



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Ciencias Sociales-Programa de Magíster en Psicología

**Mindfulness breve y sintomatología depresiva en personas expuestas a eventos estresantes. Un ensayo controlado aleatorizado.**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología mención Psicología de la Salud

Armando Cristian Cerna Carrasco  
CONCEPCIÓN-CHILE  
2021

Profesor Guía: Dr. Felipe Eduardo García Martínez  
Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Concepción

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

|  |    |
|--|----|
| Resumen.....   | 4  |
| Introducción.....  | 5  |
| Relevancia de la investigación.....  | 7  |
| Marco teórico.....   | 9  |
| Mindfulness.....   | 9  |
| Eventos altamente estresantes y mindfulness en la prevención del estrés..... | 11 |
| Mindfulness y depresión.....   | 13 |
| Mindfulness y regulación emocional.....                                      | 14 |
| Mindfulness y rumiación.....   | 16 |
| Mindfulness y bienestar.....   | 16 |
| Pregunta de investigación.....   | 18 |
| Objetivos.....   | 18 |
| Hipótesis.....   | 18 |
| Variables de estudio.....  | 19 |
| Método.....  | 22 |
| Diseño.....  | 22 |
| Participantes.....   | 22 |



|   |    |
|---|----|
| Instrumentos.....   | 23 |
| Procedimiento.....  | 25 |
| Estándares éticos.....  | 28 |
| Análisis de datos.....  | 29 |
| Resultados.....   | 30 |
| Discusión y conclusión.....   | 37 |
| Referencias.....  | 42 |
| Anexos.....   | 54 |
| Cuestionario sociodemográfico.....                                      | 54 |
| Escala de Satisfacción Vital (SWLS).....                                | 55 |
| Escala de Regulación Emocional (ERQ).....                               | 56 |
| Escala de Rumiación Relacionada al Evento (ERRI).....                   | 57 |
| Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)..... | 58 |
| Check List de eventos.....  | 59 |
| Consentimiento informado.....   | 60 |

## RESUMEN

Los eventos altamente estresantes son alteraciones que constantemente viven la mayoría de las personas a lo largo de su vida, en este sentido, las intervenciones basadas en mindfulness pueden ser utilizadas como una intervención eficaz para prevenir las consecuencias de estos eventos. El presente estudio tuvo como propósito evaluar el impacto de una Intervención Breve de Mindfulness, midiendo sus efectos en la sintomatología depresiva, la rumiación cognitiva, la regulación emocional y el bienestar subjetivo, en personas que han vivido un evento estresante reciente. El diseño del estudio fue experimental, controlado aleatorio, con medida pre y post de todas las variables de estudio, utilizando para ello la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala de Rumiación Relacionada al Evento (ERRI), el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y la Escala de Satisfacción Vital (SWLS). Se observó que la Intervención Breve en Mindfulness, disminuyó los niveles de sintomatología depresiva y rumiación cognitiva, además de aumentar los niveles de bienestar subjetivo, no se observaron cambios significativos en la regulación emocional. Se discuten las limitaciones y alcances del estudio.

Palabras claves: **Mindfulness, Depresión, Rumiación, Regulación emocional, Bienestar subjetivo.**

## INTRODUCCIÓN

Los eventos estresantes son alteraciones en la historia de vida de un individuo que implican un esfuerzo de adaptación considerable por parte de la persona que los vive (Sutin et al., 2010). La exposición a estos eventos es una experiencia común con independencia del sexo, la edad o el contexto cultural (Gómez & Cárdenas, 2016). Los estudios disponibles advierten que alrededor del 82 al 90% de la población general estará expuesta a algún tipo de evento traumático en algún momento de su vida (Breslau et al., 1998; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan & Foa, 2010).

En el caso de la población chilena, por ejemplo, está constantemente propenso a sufrir eventos altamente estresantes de orden masivo, debido a la alta frecuencia de desastres naturales que afectan al país año tras año, como terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, aluviones, además de estresores que afectan individualmente como la violencia delictual, los abusos sexuales o enfermedades amenazantes. Esto sugiere que las personas tienen una alta probabilidad de exponerse a un evento de este tipo, desarrollando a partir de ello diversas consecuencias.

Si bien la mayoría de estas personas no desarrolla consecuencias negativas a largo plazo, un porcentaje importante puede presentar distintos problemas de salud mental, entre ellos, sintomatología postraumática y también depresión (Breslau, 2002; Creamer, McFarlane & Burgess, 2005). Se estima, por ejemplo, que un 25% de las personas expuestas al terremoto de Chile del 2010 en la región del Bío-Bío desarrollaron un trastorno de estrés postraumático (Abeldaño, Fernández, Estario, Enders & de Neira, 2014). Asimismo, un 13,5% de adolescentes expuestos al mismo terremoto desarrolló altos niveles de sintomatología depresiva (Díaz, Quintana & Vogel, 2012).

De este modo, las acciones de prevención y promoción están ganando una creciente importancia en todos los espacios del campo de la salud, incluyendo las dificultades que ocurren en emergencias

y post-emergencias (Sans-Corrales et al., 2006). Resulta entonces importante determinar los factores que contribuyen a un menor nivel de sintomatología depresiva tras vivir un evento altamente estresante.

La prevención se muestra como una de las formas más efectivas para reducir la prevalencia de problemas de salud mental, algunos con importante carga de enfermedad, pues apunta a reducir factores de riesgo, fortalecer factores de protección y disminuir síntomas psiquiátricos y discapacidad, así como aparición temprana de algunos síntomas de trastornos mentales. También mejora la salud mental positiva, contribuye a una mejor salud física y genera beneficios sociales y económicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal. Aquellas intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección suelen superponerse con la promoción en salud mental (OMS, 2004).

En este sentido, el mindfulness aparece como una alternativa para la prevención y promoción en salud mental. El mindfulness se refiere a un estado de consciencia traducido como atención plena, que implica prestar atención intencionalmente al momento presente, sin juzgar la experiencia (Kabat-Zinn, 1982; 2003). El entrenamiento de la atención plena ha adquirido un notable interés científico en las últimas décadas (Moscoso & Lengacher, 2015; Roselló, Zayas & Lora, 2016), mostrando su eficacia para la prevención o tratamiento de diversas problemáticas de índole psicológico y físico (Roselló et al., 2016).

Por ejemplo, en un estudio reciente con población general, se utilizó mindfulness en una intervención breve de cuatro sesiones, observándose una disminución de la sintomatología depresiva, un aumento del bienestar subjetivo, además de la reducción de la supresión emocional y de la rumiación y un aumento de la reevaluación cognitiva como estrategia de regulación emocional (Cerna, García & Téllez, 2020). El tamaño del efecto de esta intervención breve fue de

una d-Cohen de 0,65 para sintomatología depresiva y 0,64 para bienestar psicológico, ambos de valor medio.

Con base en estos antecedentes, resulta relevante desarrollar una investigación que permita aportar de forma significativa a los desafíos que presenta la prevención del malestar y problemáticas de salud mental, asociadas a un evento altamente estresante o traumático, como los que afectan frecuentemente a la población chilena, y de este modo fomentar la promoción de resultados positivos con estrategias validadas empíricamente, de bajo costo y con resultados eficaces demostrables. Desarrollar ese tipo de intervenciones permitirá la creación y desarrollo de programas de respuesta temprana ante eventos de emergencia masivos, estresantes y eventualmente traumáticos, como catástrofes naturales y otros de diversa magnitud.

