

Intervenciones grupales breves basadas en *mindfulness*: una revisión sistemática

Brief group mindfulness-based interventions: a systematic review

Braulio Bruna Gonzalez¹ <https://orcid.org/0000-0002-1874-3369>

Joan Calventus Salvador² <https://orcid.org/0000-0002-5781-6794>

Prissila Pavez¹ <https://orcid.org/0009-0003-8943-7419>

1. Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás, Chile
2. Universidad de Chile, Chile

Autor correspondiente / Correspondence:
Braulio Bruna Gonzalez
braulio.bruna@utalca.cl

Recibido: 21 de Octubre 2022
Aceptado: 21 de Agosto 2023
Publicado: 1 de Diciembre 2023

Received: October 21, 2022
Accepted: August 21, 2023
Published: December 1, 2023

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Las estrategias basadas en *mindfulness* han demostrado su eficacia en varios cuadros clínicos. Sin embargo, varias investigaciones dan cuenta de dificultades en la adherencia vinculada a los modelos de ocho sesiones y de estrategias breves con buenos resultados. En la presente revisión sistemática, basada en PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), se revisaron un total de 366 artículos, de los cuales solo once dan cuenta de la población objetivo, número y duración de las sesiones, las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos en once intervenciones grupales breves basadas en *mindfulness*. Fueron estos once los únicos utilizados en el análisis final. Los resultados muestran que estas intervenciones (de dos a siete sesiones) resultan eficaces, con una duración que oscila entre los treinta y cinco minutos y las cuatro horas; que la estrategia más utilizada es la integración entre *mindfulness* y técnicas cognitivo-conductuales, y que existe una amplia variabilidad en lo relativo a las actividades entre sesiones. La heterogeneidad en cuanto al número de sesiones, la duración de las mismas y la cualidad de las prácticas hace muy difícil una comparación exhaustiva, por lo que resulta necesario continuar el estudio sobre la modalidad más efectiva con relación a la adquisición a largo plazo de las estrategias por parte de los participantes.

Palabras clave: intervenciones grupales, mindfulness, técnicas cognitivo-conductuales, bienestar psicológico.

Mindfulness-based strategies have demonstrated their efficacy in a variety of clinical conditions. However, several studies report difficulties in adherence linked to eight-session models and brief strategies with good results. In the present systematic review, based on PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), a total of 366 articles were reviewed, of which only eleven reported on the target population, number and duration of sessions, strategies used, and results obtained in eleven brief group interventions based on mindfulness. These eleven were the only ones used in the final analysis. The results show that these interventions (from two to seven sessions) are effective, with a duration ranging from thirty-five minutes to four hours; the most used strategy is the integration between mindfulness and cognitive-behavioral techniques, and there is a wide variability in activities between sessions. The heterogeneity in the number of sessions, duration, and quality of the practices makes an exhaustive comparison very difficult, so it is necessary to continue the study on the most effective modality for the long-term acquisition of the strategies by the participants.

Keywords: group interventions, mindfulness, cognitive behavioral techniques, psychological well-being.



UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
Universidad del Estado

1. INTRODUCCIÓN

La voz *mindfulness*, introducida al inglés a partir de la palabra *sati*, que significa al mismo tiempo conciencia, atención y memoria (Awasthi, 2012; Siegel, Germer, Oledzki, 2008), se ha traducido al castellano de variadas formas. Una de las más utilizadas es “atención plena”, definida como la habilidad de centrar la atención de un modo intencional en un objeto, en el momento presente, y sin emitir juicios (Kabat-Zinn, 1990). En Occidente, durante la segunda mitad del siglo XX el *mindfulness* ha tenido múltiples adaptaciones con fines terapéuticos (Miró, 2006), siendo el modelo cognitivo-conductual uno de los ámbitos en que más se ha integrado y estudiado, bajo el concepto de terapias de tercera generación (Hayes, 2004). Así, ha conformado una de las principales corrientes de la psicología contemporánea (Moreno, 2012). Las intervenciones desarrolladas en torno a estrategias grupales con un enfoque basado en *mindfulness* han ido en aumento, probablemente debido a que los resultados demuestran su eficacia en un amplio número de patologías y síntomas asociados (Baker et al., 2012; Campbell et al., 2012; Garland et al., 2012).

En sus inicios el objetivo principal de las investigaciones en *mindfulness* estaba orientado al tratamiento del dolor y el estrés. Con el tiempo sus aplicaciones se han ido incrementando y diversificando (Vásquez, 2016), demostrándose su eficacia para enfrentar diversas patologías y síntomas asociados (Baker et al., 2012; Campbell et al., 2012; Garland et al., 2012). En relación con lo anterior, se han desarrollado diversas intervenciones que utilizan estrategias grupales con un enfoque basado en *mindfulness* con el objetivo de reducir diversas sintomatologías asociadas a la depresión, ansiedad y estrés. Este tipo de prácticas ha aumentado en los últimos años.

Por lo que se refiere a modelos terapéuticos, podemos ver que estos divergen en cuanto a la forma en que integran la práctica del *mindfulness* como estrategia de intervención. La ACT (terapia de aceptación y compromiso, por sus siglas en inglés) utiliza la atención plena para ayudar a los individuos a observar sus pensamientos y emociones sin emitir juicio, y aceptarlos tal como son en lugar de tratar de cambiarlos, en combinación con estrategias conductuales y cognitivas. El enfoque principal de MBSR (reducción del estrés basada en *mindfulness*) es cultivar la conciencia plena en el momento presente, prestando atención a las experiencias internas y externas sin juzgarlas. Aquí la práctica de la atención plena es una estrategia central del modelo. La CFT (terapia de focalización en la compasión) utiliza ejercicios de atención plena dirigidos a fomentar la compasión hacia uno mismo como un medio para aliviar el sufrimiento psicológico. La MBCT (terapia cognitiva basada en *mindfulness*) es un modelo estándar de terapia cognitiva que utiliza estrategias de atención plena para ayudar a los individuos a ser conscientes de los pensamientos automáticos negativos y a aprender a relacionarse de manera más flexible con

ellos. En la DBT (terapia dialéctico-conductual) se incorporan ejercicios de atención plena como una de las cuatro áreas principales de intervención y se busca ayudar a los individuos a desarrollar la conciencia de sus pensamientos y emociones sin juzgarlos y a tolerar la angustia emocional (Gilbert, 2010; Hayes et al., 2012; Kabat-Zinn, 1990; Linehan, 2015; Segal, Williams, & Teasdale, 2018).

