fueron en el educativo (34, 65) y solo uno en el ámbito de la salud (21)

Edades. Las edades de las personas intervenidas van desde los 9 años hasta los 18

Tipos de medidas. Los tipos de medida fueron el de grupo control con 4 artículos (34, 65, 82, 89) y la medida preintervención y postintervención usada en 3 artículos (14, 21, 39)

6.1.3.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida

Bienestar. No hay artículos en los que se interviniera el bienestar con MBCT.

Problemáticas no clínicas. La única problemática no clínica intervenida fue el Malestar emocional (89)

Problemáticas clínicas. Trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14), Depresión (21, 34), Sobrepeso y Bajo peso (65), Ansiedad Social (82), Trastornos de ansiedad (39)

6.1.4. Reducción de estrés basada en Mindfulness (MBSR)

Número de artículos con este tipo de intervención. 12

Duración. La mayoría de las intervenciones que usaron MBSR de los artículos revisados tuvieron una duración de 8 semanas (6, 8, 28, 37, 44, 57, 69, 93), la intervención de mayor duración fue una de 12 semanas (31) y el resto de artículos fueron de 9 o 10 semanas (29, 30, 79).

Facilitadores. A excepción de dos artículos que no especificaron qué tipo de instructores llevaron a cabo las intervenciones (31, 93) las investigaciones contaron con instructores con experiencia en MBSR (8, 29, 30, 37, 57), dos con instructores con experiencia en mindfulness (69, 79), uno con experiencia en salud mental (44) y otro con un investigador y un ayudante (6).

Muestra. Dos de los artículos tuvieron una muestra de 300 participantes (6, 29), seguido de uno de 102 (37), la mayoría fue de menos de 90 participantes (28, 30, 31, 44, 57, 69, 79, 93) y el que contó con menor tamaño en su muestra fue uno de 15 participantes (8)

Ámbitos. El ámbito educativo tuvo 6 artículos (6, 28, 29, 31, 69, 93), mientras que el clínico tuvo 5 (30, 37, 44, 79, 57) y el ámbito de salud solo tuvo un artículo (8).

Edades. Las edades de los participantes en intervenciones de MBSR fueron desde los 10 hasta los 19 años

Tipos de medidas. La medida más utilizada fue el grupo control (6, 28, 29, 31, 37, 68, 79, 57), el resto usaron la medida preintervención y postintervención (8, 30, 44, 93).

6.1.4.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida

Bienestar. Autocontrol y Desempeño académico (6), Autorregulación de la agresividad (28), Mecanismos de afrontamiento (31), Promover Bienestar (93).

Problemáticas no clínicas. Síntomas de ansiedad (6, 31), Efectos negativos del estrés y el trauma (29), Síntomas psicológicos de enfermedad (69), Traumas (79), Estrés (93).

Problemáticas clínicas. Dolor crónico y Fibromialgia (8), Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (30), Trastorno oposicionista desafiante (44), Trastorno de déficit de atención e hiperactividad(44, 57), Trastornos de ansiedad (37, 44, 57), Trastorno depresivo (37, 44), Trastorno Depresivo (37, 57), Trastornos de alimentación (57), Trastornos de adaptación (57), Trastorno de síntomas somáticos (37).

6.1.5. Intervenciones basadas en Mindfulness (MBI)

Número de artículos. 44 artículos

Duración. La intervención más corta tuvo una duración de 3 semanas (64) y la más larga de 23 a 30 semanas (67), seguida de una intervención con 24 semanas de duración (73) . La mayoría tuvo una duración de 4 a 10 semanas (72, 24, 55, 87, 91, 46, 5, 47, 53, 70, 56, 92, 10, 60, 43, 22, 68, 4, 45, 48, 33, 13, 9, 85, 3, 12, 50, 51, 52, 32, 42, 90, 11, 62, 59, 81, 63, 17, 16).

Facilitadores. La mayoría de los entrenadores tenían experiencia en intervención con mindfulness o fueron entrenados para el desarrollo del programa. Entre estos tenemos: Psicólogos entrenado o con experiencia en Mindfulness (62, 42, 46, 47, 33, 72, 63, 11, 12, 75) y otro tipo de facilitador no psicólogo que recibió entrenamiento (67, 81, 45, 90, 66, 73, 24, 92, 85, 16). También realizaron la intervención psicólogos sin experiencia ni entrenamiento (5, 13, 56, 9, 10, 59, 60), y uno con experiencia en el trabajo con trastornos del espectro autista (32). Algunos artículos no especifican el facilitador (87,22, 91, 68, 67, 4, 48, 55, 53, 70, 17,3, 50, 51, 52, 64).

Muestra. Sólo hubo dos artículos con menos de 10 participantes (67,87), los artículos con el mayor número de participantes tuvieron una muestra de 555 y 522 participantes (11,90) seguidos de tres artículos que contaron una muestra entre 347 y 308 (12,62,75). La mayoría de artículos contaron con una muestra menor a 200 participantes (3,5,22, 32, 68, 91, 4, 45,

42, 46, 47, 48, 33, 13, 55, 43, 72, 63, 53, 70, 66, 73, 24, 56, 92, 9, 85, 17, 16, 10, 50, 51, 59, 60, 52, 64,81).

Ámbitos. El ámbito con más intervenciones fue el educativo con 23 estudios (91, 4, 45, 42, 5, 90, 11, 24, 92, 9, 85, 17, 16, 10, 3, 12, 50, 52, 75, 73, 68, 63, 51), seguido del clínico con 10 estudios (87, 62, 60, 22, 32, 43, 33, 53, 56, 55), salud con 9 estudios (67, 81, 48, 47, 13, 70, 66, 59, 64) y finalmente con un sólo estudio se encontraron el carcelario (72) y el comunitario (46)

Edades. Las edades de estos artículos se encuentran en un rango entre 8 y 25 años, exceptuando un artículo que contó con participantes con edades entre los 6 y 16 años (13).

Tipos de medidas. La mayoría de estudios utilizaron grupo de comparación (43, 24, 91, 68, 81, 42, 47, 90, 55, 72, 53, 70, 66, 73, 92, 85, 17, 16, 50, 51, 59, 75, 45, 13, 11, 12, 9, 3, 4) y el resto utilizó medidas preintervención y postintervención (87, 62, 67, 46, 5, 33, 63, 56, 60, 52, 64, 22, 10, 32, 48).

6.1.5.1. Clasificación de los artículos según el tipo de situación intervenida

Bienestar. Empatía (68), Promoción de la salud y el bienestar (45, 90), Resiliencia (42), Bienestar emocional y psicológico (46, 92, 50, 51, 52, 47), Gratitud y Curiosidad (48), Salud mental y afectividad (91), Atención (43), Beneficios en población encarcelada (72), Beneficios en general (11) , Percepción visual y motora (73), Compasión en la escuela (73), Memoria de trabajo (24), Autorrealización (16), Estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3), Bienestar general (12,75)

Problemáticas no clínicas. Estrés Escolar (68), Estados Emocionales Negativos (4, 48), Estrés (5, 48), Agresividad (67, 17), Ansiedad (63, 59,75), Síntomas depresivos (53,75),

Problemas en la calidad del sueño (10, 59), Preocupaciones por el peso (12), Problemas de comportamiento (60)

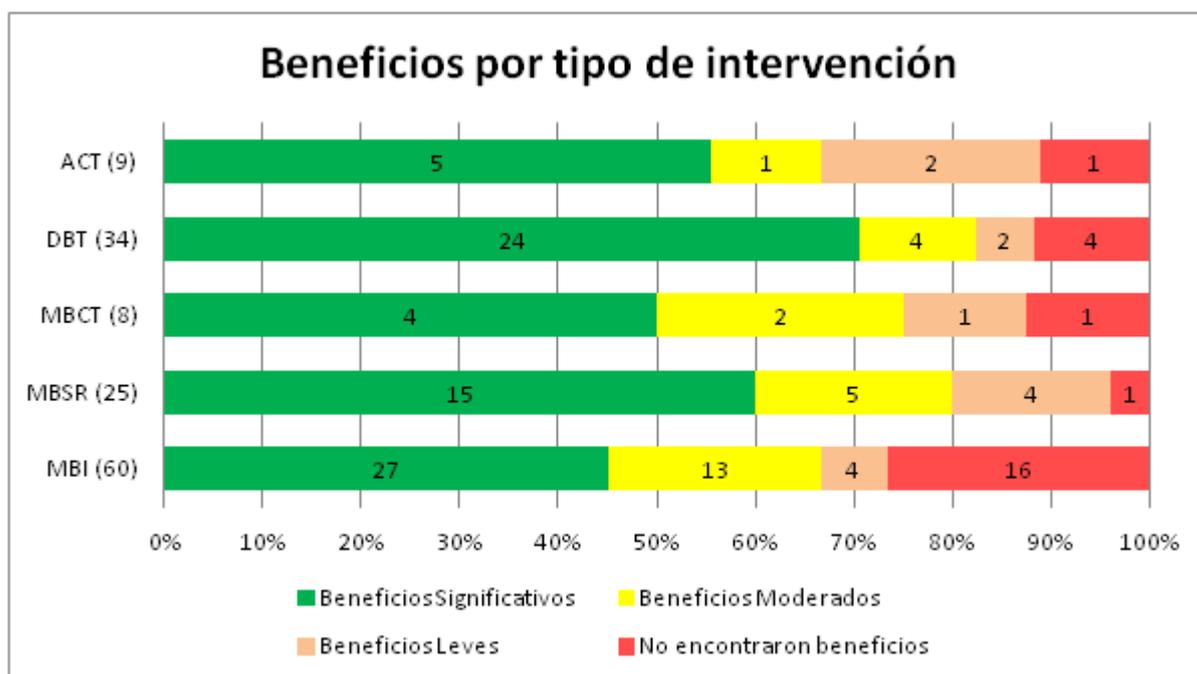
Problemáticas clínicas. Dolor crónico (22, 56, 64), Autismo, Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificados (32), Trastornos de alimentación (62), Trastorno Disociativo (87), Parálisis cerebral (13, 90), Trastornos mentales mixtos (55), Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (33, 9), Obesidad (81, 70), Trastornos de conducta (85), Ansiedad (12) Depresión (12), VIH perinatal (66).

6.2. Clasificación de los beneficios por tipo de intervención

Este apartado se corresponde con el objetivo 2 del presente trabajo y hará una clasificación de los temas de intervención contemplados en los artículos revisados, diferenciando los temas que presentaron beneficios de los que no, separadas en el nivel de beneficios reportados (significativos, moderados, leves, no hay) y en los tipos de intervenciones que hacen uso del mindfulness. Los niveles de beneficios son aquellos dados por las intervenciones y se usan las clasificaciones tal como los autores lo nombran, es decir, se usará la clasificación que los autores nombren para definir sus propios resultados, sean estos: significativos, moderados, leves o no hay.

Es importante señalar que existen artículos que presentan más de un tema de intervención, por esta razón la cantidad de beneficios hallados en un tipo de intervención no se corresponderá necesariamente con la cantidad de artículos. Además, un mismo tema de intervención puede tener distintos niveles de beneficio que corresponden a distintos beneficios específicos que serán mencionados en el apartado 6.3.

Finalmente, y teniendo en cuenta lo anterior, se presentará para cada tipo de intervención, una representación gráfica de los beneficios mostrando las proporciones que hay en la totalidad de cada tipo (ver Gráfica 6).



Gráfica 6. Proporción del nivel de beneficios por cada tipo de intervención. Elaboración propia.

6.2.1. Beneficios significativos

A continuación se procederá a presentar los beneficios significativos reportados por las investigaciones. En la Tabla 7 se muestra su distribución.

Tabla 7.

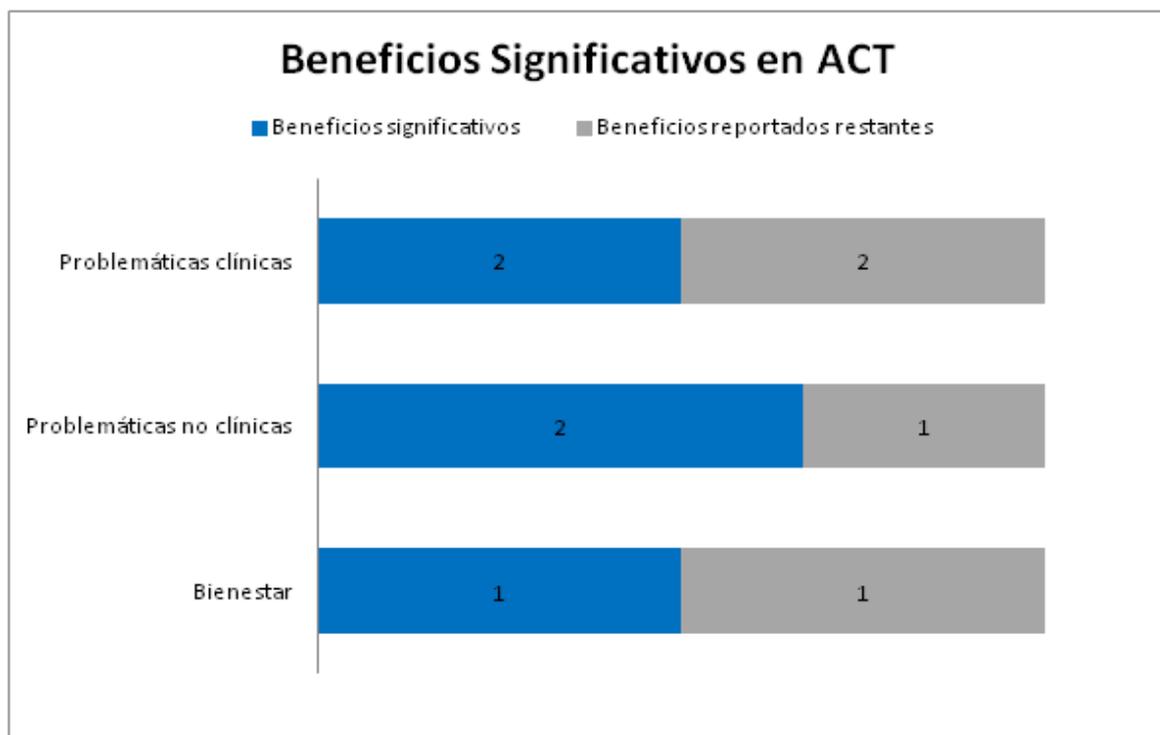
Situaciones intervenidas en las que se dieron beneficios significativos.

Beneficios Significativos			
Tipo de intervención	Problemáticas clínicas	Problemáticas no clínicas	Bienestar
Intervención 1: <i>ACT</i>	Dolor idiopático (74), dolor crónico (58)	Sintomatología depresiva (36, 71)	Flexibilidad cognitiva (54).
Intervención 2: <i>DBT</i>	Trastorno depresivo (2, 80), anorexia nerviosa y bulimia (38), trastorno oposicionista desafiante (41), trastornos alimenticios (80, 40), trastorno bipolar (88) y trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (35).	Autolesiones (1, 7, 15, 20, 25, 26, 61a, 61b), abuso de sustancias (18), desregulación emocional y autolesiones (20), impulsividad y agresividad (23), intentos de suicidio y autolesiones (26, 61a, 61b), comportamientos riesgosos para la salud (86).	Tolerancia al estrés y regulación emocional (19).

Intervención 3: MBCT	Sobrepeso y bajo peso (65), trastorno de ansiedad social (82) y trastornos de ansiedad (39).	Malestar emocional (89).	N/A
Intervención 4: MBSR	Dolor crónico y fibromialgia (8), VIH (30), trastorno de ansiedad (37,57), trastorno depresivo (37,57), trastorno de síntomas somáticos (37), trastornos de alimentación (57) y trastornos de adaptación (57).	Ansiedad (6), estrés y trauma (29), síntomas psicológicos de enfermedad (69) y estrés (93)	Autocontrol y desempeño académico (6) y promoción del bienestar (93)
Intervención 5: MBI	Dolor crónico (22, 64), autismo, asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificados (32), trastorno disociativo (87), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (33, 9), parálisis cerebral (13), trastornos mentales mixtos (55), obesidad (70), VIH perinatal (66) y trastornos de conducta (85).	Estrés escolar (68), estados emocionales negativos (4), estrés (5), síntomas de ansiedad (63, 75), impulsividad y agresividad (17) y sintomatología depresiva (75)	Empatía (68), bienestar psicológico (47), percepción visual y motora (73), compasión en la escuela (73), memoria de trabajo (24), autorrealización (16), estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3), bienestar general (75) y procesamiento de emociones y bienestar (51).

Fuente: Elaboración propia.

De los 9 beneficios reportados en la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, 5 fueron beneficios significativos. En problemáticas clínicas se encuentra el dolor idiopático (74) y el Dolor crónico (58). En problemáticas no clínicas la sintomatología depresiva (36, 71), y en bienestar se encontró la flexibilidad cognitiva (54). Ver gráfica 7.