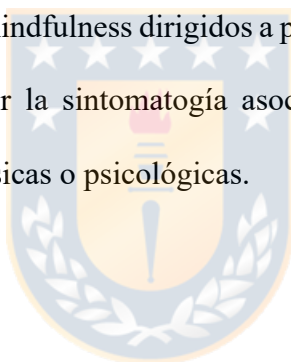
### **Relevancia de la investigación**

La literatura existente proporciona un gran cuerpo de evidencia que muestra significativos efectos de la aplicación del mindfulness para la reducción del estrés, ansiedad y depresión, ya sea con foco en la prevención o en el tratamiento de los síntomas asociados a estas problemáticas. En este sentido, el mindfulness tiene importantes implicaciones en contexto de salud, y se presenta como una alternativa eficaz en la prevención y atención de problemas de salud mental y física, o para mejorar la calidad de vida en condiciones médicas más graves.

Sin embargo, la mayor parte de la evidencia disponible corresponde a estudios que en su mayoría han sido realizados fuera del contexto latinoamericano, y los pocos estudios que se encuentran en la región son cuestionables respecto a su metodología. En particular, dentro del país es escaso el cuerpo de estudios experimentales controlados sobre el impacto del mindfulness en el estrés y la depresión, o como intervención preventiva en salud mental, considerando el creciente interés científico de esta práctica en la atención primaria o preventiva.

Por lo tanto, la presente investigación tiene una relevancia primeramente, de carácter teórica, ya que aporta evidencia y desarrollo teórico en la investigación del mindfulness en Latinoamérica y en particular en el contexto de la salud mental de la población chilena. Como se ha expuesto, es de público conocimiento los efectos positivos del mindfulness en distintos mecanismos de acción, que han servido de justificación para la implementación de este tipo de intervenciones en contextos clínicos. En Chile no se ha realizado investigación experimental comparativa importante en este sentido, por lo que este estudio arroja luz respecto de la investigación del mindfulness como intervención preventiva en contexto latinoamericano.

Desde el punto de vista aplicado, esta investigación aporta al desarrollo de programas de intervención preventiva basados en mindfulness dirigidos a personas expuestas a eventos altamente estresantes, que apunten a disminuir la sintomatología asociada y reducir el malestar, evitando consecuencias negativas de índole físicas o psicológicas.





## MARCO TEÓRICO

### *Mindfulness*

El mindfulness o meditación de atención plena, es una práctica de origen oriental, vinculada principalmente a la tradición meditativa del Budismo, que ha sido acogida por la psicología y las disciplinas de la salud occidental, transformándose en un objeto de estudio científico de creciente interés (Moscoso & Lengacher, 2015; Roselló, Zayas & Lora, 2016).

Se ha observado un aumento en la prevalencia de diversas patologías asociadas al estrés, ansiedad y depresión, lo que produce un efecto negativo en la calidad de vida de la población (Salvo, 2014).

Hoy es posible encontrar estudios que demuestran la eficacia del mindfulness como una intervención que permite atender y hacer frente a estas problemáticas, tanto a nivel físico como psicológico (Roselló et al., 2016), extendiéndose su uso clínico para el tratamiento, y especialmente la prevención, de diversos trastornos derivados de una inadecuada regulación emocional o afectiva (Leung, Lo & Lee, 2014).

Esta disciplina se caracteriza por la atención y consciencia del momento presente, sin ejercer juicios de la experiencia y con la aceptación a la misma (Villalobos, Díaz & Ruiz, 2012). Se refiere a un estado de consciencia que implica poner atención intencionalmente y sin juzgar, en el momento presente, mediante una profunda conexión con el aquí y ahora, de autoconocimiento, cuestionando la visión del mundo, bajo una capacidad y habilidad de cultivar y apreciar cada instante o cada experiencia de la vida momento a momento (Kabat-Zinn, 1982; 2003). En este estado, el sujeto se convierte en observador del flujo de su propia consciencia, lo que podría definirse como metaconsciencia o autoconsciencia, un estado que podría ser beneficioso en la prevención de problemas físicos y psicológicos (Waszczuk et al., 2015).

En el marco conceptual de la psicología occidental, el mindfulness es integrado dentro de las intervenciones de tercera generación del enfoque cognitivo conductual (Villalobos et al., 2012). Diversos estudios han encontrado que el mindfulness es efectivo para el tratamiento de la depresión, el estrés, los trastornos de ansiedad y adaptación, teniendo un menor costo que la terapia cognitiva conductual en su implementación, sin encontrarse diferencias significativas entre ambas respecto a su eficacia (Sundquist et al., 2015). En este sentido, las intervenciones basadas en mindfulness han demostrado ser eficaces y resultan prometedoras en salud mental y calidad de vida, especialmente en la aplicación en atención primaria (Demarzo et al., 2015), superando a los tratamientos no basados en evidencia o sin condiciones de control activo, con un desempeño que resulta similar al de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) (Hofmann & Gómez, 2017).

El mecanismo mediante el cual el mindfulness ejerce sus efectos, es un proceso que incluye el control de la atención, la autoconsciencia y la regulación de las emociones, conformando un modelo de autorregulación mejorada, lo que permite reducir el estrés y mejorar el procesamiento emocional, teniendo potencial para el tratamiento de trastornos clínicos, el cultivo de una mente sana y mayor bienestar (Tang, Hölzel & Posner, 2015).

De esta manera, en los últimos años, ha habido un importante aumento en investigaciones que describen intervenciones breves de atención plena, desde instrucciones de sesión única hasta programas de capacitación de sesiones múltiples que duran dos semanas o menos (Creswell & Lindsay, 2014; Zeidan et al., 2010). Ensayos controlados aleatorios (ECA) en el entrenamiento breve de atención plena, muestran resultados preliminares de que estos programas pueden mejorar los resultados en salud mental (Creswell & Lindsay, 2014).

Las intervenciones breves de entrenamiento en mindfulness han tomado varias formas, que van desde programas de dos semanas, por ejemplo, 10 minutos de práctica domiciliaria guiada durante

14 días (Cavanagh et al., 2013) a inducciones de sesión única, las que a menudo se realizan en laboratorio (Wells & Roussis, 2014).

Varias investigaciones muestran que las intervenciones breves de atención plena pueden ser efectivas para reducir la afectividad negativa activando la regulación de la atención (Ainsworth, Eddersahw, Meron, Baldwin & Garner, 2013; Dickenson, Berkman, Arch & Lieberman, 2013) y aumentando la tolerancia al contenido emocional negativo (Lutz et al., 2014).

De esta forma, el mindfulness se presenta también como una intervención prometedora en salud mental y atención primaria, la que es necesario seguir investigando y revisar los constantes resultados de su aplicación (Demarzo et al., 2015), teniendo en cuenta que es una intervención que requiere de enfoques innovadores que permitan su desarrollo en los sistemas de salud de forma que resulte económica y accesible a la mayor cantidad de personas (Demarzo, Cebolla & García-Campayo, 2015).

### ***Eventos altamente estresantes y mindfulness en prevención del estrés***

Los eventos altamente estresantes se definen como alteraciones en la vida de una persona, que implica un considerable esfuerzo de adaptación (Sutin et al., 2010). Estas experiencias incluyen vivencias como desastres naturales, enfermedad personal grave, enfermedad grave de un ser querido, accidentes caceros y laborales, muerte de un ser querido, ruptura de pareja, violencia policial, doméstica o criminal, y cualquier otro evento que resulte potencialmente traumático para la persona que lo experimenta (Norris et al., 2007). Cualquier persona puede vivir o estar expuesta a un evento de este tipo, sin importar su sexo, edad o contexto cultural (Gómez & Cárdenas, 2016). En este sentido, las personas que experimentan este tipo de eventos pueden desarrollar distintos

problemas de salud mental, principalmente sintomatología postraumática y depresiva (Breslau, 2002; Creamer et al., 2005).