Gran parte de las intervenciones basadas en *mindfulness* utilizan como estándar la propuesta de Kabat-Zinn, que consiste en una intervención de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración y un día de práctica intensiva (Kabat-Zinn, 1994). La eficacia de las intervenciones que integran la atención plena ha sido demostrada en múltiples estudios, abarcando múltiples patologías y síntomas asociados al deterioro del bienestar y la salud mental (por ejemplo, Brand et al., 2012; Bruna et al., 2019; Carmody et al., 2011; Daubenmier et al., 2011; Duncan et al., 2012; Esmer et al., 2010; Goldstein et al., 2012). Aun así, por más eficaz que muestre ser una intervención, tendrá dificultades en la consecución de sus objetivos si los consultantes no mantienen su participación durante todo el proceso, conducta que se ha estudiado bajo el concepto de adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento hace referencia al seguimiento por parte del paciente de las instrucciones entregadas por los profesionales de salud (Horne et al., 2005). Lo contrario a la adherencia se conoce como deserción, situación en la que el paciente termina de forma anticipada el tratamiento, sin mediar un acuerdo con el terapeuta (O’Keeffe et al., 2018; O’Keeffe et al., 2019). Al respecto, el estudio metaanalítico de Swift y Greenberg (2012) muestra que entre el 20 y el 47% de los consultantes deserta del tratamiento que se le indicó. Además, existe un amplio cuerpo de evidencias en relación con las características que favorecen la adherencia o que propiciarían la deserción, entre las que destacan las sociodemográficas, económicas, de acceso, transporte y extensión del tratamiento (número de sesiones de la terapia). Sin embargo, los resultados son muy heterogéneos y poco concluyentes (Krebs et al., 2012). La valoración positiva del terapeuta por parte de los consultantes, el aumento en la motivación de mejoría por parte del paciente y un mayor grado de cumplimiento en sus expectativas son factores que se vinculan con una mejor adherencia (Alcázar, 2007; Moreno et al., 2012), por lo que la extensión de la intervención, el número de atenciones y en definitiva un tratamiento eficaz pero breve podrían resultar una alternativa favorable.

Distintas investigaciones muestran que las intervenciones grupales breves basadas en *mindfulness* podrían ser efectivas no solo para reducir la sintomatología asociada al estrés, la depresión y la ansiedad, sino también para mejorar el bienestar psicológico de la población, tanto clínica como no clínica (Ramos et al., 2014; Rosselló et al., 2016; Rodríguez et al., 2016; Abid et al., 2016; Franco, 2017; Donoso et al., 2017; Oblitas et

al., 2019; Zollars et al., 2019; Jiménez, 2019; Chiodelli et al., 2020; Moix et al., 2021). En los últimos diez años se han descrito propuestas breves en *mindfulness*, desde intervenciones de sesión única (Banks et al., 2015; Wells & Roussis, 2014), que presentan una eficacia significativa, hasta intervenciones de ocho sesiones (Bruna et al., 2019), igual de eficaces.

Con el propósito de conocer y sistematizar intervenciones en esta línea, la presente revisión sistemática describe la literatura sobre intervenciones grupales breves basadas en *mindfulness* y orientadas a la promoción del bienestar psicológico y la salud mental.

2. MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática a través de un protocolo de búsqueda y selección siguiendo los lineamientos del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA: Moher et al., 2009). La búsqueda se realizó en las bases de datos EBSCO, Scopus, WOS, Scielo, Frontiers y Science Direct. Se utilizó una combinación de los descriptores “intervenciones grupales”, “breve”, “mindfulness”, “cognitivo-conductual” y “bienestar psicológico”, considerando las siguientes combinaciones de palabras (en inglés y español) a través de los operadores booleanos “and” y “or” en el título o el resumen: intervenciones grupales + breve; intervenciones grupales + mindfulness; intervenciones grupales + mindfulness + breve; intervenciones grupales + cognitivo-conductual; intervenciones grupales + cognitivo-conductual + breve; intervenciones grupales + bienestar psicológico; intervenciones grupales + cognitivo-conductual + mindfulness + breve + bienestar psicológico. La búsqueda se realizó por cada combinación, en cada base de datos,

hasta la página siguiente a la que no arrojaba ninguna coincidencia. Se llevó a cabo entre los meses de octubre 2021 y enero de 2022.

2.1. Criterios de selección de los estudios

2.1.1. Criterios de inclusión

Se seleccionaron todos aquellos artículos en inglés y español que utilizaran y describieran estrategias de intervención grupal basadas en *mindfulness*, con población adulta que presentara problemas relacionados con depresión, ansiedad, estrés y falta de bienestar psicológico, posteriores al año 2010 y hasta 2022, y que presentaran un número de sesiones inferior a ocho.

2.1.2. Criterios de exclusión

No fueron seleccionados aquellos artículos en los cuales no se contemplaran sesiones de entrenamiento o que no describieran las estrategias de intervención utilizadas.