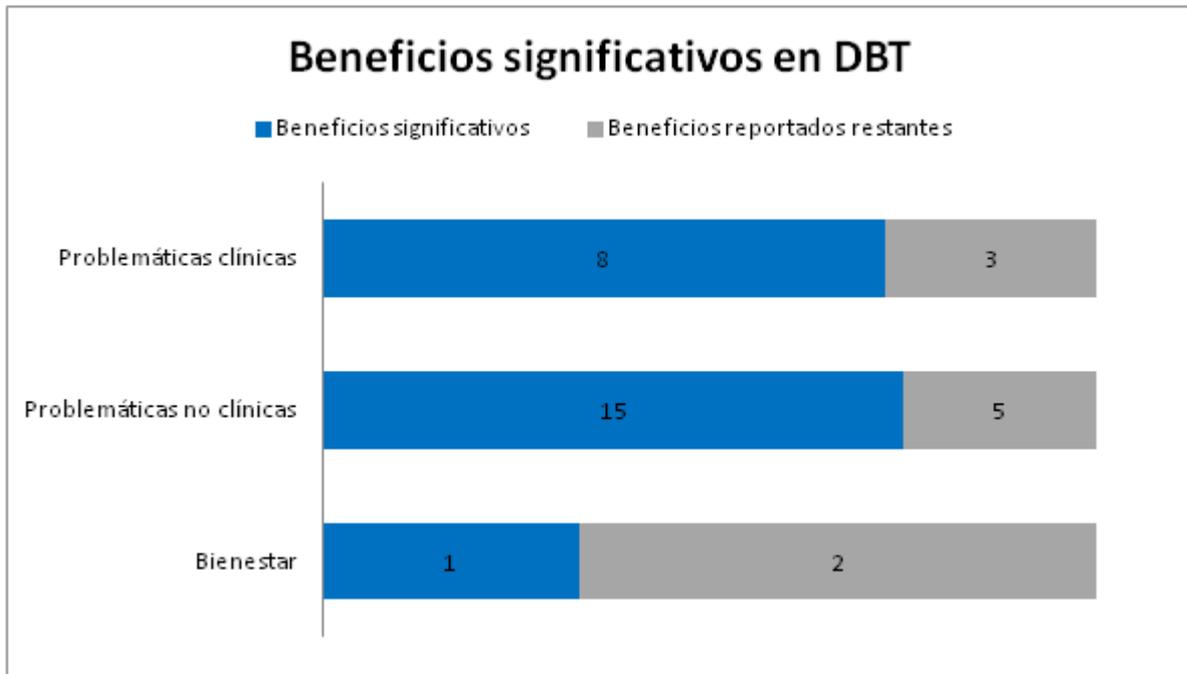


Gráfica 7. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en ACT. Elaboración propia.

De los 34 beneficios reportados en la *Terapia Dialéctico Conductual (DBT)*, 24 fueron beneficios significativos. en problemáticas clínicas se encontró trastorno depresivo (2, 80), anorexia nerviosa y bulimia (38), trastorno oposicionista desafiante (41), trastornos alimenticios (80, 40), trastorno bipolar (88) y trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (35).

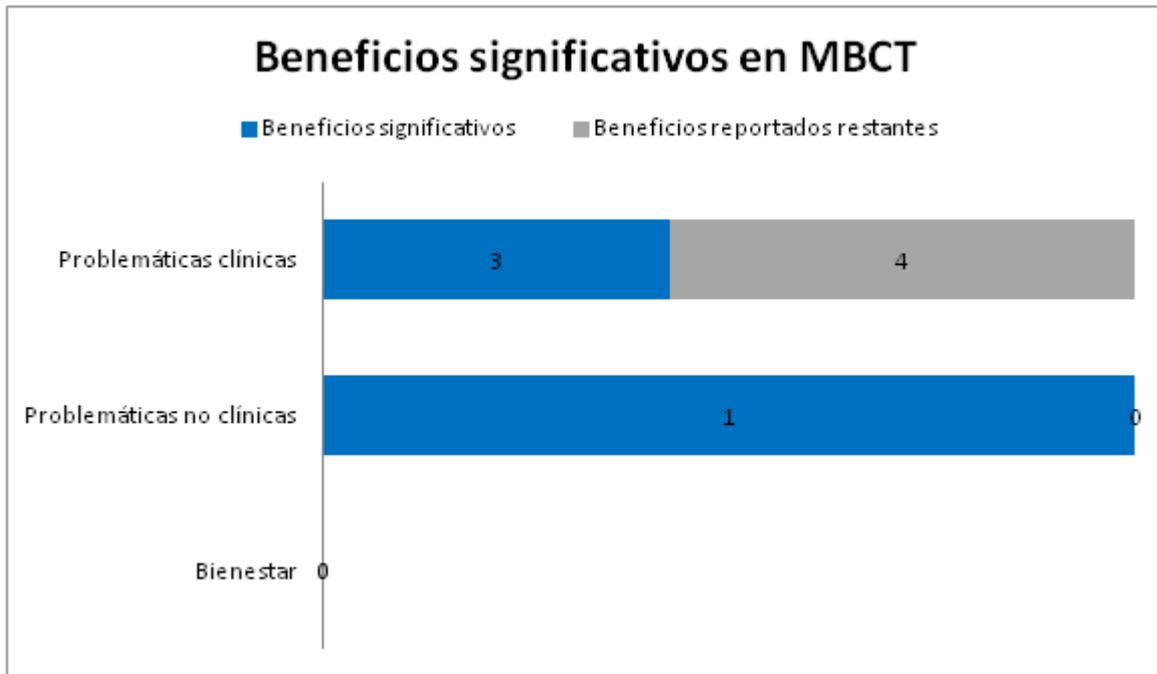
En problemáticas no clínicas se encontraron autolesiones (1, 7, 15,20, 25, 26, 61a, 61b), abuso de sustancias (18), desregulación emocional y autolesiones (20), impulsividad y agresividad (23), intentos de suicidio y autolesiones (26, 61a, 61b), comportamientos riesgosos para la salud (86).

Finalmente, en bienestar se encontraron beneficios significativos en tolerancia al estrés y regulación emocional (19). Ver gráfica 8.



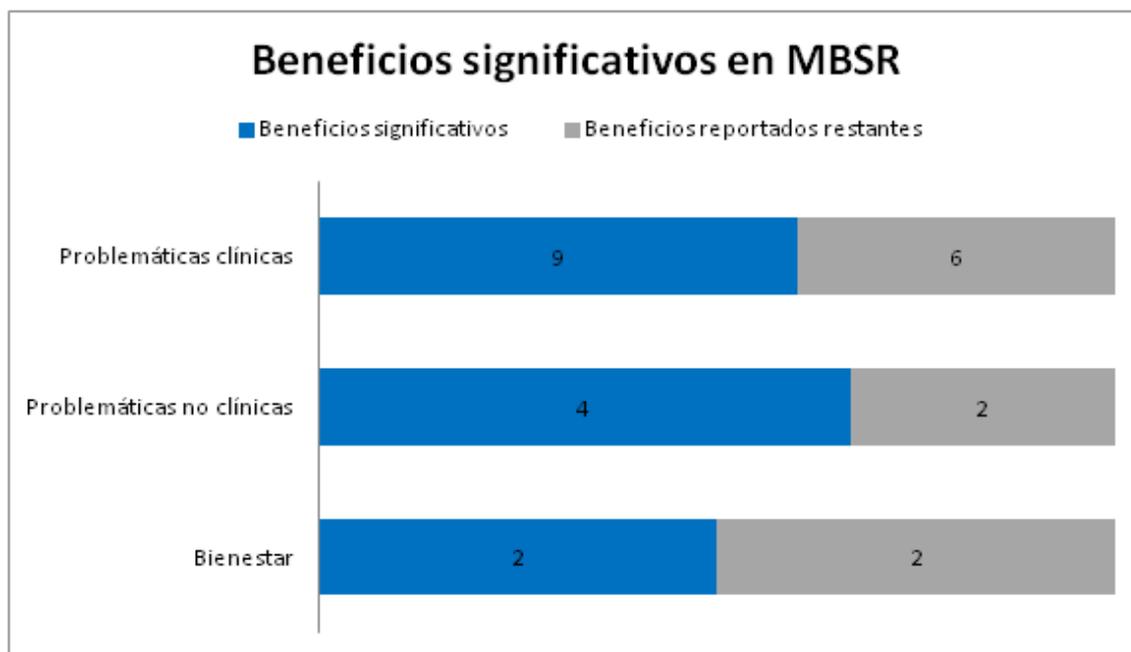
Gráfica 8. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en DBT. Elaboración propia.

De los 8 beneficios reportados en la *Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)*, 4 fueron beneficios significativos. en problemáticas clínicas se encontraron sobrepeso y bajo peso (65), trastorno de ansiedad social (82) y trastornos de ansiedad (39). por su parte, en problemáticas no clínicas se encontró malestar emocional (89). no se realizaron intervenciones en bienestar. Ver gráfica 9.



Gráfica 9. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en MBCT. Elaboración propia.

De los 25 beneficios reportados en el Programa *de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR)*, 15 fueron beneficios significativos. En problemáticas clínicas se encuentra dolor crónico y fibromialgia (8), VIH (30), trastorno de ansiedad (37,57), trastorno depresivo (37,57), trastorno de síntomas somáticos (37), trastornos de alimentación (57) y trastornos de adaptación (57). En problemáticas no clínicas se encuentra ansiedad (6), estrés y trauma (29), síntomas psicológicos de enfermedad (69) y estrés (93). En bienestar se encontró autocontrol y desempeño académico (6) y promoción del bienestar (93). Ver gráfica 10.

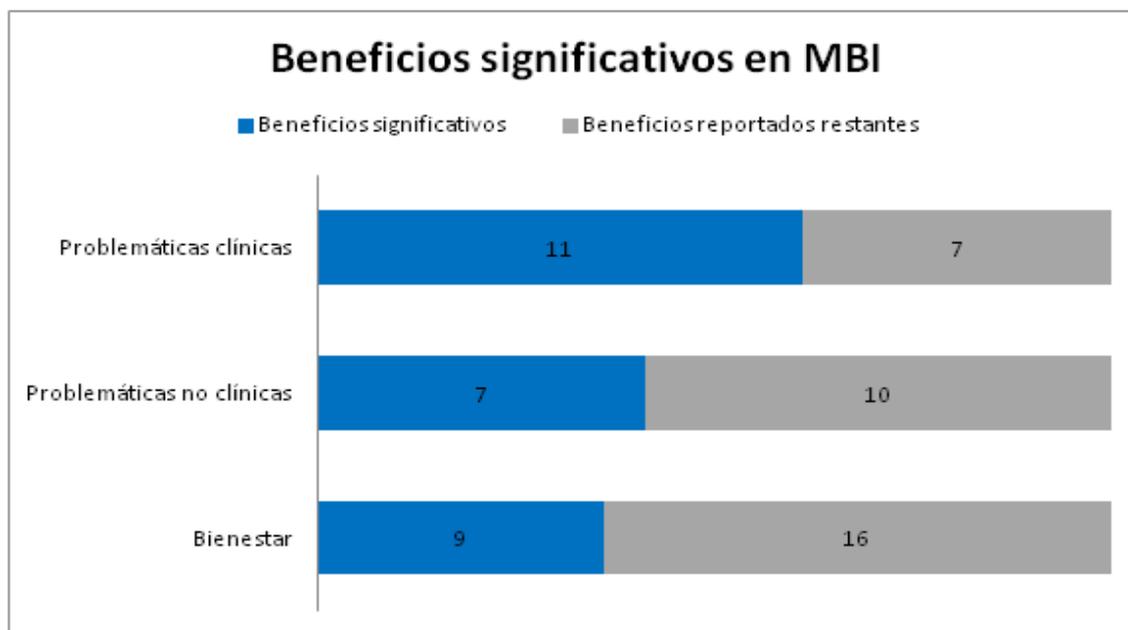


Gráfica 10. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en MBSR. Elaboración propia.

De los 60 beneficios reportados en las *Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)*, 27 fueron beneficios significativos. en las problemáticas clínicas se encontraron dolor crónico (22, 64), autismo, asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificados (32), trastorno disociativo (87), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (33, 9), parálisis cerebral (13), trastornos mentales mixtos (55), obesidad (70), vih perinatal (66) y trastornos de conducta (85).

En problemáticas no clínicas se encontraron estrés escolar (68), estados emocionales negativos (4), estrés (5), síntomas de ansiedad (63, 75), impulsividad y agresividad (17) y sintomatología depresiva (75).

Finalmente, en bienestar se entraron empatía (68), bienestar psicológico (47), percepción visual y motora (73), compasión en la escuela (73), memoria de trabajo (24), autorrealización (16), estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3), bienestar general (75) y procesamiento de emociones y bienestar (51). Ver gráfica 11.



Gráfica 11. Proporción de beneficios significativos y beneficios restantes reportados en MBI. Elaboración propia.

6.2.2. Beneficios moderados

A continuación se procederá a presentar los beneficios moderados reportados por las investigaciones. En la Tabla 8 se muestra su distribución.

Tabla 8.

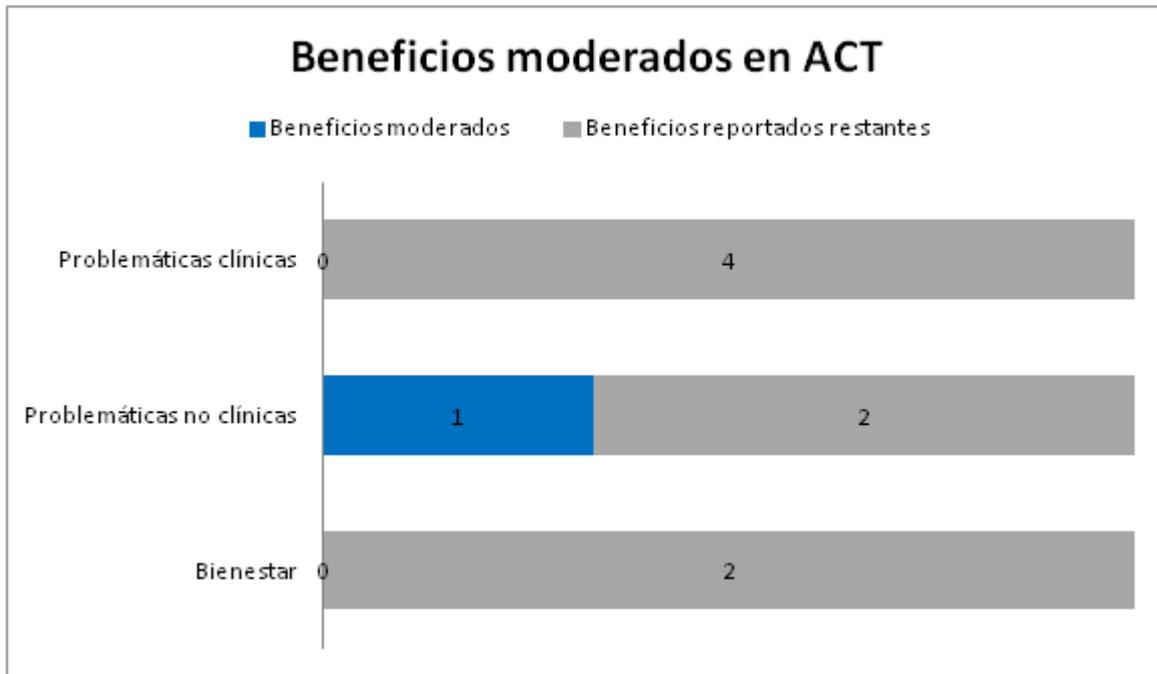
Situaciones intervenidas en las que se dieron beneficios moderados.

Beneficios Moderados			
Tipo de intervención	Problemáticas clínicas	Problemáticas no clínicas	Bienestar
Intervención 1: ACT	N/A	Sintomatología depresiva (36)	N/A
Intervención 2: DBT	Trastorno por atracción (84) y trastorno depresivo (78).	Autolesiones e ideación suicida (49) y comportamientos riesgosos para la salud (86).	N/A
Intervención 3: MBCT	Trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14) y trastorno depresivo (21).	N/A	N/A

Intervención 4: MBSR	Trastorno oposicionista desafiante (44), trastorno de déficit de atención e hiperactividad(44), trastornos de ansiedad(44), trastorno depresivo (44).	N/A	N/A
Intervención 5: MBI	N/A	Estrés (48), estados emocionales negativos (48) sintomatología depresiva (53) y problemas en la calidad del sueño (10).	Promoción de la salud y bienestar (45,90), bienestar emocional (46, 92), bienestar psicológico (47, 50), gratitud y curiosidad (48), atención (43), estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3).