De las intervenciones basadas en evidencia utilizadas para el tratamiento del estrés y sus patologías y síntomas asociados, la primera propuesta estructurada basada en mindfulness y que a la fecha muestra mayor evidencia en su eficacia y un amplio número de investigaciones y variaciones con distintas poblaciones clínicas y no clínicas es el programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003). Este programa de intervención ha servido de referencia para el desarrollo de distintos programas de intervención basados en mindfulness para la reducción del estrés.

De esta forma, se han reportado importantes efectos positivos de la aplicación del mindfulness en el estrés agudo, por ejemplo en población militar expuesta a constante estrés por su entrenamiento (Boe & Hagen, 2015). Similares efectos pueden encontrarse en intervenciones breves, menores a las ocho semanas estándar que requiere el MBSR tradicional.

En este sentido, se han desarrollado diversos programas de intervenciones breves en mindfulness con foco preventivo, encontrando que el mindfulness es efectivo para la prevención del estrés en distintas poblaciones, utilizando una estructura de al menos cuatro sesiones de prácticas grupales y asignaciones de prácticas individuales (Manotas et al., 2014; Nitzan-Assayag et al., 2017; Pigeon et al., 2015; Possemato et al., 2016). Incluso se han encontrado efectos positivos para reducción y prevención del estrés en programas con tres sesiones (Call, Miron, & Orcutt, 2014), dos sesiones (Howarth et al., 2016) y hasta una sola sesión de práctica de mindfulness (Schroeder et al., 2018).

Los programas de intervención o entrenamiento breve en mindfulness se han aplicado en distintas poblaciones clínicas y no clínicas. Por ejemplo, se ha encontrado una reducción del estrés y

prevención de sintomatología post traumática en veteranos de guerra (Possemato et al., 2016). En adultos mayores afectados por enfermedades crónicas y expuestos a eventos estresantes recientes, el mindfulness les ayudó en la recuperación después del trauma, reduciendo los síntomas de estrés postraumático y de depresión (Nitzan-Assayag et al., 2017). Por otra parte, también se ha evidenciado reducción de estrés y distrés en profesionales de la salud (Manotas et al., 2014).

Se han aplicado diversas intervenciones basadas en mindfulness para la reducción del estrés y la ansiedad en poblaciones no clínicas, especialmente en estudiantes universitarios, las que han sido revisadas sistemáticamente en la literatura, encontrando que el mindfulness es efectivo para la reducción del estrés, pero no está claro cuál es la frecuencia, duración o método de instrucción que muestra ser más efectivo para obtener los resultados reportados (Bamber y Schneider, 2016). En este sentido, Demarzo et al. (2017) no encontraron diferencias significativas entre un programa de intervención en mindfulness estándar de ocho semanas, frente a un protocolo abreviado de cuatro semanas, reportando una eficacia similar en sus efectos positivos.

### ***Mindfulness y depresión***

En los últimos años, las investigaciones sobre el mindfulness se han enfocado en los mecanismos de acción mediante los cuales este tipo de intervención actúa (Campos, Cebolla & Mira, 2015; Grecucci et al., 2015). Los resultados sugieren que el mindfulness actúa directamente en los procesos cognitivos erróneos, de modo que los sujetos entrenados poseen un mejor procesamiento de las emociones, menor rumiación cognitiva (Paul et al., 2013), una mejor regulación emocional (Compare et al., 2014) y una disminución de la reactividad emocional ante situaciones de estrés social (Britton et al, 2012), lo que los hace menos vulnerables a desarrollar síntomas depresivos o presentar una recaída (Barnhofer et al., 2015).

La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión (MBCT) ha demostrado ser significativamente eficaz para disminuir el riesgo a las recaídas, independientemente del número de episodios depresivos que el individuo haya experimentado antes de la aplicación de la terapia, actuando directamente en la reducción de los síntomas residuales y por lo tanto, ayuda a mejorar la calidad de vida de los individuos que han remitido los cuadros depresivos (Geschwind et al., 2012). La MBCT también ha sido probada en individuos con remisión de episodios depresivos mayores con historia de trauma en la infancia, resultando ser eficaz en la prevención de recaídas en estos sujetos (Williams et al., 2013). Estos resultados han sido respaldados por meta análisis anteriores (Hofmann et al., 2010; Piet & Hougaard, 2011).

En este sentido, los protocolos de intervención basados en mindfulness para la prevención y tratamiento de la depresión, también han sido objeto de adaptaciones y desarrollo de distintas intervenciones breves o estándar, encontrando efectos similares para la reducción de los síntomas depresivos en población no clínica (Demarzo et al., 2017).

### ***Mindfulness y Regulación Emocional***

Se ha encontrado que los individuos que puntúan más alto en las escalas de mindfulness utilizan estrategias de regulación emocional adaptativas y les toma menos tiempo acceder a éstas en situaciones de estrés o ansiedad, en comparación a individuos que puntúan más bajo en estas escalas (Campos et al., 2015). El mindfulness permite una mejor regulación emocional, aunque esta intervención sea breve o auto-guiada (Cavanagh et al., 2013), por lo tanto, la regulación emocional se presenta como uno de los mecanismos principales en los que actúa el mindfulness (Campos et al., 2015).

La regulación emocional corresponde a la capacidad para modular la respuesta fisiológica que se asocia con las emociones, lo que incluye la implementación de diversas estrategias para lograr una respuesta emocional que se adapte al contexto, además de la organización a nivel cognitivo de estas estrategias para lograr diversas metas a nivel social (Thompson, 1994). A su vez, la autorregulación emocional implica regular la magnitud y la duración de la respuesta emocional activada de manera intrínseca, regulando las propias emociones, manteniendo un adecuado funcionamiento emocional, cognitivo y social (Gross, 2013; Nozaki, 2015). De esta manera, la autorregulación emocional sería la habilidad que permite elegir la emoción para afectar, experimentar y expresar (Gross, 1998a).

Gross (2013; 1998b) distingue entre dos estrategias fundamentales de autorregulación emocional: la supresión de la expresión emocional y la reevaluación cognitiva (Gross & John, 2003). La supresión está orientada hacia la conducta, regulando la emoción al intentar inhibir el impacto emocional de alguna situación determinada. Bajo esta estrategia la expresión de la emoción se disminuye, lo que incluye un sentimiento de baja autenticidad al controlar el comportamiento, permitiendo experimentar menos emociones positivas y más emociones negativas. Asimismo, el constante uso de la supresión emocional se correlaciona negativamente con el bienestar psicológico (Gross y Levenson, 1997; Gross, 1998ab; Gross y John, 2003).

Por su parte, la reevaluación cognitiva consiste en pensar de una forma que altere la respuesta emocional o distrayendo el foco de atención, experimentando menos emociones negativas y aumentando las positivas, evitando que las emociones negativas irruman. De esta manera, la reevaluación cognitiva se correlaciona directamente con el bienestar psicológico (Gross, 2013; 1998b; Gross & John, 2003; Manera, Samson, Pehrs, Lee & Gross, 2014).

### ***Mindfulness y Rumiación***

Otro proceso cognitivo sobre el cual el mindfulness parece tener un efecto, es la rumiación (Paul et al., 2013), la que se define como un tipo de pensamiento recurrente y repetitivo, que puede ser tanto constructivo como no constructivo (Watkins, 2008). Se distinguen dos tipos de rumiación frente a una experiencia estresante, intrusiva y deliberada. La rumiación intrusiva se define como pensamientos invasivos en relación a una experiencia, que se presentan en la mente sin que uno elija traerlos. Por su parte, la rumiación deliberada se refiere a pensamientos de carácter premeditado, con el objetivo de entender o darle sentido a la experiencia o evento ocurrido, es decir, son pensamientos que uno elige traer a la mente para intentar manejar una situación (Cann et al., 2011).