2.2. Organización y análisis de los estudios seleccionados

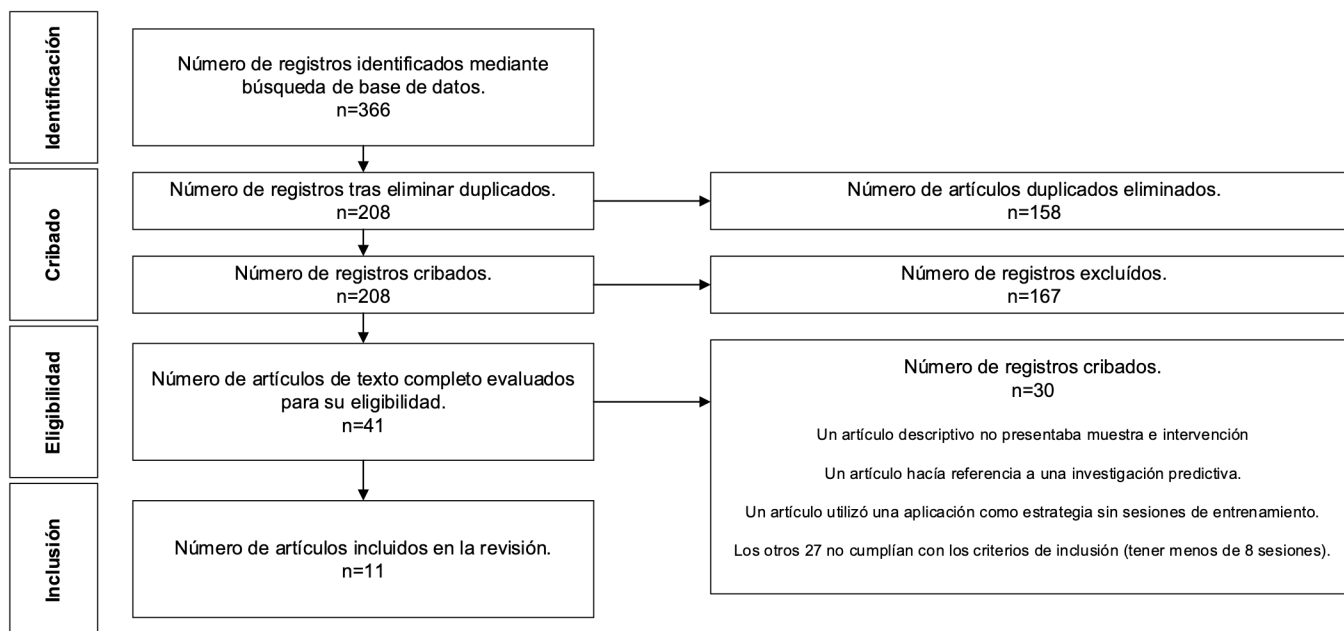
Los artículos incluidos en la revisión se organizaron a partir de las siguientes categorías analíticas: autoría; población y tamaño del grupo intervenido; instrumentos; grupo de control o comparación; participantes y muestra; estrategias de intervención, y resultados y conclusiones.

3. RESULTADOS

A partir de la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron, en primera instancia, un total de 366

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA que muestra el proceso de identificación, cribado, exclusión e inclusión de los estudios revisados.



artículos, de los cuales 158 fueron eliminados por estar duplicados, con lo cual se obtuvo un total de 208 artículos para revisión. Luego, tras la lectura de los resúmenes y metodología de cada artículo, se realizó un cribado que eliminó 167 artículos por presentar alguno de los criterios de exclusión antes descritos. Posteriormente, se procedió a leer de manera completa los 41 artículos restantes. Finalmente, se eliminaron 30 artículos que incumplían los criterios de inclusión o presentaban alguno de los criterios de exclusión (ver figura 1). Los resultados obtenidos al describir cada uno de los 11 artículos incluidos en el estudio, según las características de las intervenciones terapéuticas allí referidas, se presentan en la Tabla 1.

3.1. Población objetivo y tamaño del grupo intervenido

En cuanto a la población estudiada, solo una de las investigaciones estudió a población clínica, dentro de la que se encontraban pacientes con ansiedad y depresión. Siete intervenciones se aplicaron a estudiantes universitarios; cinco a población adulta, y una a profesionales de la salud (Ramos et al., 2014; Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016; Franco, 2017; Donoso et al., 2017; Oblitas et al., 2019; Zollars et al., 2019; Chiodelli et al., 2020; Woodfin et al., 2021; Muneghina et al., 2021; Moix et al., 2021). El número de sujetos de las investigaciones varía significativamente con un rango que oscila entre 28 y 135 (Oblitas et al., 2019; Phang et al., 2015).

3.2. Número de sesiones y duración de las intervenciones

El número de sesiones de las intervenciones osciló entre dos y siete. De estas, solo una tuvo dos sesiones. Por otra parte, en solo dos intervenciones se realizaron tres sesiones (Donoso et al., 2017; Moix et al., 2021) Asimismo, otras tres investigaciones realizaron cuatro sesiones (Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016; Zollars et al., 2019) Por otro lado, dos investigaciones tuvieron cinco sesiones (Woodfin et al., 2021; Muneghina et al., 2021) y otras dos tuvieron seis sesiones (Oblitas et al., 2019; Chiodelli et al., 2020). Es importante señalar que de estas investigaciones solo una tuvo una sesión de refuerzo a los tres meses de terminada la intervención (Donoso et al., 2017).

La duración de las sesiones osciló entre los 10 minutos y las cuatro horas. La distribución de las sesiones según su duración se presenta en la Figura 2. Es importante destacar que en una intervención se describe que sus sesiones tuvieron una duración de 10 minutos de prácticas diarias (Muneghina et al., 2021), en las cuales se utilizó un audio basado en una meditación guiada adaptada del guion Mindfulness of Body and Breath como estrategia central de la intervención.

3.3. Actividades entre sesiones. Apoyo y seguimiento

Cinco de estas intervenciones hacen referencia al uso de prácticas diarias entre sesiones; se realizaban de forma autónoma y luego eran revisadas en la siguiente sesión (Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016; Donoso et al., 2017; Chiodelli et al., 2020; Moix et al., 2021).

Asimismo, en cuanto al apoyo y seguimiento de las prácticas diarias, de las seis investigaciones que incluían prácticas en el hogar, en solo cuatro se ofreció apoyo y se efectuó un seguimiento de aquellas. En una se apoyó el proceso a través del correo electrónico; en dos se enviaron imágenes de refuerzo para la práctica diaria por medio de un grupo de WhatsApp, y en la cuarta se utilizaron mensajes de texto diarios para apoyar y recordar las prácticas en el hogar (Donoso et al., 2017; Moix et al., 2021; Chiodelli et al., 2020).