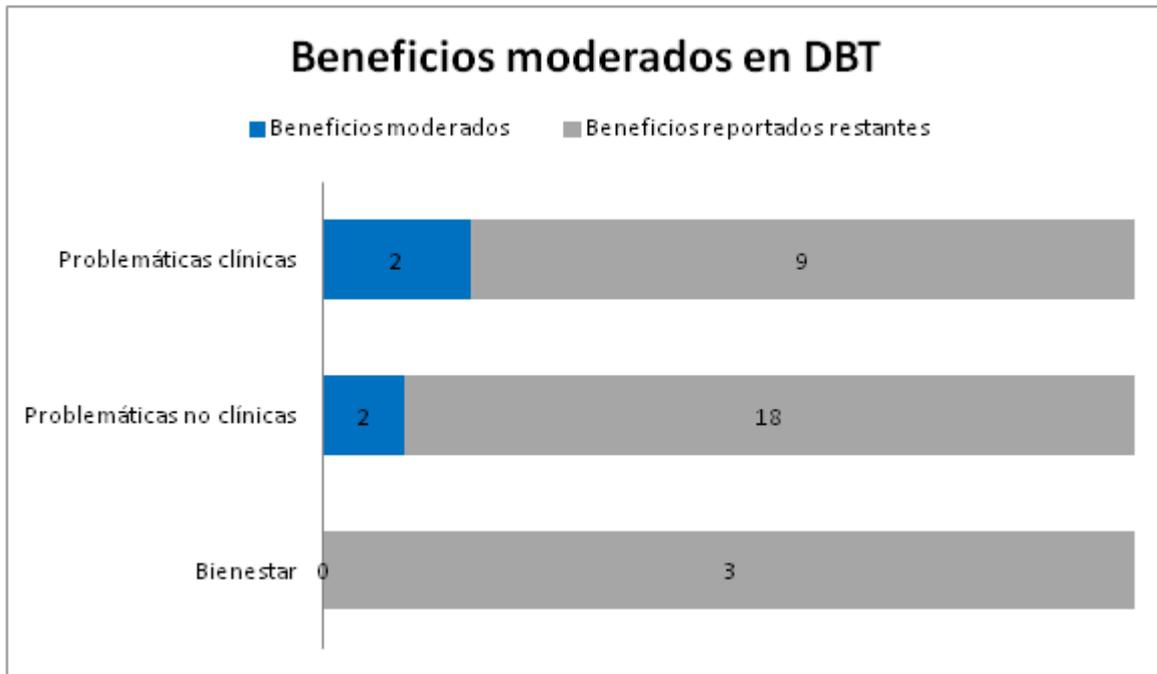
Fuente: Elaboración propia.

De los 9 beneficios reportados en la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, 1 tuvo beneficios moderados en problemáticas no clínicas en sintomatología depresiva (36). Ningún artículo presentó beneficios moderados en problemáticas clínicas o en bienestar. Ver gráfica 12.



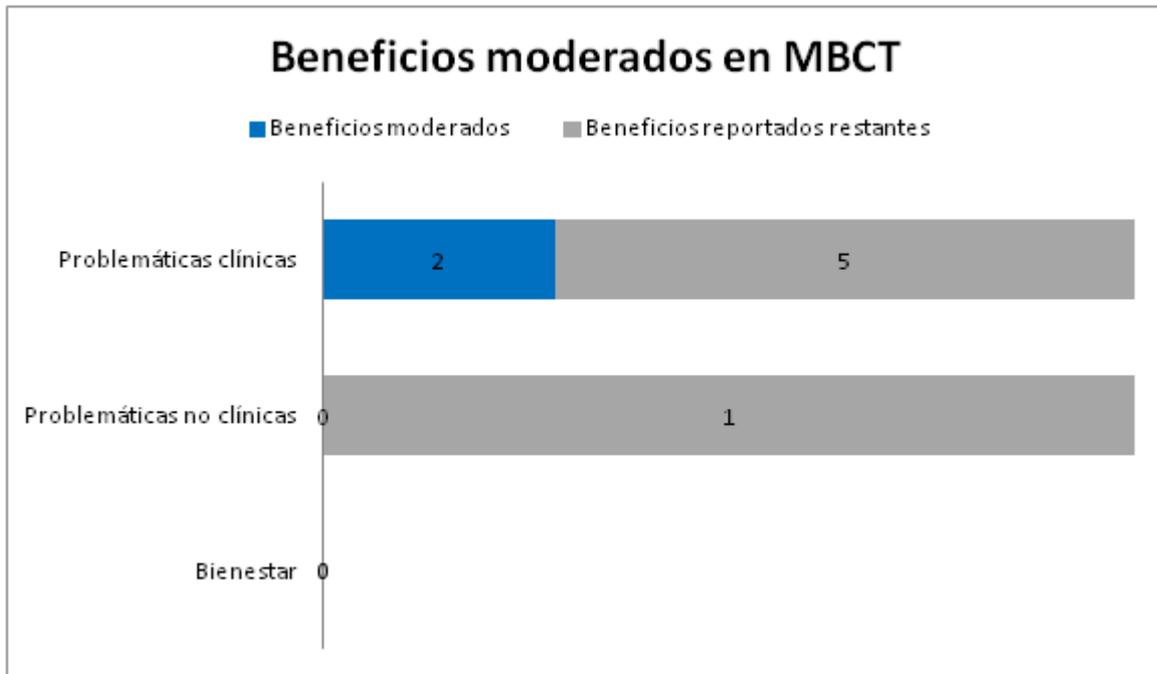
Gráfica 12. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en ACT. Elaboración propia.

De los 34 beneficios reportados en la *Terapia Dialéctico Conductual (DBT)*, 4 fueron beneficios moderados. en problemáticas clínicas se presentan trastorno por atracción (84) y trastorno depresivo (78). En problemáticas no clínicas se encuentra autolesiones e ideación suicida (49) y comportamientos riesgosos para la salud (86). Ningún artículo presentó beneficios moderados en Bienestar. Ver gráfica 13.



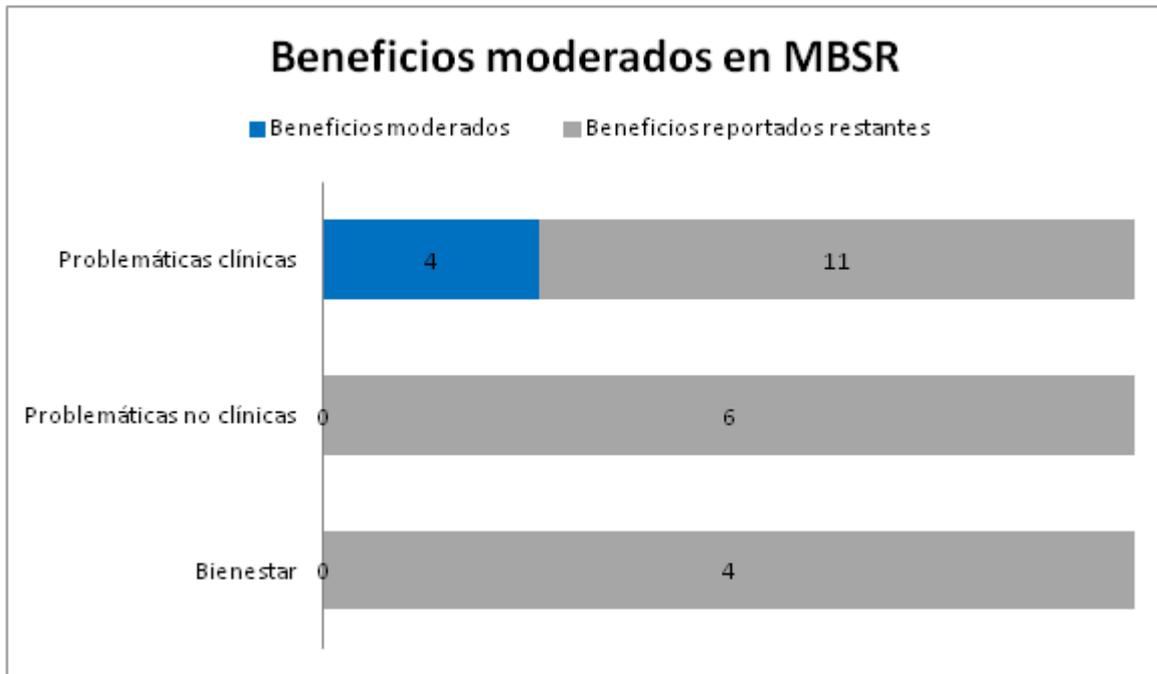
Gráfica 13. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en DBT. Elaboración propia.

De los 8 beneficios reportados en la *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)*, 2 fueron beneficios moderados. En problemáticas clínicas se encontró en trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14) y trastorno depresivo (21). Ningún artículo presentó beneficios moderados en problemáticas no clínicas ni en bienestar. Ver gráfica 14.



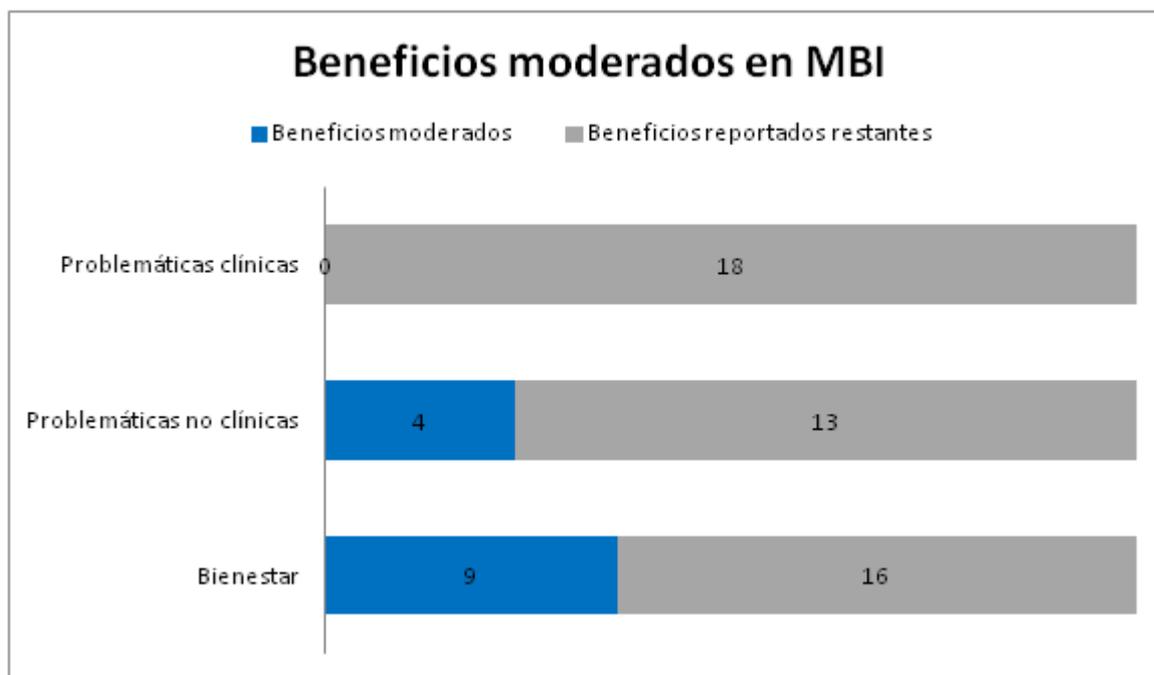
Gráfica 14. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en MBCT. Elaboración propia.

De los 25 beneficios reportados en el Programa *de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR)*, 5 fueron beneficios moderados en problemáticas clínicas, estos fueron trastorno oposicionista desafiante (44), trastorno de déficit de atención e hiperactividad(44), trastornos de ansiedad(44), trastorno depresivo (44) y trastornos alimenticios (62). Ningún artículo presentó beneficios moderados en problemáticas no clínicas ni en bienestar. Ver gráfica 15.



Gráfica 15. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en MBSR. Elaboración propia.

De los 60 beneficios reportados en las *Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)*, 13 fueron beneficios moderados. En problemáticas no clínicas se encontró estrés (48), estados emocionales negativos (48) sintomatología depresiva (53) y problemas en la calidad del sueño (10). En bienestar se presentaron en promoción de la salud y bienestar (45,90), bienestar emocional (46, 92), bienestar psicológico (47, 50), gratitud y curiosidad (48), atención (43), estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3). No se presentaron beneficios moderados en problemáticas clínicas. Ver gráfica 16.



Gráfica 16. Proporción de beneficios moderados y beneficios restantes reportados en MBI. Elaboración propia.

6.2.3. Beneficios leves

A continuación se procederá a presentar los beneficios leves reportados por las investigaciones. En la Tabla 9 se muestra su distribución.

Tabla 9.

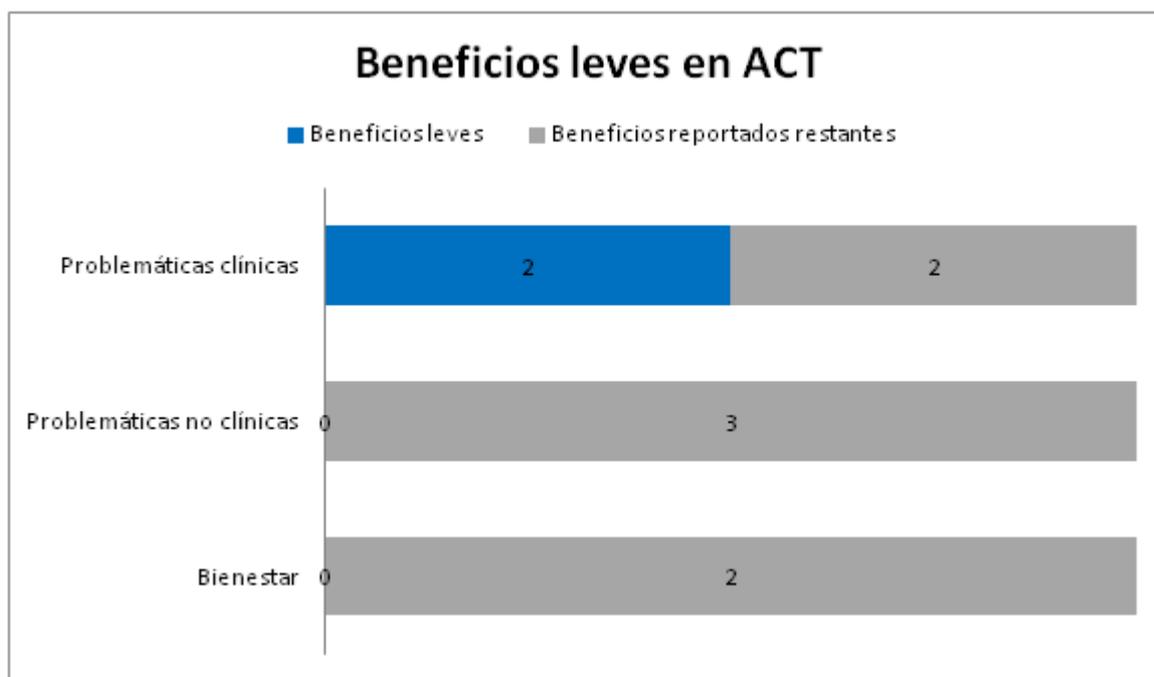
Situaciones intervenidas en las que se dieron beneficios leves

Tipo de intervención	Beneficios Leves		
	Problemáticas clínicas	Problemáticas no clínicas	Bienestar
Intervención 1: ACT	Tricotilomanía (27) y neurofibromatosis tipo 1 (nf1) (83).	N/A	N/A
Intervención 2: DBT	Trastornos de ansiedad no especificados (2).	N/A	Prevención síntomas de salud mental (76).
Intervención 3: MBCT	Trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14).	N/A	N/A
Intervención 4: MBSR	VIH (30)	Síntomas de ansiedad (31)	Autorregulación de la agresividad (28) y mecanismos de afrontamiento (31).
Intervención 5: MBI	N/A	Agresividad (67) y problemas en la calidad del sueño (10, 59),	N/A

ansiedad (59).

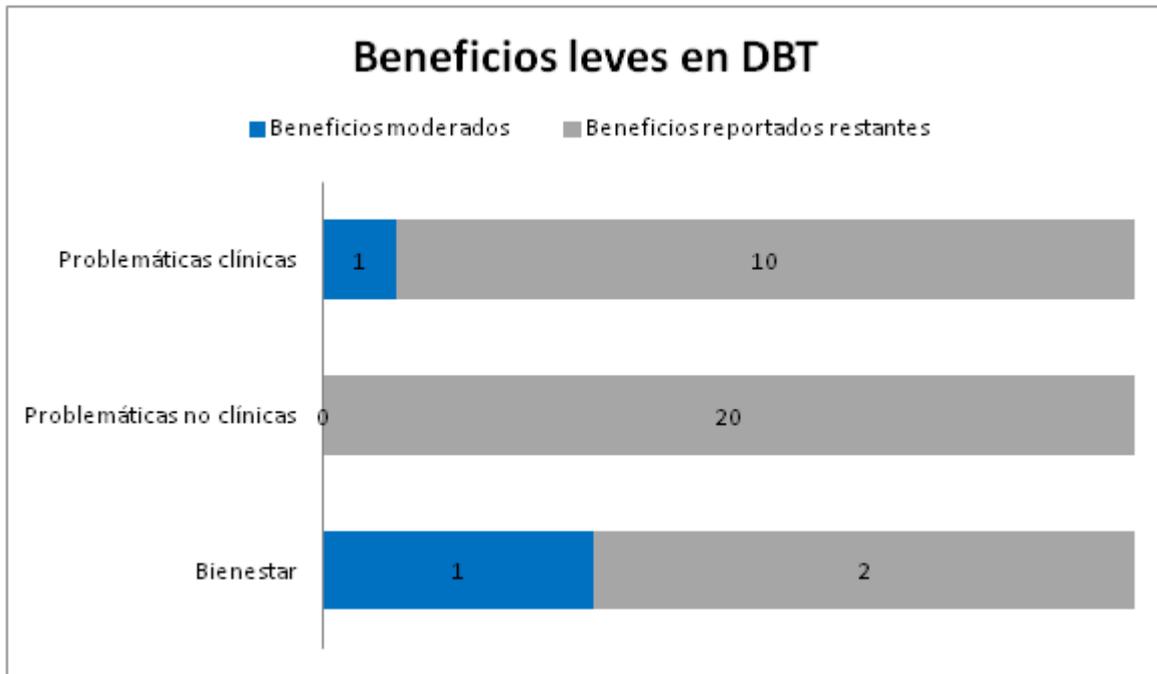
Fuente: Elaboración propia.