El mindfulness favorece una reevaluación positiva, permitiendo transformar la rumiación intrusiva hacia una forma más deliberada. Es decir, después de una experiencia altamente estresante o traumática, en donde es inevitable que distintos pensamientos acerca de dicha experiencia emerjan en la mente sin control, el mindfulness permite, mediante una reevaluación consciente, repensar la experiencia otorgándole un cierto sentido positivo y de aprendizaje, lo que permite regular las emociones y pensamientos, como un tipo de metacognición (Tedeschi & Blevins, 2015).

### ***Mindfulness y Bienestar***

El bienestar subjetivo se entiende como el juicio o valoración que las personas tienen respecto a su calidad de vida, estructurado mediante dos componentes principales: uno de tipo emocional o afectivo (afectos positivos y negativos), y un componente cognitivo definido como satisfacción con la vida y dominios de satisfacción (Diener et al., 1985; Moyano & Ramos, 2007).



En relación con el mindfulness, el bienestar subjetivo se relaciona con la predisposición al estado de atención plena. En este sentido, se ha encontrado que los individuos que poseen una alta satisfacción con la vida, poseen mayores niveles de atención plena (Laca et al., 2017).

Por otra parte, a medida que el mindfulness posibilita un mayor control emocional y un adecuado manejo de los pensamientos repetitivos (Moscoso & Lengacher, 2015), fomenta una adecuada salud mental, bienestar físico y psicológico, que se mantiene a través del tiempo (Vago & Silbersweig, 2012). El mindfulness se ha convertido en una herramienta eficaz para promover el bienestar psicológico (Cepeda-Hernández, 2015; Felipe-Mateo, Rovira-Faixa & Martín-Asuero, 2014), entendiendo este último tanto como la experimentación de sensaciones de placer y emociones positivas como una orientación al desarrollo psicológico y el crecimiento personal (Keyes et al., 2008).



## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué efecto tiene un entrenamiento breve en Mindfulness en la sintomatología depresiva, la rumiación, la regulación emocional y el bienestar subjetivo en personas que han vivido eventos altamente estresantes recientes?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar el efecto de un programa de intervención breve en mindfulness, de formato individual, en la sintomatología depresiva, la rumiación, la regulación emocional y el bienestar subjetivo, en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar los niveles de la sintomatología depresiva, la rumiación, regulación emocional y bienestar subjetivo, en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente, antes de iniciar la intervención preventiva de mindfulness.
2. Determinar el efecto del mindfulness como intervención preventiva breve sobre la sintomatología depresiva, la rumiación, regulación emocional y bienestar subjetivo, en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente, al finalizar la intervención.

## **HIPÓTESIS**

1. Un programa de intervención breve de mindfulness reduce los niveles de sintomatología depresiva, rumiación cognitiva y supresión emocional en personas expuestas recientemente a un evento altamente estresante.

2. Un programa de intervención breve de mindfulness aumenta los niveles de bienestar subjetivo y de reevaluación cognitiva en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### **Variable independiente**

#### **Intervención Breve de Mindfulness:**

Definición conceptual: Intervención breve en mindfulness de cuatro sesiones basada en la estructura del programa “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) (Kabat-Zinn, 1982; 2003), diseñada para la prevención del estrés y la sintomatología depresiva en personas que han vivido un evento altamente estresante reciente.

Definición operacional: Protocolo de Intervención Breve en Mindfulness, programa “Hoy a tiempo”, del proyecto FONDECYT 1180134 (Revisar apartado de procedimiento).

### **Variables dependientes**

#### **Variable principal de resultado:**

##### **Síntomas depresivos:**

Definición conceptual: Sintomatología asociada a la depresión, un desorden del estado de ánimo, que tiene a la base la tristeza, irritabilidad, baja energía, cansancio, fatiga, baja autoestima, insomnio o hipersomnio, pérdida o aumento de apetito, pérdida o aumento de peso, baja concentración y dificultad en las decisiones. Con el tiempo puede desarrollar las características de

desesperanza, bajo interés en el desarrollo de actividades placenteras, agitación o ralentización psicomotora e ideas, intentos o actos suicidas (APA, 2000).

Definición operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

### **Variables secundarias:**

#### **Bienestar subjetivo:**

Definición Conceptual: Juicio o valoración que el individuo tiene respecto a su calidad de vida, estructurado mediante dos componentes principales: uno de tipo emocional o afectivo (afectos positivos y negativos), y un componente cognitivo definido como satisfacción con la vida y dominios de satisfacción (Diener et al., 1985; Moyano & Ramos, 2007). Para efectos de este estudio se medirá el componente de satisfacción con la vida.

Definición operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en la escala de satisfacción con la vida (SWLS).

#### **Regulación emocional**

Definición Conceptual: Capacidad para modular la respuesta fisiológica que se asocia con la emoción, lo que incluye la implementación de diversas estrategias para lograr una respuesta emocional que se adapte al contexto, además de la organización a nivel cognitivo de estas estrategias para lograr diversas metas a nivel social (Thomson, 1994). Para efecto de este estudio se definen las dos principales estrategias enfatizadas por Gross & John (2003):

**Supresión emocional:** Bajo esta estrategia la expresión de la emoción se disminuye, mediante la inhibición de la conducta expresiva. A nivel afectivo, esto permite experimentar menores emociones positivas y mayores emociones negativas (Gross & John, 2003).

**Reevaluación Cognitiva:** Estrategia mediante la cual un sujeto intenta pensar ante una situación de una forma que altere la respuesta emocional o distrayendo el foco de atención, experimentando menores emociones negativas y aumentando las positivas, evitando que las emociones negativas irrumpen (Gross & John, 2003).

Definición operacional: Puntaje obtenido por el sujeto en el cuestionario de regulación emocional (ERQ), en sus subíndices de supresión emocional y reevaluación cognitiva.

### **Rumiación**

Definición conceptual: Pensamiento de tipo recurrente y repetitivo, que puede ser tanto constructivo como no constructivo (Watkins, 2008).

En este estudio se evaluarán dos tipos de rumiación frente a una experiencia estresante, la intrusiva y deliberada. La rumiación intrusiva se define como pensamientos invasivos en relación a una experiencia, que se presentan en la mente sin que uno elija traerlos. Por su parte, la rumiación deliberada se refiere a pensamientos de carácter premeditado, con el objetivo de entender o darle sentido a la experiencia o evento ocurrido, es decir, son pensamientos que uno elige traer a la mente para intentar manejar una situación (Cann et al., 2011).

Definición operacional: Puntaje obtenido por la persona en Escala de Rumiación Relacionada al Evento (ERRI).

## MÉTODO

### *Diseño*

Se utilizó un diseño experimental aleatorizado de dos brazos, con grupos paralelos: un grupo experimental con la intervención y un grupo control en lista de espera, con evaluaciones pre y post-intervención.. Este ensayo se llevó a cabo de acuerdo a las recomendaciones del protocolo internacional “Consolidated Standards of Reporting Trials” (CONSORT), respetando los principales puntos de este protocolo respecto a la identificación de las variables de resultados, aleatorización ciega, descripción de la intervención y transparencia en el reporte de los resultados (Boutron et al., 2008).