3.4. Estrategias de intervención

Las intervenciones utilizaron estrategias basadas en el *mindfulness* y en modelos específicos de la terapia cognitiva (TC), como la terapia racional emotiva de Ellis, y de terapias cognitivo conductuales de tercera generación (TCC), como el programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR de Kabat-Zinn), terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT, de Teasdale, Segal y Williams), intervenciones basadas en *mindfulness* (MBI), reducción del estrés basada en *mindfulness* (MSC, adecuación del modelo de Kabat-Zinn) y terapia de aceptación y compromiso (ACT de Hayes) (Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016; Franco, 2017; Donoso et al., 2017; Chiodelli et al., 2020; Woodfin et al., 2021). Por otra parte, otras investigaciones utilizaron psicoeducación, aprendizaje y prácticas diarias, así como estrategias de *mindfulness* para situaciones específicas como respuesta

Figura 2

Duración de las intervenciones realizadas en las investigaciones.

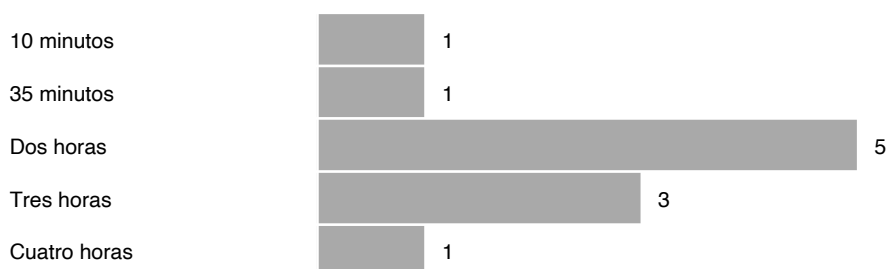


Tabla 1
Estudios de intervenciones breves basadas en mindfulness para disminución de sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés, y búsqueda del bienestar psicológico.