De los 9 beneficios reportados en la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, 2 presentaron beneficios leves en problemáticas clínicas, estos fueron en tricotilomanía (27) y neurofibromatosis tipo 1 (NF1) (83). No se encontraron beneficios leves en problemáticas no clínicas, ni en bienestar. Ver gráfica 17.



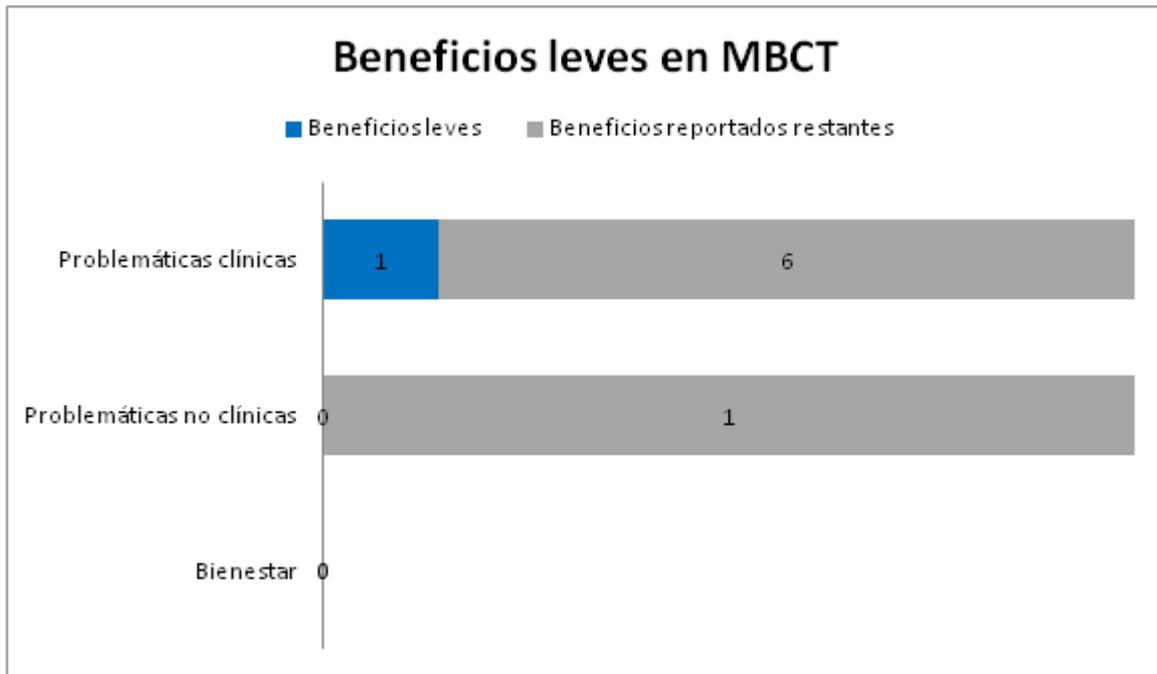
Gráfica 17. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en ACT. Elaboración propia.

De los 34 beneficios reportados en la *Terapia Dialéctico Conductual (DBT)*, 2 fueron beneficios leves. en problemáticas clínicas se presentaron en trastornos de ansiedad no especificados (2). En Bienestar se presentaron en prevención síntomas de salud mental (76). No se presentaron beneficios leves en problemáticas no clínicas. Ver gráfica 18.



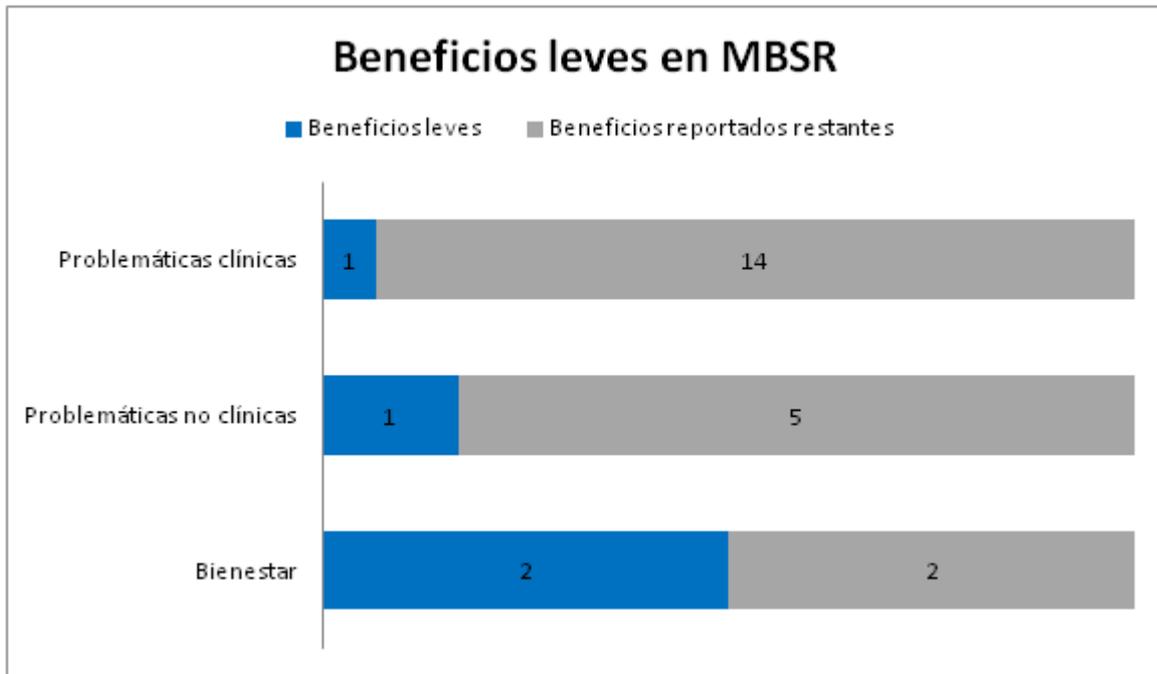
Gráfica 18. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en DBT. Elaboración propia.

De los 8 beneficios reportados en la *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)*, 1 obtuvo beneficios leves en problemáticas clínicas en trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14). No se presentaron beneficios en problemáticas no clínicas ni en bienestar. Ver gráfica 19.



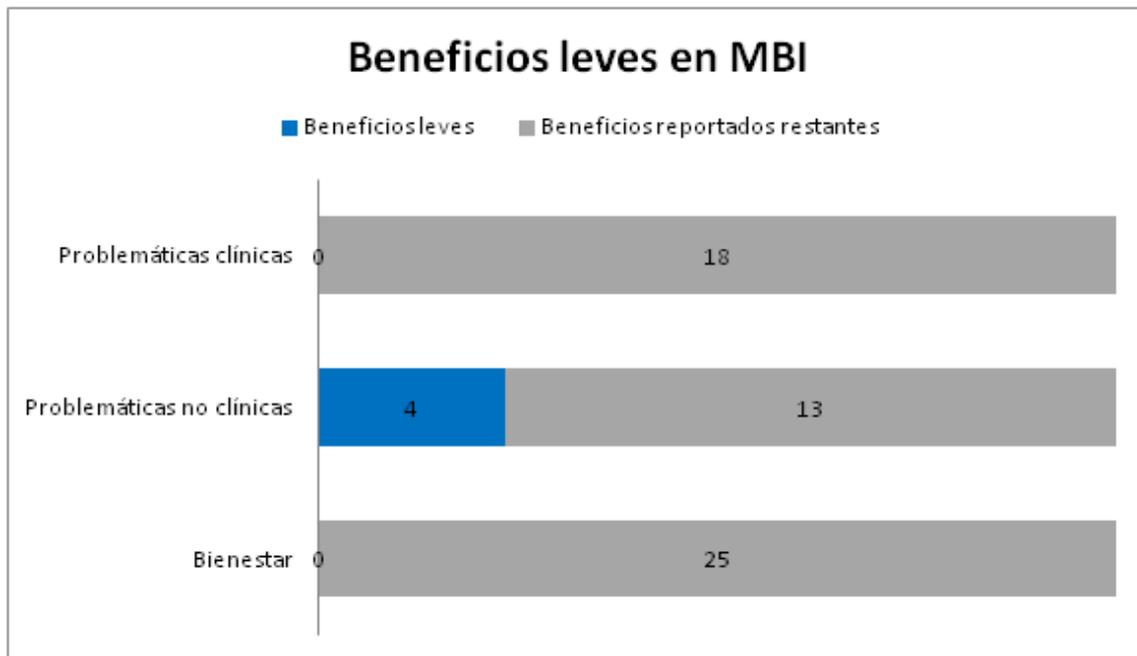
Gráfica 19. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en MBCT. Elaboración propia.

De los 25 beneficios reportados en el Programa *de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR)*, 4 fueron beneficios leves. En problemáticas clínicas se encontraron en VIH (30). En problemáticas no clínicas se presentaron en síntomas de ansiedad (31). En bienestar se encontraron en autorregulación de la agresividad (28) y mecanismos de afrontamiento (31). Ver gráfica 20.



Gráfica 20. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en MBSR. Elaboración propia.

De los 60 beneficios reportados en las *Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)*, 4 fueron beneficios leves. En problemáticas clínicas se encontraron agresividad (67), problemas en la calidad del sueño (10, 59) y ansiedad (59). Ver gráfica 21.



Gráfica 21. Proporción de beneficios leves y beneficios restantes reportados en MBI. Elaboración propia.

6.2.4. No se encontraron beneficios

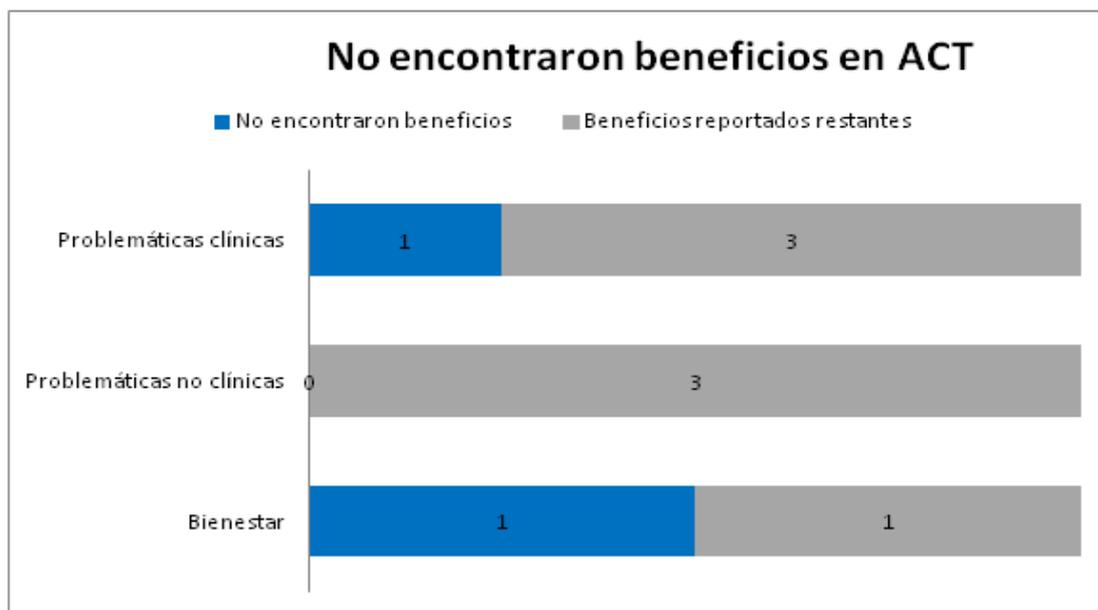
A continuación se procederá a presentar las situaciones intervenidas que no presentaron beneficios reportados por las investigaciones. En la Tabla 10 se muestra su distribución.

Tabla 10.
Situaciones intervenidas en las que no se dieron beneficios.

No se encontraron Beneficios			
Tipo de intervención	Problemáticas clínicas	Problemáticas no clínicas	Bienestar
Intervención 1: ACT	N/A	N/A	Prevención depresión y ansiedad (77).
Intervención 2: DBT	N/A	Impulsividad y agresividad (23), autolesiones (25) y desorden alimenticio (40).	Tolerancia al estrés y regulación emocional (19).
Intervención 3: MBCT	Trastorno depresivo (34).	N/A	N/A
Intervención 4: MBSR	N/A	Trauma (79).	N/A
Intervención 5: MBI	Obesidad (81), dolor crónico (22, 56), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (33) y trastorno de ansiedad (12), trastorno depresivo (12).	Preocupaciones sobre el peso (12) y problemas de conducta (60).	Salud mental y afectividad (91), promoción de la salud y bienestar (45), resiliencia (42), beneficios en población encarcelada (72), beneficios en general (11), bienestar (12) y bienestar psicológico (52).

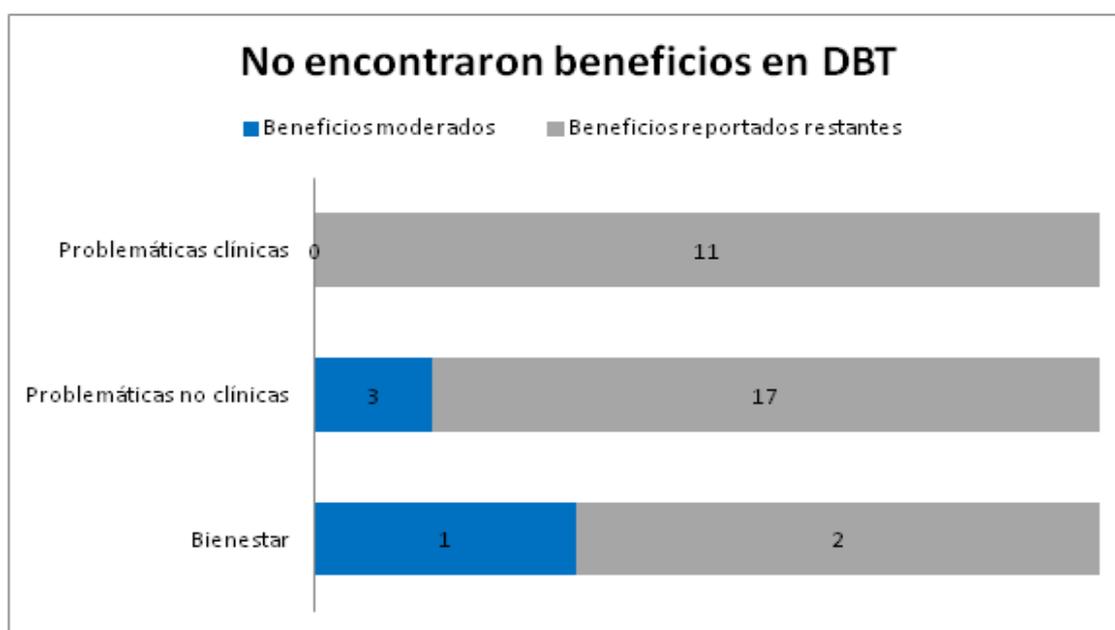
Fuente: Elaboración propia.

De los 9 beneficios reportados en la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, se encontró 1 artículo en el que no había beneficios en bienestar en prevención depresión y ansiedad (77). Ver gráfica 22.