### *Participantes*

En este ensayo participaron 73 personas (36 en el grupo experimental y 37 en el grupo control), las cuales estuvieron o vivieron un evento altamente estresante reciente, derivados desde los Centros de Atención Psicológica (CAPS) de las universidades Católica del Norte y Santo Tomás, de tres regiones: Antofagasta, Maule y Bío-Bío. Por lo tanto, la muestra fue obtenida por conveniencia y acceso facilitado, todos usuarios del Programa de Intervención Preventiva “Hoy a tiempo” (Proyecto Fondecyt N° 1180134), del cual este proyecto forma parte.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y haber vivido la experiencia altamente estresante en los últimos tres meses, para la cual se dispuso de un check-list de eventos potencialmente traumáticos basado en Norris et al. (2007), en el que se incluían eventos como: desastre natural, enfermedad personal grave, enfermedad grave de un ser querido, accidente en el hogar, accidente en el lugar de trabajo, muerte de un ser querido, ruptura de pareja, violencia policial, violencia doméstica y violencia criminal, o algún otro evento que haya resultado altamente estresante. (Ver instrumentos).

Los criterios de exclusión fueron haber tenido previamente atención psicológica por las consecuencias generadas por el mismo evento y tener alguna dificultad de movilidad y desplazamiento, o que por su condición o problema de salud de índole físico estén impedidos/as de recibir atención individual en los primeros tres meses tras el evento.

### ***Instrumentos***

Se utilizaron los siguientes instrumentos para la evaluación de las variables:

- **Cuestionario socio-demográfico:** Se elaboró un cuestionario ad-hoc que incluya preguntas referentes a sexo, edad, estado civil, nivel educacional, nivel ocupacional, profesión u oficio, nivel de ingresos, años y meses de experiencia laboral, años y meses en el último cargo.
- **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D):** Instrumento desarrollado por Radloff (1977), traducido al español y validado en Chile por Gempp, Avendaño y Muñoz (2004). Es un auto informe compuesto por 20 ítems que evalúan síntomas asociados a la depresión. Su versión validada en población chilena posee adecuadas propiedades psicométricas con una alta confiabilidad en su escala completa (alfa de Cronbach = 0,87) (Gempp et al., 2004).
- **Escala de Satisfacción Vital (SWLS):** Instrumento desarrollado por Diener et al. (1985) y validado al español por Moyano y Ramos (2007). Escala compuesta por 5 ítems que miden satisfacción con la vida, como componente cognitivo del bienestar subjetivo. La versión validada en población chilena tiene buenos indicadores respecto a sus propiedades psicométricas con una alta confiabilidad para su escala completa (Alfa de Cronbach 0,87) (Moyano & Ramos, 2007).

- **Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ):** Instrumento diseñado por Gross & John (2003) y adaptada por Martínez (2007), compuesto por 10 ítems que evalúan la capacidad de regulación emocional respecto a dos tipos de estrategias de regulación de la emoción: la reevaluación cognitiva y la supresión o represión expresiva. Es una escala tipo Likert en un rango de 1 a 7 (1: en desacuerdo total, 7: en acuerdo total). La versión en español presenta adecuados índices en sus propiedades psicométricas, presentando una alta confiabilidad, con una alfa de Cronbach de 0,75 para la escala de reevaluación cognitiva y de 0,81 para la escala de supresión o represión expresiva (Costa, Páez, Oriol y Unzueta, 2014).
- **Escala de rumiación relacionada al evento (ERRI)**, escala original diseñada por Cann et al. (2011). Se utilizará la versión breve adaptada al español por Alzugaray et al. (2015). Es una escala de 12 ítems que miden rumiación intrusiva y rumiación deliberada. Se responde en preguntas tipo Likert desde 0 (nada en absoluto) a 3 (a menudo). La versión breve, adaptada y validada para población chilena muestra alta confiabilidad para la escala total y para cada subescala (Alzugaray et al., 2015).
- **Check-list de eventos altamente estresantes:** Se incluyó una pregunta dicotómica, con respuesta de “sí” o “no”, preguntando si la persona ha experimentado un evento altamente estresante en los últimos cuatro años. Esta lista fue basada en Norris et al. (2007), tal como se mencionó en el apartado de participantes.



### ***Procedimiento***

El presente estudio se enmarcó dentro de las fases de investigación del Protocolo de Intervención Breve en Mindfulness del Programa de Intervención Preventiva “Hoy a Tiempo”, perteneciente al proyecto FONDECYT N° 1180134, el cual es un estudio mayor con grupos de intervenciones comparativas y seguimiento, con inscripción en ClinicalTrials.gov con el N° NCT04314115. Cabe señalar, que la presente investigación corresponde a datos secundarios relacionados al ensayo clínico de mindfulness y es por esta razón que no se incluye un grupo de control activo o una medida de seguimiento, lo cual corresponde al procedimiento y línea principal del proyecto de investigación FONDECYT que utiliza la comparación de modelos.

El protocolo de intervención se elaboró realizando una revisión exhaustiva de la literatura disponible para examinar intervenciones breves preventivas de mindfulness que hayan apuntado a la disminución de síntomas postraumáticos o depresivos en población que haya sido expuesta a algún evento altamente estresante o potencialmente traumático. A partir de esta revisión se extrajeron intervenciones para ser incluidas en el protocolo de tratamiento individual de cuatro sesiones de mindfulness, las que se organizaron en un manual específico. El programa se sometió a una evaluación por parte de un experto internacional, especialista e investigador de mindfulness, en este caso, el Dr. Marcelo Demarzo, Coordinador del centro de Mindfulness Mente Abierta de la Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil (Demarzo et al., 2017; Demarzo et al., 2018), obteniendo la versión definitiva que se utiliza en este estudio, la cual además, contó con un estudio piloto para su consolidación (Cerna et al., 2021).

En cuanto a su estructura, la intervención consistió en 4 sesiones semanales de 60 minutos cada una y asignaciones de tareas y prácticas diarias que deben realizar los participantes. El resumen y descripción de la intervención se muestra en la tabla N° 1.

Tabla N° 1: Estructura del programa de intervención diseñado

| Descripción de la sesión  | Tareas   |
|---|--|
| <p>1 <b>Experimentando el estado de mindfulness:</b></p> <p>(Encuadre, ejercicio uva pasa, introducción al mindfulness, bodyscan breve, exploración de la experiencia, atención en la respiración)</p>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 minutos diarios de bodyscan.</li> <li>• Consciencia en la respiración.</li> <li>• Atención al momento de comer.</li> <li>• Tomar consciencia de actividades rutinarias.</li> <li>• Autorregistro.</li> </ul> |
| <p>2 <b>Profundizando el estado de mindfulness:</b></p> <p>(Exploración corporal, reflexión prácticas diarias, atención en la respiración, sensaciones y sonidos.)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 minutos diarios de bodyscan.</li> <li>• 5 minutos de consciencia en la respiración, sensaciones y sonidos.</li> <li>• Autorregistro</li> </ul>   |
| <p>3 <b>Atención plena en el pensamiento y emociones:</b></p> <p>(Atención plena en la respiración y cuerpo, reflexión prácticas diarias, atención plena en el pensamiento y emociones, exploración de la experiencia.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar atención plena en sonido, pensamientos y emociones 20 minutos.</li> <li>• 5 minutos ejercicio a elección.</li> <li>• Autorregistro.</li> </ul>   |
| <p>4 <b>Viviendo en mindfulness:</b></p> <p>(Atención plena en el pensamiento y emociones con exploración corporal integrada, reflexión prácticas diarias, recursos para la integración a la vida cotidiana, cierre.)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexión importancia de mantener práctica continua de mindfulness en la vida cotidiana</li> </ul>  |

### ***Ensayo clínico aleatorizado:***

Para la aplicación de la intervención, se seleccionaron terapeutas que hayan demostrado formación previa a nivel de cursos, diplomados o cualquier instancia certificada de mindfulness. Sin embargo,

el programa “Hoy a tiempo” les capacitó específicamente en la aplicación del protocolo diseñado para este proyecto, tanto a nivel teórico y expositivo, y práctica de los ejercicios propios de la intervención.