Autoría	Población y tamaño	N.º sesiones (duración)	Estrategia	Resultados
Ramos et al. (2014)	Dos grupos de 27 y 22 estudiantes universitarios	2 sesiones (no se reporta duración)	Las estrategias que se utilizaron en esta intervención se basaron en mindfulness.	Los resultados sugieren que los efectos de las intervenciones breves basadas en mindfulness pueden ser demasiado efímeros para afrontar estresores agudos. Se destaca la importancia de diseñar intervenciones basadas en mindfulness que impliquen no solo la práctica intensiva, sino también una formación específica que ayude a las personas a utilizar mindfulness para hacer frente a dichos estresores agudos. No se reportan niveles de significación estadística.
Phang et al. (2015)	135 estudiantes universitarios, grupos de entre 15 y 20 participantes	4 sesiones (2 horas cada una)	Adaptación de los programas de reducción de estrés basado en atención plena (MBSR) y de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT). Estas estrategias derivan de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TCC).	Los análisis mostraron reducciones significativas en el estrés percibido. (M=-3.85, SD=5.70, IC del 95% , -2.88 a -4.82, p<0,001) y aumento en la atención plena (M=0.46, SD=0.80, IC del 95%, 0.32 a 0.59, p<0,001) con tamaños de efecto medios desde la pre- a la positintervención.
Rosselló et al. (2016)	44 adultos de entre 20 y 66 años	4 sesiones (4 horas cada una)	Las estrategias utilizadas se basaron en adiestramiento en meditación. Dentro de la intervención se incluyó información histórica y teórica sobre meditación, y definiciones, ejercicios y prácticas de meditación, como meditaciones guiadas, body scan y ABC de Ellis. Las estrategias usadas derivan de la terapia cognitiva de segunda generación (TC) y el mindfulness.	Los resultados muestran una disminución significativa en las medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés, y un aumento significativo en conciencia plena entre antes y después de las sesiones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la depresión, ansiedad y estrés, con puntuaciones posteriores (M=0.26; DT 0,26; t=2,51 <.001) menores que en el pretest (M=0.47; DT 0,51; t=2,51 <.002). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ira, con puntuaciones posttest (M=1.47; DT 0,51; t=2,87 <.007) menores que en el pretest (M=1,61; DT 0,52; t=2,51 <.002). Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el aumento de la conciencia plena, con puntuaciones posttest (M=3,72; DT 0,58; t=2,25 <.003) mayores que en el pretest (M=3,54; DT 0,69; t=2,25 <.003). Se detectó una correlación Pearson r positiva y significativa entre los minutos meditados diariamente y la demostración de conciencia plena en sus acciones diarias (r=0.768, n=8, df=6, p<.026). A mayor tiempo dedicado a la meditación, evidenciaron obtener mayor conciencia plena.
Franco (2017)	87 adultos de entre 66 y 82 años	7 sesiones (2 horas cada una)	Las estrategias utilizadas fueron tomadas del programa de reducción de estrés basado en atención plena de Kabat-Zinn (MBSR) y de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Las estrategias usadas derivan de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TCC) y mindfulness.	Los resultados muestran reducciones significativas en este grupo comparado con el grupo control, confirmando la efectividad de las técnicas de mindfulness en la reducción de estos trastornos y, especialmente, en la variable preocupación de rasgo, seguida de importantes cambios en ansiedad y depresión. Se encontraron diferencias significativas pre- y posttest para el rasgo preocupación (t=-4,29; p=0,001), depresión (t=-3,84; p=0,005), ansiedad (t=-3,32; p<0,05) y metapreocupación (t=-2,08; p<0,05) en el grupo experimental. Por otro lado, las puntuaciones d de Cohen entre pretest y posttest en las medidas de prueba indican cambios importantes en el rasgo de preocupación (d=1,00), mientras que cambios medios aparecieron en ansiedad (d=0,87), depresión (d=0,84) y metapreocupación (d=0,68). Finalmente, el porcentaje de cambio pretest-posttest mostró disminuciones del 18% (ansiedad y rasgo de preocupación) al 35% para la depresión en el grupo experimental.
Donoso et al. (2017)	46 enfermeros profesionales	3 sesiones (3 horas cada una)	La intervención tuvo una duración de tres semanas. En las primeras dos semanas se realizó una sesión de tres horas y luego, tres meses después, se llevó a cabo la tercera sesión (de refuerzo). Las estrategias utilizadas fueron tomadas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), que es parte de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TCC), y mindfulness.	Los resultados muestran que hubo diferencias entre el grupo experimental y el grupo de espera en niveles de vitalidad (F=5,12, p<.05, η²=0.128) y propósito vital (F=4,10, p<.05, η²=0.105), mientras se mantenía la condición experimental del estudio. Específicamente, el grupo que había recibido la intervención los incrementó de forma significativa.
Oblitas et al. (2019)	28 trabajadores universitarios	6 sesiones (2 horas cada una)	La intervención tuvo una duración de seis semanas. Las estrategias que se utilizaron para el entrenamiento en mindfulness se basaron en técnicas de atención plena en la respiración, en el cuerpo, pensamiento, emociones y descanso. Las estrategias se basaron en mindfulness.	Los resultados muestran que el mindfulness tuvo un impacto significativo en la reducción del estrés en trabajadores universitarios. El programa de mindfulness de seis semanas, basado en la reducción del estrés, contribuyó a modificar el estrés emocional, el estrés percibido y el estrés laboral, en especial los síntomas psicológicos del estrés y parcialmente los fisiológicos. El Inventario de Distrés Emocional mostró diferencias significativas entre pretest (X=11,26 DS=7,86) y posttest (X=17,35; DS=8,89). El Inventario de Estrés Percibido evidenció diferencias significativas entre pre (X=22,91; DS=4,20) y posttest (X=26,59; DS=4,44). El Cuestionario de Estrés Laboral mostró diferencias significativas en "estrés psicológico", con pretest (X=21,61; DS=3,54) y posttest (X=18,76; DS=3,93); en "estrés fisiológico", con pretest (X=23,94; DS=4,57) y posttest (X=27,94; DS=6,84), con un α=0,05.
Zollars et al. (2019)	65 estudiantes universitarios de farmacia de 1º, 2º y 3º año.	4 sesiones (no se reporta duración)	Las estrategias utilizadas se basaron en mindfulness.	Los resultados muestran que la meditación de atención plena mejoró de manera uniforme e independiente a los participantes en las variables de salud mental evaluadas. Los resultados respaldan el mindfulness como una opción adecuada para minimizar el estrés y mantener el bienestar mental en un programa profesional exigente. Sin reporte de los niveles de significación estadística.
Chiodelli et al. (2020)	34 estudiantes universitarios de último año	6 sesiones (2 sesiones de 1 hora 15 minutos y 4 de 35 minutos)	La estrategia fue una intervención basada en mindfulness (MBI). Se realizaron algunos ejercicios como body scan, aceptación y autocompasión. Las estrategias usadas se basaron en terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TCC) y mindfulness.	Los resultados muestran una reducción significativa de las tres dimensiones analizadas con el instrumento DASS- 21, con un gran tamaño del efecto grande (p=.001, r=.60) y una disminución de la ansiedad (p=.024, r=.38) y estrés (p=.001; d=.67) con tamaños de efecto medianos. Al evaluar los cambios en los medios de la pre- y positintervención se encontró que la dimensión depresión se mantuvo en el nivel de severidad normal (T1=9.47 y SD=8.29, y T2=4.47 y SD=4.09). La calificación de ansiedad se redujo en dos niveles: comenzando en el nivel moderado y finalizando en el nivel normal (T1=10.06 y SD=8.77, y T2=6.59 y DT=7.31). Asimismo, la calificación de estrés bajó de moderado a normal (T1=19.59 y SD=8.82; y T2=14.18 y SD=5.98).
Woodfin et al. (2021)	89 estudiantes universitarios	5 sesiones (4 de 3 horas y 1 de 4 horas)	Las estrategias que se utilizaron fueron ejercicios de compasión y atención plena tanto de mindfulness como de reducción del estrés basada en la autocompasión (MSC) y reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR). Las estrategias utilizadas se basaron en el modelo de terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TCC).	Los resultados muestran reducciones significativas posteriores a la intervención en el perfeccionismo desadaptativo, y tendencias y síntomas de depresión y ansiedad, además de un aumento en la autocompasión y una mejor imagen corporal en el grupo de intervención en comparación con el grupo de la lista de espera. Por otra parte, el estudio se suma a la literatura sobre los efectos positivos de intervenciones basadas en mindfulness y autocompasión, mostrando que incluso un breve período de tres semanas de intervención de atención plena/autocompasión puede tener efectos positivos sobre la ansiedad y la depresión en un ámbito universitario. Existen diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo de tratamiento activo en niveles de autocompasión, preocupaciones evaluativas, ansiedad, depresión e imagen corporal en el momento en que solo el grupo activo había completado el autocurso de compasión. Autocompasión [F(1,84)=11,10, p<0,001, ηp²=0,12] e imagen corporal [F(1,84)=6,32, p<0,05, ηp²=0,07] aumentado significativamente. Mientras que la ansiedad [F(1,84)=8,10, p<0,01, ηp²=0,09], depresión [F(1,84)=7,20, p<0,01, ηp²=0,08] y preocupaciones evaluativas [F(1,84)=5,15, p<0,05, ηp²=0,06] disminuyeron significativamente. La única medida en la que los grupos no mostraron una diferencia significativa fue en los esfuerzos perfeccionistas [F(1,84)=0,14, p>0,05, ηp²=0,00]. Por otro lado, las comparaciones por pares de los tiempos de línea de base no indicaron cambios para la ansiedad, la depresión, las preocupaciones evaluativas, los esfuerzos ni la imagen corporal entre el tiempo 1 y 2.
Muneghina et al. (2021)	72 adultos	5 sesiones (10 minutos cada una)	La intervención se hizo en cinco días consecutivos. Se utilizó un audio basado en una meditación guiada adaptada del guion Mindfulness of Body and Breath (Williams & Penman, 2011), así como meditaciones centradas en la naturaleza (Coleman, 2006). Las estrategias utilizadas se basaron en mindfulness.	Los resultados muestran que, en comparación con el grupo de control, el B-MNCI mostró mejoras en la conexión con la naturaleza y disminución de la paranoia, con cambios mantenidos en la evaluación de seguimiento. Sin embargo, no hay diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad y atención plena.
Moix et al. (2021)	Participaron 72 estudiantes universitarios de primer año de Psicología	3 sesiones (2 horas cada una)	Se usaron ejercicios para centrarse en observar, describir, y actuar con conciencia, sin emitir juicios y sin reactividad. Las estrategias utilizadas se basaron en mindfulness.	Los resultados muestran que el programa diseñado fue beneficioso, ya que redujo la ansiedad y generó una mayor conciencia plena. Los resultados muestran diferencias significativas en la reducción de la ansiedad y en el aumento de la conciencia plena en los grupos de intervención (p<.05). En los tres RCT, la magnitud del cambio (entre grupos) mostró un aumento moderado de la conciencia plena en un estudio (d=0.68) y un gran aumento de los dos restantes (d=1.32, 1.01). En lo que respecta a la ansiedad, se observaron grandes cambios en los tres estudios (d=0.80, 1.04, 0.81). Como conclusión, este programa de mindfulness demostró su eficacia en la reducción de la ansiedad y el aumento de la conciencia plena.