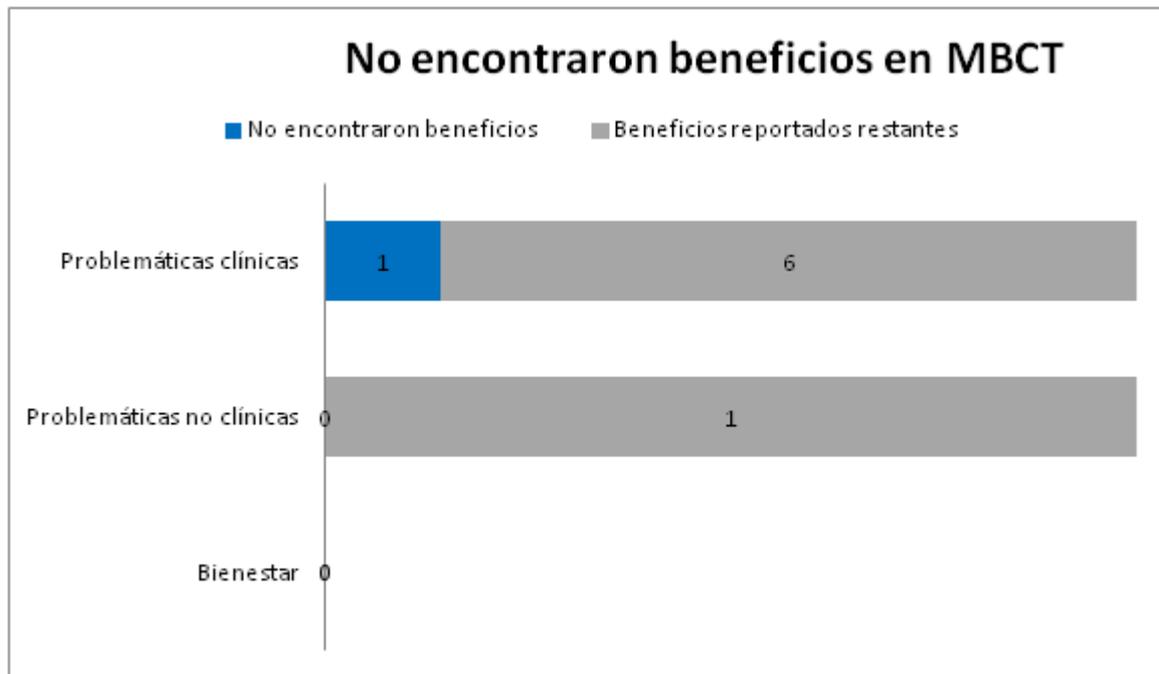
Gráfica 22. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en ACT. Elaboración propia.

De los 34 beneficios reportados en la *Terapia Dialéctico Conductual (DBT)*, se encontraron 4 artículos en los que no había beneficios. En problemáticas no clínicas en impulsividad y agresividad (23), autolesiones (25) y desorden alimenticio (40). en bienestar en tolerancia al estrés y regulación emocional (19). Ver gráfica 23.



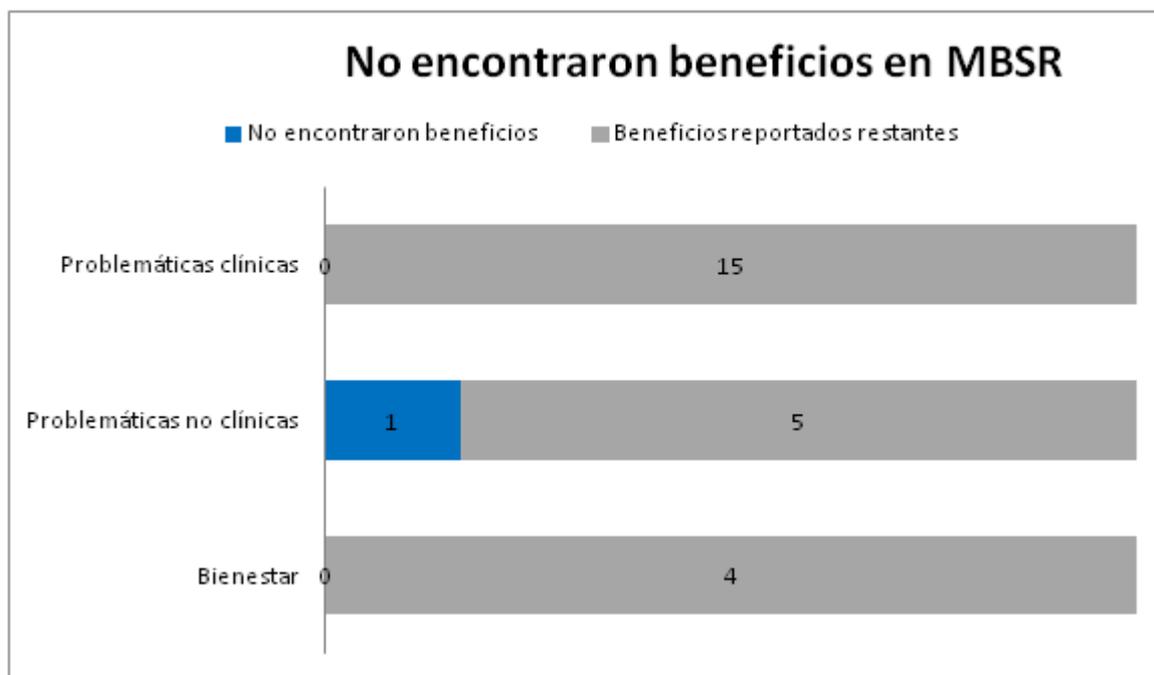
Gráfica 23. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en DBT. Elaboración propia.

De los 8 beneficios reportados en la *Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)*, e encontró 1 artículo en el que no había beneficios. En problemáticas clínicas en trastorno depresivo (34). Ver gráfica 24.



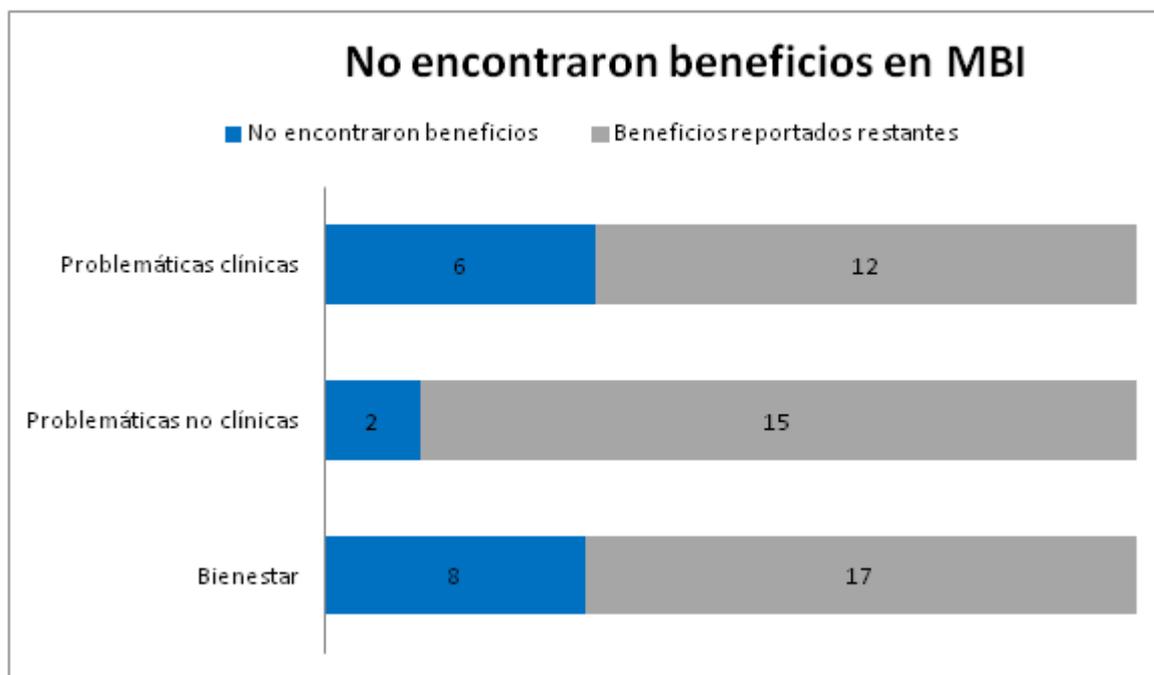
Gráfica 24. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en MBCT. Elaboración propia.

De los 25 beneficios reportados en el Programa *de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR)*, se encontró 1 artículo en el que no había beneficios. En problemáticas no clínicas en trauma (79). Ver gráfica 25.



Gráfica 25. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en MBSR. Elaboración propia.

De los 60 beneficios reportados en las *Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)*, se encontraron 16 artículos en los que no había beneficios. En problemáticas clínicas en obesidad (81), dolor crónico (22, 56), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (33) y trastorno de ansiedad (12), trastorno depresivo (12). en problemáticas no clínicas en preocupaciones sobre el peso (12) y problemas de conducta (60). en bienestar en salud mental y afectividad (91), promoción de la salud y bienestar (45), resiliencia (42), beneficios en población encarcelada (72), beneficios en general (11), bienestar (12) y bienestar psicológico (52) y en memoria de trabajo (24). Ver gráfica 26.



Gráfica 26. Proporción de resultados donde no se encontraron beneficios y los resultados con beneficios restantes en MBI. Elaboración propia.

6.3. Descripción de los beneficios específicos

Este apartado se corresponde con el objetivo 3 planteado por este trabajo. A continuación, se procederán a presentar los beneficios específicos reportados para cada una de las situaciones intervenidas. La tabla 12 presenta los beneficios específicos diferenciados por colores y siglas con los siguientes significados: La primera columna indicará el tipo de situación intervenida, de esta forma las problemáticas clínicas tendrán color azul y las siglas P.C, las problemáticas no clínicas tendrán color anaranjado y las siglas P.n.C, y bienestar tendrá el color morado y la sigla B. Finalmente, para diferenciar que el beneficio fue significativo se usará el color verde, y se usará el color amarillo para los beneficios moderados (ver tabla 11).

Tabla 11.
Convenciones para la tabla 12.

P.C.	Beneficio
P. n C.	Significativo
B	Moderado

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12.

Beneficios específicos significativos y moderados encontrados en cada tipo de intervención.

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P. C.	Dolor idiopático (74)	Mejoras en capacidad funcional en relación con el dolor (pairs), miedo al re / lesión o kinesiofobia (tsk), intensidad del dolor e incomodidad relacionada con el dolor. (74).				
P. C.	Trastorno Depresivo (2)		Disminución en síntomas de depresión (2).			
P. C.	Anorexia Nerviosa y Bulimia (38)		Reducción de los síntomas comportamentales de anorexia y bulimia (38).			
P. C.	Trastorno oposicionista desafiante (41)		Cesó el abuso de alcohol y medicamentos. comportamientos oposicionistas y desregulación emocional (escalada de violencia, agresión, lanzamiento de objetos, intimidación) (41).			
P. C.	Trastornos alimenticios (80,40)		Disminución en comer en exceso, purging y síntomas cognitivos de bulimia nerviosa y trastorno alimenticio no especificado (80) Disminución de pensamientos, actitudes y comportamientos de problemas de alimentación (40)			

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P. C.	Trastorno Bipolar (88)		Mayores tasas de adherencia al tratamiento, y síntomas depresivos menos severos. "los adolescentes que recibieron DBT también mostraron una mejora significativa (88)			
P. C.	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (35).		Mejoras en la adherencia al tratamiento (35).			
P. C.	Sobre peso y bajo peso (65)			Pérdida de peso, medidas de depresión, ansiedad, y calidad de vida (65).		
P. C.	Trastorno de ansiedad social (82).			Disminución de la ansiedad social (en miedo y evitación) y aumento de la autoestima (82).		
P. C.	Trastornos de ansiedad (39).			Disminución en síntomas de ansiedad y ansiedad clasificada por los jóvenes. Incrementó la regulación emocional (39).		
P. C.	Dolor crónico y Fibromalgia (no todos los participantes) (8).				Mejoras en test multidimensional anxiety scale for children y escala de estrés percibido (8).	
P. C.	VIH (30).				Reducción de hostilidad, disconfort general y disconfort emocional. somatización e ideación paranoica (30).	

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P. C.	Trastorno de Ansiedad (37), Trastorno Depresivo (37) y Trastorno de síntomas somáticos (37).				Disminución de síntomas en estrés percibido, síntomas obsesivos y problemas interpersonales en todos los trastornos(37).	
P. C.	Dolor crónico (22, 64, 58)	Mejor funcionamiento en general (58)				Manejo de estrés, y conciencia del cuerpo. incrementó aceptación del dolor (22) Aceptación del dolor e intensidad del dolor (64).
P. C.	Autismo, Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificados (32)					Mejoras en rumiación, incremento de capacidad de respuesta social, cognición social, comunicación social y motivación social. mejoras en compasión, menor puntaje en estilos parentales disfuncionales (laxitud) (32).
P. C.	Trastorno disociativo (87)					Mejoras en las puntuaciones de experiencias disociativas y en las puntuaciones de atención plena (87)

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P. C.	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (9) (33)					Mejoras en control inhibitorio en test del efecto stroop. Disminución de la no aceptación de las respuestas emocionales, y menores dificultades en control de impulsos (9) Reducción en problemas atencionales, en problemas del comportamiento y mejoras en la función ejecutiva (33).
P. C.	Parálisis cerebral (13)					Mejor atención sostenida. Menores puntajes de inatención (13).
P. C.	Trastornos mentales mixtos (55)					Disminución en las puntuaciones de dass-21 (55)
P. C.	Obesidad (70)					Reducción del índice de masa corporal (70).
P. C.	VIH perinatal (66)					Reducción en puntuaciones emocionales y conductuales (66).
P. C.	Trastornos de conducta (85)					Mejoras en autorregulación (85).

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P. C.	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, Trastornos de ansiedad, Trastornos de alimentación , Trastornos de adaptación (57)				Disminución en estado de ansiedad (57).	
P. C.	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, Trastornos de ansiedad, Trastornos de alimentación , Trastornos de adaptación (57)				Mejoras en los síntomas de depresión, paranoia y estrés percibido (57)	
P. C.	Sobrepeso y bajo peso (65)			Mejoras en la habilidad para lidiar con situaciones estresantes (65)		
P. C.	Trastorno del ánimo o de ansiedad con síntomas residuales de depresión (14)			Disminución de depresión e impacto de los síntomas (14)		
P. C.	Trastorno Depresivo (21)(78)		Reducción en los síntomas depresivos (78)	Bajaron las puntuaciones en el inventario de beck (21)		

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P. C.	Trastorno oposicionista desafiante (44), Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (44), Trastornos de ansiedad (44), Trastorno depresivo (44)				Mejoras en atención y concentración. Disminución en niveles de ansiedad y estrés. Reducción sentimientos de ira (44)	
P. C.	Trastornos alimenticios (62)				Reducción de la preocupación sobre el peso y la figura, restricciones de dieta, presiones socio-culturales y síntomas del trastorno alimenticio (62).	
P. C.	Trastorno por Atracón (84).		Mejoras en la preocupación de comer, preocupación de apariencia (shape), preocupación por el peso, actitudes alimentarias desordenadas globales, y comer emocionalmente (emotional eating) (84).			

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P.n. C.	Autolesiones (1, 7, 15, 25)		Urgencia para autolesionarse e intentos de suicidio (1) Disminución en puntuaciones de auto-reportes de depresión, desesperación, episodios deliberados de autolesión y un incremento del funcionamiento general (7) global assessment of functioning, or gaf (usado para medir cómo los síntomas afectan el día a día de la persona) y clinical global impression (cgi) (usado para medir la severidad de los síntomas, y la respuesta y eficacia del tratamiento (15), reducción de número de episodios de autolesión incluso a las 71 semanas de seguimiento.(25).			
P.n. C.	Abuso de sustancias (18)		Recuperación (dejar de usar la sustancia) (18)			
P.n. C.	Desregulación emocional y autolesiones (20)		Síntomas de trastorno borderline, depresión, ideación suicida y tratamiento de ira (20)			
P.n. C.	Impulsividad y Agresividad (23)		Reducción de los comportamientos agresivos e impulsivos (23)			

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P.n. C.	Intentos de suicidio y Autolesiones (26, 61a, 61b)		Reducción de intentos de suicidio (26) reducción de la frecuencia de autolesiones, severidad de la ideación suicida, y depresiva (61a) menos episodios de autolesión incluso durante el año de seguimiento(61b)			
P.n. C.	Comportamientos riesgosos para la salud (86)		Disminución en intenciones de involucrarse en comportamientos de riesgo debido al estado de ánimo positivo (86)			
P.n. C.	Ansiedad (6)				Disminución en síntomas de ansiedad (6)	
P.n. C.	Estrés y Trauma (29)				Mejor funcionamiento y afrontamiento. menores niveles de síntomas de estrés postraumático en síntomas de depresión y reexperiencia. (29)	
P.n. C.	Síntomas psicológicos de enfermedad (69)				Reducción de síntomas psicológicos (69)	
P.n. C.	Estrés (93)				Aumento en las puntuaciones del autoconcepto académico de la sub escala pwi-sc (93)	
P.n. C.	Estrés escolar (68)					Disminución del estrés escolar (68)

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P.n. C.	Estados emocionales negativos (4)					Disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa. Disminución malestar psicológico general (4)
P.n. C.	Síntomas de ansiedad (63)					Cambio en las medidas de internalización de problemas y externalización de problemas. Mejoras en autorreporte de ansiedad y estrés autopercebido. Mejoras en atención (63)
P.n. C.	Impulsividad y agresividad (17)					Disminución de la impulsividad y agresividad (17)
P.n. C.	Sintomatología depresiva (36) (53) (71) (75).	Reducción en los síntomas depresivos(71) Disminución de ansiedad y habilidades de mindfulness (36)				Reducción en puntuaciones de depresión, puntuaciones de estrés y puntuaciones de ansiedad total (75) Mejoras en la calidad del sueño autoreportada (puntuación psqi global).
P.n. C.	Malestar emocional (89)			Reducción significativa en las puntuaciones del síndrome de internalización y las escalas orientadas a dsm informadas en la terapia posterior. Reducción de problemas emocionales en adolescentes afectados por el VIH (89)		
P.n. C.	Regulación de la atención (43)					Mejoras en el monitoreo de conflicto (43)

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
P.n. C.	Autolesiones e Ideación Suicida (49)		Reducción de síntomas de trauma de la tsc (49)			
P.n. C.	Comportamientos riesgosos para la salud (86)		Disminución en intenciones de involucrarse en comportamientos de riesgo debido al estado de ánimo positivo (86)			
P.n. C.	Sintomatología depresiva (36) (53)	Disminución del estado disfórico, afecto negativo y autoevaluación negativa.(36)				Disminución de los síntomas depresivos, resistencia a la insulina (53)
P.n. C.	Problemas en la calidad del sueño (10)					Mejoras en insomnio de inicio del sueño (10)
B.	Flexibilidad cognitiva (54)	Mejoras en evitación experiencial (ee) y flexibilidad psicológica (fc), atención emocional y en inteligencia emocional percibida (iep) (54).				
B.	Tolerancia al estrés y Regulación emocional (19)		Mejoras en las medidas de síntomas emocionales e internalización de problemas (19).			
B.	Desempeño académico y autocontrol (6)				Mejoras en el desempeño académico y el autocontrol (6).	
B.	Empatía (68)					Aumento de la empatía (68).