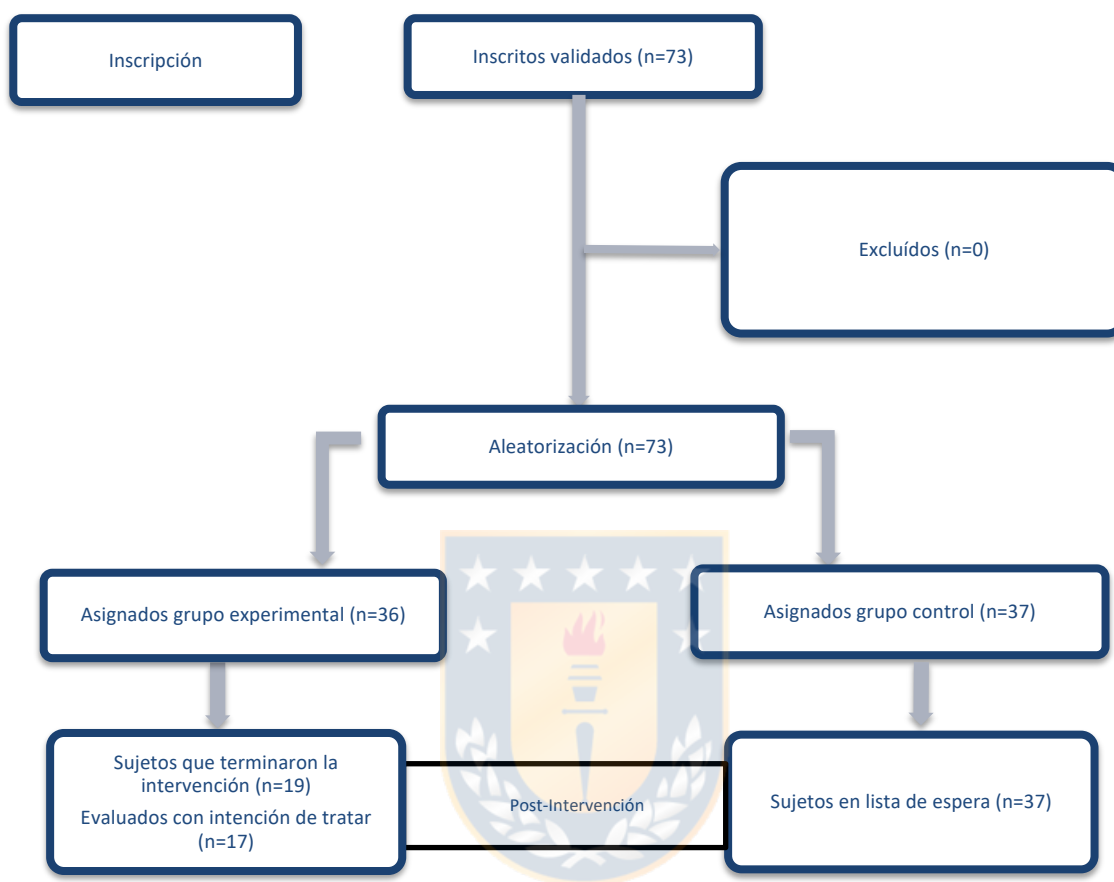
Los participantes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión definidos en el proyecto, en coordinación con los centros de atención psicosocial de las instituciones universitarias colaboradoras del proyecto FONDECYT N° 1180134, para ello, se realizó además, una campaña de difusión en las ciudades participantes, con el fin de incrementar el número de personas susceptibles de recibir atención.

Al inscribir a un consultante, se realizó una evaluación de la sintomatología depresiva, pues dado el carácter preventivo de la intervención, las personas con niveles elevados en este cuadro no participaron del estudio y fueron derivadas a atención psicológica gratuita en los mismos CAPS de las universidades patrocinantes. Luego, se realizó la asignación aleatoria al grupo experimental y grupo control, utilizando un software ad-hoc y respetando el diagrama de participantes, según protocolo CONSORT (Figura N° 1)

Se realizó la evaluación pre-intervención a la totalidad de los participantes, comenzando inmediatamente la aplicación de la intervención para el grupo experimental. Posterior a las cuatro semanas, se aplicó la evaluación post-intervención.

Cabe señalar que en el caso del grupo control en lista de espera, iniciaron la intervención cuatro semanas después de su primera evaluación, de modo de contar con un grupo de comparación sin intervención en la segunda medición.

Figura N° 1: Diagrama de participantes, según protocolo CONSORT



### ***Estándares éticos***

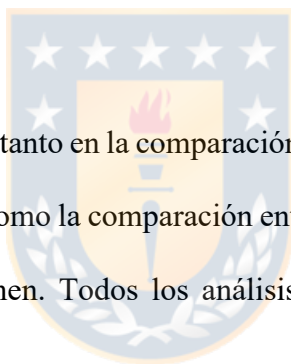
Se respetaron todos los estándares éticos requeridos para ensayos contralados con seres humanos, considerando los principios éticos para la investigación médica con seres humanos de la Declaración de Helsinki y los elementos de las normas CONSORT. De la misma forma, el FONDECYT N° 1180134, del cual este ensayo es parte, se encuentra aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Santo Tomás, resolución N° 30/2018. De esta manera, la participación de los sujetos de investigación fue estrictamente voluntaria, y cada participante tuvo la libertad de retirarse del estudio si así lo deseaba. Se firmó para ello un consentimiento informado indicando

los objetivos y condiciones que presenta la investigación. Se aseguró, además, que ninguna persona haya quedado sin intervención.

### *Análisis de datos*

Se realizó una comparación inter-grupal entre los grupos experimental y control al finalizar la intervención en el primer grupo, utilizando para ello la  $t$  de Student para muestras independientes. Una comparación intra-grupal entre la evaluación pre-intervención y post-intervención considerando a todas las personas por grupo, para ello se utilizó la  $t$  de Student para muestras relacionadas. Para el análisis de los datos post intervención se utilizó el principio de “intención de tratar” reemplazando los datos perdidos por el último valor conocido, en este caso, el de la evaluación pre-intervención.

Para el cálculo del tamaño del efecto, tanto en la comparación en la post-intervención entre el grupo experimental y el grupo control, así como la comparación entre la evaluación pre y post en el grupo experimental, se utilizó la  $d$  de Cohen. Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico SPSS-21.



## RESULTADOS

De los 73 participantes que conformaron la totalidad de la muestra, 36 fueron asignados en forma aleatoria al grupo experimental y 37 al grupo control (ver figura N° 1). Transcurrido el proceso de intervención correspondiente al grupo experimental, 19 personas completaron la intervención y 17 desertaron durante el proceso por razones de índole personal no especificadas. Sin embargo para efectos del análisis de datos todos los sujetos fueron evaluados utilizando el principio de intención de tratar en aquellas personas que abandonaron la intervención.

La tabla N° 2 muestra los tipos de eventos altamente estresantes vividos por los participantes de este estudio, de acuerdo a los eventos definidos en el check list basado en Norris et al. (2007) (Ver instrumentos).

*Tabla N° 2: Tipos de eventos estresantes vividos por los participantes (n=73)*

| <b>Variable</b>                                    | <b>n (%)</b> |
|--|--------------|
| Enfermedad grave propia o de un cercano            | 11 (15,1%)   |
| Accidente laboral, de tránsito o doméstico         | 7 (9,6%)     |
| Muerte de un cercano                               | 6 (8,2%)     |
| Ruptura de pareja                                  | 9 (12,3%)    |
| Violencia social, de Estado, delictual o doméstica | 19 (26,0%)   |
| Problemas laborales (conflictos, despido)          | 6 (8,2%)     |
| Problemas familiares                               | 1 (1,4%)     |

|       |            |
|-------|------------|
| Otros | 14 (19,2%) |
|-------|------------|

En cuanto a las características sociodemográficas, el promedio de edad de los participantes en esta investigación fue de 32,9 años, la mayoría de los participantes fueron mujeres (80,8%). La tabla N° 3 permite observar las principales características demográficas al momento de la evaluación pre intervención.