Nota: TCC = terapia cognitivo-conductual; TC = terapia cognitiva; MSC= mindfulness self-compassion o autocompasión consciente; MBSR = reducción de estrés basada en atención plena; MBI = intervención basada en mindfulness; ACT = terapia de aceptación y compromiso; MBCT = terapia cognitivo-conductual basada en mindfulness para tratar la depresión.

cognitiva y emocional ante un estresor agudo, estrés fisiológico, distrés emocional, estrés percibido y estrés laboral, y para reducir la ansiedad y aumentar la conciencia plena (Ramos et al., 2014; Oblitas et al., 2019; Zollars et al., 2019; Moix et al., 2021).

3.5. Resultados de las investigaciones

En relación con los resultados obtenidos, ocho de las investigaciones describen resultados positivos asociados a la práctica de *mindfulness*, con reducción significativa de los niveles de ansiedad, depresión y estrés (Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016; Franco, 2017; Donoso et al., 2017; Oblitas et al., 2019; Chiodelli et al., 2020; Woodfin et al., 2021; Moix et al., 2021).

Por otro lado, describen una mejora significativa en cuanto a la reducción de pensamientos intrusivos, del perfeccionamiento desadaptativo, del estrés laboral y los niveles de ira, así como un alivio general y la reducción de síntomas somáticos y psicológicos relacionados con la ansiedad y el estrés. Asimismo, existen resultados positivos en cuanto al control de la ira, el bienestar subjetivo, la autocompasión, la disminución de la paranoia, el aumento de la motivación, la vitalidad y el propósito de vida, un mayor bienestar psicológico, menos alteración emocional, aumento del afecto positivo, mejoras en la percepción de la autoimagen, disminución del estrés y mantención del bienestar mental en un programa profesional exigente (Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016; Franco, 2017; Donoso et al., 2017; Oblitas et al., 2019; Chiodelli et al., 2020; Woodfin et al., 2021; Moix et al., 2021).

En los tres artículos restantes se describen resultados positivos pero no significativos. En uno de ellos se hace referencia a que los efectos de las intervenciones breves en *mindfulness* pueden ser demasiado efímeros para afrontar estresores agudos; otro señala que la meditación de atención plena mejoró de manera uniforme e independiente a los participantes en las variables de salud mental evaluadas. Por último, los resultados muestran que, en comparación con el grupo de control, el B-MNCl mostró mejoras en la conexión con la naturaleza y disminución de la paranoia, con cambios mantenidos en la evaluación de seguimiento. Sin embargo, no se reportaron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad y atención plena (Ramos et al., 2014; Zollars et al., 2019; Muneghina et al., 2021).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados muestran que las intervenciones breves (entre dos y siete sesiones) basadas en *mindfulness* obtienen resultados significativos en la mejoría de síntomas asociados a la salud mental y el bienestar psicológico.

Con un promedio cuatro sesiones, la presente revisión da cuenta de que la estrategia más utilizada es el *mindfulness* con técnicas derivadas del modelo cognitivo-conductual (Phang et al., 2015; Rosselló et al., 2016;

Franco, 2017; Donoso et al., 2017; Chiodelli et al., 2020; Woodfin et al., 2021). Sin embargo, la enorme variabilidad entre el tiempo de duración de las sesiones, la utilización o no de trabajo individual entre las sesiones y las diferencias entre el acompañamiento de este trabajo individual, duración de las prácticas y el tipo de guía (audio o en silencio), no permite hacer comparaciones exhaustivas entre las investigaciones descritas. Estas dificultades ya han sido señaladas en varias otras investigaciones y vuelven indispensable continuar en el camino de la estructuración en los procedimientos (Berghoff et al., 2017; Grossman et al., 2004; Parsons et al., 2017).

La estructura de los programas de *mindfulness* puede variar dependiendo del enfoque y el contexto en el que se imparten. Sin embargo, suelen estructurarse a lo largo de 8 a 10 semanas, con grupos que generalmente varían entre 10 y 40 participantes (Hayes et al., 2012; Kabat-Zinn, 1990; Linehan, 2015; Segal, Williams, & Teasdale, 2018). Las sesiones semanales únicas suelen tener una duración de 2,5 horas más una sesión adicional única a manera de retiro, que dura un día completo. Debido a que el desarrollo de la atención plena se basa en la práctica regular y repetida, los participantes se comprometen al inscribirse a realizar prácticas diarias de 45 minutos (Grossman et al., 2004).