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
B.	Bienestar psicológico (47)					Mejoras en la autocompasión y el mindfulness que derivaron en una disminución de síntomas de ansiedad, depresión, estrés percibido y un incremento en la satisfacción con la vida. (47)
B.	Memoria de trabajo (24)					capacidad de memoria de trabajo (24)
B.	Autorrealización (16)					Mejoras en el afrontamiento, operatividad y realización en el quehacer. Mejoras en autoconcepto y autoestima (16)
B.	Estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3)					Mejoras en autoeficacia en rendimiento escolar, estados de relajación, energía positiva y consciencia plena (3)
B.	Procesamiento de emociones y bienestar (51)					Mejores puntuaciones en el who-5 well being index (bienestar psicologico) (51)
B.	Bienestar (5)					Mejoras en la escala de autoestima y escala de estrés percibido (5)
B.	Memoria de trabajo (24)					Reducción de estrés percibido (24)

	Situación intervenida	Beneficios específicos de ACT	Beneficios específicos de DBT	Beneficios específicos de MBCT	Beneficios específicos de MBSR	Beneficios específicos de MBI
B.	Promoción de la salud y bienestar (45)					Menores niveles de problemas de sueño (45)
B.	Bienestar emocional (46) (92)					Mejoras en las escalas de satisfacción de vida, estrés percibido y autocompasión (46) Mejoría en el bienestar emocional en comparación con los del grupo de control (92)
B.	Bienestar psicológico (47, 50)					Mejoras en autocompasión y satisfacción de vida, ansiedad (47), procesamiento atención y meta cognición (50)
B.	Gratitud y Curiosidad (48)					Mejoras en estrés percibido, mindfulness, autocompasión, gratitud, resiliencia y curiosidad (48),
B.	Salud mental y bienestar general (90)					Impacto positivo en síntomas depresivos (90)
B.	Estados de relajación y sobre la autoeficacia en el rendimiento escolar (3)					Mejoras en las escalas de trascendencia (3)

Fuente: Elaboración propia.

7. Análisis de resultados y conclusiones

7.1. Componentes a tener en cuenta para la comprensión de los resultados de los estudios analizados

Teniendo en cuenta los hallazgos presentados en el apartado de 6. Resultados, se procederá a realizar análisis sobre estos. Se establecerá primeramente una comparación entre las situaciones intervenidas que presentaron beneficios significativos y aquellas que no encontraron beneficios, posteriormente se procederá a hablar de cuestiones importantes a resaltar sobre los beneficios encontrados, para finalmente establecer recomendaciones para futuras investigaciones.

Debe recordarse que se encontró que el tipo de intervención con el mayor porcentaje de beneficios significativos fue DBT, con un 70.5%, seguido de MBSR con 60%, en tercer lugar ACT con 55.5%, en cuarto lugar MBCT con 50%, y finalmente con un 45% se encuentra MBI.

Al observar dichos resultados, se encuentra necesaria una comparación que permita la comprensión del porqué no se encontraron beneficios para algunas situaciones intervenidas. Al respecto, se analizarán el tiempo de intervención, el protocolo de intervención, las personas que llevaron a cabo la intervención (facilitadores) y el tamaño de la muestra.

7.1.1. Facilitadores

Realizando una comparación sobre los beneficios reportados por ACT, se encuentra que todas las situaciones intervenidas incluyeron psicólogos, en el caso de las situaciones intervenidas que encontraron beneficios significativos se encuentra que todos fueron entrenados en ACT o contaban con entrenamiento o experiencia previa. En el caso de las situaciones intervenidas donde no se encontraron beneficios, uno incluye psicólogos que no

especifican si cuentan con entrenamiento, en el otro artículo hay psicólogos entrenados y profesores que no contaron con un entrenamiento. Se encuentra entonces una primera diferencia en ACT a tener en cuenta: el entrenamiento o experiencia de los facilitadores.

En relación con DBT, se encontró que tanto en las situaciones intervenidas que presentaron beneficios significativos, como en aquellas que no presentaron beneficios existe gran variedad de facilitadores: se encuentran en ambos casos psicólogos, profesores, profesionales de la salud y facilitadores sin especificar. Es importante señalar que en los casos donde los facilitadores no eran psicólogos, todos contaron con entrenamiento. Los psicólogos están con y sin entrenamiento. En este caso no se encuentran diferencias a tener en cuenta con los facilitadores.

En MBCT, se encuentra que en las situaciones intervenidas que presentaron beneficios significativos los facilitadores fueron 3 terapeutas con entrenamiento y uno no se especifica. En la situación que no presentó beneficios el facilitador fue un psicólogo educativo del cual no reportan entrenamiento previo. Se cree pertinente tener en cuenta el entrenamiento de los facilitadores.

En MBSR la situación intervenida que no encontró beneficios contó con un psicólogo con entrenamiento, en el caso de las situaciones intervenidas que encontraron beneficios significativos, se encuentra que la mayoría fueron instructores con entrenamiento, una no se especificó y el otro tuvo como facilitador al investigador del artículo de quien tampoco se especifica ni su profesión ni su entrenamiento. En este caso, no se encuentran diferencias a tener en cuenta con los facilitadores.

En MBI se observa que tanto las situaciones intervenidas con beneficios significativos como las que no encontraron beneficios reportan múltiples artículos que no especifican el tipo de facilitador ni su entrenamiento. Las demás situaciones en ambos casos presentan

diversos tipos de facilitadores: psicólogos con y sin entrenamiento, profesores con entrenamiento, consejeros con entrenamiento, profesionales de la salud con entrenamiento. Resalta el hecho que tanto en los beneficios significativos como en los que no encontraron beneficios, la mayoría de los facilitadores que no son psicólogos, tienen entrenamiento. En este caso, no se encuentran diferencias a tener en cuenta con los facilitadores.

Como se ha visto, los facilitadores parecen haber sido un factor diferenciador entre los artículos que reportaron beneficios y los que no, en las intervenciones que usaron ACT y MBCT como tipo de tratamiento, ambas intervenciones con la menor cantidad de artículos y beneficios reportados. A medida que la cantidad de beneficios reportados por un tipo de intervención se hacía más numerosa, se encontraron menos diferencias en los facilitadores entre aquellas situaciones que presentaban beneficios significativos y las que no encontraban beneficios.

7.1.2. Tiempo de intervención

En ACT los tiempos de intervención fueron muy similares en las situaciones intervenidas que presentaban beneficios significativos de las que no presentaron beneficios, en la mayoría de los casos rondaban las 9 semanas. Resalta una situación que tuvo 18 sesiones y no presentaba resultados. En este caso el tiempo no se presenta como un factor importante a ser tenido en cuenta.

En DBT se encuentra que si bien tanto las situaciones que obtuvieron beneficios significativos como aquellas que no encontraron beneficios tuvieron intervenciones de entre 8 a 20 semanas, sí se observa que en términos generales las que obtuvieron beneficios significativos presentaron la mayoría una duración de aproximadamente 6 meses (24 semanas), llegando a tener una intervención que duró hasta 1 año, a diferencia de la mayoría de las que no tuvieron beneficios que no contaron con un periodo de intervención tan

prolongado; se ve como necesario el tener en cuenta el factor del tiempo de duración de la intervención como algo que puede aportar de forma positiva.

En MBCT las intervenciones tuvieron una duración de 8 a 12 meses tanto en las que reportaron resultados significativos como en aquella que no encontró resultados. No parecen haber diferencias en este factor que merezcan ser tenidas en cuenta en este tipo de intervención.

En MBSR tanto las intervenciones con beneficios significativos como la que no tuvo resultados se encontraron en el rango de las 8 a 12 semanas de intervención. En este caso el tiempo no resulta importantes para ser tenido en cuenta.

En MBI las intervenciones están dentro de las 7 a las 12 semanas, tanto las que presentaron beneficios significativos como aquellas que no obtuvieron beneficios. Resalta una intervención que no encontró beneficios con una duración de 3 a 5 semanas. Si bien se encuentra esta última excepción, el tiempo de intervención no parece un factor determinante a tener en cuenta.

El factor de tiempo en las intervenciones se vio como un factor diferenciador en los beneficios en sólo una intervención: DBT, resalta no sólo por la extensa duración de la mayoría de las intervenciones con beneficios significativos, sino también por la cantidad de artículos con los que cuenta dicha intervención. En los demás tipos de intervención el tiempo fue una variable más estable que parece no resultar ser un factor importante a tener en cuenta para explicar las diferencias en los resultados.

7.1.3. Protocolo de intervención

En ACT tanto las situaciones intervenidas que contaron con beneficios significativos como aquellas que no encontraron beneficios, realizaron leves adaptaciones a las guías de ACT en

relación con el idioma y con modificaciones enfocadas en el trabajo con adolescentes. No parece ser un factor que tener en cuenta para explicar las diferencias de resultados en este tipo de intervención.

En DBT se usaron distintos protocolos estandarizados de DBT desarrollados por los autores originales sin apenas ninguna modificación en ambos casos (resultados significativos y sin resultados), resalta un único caso en una situación intervenida que no encontró beneficios, en la cual se implementaron además componentes de otro tratamiento. No parece ser un factor que tener en cuenta para explicar las diferencias de este tipo de intervención.

En MBCT se encontró que en la situación que no presentó beneficios se usó la guía de MBCT, en las situaciones que encontraron beneficios significativos dos se ciñeron a las guías y dos ingresaron componentes de la Terapia Cognitiva Conductual. En este caso, en los dos tipos de resultados analizados, se encuentra que se ciñeron a la guía, aunque se podría tener en cuenta el hecho de implementar además otros componentes relacionados.

En MBSR tanto en las situaciones intervenidas que contaron con beneficios significativos como en aquellos que no encontraron beneficios, se realizaron leves adaptaciones a las guías, procurando realizar modificaciones pertinentes para el trabajo con adolescentes. Teniendo en cuenta lo anterior, no parece ser un factor importante para tener en cuenta en este caso para explicar las diferencias.

En MBI se encontró gran diversidad de protocolos para el caso de las situaciones intervenidas que presentaron beneficios y de aquellas que no presentaron beneficios. Se usaron en ambos casos protocolos estandarizados, protocolos con modificaciones, combinación de distintos protocolos y protocolos creados por los autores basados en los diferentes tipos de intervenciones de mindfulness. Resalta el hecho de que en ambos casos se usaron protocolos iguales como .b (Dot Be) y Learning to BREATHE y se obtuvieron tanto

resultados significativos como ausencia de ellos. No parece entonces un aspecto a ser considerado dentro del tipo de intervención.

Este factor parece no resultar importante de ser tenido en cuenta para explicar las diferencias en los beneficios en los diferentes tipos de intervención dentro de cada tipo. Sin embargo, es importante señalar que se encontraron pequeñas diferencias en MBCT en los artículos que tuvieron resultados significativos al implementar otros componentes. Esta última cuestión será mencionada más adelante. Además, resulta importante señalar que pese a que no se encontró evidencia que pudiese explicar dichas diferencias dentro de los tipos de intervención, sí parece ser un factor relevante cuando se comparan los tipos de intervención entre sí, teniendo en cuenta que la que menos hizo uso de protocolos y guías estandarizadas (MBI) fue también la que demostró menor proporción de resultados significativos

7.1.4. Tamaño de muestra

En ACT se encuentra que en general, las situaciones intervenidas que obtuvieron resultados significativos se encuentran tamaños de muestra más pequeños que aquellos que no obtuvieron resultados. Sin embargo, uno de los que obtuvo resultados significativos (66 participantes) era mayor a las muestras de los que no obtuvieron resultados (48 participantes). Vemos pues que si bien algunos resultaron ser más pequeños en los casos donde los resultados fueron significativos, los que no obtuvieron resultados se encuentran en el rango de los primeros.

En DBT los tamaños de muestra de las situaciones intervenidas que obtuvieron resultados significativos son muy diversos, yendo desde 2 hasta 229, la mayoría son menores de 100 participantes. En los que no obtuvieron resultados van desde 26 hasta 70 participantes, estando también en los rangos de aquellos que obtuvieron resultados significativos. Se

considera entonces que el número de participantes no es un factor que tenga tanto peso en los beneficios que se puedan dar en este caso.

En MBCT se encuentra que el tamaño de muestra de la situación intervenida que no encontró resultados es de 256, y las que contaron con resultados significativos son más pequeñas yendo de 10 a 30 participantes, sin embargo, se encuentra también una con una muestra grande de 300 participantes. Se considera que las situaciones intervenidas que obtuvieron beneficios significativos pudieron haber tenido un mejor desempeño al ser con muestras más pequeñas que aquellos que fallaron, sin embargo, sí se dieron beneficios significativos en una muestra más grande aún, entonces no parece que la muestra sea un factor que tenga tanto peso en los beneficios que se puedan dar en MBCT.

En MBSR se encontró que la mayoría de las situaciones intervenidas, tanto aquellas en las que se encontraron beneficios significativos, como en las que no se encontraron, tienen muestras que van de los 15 a los 80 participantes, rondando la mayoría por valores medios. Resalta, sin embargo, que en las situaciones con resultados significativos se encuentran dos muestras de 300 participantes. Este factor no parece ser decisivo como para ser tenido en cuenta.

En MBI se encuentran tanto en las situaciones con beneficios significativos como aquellas que no presentan beneficios, todos los rangos de muestra desde 7 hasta 555. Por tanto, no parece ser un factor significativo.

La cantidad de participantes en los 5 tipos de intervención de los artículos fue algo que varió mucho, teniendo intervenciones con una muestra de 2 personas y algunas con una muestra de hasta 555 participantes; estas proporciones no parecen determinar los beneficios que reportaron los artículos, puesto que hubo resultados significativos en las muestras más pequeñas y en las más grandes, así como tampoco se encontró tanta diferencia entre los tipos

de tratamiento que tenían muestran más estables que las que tenían muestras más variables en relación al tamaño.

7.1.5. Explicaciones de los investigadores

En los diferentes artículos, los autores aportan diferentes explicaciones sobre el porqué no encontraron resultados en sus investigaciones. Las explicaciones más comunes son: pequeño tamaño de la muestra, experimentos no aleatorizados, diseños con medida pre-intervención y post-intervención como única medida de comparación, tiempo de intervención demasiado corto. Como se ha visto, pese a que estos factores pueden ser importantes, se encuentra que entre aquellos que obtuvieron beneficios significativos y los que no, son casos específicos en los que se evidencian diferencias.

Otras explicaciones que resultan interesantes, pero que no son tan comunes son: La utilización de guías o protocolos creados para adolescentes con pocas o nulas modificaciones, el uso de escalas de medida poco usadas o no estandarizadas en la población utilizada y que los cambios podrían no haberse implementado en el tiempo en el que se tomaron las medidas.

Esta última razón se puede enlazar al hecho de que, según lo resaltan algunos autores, la mayoría de los cambios se producen a un nivel cognitivo antes de traducirse a cambios en un nivel comportamental, asunto que será abordado más adelante cuando se hablen de los tratamientos combinados.