*Tabla N° 3: Variables sociodemográficas al momento de la evaluación pre intervención*

| Variable     | n (%)       |            |
|--------------|-------------|------------|
| Edad         | 18 a 30     | 40 (54,8%) |
|              | 31 a 45     | 20 (27,4%) |
|              | 46 a 60     | 11 (15,1%) |
|              | Más de 60   | 2 (2,7%)   |
| Sexo         | Femenino    | 59 (80,8%) |
|              | Masculino   | 14 (19,2%) |
| Estado civil | Soltero     | 42 (57,5%) |
|              | Casado      | 12 (16,4%) |
|              | Viudo       | 3 (4,1%)   |
|              | Separado    | 3 (4,1%)   |
|              | Conviviente | 13 (17,8%) |

La tabla N° 4 muestra los estadísticos descriptivos correspondientes a la evaluación pre intervención de la muestra total (n= 73), se observa el puntaje mínimo, máximo, media, desviación estándar y análisis de consistencia interna de los instrumentos utilizados y contestados por los participantes antes de la intervención.

*Tabla 4: Estadísticos descriptivos pre intervención (n=73)*

| <b>Variable</b>        | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b> | <b>DE</b> | <b><math>\alpha</math></b> |
|------------------------|---------------|---------------|--------------|-----------|----------------------------|
| Síntomas depresivos    | 4             | 54            | 32,16        | 10,62     | 0,81                       |
| Bienestar subjetivo    | 5             | 35            | 20,88        | 7,34      | 0,88                       |
| Supresión Emocional    | 4             | 27            | 14,44        | 6,38      | 0,76                       |
| Reevaluación Cognitiva | 11            | 35            | 25,08        | 5,45      | 0,76                       |
| Rumiación deliberada   | 2             | 15            | 9,52         | 3,11      | 0,70                       |
| Rumiación intrusiva    | 2             | 21            | 13,70        | 5,31      | 0,90                       |

En cuanto a la consistencia interna de las pruebas aplicadas, los datos permiten establecer una adecuada confiabilidad de todas las escalas utilizadas (Ver tabla N° 2).

La tabla N° 5 muestra las medias, desviaciones estándar y prueba T, que se obtuvieron para cada variable evaluada, en ambos grupos, tanto en la evaluación pre intervención como en la evaluación post intervención.

Calculando los puntajes de ambos grupos (experimental y control), se puede observar que las medidas obtenidas en la evaluación pre intervención son equivalentes para ambos grupos (experimental y control), lo que indica una exitosa aleatorización de la muestra.



Tabla 5: Promedio, desviación estándar y prueba T y valor p para la comparación entre grupo experimental (n=36) y control (n=37) en mediciones pre y post intervención.

| Variable               | Medición | Experimental    | Control         | Prueba T | Sig.  |
|------------------------|----------|-----------------|-----------------|----------|-------|
|                        |          | <i>M - (DE)</i> | <i>M - (DE)</i> |          |       |
| Síntomas depresivos    | Pre      | 34,00 - (9,19)  | 30,38 - (11,70) | -1,47    | 0,147 |
|                        | Post     | 24,28 - (12,12) | 27,76 - (12,30) | 1,22     | 0,228 |
| Bienestar subjetivo    | Pre      | 20,50 - (7,48)  | 21,24 - (7,29)  | 0,43     | 0,669 |
|                        | Post     | 23,47 - (7,44)  | 21,05 - (7,17)  | -1,42    | 0,162 |
| Supresión emocional    | Pre      | 13,89 - (6,01)  | 14,97 - (6,76)  | 0,72     | 0,472 |
|                        | Post     | 13,92 - (6,45)  | 16,27 - (6,61)  | 1,54     | 0,128 |
| Reevaluación cognitiva | Pre      | 25,19 - (5,12)  | 24,97 - (5,82)  | -0,17    | 0,864 |
|                        | Post     | 24,19 - (6,50)  | 25,05 - (5,28)  | 0,62     | 0,537 |
| Rumiación deliberada   | Pre      | 9,56 - (3,23)   | 9,49 - (3,04)   | -0,09    | 0,925 |
|                        | Post     | 8,22 - (4,14)   | 8,03 - (3,53)   | -0,22    | 0,829 |
| Rumiación intrusiva    | Pre      | 14,14 - (4,72)  | 13,27 - (5,87)  | -0,70    | 0,489 |
|                        | Post     | 9,47 - (6,09)   | 10,95 - (5,72)  | 1,07     | 0,290 |

En cuanto a los puntajes obtenidos en la evaluación post intervención, para ambos grupos (experimental y control), en la variable principal de Síntomas Depresivos, al realizar la

comparación de grupo mediante prueba t para muestras independientes, muestra una disminución de los puntajes en el GE, pero que no difieren significativamente con los obtenidos por el GC.

Al realizar una comparación intragrupo, mediante prueba t para muestras relacionadas, en el grupo experimental ( $n = 36$ ), se puede observar que existen diferencias significativas en la variable principal de síntomas depresivos, además de las variables de bienestar subjetivo, rumiación deliberada e intrusiva, no así en las variables de regulación emocional, la cual no muestra diferencia significativa tanto en supresión emocional como en reevaluación cognitiva, tal como muestra la tabla N° 6, en la que se presentan los estadísticos de contraste y significación.

*Tabla 6: Estadísticos de contraste y significación en la comparación intragrupo entre la evaluación pre intervención y post-intervención para grupo experimental ( $n= 36$ ) y grupo control ( $n=37$ ).*

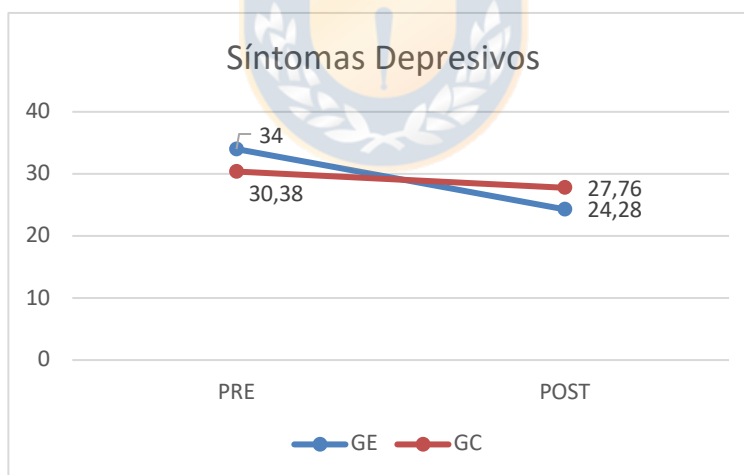
| <b>Comparación</b>  | <b>Experimental</b>   | <b>Control</b>        |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | <b>Sig. – Valor t</b> | <b>Sig. – Valor t</b> |
| Sintomatología depresiva PRE –<br>Sintomatología depresiva POST | (< 0,001) – 4,78      | (0,081) – 1,80        |
| Bienestar subjetivo PRE –<br>Bienestar subjetivo POST           | (0,001) - -3,53       | (0,835) – 0,21        |
| Supresión emocional PRE –<br>Supresión emocional POST           | (0,982) - -0,02       | (0,159) - -1,44       |
| Reevaluación cognitiva PRE –<br>Reevaluación cognitiva POST     | (0,383) – 0,88        | (0,938) - -0,08       |

|                            |                  |                |
|----------------------------|------------------|----------------|
| Rumiación intrusiva PRE –  | (< 0,001) – 4,77 | (0,013) – 2,62 |
| Rumiación intrusiva POST   |                  |                |
| Rumiación deliberada PRE – | (0,037) – 2,17   | (0,005) – 2,96 |
| Rumiación deliberada POST  |                  |                |