Aunque existe una importante evidencia que da cuenta de la eficacia de los modelos de ocho sesiones, existen investigaciones que reportan una baja asistencia en estos programas (Carmody & Baer, 2008; Grossman et al., 2007; Horrillo-Álvarez et al., 2019). Hasta un 90% de los abandonos tiene lugar tras la primera y segunda sesión grupal del entrenamiento; es decir, una deserción tras solo una semana de práctica diaria, lo que podría explicar la desmotivación en la continuación de un programa al que aún le restan siete semanas para concluir (Horrillo-Álvarez et al., 2019). Además, existe poca evidencia que dé cuenta de cómo el número de sesiones se relaciona con los resultados (Berghoff et al., 2017). A esto resulta necesario añadir las variables de adherencia relacionadas con las prácticas diarias, el formato de registro y las diferencias entre las modalidades utilizadas (presencial, *online* o a través de aplicaciones) (Horrillo-Álvarez et al., 2019).

En lo que sí existiría consenso es en que los resultados más estables y duraderos de la práctica del *mindfulness* se consiguen a través de una práctica sostenida en el tiempo (Goyal et al., 2014), lo que, junto a una adecuada adherencia a las sesiones de entrenamiento, generaría una disposición más consciente en la cotidianidad, favoreciendo la salud y el bienestar general que se asocia a la práctica del *mindfulness* (Lacaille et al. 2018). A nuestro entender, la adherencia al entrenamiento en *mindfulness* resulta un objeto de estudio que aún requiere estudio, ya que mientras algunas investigaciones apuntan a una baja adherencia (Carmody & Baer, 2008; Grossman et al., 2007) otras señalan que esta es alta

(Martín-Asuero y García-Banda, 2010). Aun así, los estudios refieren que, en cuanto a la adherencia, los efectos dependen principalmente del tiempo de práctica (Carmody & Baer, 2008), por lo que el estudio y la estructuración de un programa que no solo incentive, sino que también ayude a los participantes a incluir las prácticas dentro de sus rutinas cotidianas a largo plazo, resultaría indispensable.

No es posible alcanzar un nivel sostenido y a largo plazo de atención consciente que nos permita experimentar de forma plena el momento presente con aceptación y sin emitir juicios en dos sesiones, ni siquiera en ocho (Lutz et al., 2008; Creswell et al., 2012). Basta revisar las modalidades de meditación o escuelas de tradiciones espirituales que utilizan el *sati* como recurso para ver que en todas se describen años de práctica diaria y continuada para conseguir beneficios a largo plazo. *Anapanasati* (atención a la respiración), *Vipassana* (visión clara), *Metta* (amor bondadoso) y *Samatha* (calma mental) son estrategias que requieren de un entrenamiento constante que, cuando es sostenido, puede generar cambios estructurales y profundos (Farb et al., 2007; Hölzel et al., 2011; Jang et al., 2011; Lee et al., 2016).

Resulta interesante entonces reflexionar sobre cómo estas estrategias breves de intervención se concentran, más que en la intensidad del entrenamiento, en la adquisición de rutinas que sea posible sostener en el tiempo y que se adecúen a los espacios cotidianos de cada practicante. En este sentido, el seguimiento entre sesiones y el registro de prácticas en el hogar, el tiempo y tipo de práctica y su inclusión como parte de las rutinas cotidianas de cada persona, resultan aspectos centrales a tomar en consideración en la estructuración de los talleres de *mindfulness*. La inclusión de aplicaciones móviles, la creación de grupos de soporte a través de las redes sociales, la apertura de canales de comunicación entre sesiones, los audios guía y, en definitiva, la consideración del formato más pertinente para monitorear, apoyar e incentivar la práctica personal, como parte de la estructuración de estos programas, se vuelve fundamental.

En resumen, el *mindfulness* ha demostrado ser una estrategia eficaz en el tratamiento de varias patologías y la presente revisión da cuenta de que, en formatos breves, menores a ocho sesiones, también muestra una eficacia significativa. Sin embargo, aún es necesario avanzar en la estructuración de las estrategias que se utilizan para que resulten en la adquisición de las prácticas por parte de los practicantes a largo plazo. Así como existe un consenso en cuanto a la necesidad de realizar actividad física regular para conservar la salud, creemos indispensable hacer consciente que la práctica regular de estrategias meditativas, de entrenamientos atencionales, de las funciones ejecutivas y de la memoria, y, en definitiva, de todos los ejercicios apuntados a conservar la salud mental, deben ser parte fundamental de nuestras rutinas cotidianas para el cuidado de la salud general.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no declaran conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Los autores no declaran fuentes de financiamiento.

REFERENCIAS

- Alcázar, R. J. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1191/0
- Awasthi, B. (2012). Issues and perspectives in meditation research: In search for a definition. *Frontiers in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00613>
- Banks, J., Welhaf, M., Srour, A. (2015). The protective effects of brief mindfulness meditation training. *Conscious Cogn.*, 33, 277-85. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.01.016>
- Baker, J., Costa, D., & Nygaard, I. (2012). Mindfulness-based stress reduction for treatment of urinary urge incontinence: a pilot study. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 18(1), 46-49. <https://www.doi.org/10.1097/SPV.0b013e31824107a6>
- Berghoff, C. R., Wheelless, L. E., Ritzert, T. R., Wooley, C. M. y Forsyth, J. P. (2017). Mindfulness meditation adherence in a college sample: Comparison of a 10-min versus 20-min 2-week daily practice. *Mindfulness*, 8, 1513-1521. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0717>
- Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Naranjo, J. R., & Schmidt, S. (2012). Influence of mindfulness practice on cortisol and sleep in long-term and short-term meditators. *Neuropsychobiology*, 65(3), 109-118.
- Bruna, B., García, F., Rincón, P., Aravena, V., y Rivera, C. (2019). Intervenciones breves basadas en mindfulness para el tratamiento preventivo del estrés: una revisión sistemática. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVIII(5), 693-702. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1113>
- Campbell, T. S., Labelle, L. E., Bacon, S. L., Faris, P., & Carlson, L. E. (2012). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlist-controlled study. *Journal of Behavior Medicine*, 35(3), 262-271.
- Carmody, J. y Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction pro-