7.1.6. Consideraciones generales

De todos los tipos de técnicas cognitivo conductuales que hacen uso del mindfulness, la MBSR usada en occidente desde la década de los 70, es la que más tiempo lleva siendo aplicada, algo que se creía podía influir en cuanto a la cantidad de beneficios que llegaría a reportar comparada con los otros tipos de técnicas de intervención basadas en mindfulness,

esto porque al llevar más tiempo siendo aplicada y evaluada se podría pensar que habría un mayor control en su aplicación; inicialmente llama la atención que en cuanto a cantidad de artículos, es la tercera con más artículos, estando por detrás de DBT y MBI, también es la segunda con mayor porcentaje de artículos con un reporte de beneficios significativos por detrás de DBT.

Teniendo lo anterior en mente, vale la pena observar que MBI que comprende programas de mindfulness mucho más nuevos, fue la que reportó un menor porcentaje de beneficios significativos dentro de sus artículos; parece entonces que el hecho de que un tipo de intervención en mindfulness lleve más tiempo siendo usada no es un factor decisivo en cuanto a los beneficios que puede tener, ya que MBSR no fue la que más artículos presentó, ni la que más beneficios significativos registró, pero sí se ve cómo la longevidad del tipo de intervención puede ayudar a que haya más beneficios significativos. Esto puede explicarse, además, desde el punto de vista de la estandarización del protocolo, debido a que como se ha mencionado antes, MBI incorpora todo tipo de programas basados en mindfulness como técnica, y no cuentan necesariamente con guías o protocolos para seguir y replicar en las investigaciones. Esto último podría ayudar a entender el hecho de que las intervenciones con mayor cantidad de beneficios reportados se encuentren en polos opuestos en cuanto al porcentaje de beneficios significativos dentro de las intervenciones analizadas (DBT con el mayor porcentaje y MBI con el menor porcentaje).

7.2. Situaciones intervenidas comunes con beneficios

Se puede observar cómo varios artículos tuvieron como foco situaciones intervenidas en común, estos se enunciarán a continuación.

7.2.1. Trastorno de ansiedad

En los artículos que se intervino el trastorno de ansiedad o la ansiedad como una problemática no clínica se llegó a usar ACT, MBCT, MBSR y MBI, aunque hubo una distribución muy equitativa de estos tratamientos en los artículos, el que contaba con más artículos fue el MBI seguido del MBSR. Los beneficios significativos fueron predominantes en los resultados que se revisaron con modificaciones como disminución de síntomas de ansiedad, de la ansiedad social y en estados de ansiedad.

7.2.2. Trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios sólo fueron tratados por el DBT y el MBSR, los cuales reportaron que en algunos aspectos o componentes hubo beneficios específicos significativos, moderados y también que no se produjeron beneficios, aunque estos últimos no fueron los resultados predominantes. Haciendo una revisión de los beneficios específicos se encuentra que tanto los aspectos cognitivos (preocupación por comer y por el peso), como los aspectos comportamentales (actitudes alimentarias desordenadas globales y comer en exceso), mejoraron tras las intervenciones.

7.2.3. Dolor crónico

El dolor crónico es una problemática que fue intervenida usando ACT, DBT y MBI, tres tratamientos que lograron obtener beneficios significativos en su intervención, beneficios que apuntan a aspectos cognitivos como un mejor manejo del estrés y la ansiedad y una mayor aceptación al dolor. El que sean varios tipos de tratamiento basado en mindfulness puede llevar a pensar que el componente de mindfulness que cuenta con características como la aceptación, la consciencia del cuerpo y del presente puede beneficiar significativamente problemáticas como el dolor crónico.

7.2.4. Autolesiones e ideación suicida

La mayoría de las intervenciones que hicieron uso de DBT trataban las autolesiones, este tipo de intervención reportó beneficios significativos, como una disminución en aspectos cognitivos y conductuales, algunos específicos serían: la urgencia para autolesionarse, una disminución de la severidad en los síntomas, así como una menor afectación de los mismos en el día a día de la persona y una reducción de número de episodios de autolesión incluso a las 71 semanas de seguimiento y durante el año de seguimiento. Relacionado con las autolesiones también se intervino la ideación suicida e intentos de suicidio, esta problemática fue menos reportada en los artículos que las autolesiones, lo cual llama la atención ya que la DBT fue pensada como un tratamiento para individuos que han presentado múltiples intentos de suicidio, aun así, se reportaron beneficios significativos como una reducción de intentos de suicidio, en la severidad de la ideación suicida y depresiva. También cabe tener en cuenta que DBT fue el único programa que se usó para tratar la ideación suicida y las autolesiones.

7.2.5. Trastorno depresivo y sintomatología depresiva

El trastorno depresivo fue tratado por el DBT y el MBSR, con beneficios significativos y moderados, en los cuales específicamente bajó la sintomatología depresiva, esta sintomatología se vio como un beneficio específico de un gran número de intervenciones de todos los tipos de tratamiento basado en mindfulness, independiente de que se apuntara a intervenir directamente los síntomas depresivos como foco de intervención o no; una cantidad importante de los artículos revisados reportaron principalmente bajas significativas, luego moderadas y también leves de los síntomas depresivos tras su intervención. Esto muestra cómo las intervenciones que hacen uso de mindfulness, ya sea para intervenir una problemática clínica o no clínica e incluso el bienestar en adolescentes, pueden generar beneficios a la hora de tratar los síntomas depresivos.

7.3. Posibles aplicaciones

Teniendo en cuenta las áreas que fueron intervenidas por varios artículos, se puede ver como por ejemplo la DBT puede ser una buena opción para tratar síntomas depresivos y las autolesiones; un beneficio específico que se vio transversal a varios tipos de intervención fue el estrés, reportado como beneficio significativo y moderado en artículos que usaron MBSR, MBI y MBCT; específicamente se encontró, en artículos que apuntaban a intervenir el estrés, el bienestar u otras problemáticas, una reducción en los niveles de estrés, mejor manejo de situaciones estresantes y mayoritariamente una mejora en puntuaciones de escalas de estrés percibido. El estrés siendo un factor bastante recurrente en la salud mental como síntoma asociado a problemáticas clínicas, como el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo, o visto como una problemática no clínica, como el estrés escolar o la tolerancia al estrés, que afecta el bienestar de los adolescentes, podría verse beneficiado si es intervenido por tratamientos que hagan uso del mindfulness.

7.4. Mindfulness como tratamiento combinado o complementario

Como se ha visto a través de los puntos trabajados anteriormente, se ha encontrado que en la mayoría de las situaciones intervenidas que han tenido beneficios significativos o moderados, se generaron beneficios específicos que se asocian con síntomas o componentes pertenecientes a la problemática y no a esta en su totalidad. Por ejemplo, los beneficios que se nombran anteriormente respecto al estrés, el dolor crónico donde se hallaron principalmente beneficios como la aceptación del dolor, pero por otro lado no se dieron beneficios en la intensidad del dolor. Se ve también cómo en trastornos alimenticios se logró cambiar la percepción que se tiene de la comida o la autopercepción, pero no modificaban ciertos patrones comportamentales que podrían permitir cambios en el peso; al igual que estos, una gran cantidad de los beneficios específicos fueron en aspectos cognitivos como una

disminución de rumiación, una mejor cognición social, mayor flexibilidad psicológica, mejor atención emocional, mejoras en la atención y concentración, entre otros. Esto podría llevar a pensar que estos modelos de intervención que hacen uso de mindfulness al aplicarse en conjunción con otros tratamientos podrían complementar de forma positiva las intervenciones en adolescentes.

7.5. Comparación con los antecedentes investigativos

Los resultados encontrados en esta investigación son consistentes respecto a otras revisiones que se han llevado a cabo sobre la efectividad y beneficios de las terapias basadas en mindfulness (Hervás et al, 2016; Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016; Maglione et al, 2017; Maldonado Fernández et al, 2016; Lomas et al, 2018; Daya y Hearn, 2018; Goldberg et al, 2018). Por ejemplo, mejoras en problemáticas como la ansiedad, el estrés y los síntomas depresivos son beneficios que fueron un factor común en varios de estos estudios. También se observa cómo las intervenciones basadas en mindfulness no se enfocan en diagnósticos o problemáticas de una forma global, sino que afectan variables específicas que son transversales a las problemáticas intervenidas y también a las necesidades que llega a tener la población adolescente (Rempel, 2012). Se considera necesario resaltar que estas otras investigaciones se centraron en la efectividad de los tratamientos basados en mindfulness y que tendían a ser un tanto más específicas en las problemáticas, la población o el tipo de intervención que se estaba usando. En general se vio una tendencia a encontrar que el uso del mindfulness en intervenciones para adolescentes puede traer beneficios para su salud mental.

7.6. El mindfulness como un componente conveniente en la intervención con adolescentes

Los cambios positivos que se encontraron son beneficios que podrían darse porque los componentes generales de las terapias basadas en mindfulness como la meditación, la

relajación y la aceptación, apuntan a condiciones específicas de la adolescencia, las cuales comprenden una gran serie de cambios en el ámbito físico, en el psíquico y en el social de esta población. También muchos de los estudios revisados hicieron uso de condiciones similares como la pertenencia a instituciones, para apoyar su aplicación; gran cantidad de los tratamientos realizados en los artículos se llevaron a cabo en instituciones educativas o médicas, donde la presencia de los participantes en las sesiones se apoyaba en los tiempos y horarios que ya tenían los adolescentes en estas instituciones. Otro aspecto a considerar es que se vio cómo hubo un gran número de facilitadores que no tenían experiencia en mindfulness, pero sí entrenamiento, que lograron llevar a cabo intervenciones con resultados beneficiosos para los adolescentes. Todo lo anterior lleva a pensar que hay una serie de condiciones, tanto en este tipo de tratamientos como en los adolescentes, que se creen pueden combinar bien para lograr una adecuada intervención en esta población.

7.6.1. Especificidad en los resultados

Además de las condiciones favorables de este tipo de tratamientos para intervenir población adolescente, se encontró que la mayoría de los artículos reportaron haber encontrado beneficios significativos, moderados o leves tras haber llevado a cabo las intervenciones, con una porción pequeña de artículos que no reportaron ningún beneficio. Vale la pena resaltar que predominaron los beneficios significativos en la mayoría de las publicaciones, los cuales principalmente se presentaron como beneficios específicos que se adjudican a síntomas o aspectos más reducidos de las situaciones intervenidas, donde los más presentes fueron los cambios en los síntomas depresivos, las auto-lesiones, el estrés y la ansiedad.

7.7 Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones de esta investigación se encuentra principalmente el acceso a los artículos de investigación, restringido a las bases de datos que brinda la Universidad de Antioquia para sus estudiantes, y dentro de estas bases de datos el consentimiento para el uso de publicaciones con acceso gratuito para la Universidad.

Otra limitación importante que hace que los resultados deban ser leídos con cuidado es que si bien se tomaron investigaciones que permitieran una comparación de las medidas (fuese grupo control o medidas pre y post intervención), se puede encontrar dificultades para atribuir los cambios generados únicamente a la incorporación del mindfulness, esto debido a que no se encontró total rigor metodológico en la mayoría de las investigaciones. Sin embargo, es importante señalar que las pretensiones de este trabajo no eran encontrar la eficacia de las intervenciones, sino encontrar beneficios específicos.

7.8 Recomendaciones metodológicas

Teniendo en cuenta las limitaciones planteadas por los artículos y el análisis de los resultados obtenidos se pueden realizar algunas recomendaciones para futuros investigadores interesados en implementar tratamientos basados en mindfulness. Como se ha mencionado anteriormente, el uso del mindfulness parece prometedor en cuanto a sus resultados en algunas situaciones intervenidas, sin embargo, es importante recalcar que sus resultados están enfocados principalmente en beneficios específicos, y como se ha propuesto, podría resultar de gran ayuda si se toma como complementario a otro tipo de terapias, por esta razón, futuras investigaciones podrían realizar comparaciones entre tratamientos habituales y una combinación entre el tratamiento habitual y la incorporación de mindfulness en la intervención que mejor se acomode a los propósitos del tratamiento. Esto permitiría la

visualización más clara de los beneficios adicionales que puede ofrecer el mindfulness a los tratamientos de distintas problemáticas.

En relación con la implementación de la intervención será importante tener dos aspectos en cuenta: la adherencia y las adaptaciones. Considerando las características de los adolescentes, se cree que puede ser necesario tener en cuenta la adherencia al tratamiento y la retroalimentación que realizan estos en cuanto a la misma y su relación con las personas que desarrollan la intervención (es decir, los facilitadores). De la misma forma, será importante tener en cuenta las adaptaciones de los protocolos de intervención, procurando que estas se enfoquen en las características de la población a intervenir, especialmente en su forma de procesar la información recibida; las adaptaciones deberían a su vez intentar ser tomadas de protocolos que ya hayan sido estandarizados, posibilitando así la replicabilidad de la intervención.

Finalmente, y siguiendo la línea de lo mencionado en los antecedentes, será necesario que se realicen investigaciones con un rigor metodológico más alto que permitan establecer mayor evidencia empírica sobre la eficacia del mindfulness y que le permitan configurarse aún más como una intervención basada en la evidencia. Este rigor incluirá distintos componentes: mayores investigaciones con un diseño experimental que cuenten con un grupo control y una asignación aleatoria de los grupos, uso de test de medición estandarizados y producidos para la población específica a intervenir, y mayores tamaños de muestra, preferiblemente separados en grupos pequeños de intervención que aseguren la correcta realización de los protocolos.

Referencias bibliográficas

- Ali, A., Weiss, T., Dutton, A., McKee, D., Jones, K., Kashikar-Zuck, S., ... Shapiro, E. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction for Adolescents with Functional Somatic Syndromes: A Pilot Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 183, 184-190.
- Allen, N. B., Chambers, R. y Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Ames, C., Richardson, J., Payne, S., Smith, P. y Leigh, E. (2013). Innovation in practice: Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78.
- Amutio-Kareaga, A., Franco Justo, C., Gázquez Linares, J. y Mañas Mañas, I. (2015). Aprendizaje y práctica de la conciencia plena en estudiantes de bachillerato para potenciar la relajación y la autoeficacia en el rendimiento escolar. *Universitas Psychologica*, 14(2), 433-443. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-2.apcp
- Anand, U. y Sharma, M.P. (2011). Impact of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Stress and Well-Being in Adolescents : A Study at a School Setting. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 73-97
- Anila M. M. y Dhanalakshmi, D. (2016). Mindfulness based stress reduction for reducing anxiety, enhancing self-control and improving academic performance among adolescent students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(4), 390-397

- Asa, L. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1) 7-25.
- Atkinson, M. y Wade, T. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1024-1037.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: teoría e práctica* (S. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada en 1997)
- Beckstead, D., Lambert, M., DuBose, A. y Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska Native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addictive Behaviors*, 51, 84-87.
- Bei, B., Byrne, M., Ivens, C., Waloszek, J., Woods, M., Dudgeon, P., ... Allen, N. (2013). Pilot study of a mindfulness-based, multi-component, in-school group sleep intervention in adolescent girls. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 213-220.
- Beltrán, G. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20 (1), 60-69.
- Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S. y Schubert, C. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855-866.
- Blake, M., Blake, L., Schwartz, O., Raniti, M., Waloszek, J., Murray, G., ... Allen, N. (2017). Who benefits from adolescent sleep interventions? Moderators of treatment efficacy in a randomized controlled trial of a cognitive-behavioral and mindfulness-based

group sleep intervention for at-risk adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), pp.637-649.

Blake, M., Snoep, L., Raniti, M., Schwartz, O., Waloszek, J., Simmons, J., ...Allen, N. (2017). A cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep intervention improves behavior problems in at-risk adolescents by improving perceived sleep quality. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 147-156.

Bluth, K. y Eisenlohr-Moul, T. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.

Bluth, K., Gaylord, S., Campo, R., Mullarkey, M. y Hobbs, L. (2015). Making Friends with Yourself: A Mixed Methods Pilot Study of a Mindful Self-Compassion Program for Adolescents. *Mindfulness*, 7(2), 479-492.

Bluth, K., Roberson, P. y Gaylord, S. (2015). A Pilot Study of a Mindfulness Intervention for Adolescents and the Potential Role of Self-Compassion in Reducing Stress. *EXPLORE*, 11(4), 292-295.

Britton, W., Lepp, N., Niles, H., Rocha, T., Fisher, N. y Gold, J. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth-grade children. *Journal of School Psychology*, 52(3), 263-278.

- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. y Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P., Hadzi-Pavlovic, D. y Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1).
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Shaw, F., Fogarty, A., Batterham, P., Dobinson, K. y Karpin, I. (2017). Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: a feasibility study. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 70-85.
- Burke, C. (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal Of Child & Family Studies*, 19(2), 133-144. doi:10.1007/s10826-009-9282-x
- Cobos-Sánchez, L. y Fluja-Contreras, J. (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 135-141.
- Cotton, S., Luberto, C., Sears, R., Strawn, J., Stahl, L., Wasson, R., ...Delbello, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(5), 426-434.

- Crowley, M., Nicholls, S., McCarthy, D., Grestorex, K., Wu, J. y Mayes, L. (2017). Innovations in practice: group mindfulness for adolescent anxiety - results of an open trial. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(2), 130-133.
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon. *Mindfulness*, 2(3), 186-193. doi: 10.1007/s12671-011-0058-1
- Daly, P., Pace, T., Berg, J., Menon, U. y Szalacha, L. (2016). A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latino females. *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 22-28.
- Daya, Z., y Hearn, J. H. (2018). Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Medical Teacher*, 40(2), 146-153.
- de Bruin, E., Blom, R., Smit, F., van Steensel, F. y Bögels, S. (2015). MYmind: Mindfulness training for Youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914.
- Dewi, S., Wiwie, M., Sastroasmoro, S., Irwanto, Purba, J., Pleyte, ... Haniman, F. (2015). Effectiveness of Mindfulness Therapy among Adolescent with Conduct Disorder in Jakarta, Indonesia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 62-68.
- Díaz, M. C., Pérez, C., Sánchez-Raya, A., Moriana, J. A. y Sánchez, V. (2018). Mindfulness-based stress reduction in adolescents with mental disorders: A randomised clinical trial. *Psicothema*, 30(2), 165-170.
- Díaz, M.I., Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (2011). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Dimeff, L., y Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Dvořáková, K., Kishida, M., Li, J., Elavsky, S., Broderick, P., Agrusti, M. y Greenberg, M. (2017). Promoting healthy transition to college through mindfulness training with first-year college students: Pilot randomized controlled trial. *Journal of American College Health*, 65(4), 259-267.
- Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Bakhshour Roodsari, A., Zeinodini, Z. and Noorbakhsh, S. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11).
- Eva, A. y Thayer, N. (2017). Learning to BREATHE: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Intervention to Support Marginalized Youth. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 580-591. doi: 10.1177/2156587217696928
- Felver, J., Clawson, A., Morton, M., Brier-Kennedy, E., Janack, P. y DiFlorio, R. (2018). School-based mindfulness intervention supports adolescent resiliency: A randomized controlled pilot study. *International Journal of School & Educational Psychology*, 1-12. doi: 10.1080/21683603.2018.1461722
- Felver, J., Tipsord, J., Morris, M., Racer, K. y Dishion, T. (2014). The Effects of Mindfulness-Based Intervention on Children's Attention Regulation. *Journal of Attention Disorders*, 21(10), 872-881.
- Fennell, M. y Segal, Z. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy: culture clash or creative fusion? *Contemporary Buddhism*, 12, (1), 125-142.

- Fernández, J., & Villada, J. (2015). Análisis de evidencia en investigaciones sobre toma de decisiones entre 2002 y 2012. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (1), 105-120. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.08](https://doi.org/10.12804/apl33.01.2015.08)
- Ferreira González, I., Urrútia, G., y Alonso-Coello, P. (2011) Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688–696.
- Fischer, S. y Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy*, 52(1), 78-92
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. y Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. doi: [10.1186/1753-2000-5-3](https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3)
- Flynn, D., Joyce, M., Weihrauch, M. y Corcoran, P. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy - skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 376-380.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., ... Arensman, E. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16-week programme in a public community mental health setting. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(1). doi: [10.1111/camh.12298](https://doi.org/10.1111/camh.12298)

- Franco Justo, C., Fuente Arias, M. y Salvador Granados, M. (2011). Impacto de un programa de entrenamiento en conciencia plena(mindfulness) en las medidas del crecimiento y la autorrealización personal. *Psicothema*, 23 (1), 58-65.
- Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X. y Martínez-Taboada, C. (2016). Effect of a Mindfulness Training Program on the Impulsivity and Aggression Levels of Adolescents with Behavioral Problems in the Classroom. *Frontiers in psychology*, 7, 1385. doi:10.3389/fpsyg.2016.01385
- García-Lopez, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas, L. (2008) Panorama de la psicología clínica y de la salud. *Revista CES psicología*, 1(1), 70-93
- Geddes, K., Dziurawiec, S. y Lee, C. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry Journal*, 1-10.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., y Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60.
- Goldstein, T., Fersch-Podrat, R., Rivera, M., Axelson, D., Merranko, J., Yu, H., ...Birmaher, B. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 140-149.
- Haga, E., Aas, E., Grøholt, B., Tørmoen, A. y Mehlum, L. (2018). Cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1).

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Herrera Santi, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica Y Salud*, 27(3), 115-124.
- Hodann-Caudevilla, R. M., y Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad Y Estrés*, 22(1), 39-45.
- James, A., Taylor, A., Winmill, L. y Alfoadari, K. (2008). A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.
- Jee, S., Couderc, J., Swanson, D., Gallegos, A., Hilliard, C., Blumkin, A., Cunningham, K. y Heinert, S. (2015). A pilot randomized trial teaching mindfulness-based stress reduction to traumatized youth in foster care. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(3), 201-209.
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S. y Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 81, 1-11.

- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S. y Wade, T. (2017). A randomized controlled evaluation of a secondary school mindfulness program for early adolescents: Do we have the recipe right yet?. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 37-46.
- Johnston, J., O'Gara, J., Koman, S., Baker, C. y Anderson, D. (2015). A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 527-543.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., y Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child & Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194.
- Kanga, Y., Rahrig, H., Eichel, K., Niles, H., Rocha, T., Lepp, N., Gold, J. and Britton, W. (2018). Gender differences in response to a school-based mindfulness training intervention for early adolescents. *Journal of School Psychology*, 68, 163-176.
- Kanstrup, M., Wicksell, R., Kemani, M., Wiwe Lipsker, C., Lekander, M. y Holmström, L. (2016). A Clinical Pilot Study of Individual and Group Treatment for Adolescents with Chronic Pain and Their Parents: Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Functioning. *Children*, 3(4), 30.
- Kemani, M., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L. y Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an Intensive Interdisciplinary Pain Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Chronic Pain and Their Parents: A Nonrandomized Clinical Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(9), 981-994.

- Kiani, B., Hadianfard, H. y Mitchell, J. (2016). The impact of mindfulness meditation training on executive functions and emotion dysregulation in an Iranian sample of female adolescents with elevated attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Australian Journal of Psychology*, 69(4), 273-282.
- Kumar, S., Croghan, I., Biggs, B., Croghan, K., Prissel, R., Fuehrer, D., ...Sood, A. (2018). Family-Based Mindful Eating Intervention in Adolescents with Obesity: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Children*, 5(7), .93.
- Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., ...Huppert, F. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 203(02), 126-131.
- Langer, Á., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J., Cid, C. y 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), 476-482.
- Langer, A, Ulloa, V., Cangas, A., Rojas, G., y Krause, M. (2015). Intervenciones basadas en mindfulness en educación secundaria: una revisión sistemática cualitativa. *Estudios de Psicología*, (36), 533-570.
- Lee, E., Homan, K., Morrison, K., Ong, C., Levin, M. y Twohig, M. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial of Adults and Adolescents. *Behavior Modification*, 0(00), 1-22. doi: 10.1177/0145445518794366
- Lenz, A. y Del Conte, G. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents in a Partial Hospitalization Program. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 15-26. doi: 10.1002/jcad.12174

- Lerma, J., Steinebach, P., Carvajal, F., Ulloa, V., Cid, C. y Langer, A. (2015). Factores de riesgo asociados al consumo problemático de alcohol en la adolescencia: El rol preventivo de mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, (7), 57-69.
- Letelier, L., Manríquez, J., y Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Boletín de la Escuela de Medicina*, 30 (2), 37-39.
- Libertad, M. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3) 275-81
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, ... Tengström, A. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., y Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal Of Clinical Psychology*, 74(3), 319-355.
- Maex, E.. (2013) The Buddhist roots of mindfulness training: a practitioners view. *Contemporary Buddhism*, 12, 165-179.
- Maglione, M. A., Maher, A. R., Ewing, B., Colaiaco, B., Newberry, S., Kandrack, R., ... Hempel, S. (2017). Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 6927-34.
- Mak, C., Whittingham, K., Cunnington, R. y Boyd, R. (2018). Effect of mindfulness yoga programme MiYoga on attention, behaviour, and physical outcomes in cerebral palsy:

a randomized controlled trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(9), 922-932.

Maldonado Fernandez, M., Rubio Rodriguez, L., y López Fernández, J. (2016). Evidence-based mindfulness. An overview of Cochrane systematic reviews. *European Psychiatry*. doi:10.13140/RG.2.1.1601.7048

Marco, J., García, A. y Botella, C.(2012) Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25 (2), 158-163.

Martin, S., Wolters, P., Toledo-Tamula, M., Schmitt, S., Baldwin, A., Starosta, A., ...Widemann, B. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 170(6), 1462-1470.

Mazzeo, S., Lydecker, J., Harney, M., Palmberg, A., Kelly, N., Gow, R., ...Stern, M. (2018). Development and preliminary effectiveness of an innovative treatment for binge eating in racially diverse adolescent girls. *Eat Behav*, 22, 199-205. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.014.

McCauley, E., Berk, M., Asarnow, J., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, ...Linehan, M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777.

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A., Haga, E., Diep, L., Stanley, B., ...Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a

One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.

Mehlum, L., Tørmoen, A., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L., Laberg, S., ...Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.

Ministerio de salud. (2015) *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Tomo I. Bogotá. Colombia.

Mon, M., Liabsuetrakul, T. y Htut, K. (2016). Effectiveness of Mindfulness Intervention on Psychological Behaviors Among Adolescents With Parental HIV Infection. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(8), 765-775.

Montgomery, K. L., Kim, J. S., Springer, D. W., y Learman, J. A. (2013). A Systematic and Empirical Review of Mindfulness Interventions with Adolescents: A Potential Fit for Delinquency Intervention. *Best Practice In Mental Health*, 9(1), 1-19.

Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ...Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840.

Petts, R., Duenas, J. y Gaynor, S. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144.

- Quach, D., Jastrowski Mano, K. y Alexander, K. (2016). A Randomized Controlled Trial Examining the Effect of Mindfulness Meditation on Working Memory Capacity in Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 58*(5), 489-496.
- Racey, D., Fox, J., Berry, V., Blockley, K., Longridge, R., Simmons, ...Ford, T. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Young People and Their Carers: a Mixed-Method Feasibility Study. *Mindfulness, 9*(4), 1063-1075.
- Ramleth, R., Groholt, B., Diep, L., Walby, F. y Mehlum, L. (2017). The impact of borderline personality disorder and sub-threshold borderline personality disorder on the course of self-reported and clinician-rated depression in self-harming adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4*(1).
- Rempel, K. D. (2012). Mindfulness for Children and Youth: A Review of the Literature with an Argument for School-Based Implementation. *Canadian Journal Of Counselling & Psychotherapy / Revue Canadienne De Counseling Et De Psychothérapie, 46*(3), 201-220.
- Rice, F., Rawal, A., Riglin, L., Lewis, G., Lewis, G. y Dunsmuir, S. (2015). Examining reward-seeking, negative self-beliefs and over-general autobiographical memory as mechanisms of change in classroom prevention programs for adolescent depression. *Journal of Affective Disorders, 186*, 320-327.
- Rodríguez, A. y Calderón, J. (2018). Psicología de la salud desde la práctica privada. *Revista puertorriqueña de psicología, 29* (1), 130 – 144.
- Ruiz, P., Rodríguez, T., Martínez, A., y Núñez, E (2014). Mindfulness in Pediatrics: the "Growing with mindfulness" project. *Pediatría Atención Primaria, 16*(62), 169-179.

- Ruskin, D., Gagnon, M., Kohut, S., Stinson, J. y Walker, K. (2017). A Mindfulness Program Adapted for Adolescents With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 1019-1029.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. y Miller, A. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415-425.
- Salimzade, O., PourHosein, R. y Lavasani, M. (2014). Investigating the effect teaching mindfulness-based stress reduction in reducing psychological symptoms in adolescent boys in dorms. *International Journal of Behavioral Social and Movement Sciences*, 03, 44-58
- Sanger, K. y Dorjee, D. (2016). Mindfulness training with adolescents enhances metacognition and the inhibition of irrelevant stimuli: Evidence from event-related brain potentials. *Trends in Neuroscience and Education*, 5(1), 1-11.
- Sanger, K., Thierry, G. y Dorjee, D. (2018). Effects of school-based mindfulness training on emotion processing and well-being in adolescents: evidence from event-related potentials. *Developmental Science*, 21(5), 1-11.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., y Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Shapero, B., Greenberg, J., Pedrelli, P., de Jong, M., y Desbordes, G. (2018). Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *FOCUS*, 16(1), 32-39. doi: 10.1176/appi.focus.20170039

- Shapiro, S. L., y Carlson, L. E. (2017). What is mindfulness? In S. L. Shapiro & L. E. Carlson. *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions* (pp. 9-20). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sharma, T., Sinha, V. y Sayeed, N. (2016). Role of mindfulness in dissociative disorders among adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(3), p.326.
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W. y Trestman, R. (2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(2), 105-113.
- Shomaker, L., Bruggink, S., Pivarunas, B., Skoranski, A., Foss, J., Chaffin, E., ... Bell, C. (2017). Pilot randomized controlled trial of a mindfulness-based group intervention in adolescent girls at risk for type 2 diabetes with depressive symptoms. *Complementary Therapies in Medicine*, 32, 66-74.
- Sibinga E., Kerrigan D., Stewart M., Johnson K., Magyari T y Ellen J.M. (2011) Mindfulness-Based Stress Reduction for Urban Youth. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 17, 213–218. doi: 10.1089/acm.2009.0605.
- Sibinga, E., Perry-Parrish, C., Chung, S., Johnson, S., Smith, M. y Ellen, J. (2013). School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 57(6), 799-801.
- Sibinga, E., Perry-Parrish, C., Thorpe, K., Mika, M. y Ellen, J. (2014). A Small Mixed-Method RCT of Mindfulness Instruction For Urban Youth. *EXPLORE*, 10(3), 180-186.

- Sibinga, E., Webb, L., Ghazarian, S. y Ellen, J. (2015). School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*, 137(1). doi: 10.1542/peds.2015-2532.
- Sierra, O., Urrego, G., Montenegro, S. y Castillo, C. (2015). Estrés escolar y empatía en estudiantes de bachillerato practicantes de Mindfulness. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, 26, 175-197.
- Singh, N., Lancioni, G., Manikam, R., Winton, A., Singh, A., Singh, J. and Singh, A. (2011). A mindfulness-based strategy for self-management of aggressive behavior in adolescents with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1153-1158.
- Sinha, U. y Kuma, D. (2010) Mindfulness-based Cognitive Behaviour Therapy with Emotionally disturbed Adolescents affected by HIV/AIDS. *Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*, 6(1) 19-30.
- Soleimaninanadegani, M. y Shahmohammadi, N. (2013). The Impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Anthropometric Indices Balance in High-School Obese Girls' Students in Iran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 542-548.
- Soriano, E. y Franco, C. (2010). Mejora de la autoestima y de la competencia emocional en adolescentes inmigrantes sudamericanos residentes en España a través de un programa psicoeducativo de Mindfulness (conciencia plena). *Revista de Investigación Educativa*, 28 (2), 297-312.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., y Linehan, M. M. (2001). The Application of Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder on Inpatient Units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307.

- Tamika, C., Zapolski, T. y Smith, G. (2016). Pilot Study: Implementing a Brief DBT Skills Program in Schools to Reduce Health Risk Behaviors Among Early Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 33(3), 198-204.
- Tan, L. y Martin, G. (2014). Taming the adolescent mind: a randomised controlled trial examining clinical efficacy of an adolescent mindfulness-based group programme. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 49-55.
- Tarrasch, R., Margalit-Shalom, L. y Berger, R. (2017). Enhancing Visual Perception and Motor Accuracy among School Children through a Mindfulness and Compassion Program. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Tørmoen, A., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., ...Mehlum, L. (2014). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents with Multi-Problems: Training, Adherence, and Retention. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 432-444. doi: 10.1080/13811118.2013.826156
- Umbach, R., Raine, A. y Leonard, N. (2017). Cognitive Decline as a Result of Incarceration and the Effects of a CBT/MT Intervention: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 31-55.
- Vallejo Pareja, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A., de Bruin, E. y Bögels, S. (2011). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 775-787.

- Van Vliet, K., Foskett, A., Williams, J., Singhal, A., Dolcos, F. y Vohra, S. (2016). Impact of a mindfulness-based stress reduction program from the perspective of adolescents with serious mental health concerns. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 16-22.
- Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J. J. y Gomez, D. (2009) Bienestar psicologico y salud: aportaciones desde la psicología positive. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2006) Salud y enfermedad: desde el modelo mágico al biopsicosocial de la psicología de la salud. *Revista Ágora Universidad San Buenaventura*, 6 (2): 165-174.
- Waelde, L., Feinstein, A., Bhandari, R., Griffin, A., Yoon, I. y Golianu, B. (2017). A Pilot Study of Mindfulness Meditation for Pediatric Chronic Pain. *Children*, 4(5), 32.
- White, L. (2012). Reducing Stress in School-age Girls Through Mindful Yoga. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), 45-56.
- Wicksell, R., Melin, L., Lekander, M. y Olsson, G. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain – A randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.
- Williams, J., y Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12, 1-18
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986.*

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid : Editorial Médica Panamericana.