- gram. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
- Carmody, J., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., & Olendzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: Results of a randomized trial. *Menopause*, 18(6), 611-620.
- *Chiodelli, R., Nesi de Mello, T., Neves de Jesus, S., Andretta, I. (2020). Effects of a Brief Mindfulness-Based Intervention on Depression, Anxiety, and Stress in Senior Students. *Trends in Psychology*, 28, 529-545. <https://doi.org/10.1007/s43076-020-00034-2>
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Breen, E. C., Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095-1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., Kemeny, M., Karan, L., & Epel, E. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*, 2011, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2011/651936>
- *Donoso, LM Blanco; García Rubio, C; Moreno Jiménez, B; de la Pinta, MLR; Moraleda Aldea, S; Garrosa, E. (2017). Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y urgencias. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 57-73. <http://hdl.handle.net/10486/706285>
- Duncan, L. G., Moskowitz, J. T., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., Hecht, F. M., & Johnson, M. O. (2012). Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: A randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(2), 161-171.
- Esmer, G., Blum, J., Rulf, J., & Pier, J. (2010). Mindfulness-based stress reduction for failed back surgery syndrome: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 110(11), 646-652.
- *Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Gazquez, J., Pérez, M. (2017). Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia Psicológica*, 35(1), 71-79. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100007>
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313-322. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm030>
- Garland, S., Tamagawa, R., Todd, S., Specia, M., & Carlson, L. (2012). Increased mindfulness is related to improved stress and mood following participation in a mindfulness-based stress reduction program in individuals with cancer. *Integrative Cancer Therapies*. <https://doi.org/10.1177/1534735412442370>
- Goldstein, C. M., Josephson, R., Xie, S., & Hughes, J. W. (2012). Current perspectives on the use of meditation to reduce blood pressure. *International Journal of Hypertension*, 2012, 1-11.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ransinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2003.tb04008.x>
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A. y Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 226-233. <https://doi.org/10.1159/000101501>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., & Kellar, I. (2005). *Concordance, adherence, and compliance in medicine taking*. London: NCCSDO.
- Horrillo-Álvarez, B., Marín-Martín, C. y Abuín, M. R. (2019). La adherencia al entrenamiento en meditación mindfulness con registro en papel y en aplicación móvil. *Clínica y Salud*, 30, 99-108. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a15>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*:

- Neuroimaging*, 191(1), 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.psychoresns.2010.08.006>
- Jang, J. H., Jung, W. H., Kang, D.-H., Byun, M. S., Kwon, S. J., Choi, C.-H., & Kwon, J. S. (2011). Increased default mode network connectivity associated with meditation. *Neuroscience Letters*, 487(3), 358–362. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.10.056>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P. y Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Revista Psykhe*, 21(2), 133-147.
- Lacaille, J., Sadikaj, G., Nishioka, M., Carrière, K., Flanders, J. y Knäuper, B. (2018). Daily mindful responding mediates the effect of meditation practice on stress and mood: The role of practice duration and adherence. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 109-122. <https://doi.org/10.1002/jclp.22489>
- Lee, J., Ishii, R., & Kim, M. (2016). Effects of loving-kindness meditation on happiness and subjective well-being: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 293-312. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9589-1>
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
- Martín-Asuero, A. & García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 369-384. <https://doaj.org/article/f7074fd-d729147dabdd1d15e3887e194>
- Miró, M. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- *Moix, J., Cladellas, M., Gayete, S., Guarch, M., Heredia, I., Parpal, G., Toledo, A., Torrent, D., Trujillo, A. (2021). Effects of a Mindfulness Program for University Students. *Clínica y Salud*, 32(1), 23-28. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a24>
- Moher, D., Liberat, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISM statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Moreno, A. (2012) Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1). <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Moreno, J. H., Roza, M., & Cantor, I. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia, Avances de la Disciplina*, 6, 24-34.
- Mac-Ginty, S., Jiménez, A., Martínez, V. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios en Chile. *Revista chilena de psiquiatría. Neurología infancia y adolescencia*, 32(1), 23-37.
- *Muneghina, O., Van Gordon, W., Barrows, P., Richardson, M. (2021). A Novel Mindful Nature Connectedness Intervention Improves Paranoia but Not Anxiety in a Nonclinical Population. *Ecopsychology*, 13(4), 248-256. <http://doi.org/1089/eco.2020.0068>
- *Oblitas, L., Anicama, J., Bayona, L., Bazán, C., Ferrel, F., Núñez, N. (2019). Impacto del mindfulness en el estrés en trabajadores de una universidad de Lima sur. *Salud Uninorte*, 35(2), 238-249. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.35.2.616.98>
- O’Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I., Wilkinson, P., Impact Consortium, & Midgley, N. (2018). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 28(5), 708-721. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576>
- O’Keeffe, S., Martin, P., Target, M., & Midgley, N. (2019). ‘I Just Stopped Going’: A Mixed Methods Investigation into Types of Therapy Dropout in Adolescents with Depression. *Frontiers in Psychology*, 10(75). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00075>
- *Phang, C. K., Chiang, K. C., Ng, L. O., Keng, S.-L., & Oei, T. P. S. (2016). Effects of Brief Group Mindfulness-based Cognitive Therapy for Stress Reduction among Medical Students in a Malaysian University. *Mindfulness*, 7(1), 189–197. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0399-2>
- *Ramos, N., Jiménez, O., Lopes, P. (2014). El papel de la atención plena para hacer frente a los recuerdos de factores estresantes agudos: Un estudio de laboratorio. *Psicothema*, 26(4), 505-510. <http://doi.org/10.7334/psicothema2014.71>
- *Rosselló, J., Zayas, G., Lora, V. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en conciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y conciencia plena: un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 62-78. <https://repsasppr.net/index.php/reps/article/view/278>
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2008). Mindfulness: What is it? Where did it come from? En F. Didonna (ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). New York, NY: Springer.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discon-

- tinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 547-559.
- *Woodfin, V., Molde, H., Dundas, I., Binder, P. (2021). A Randomized Control Trial of a Brief Self-Compassion Intervention for Perfectionism, Anxiety, Depression, and Body Image. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751294>
- *Zollars, I., Poirier, T., Pailden, J.(2019). Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and perceived stress. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, *11*, 1022-1028. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.06.00>