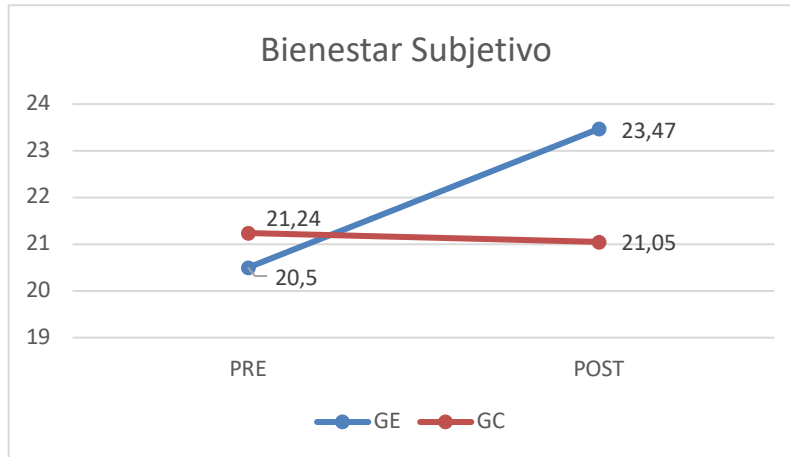
---

Las figuras 2, 3, 4 y 5, muestran gráficamente los resultados de la media obtenida en la evaluación pre y post intervención en el grupo experimental y grupo control, en las variables que presentaron cambios en la comparación intragrupo, con el objetivo de facilitar la observación de estos resultados.

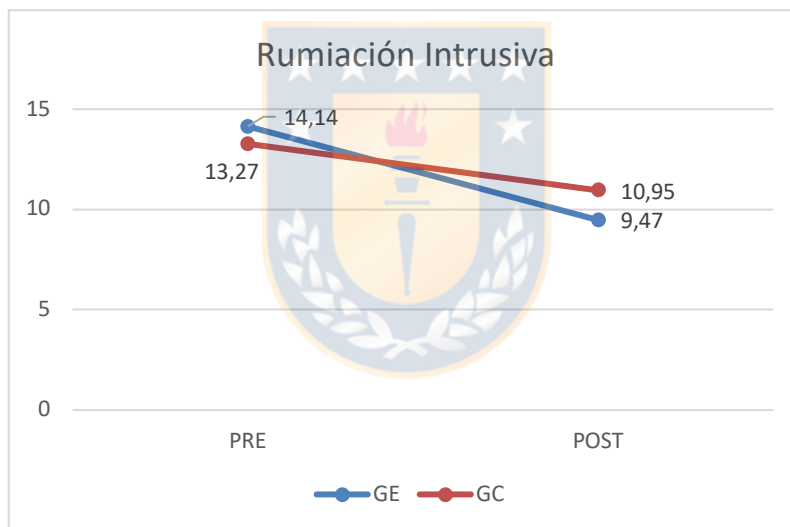
*Figura N°2: Valores de media obtenidos, entre grupo experimental(n=36) y control (n=37) en mediciones pre y post intervención en la variable de Síntomas Depresivos.*



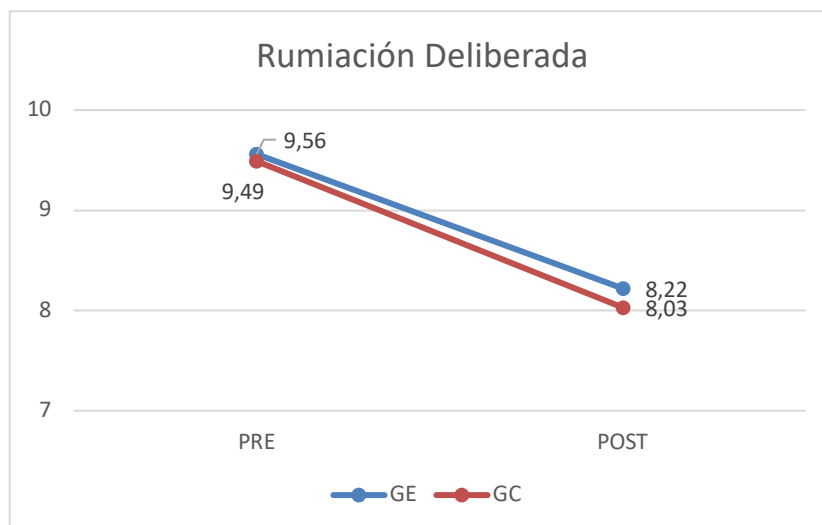
*Figura N°3: Valores de media obtenidos, entre grupo experimental(n=36) y control (n=37) en mediciones pre y post intervención en la variable de Bienestar Subjetivo.*



*Figura N°4: Valores de media obtenidos, entre grupo experimental(n=36) y control (n=37) en mediciones pre y post intervención en la variable de Rumiación Intrusiva.*



*Figura N°5: Valores de media obtenidos, entre grupo experimental(n=36) y control (n=37) en mediciones pre y post intervención en la variable de Rumiación Deliberada.*



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El principal objetivo de este estudio fue determinar el efecto de un programa de intervención breve en mindfulness, de formato individual, en la sintomatología depresiva como variable principal, la rumiación, la regulación emocional y el bienestar subjetivo, en personas que han estado expuestas a un evento altamente estresante reciente.

Si bien los parámetros observados mediante el análisis de datos no permiten establecer cambios significativos en la comparación entre el grupo experimental y el grupo control, la intervención breve en mindfulness utilizada en este estudio permitió una disminución de la sintomatología depresiva y de la rumiación cognitiva, además de un aumento del bienestar subjetivo. Estos cambios son significativos al observar la comparación intragrupo pre y post intervención en el grupo experimental. En cuanto a la regulación emocional, el programa de intervención breve no mostró cambios significativos en ninguna de las comparaciones.

Con respecto a la sintomatología depresiva, el mindfulness ha demostrado su eficacia en diversos estudios tanto para el tratamiento de la depresión como para la prevención de recaídas (Williams

et al., 2013; Geschwind, et al., 2012). Se ha demostrado que el mindfulness actúa en los procesos cognitivos erróneos, mejorando el procesamiento emocional y reduciendo la rumiación cognitiva (Paul et al., 2013), permitiendo que las personas sean menos vulnerables a desarrollar síntomas depresivos o presentar recaídas (Barnhofer et al., 2015). En este sentido, en el presente estudio se observa una reducción de síntomas depresivos, coincidiendo con la efectividad del mindfulness en esta variable, sin embargo, los resultados sugieren que este cambio se produce por la disminución de la rumiación cognitiva, pero sin experimentar una mejor regulación emocional, lo cual se evidencia al parecer, en programas estándares de mayor duración. Hasta el momento, la literatura sugería que programas breves de mindfulness en cuatro sesiones podían disminuir la sintomatología depresiva, mejorando la regulación emocional y disminuyendo la rumiación cognitiva, pero solo en población general no clínica (Demarzo et al., 2017; Cerna et al., 2020).

En este sentido, los cambios observados en la rumiación cognitiva, ya han sido establecidos en la literatura, se sabe que el mindfulness reduce la rumiación, tanto intrusiva como deliberada (Paul et al., 2013). Luego de una experiencia altamente estresante, como las vividas por los participantes de este estudio, es inevitable la rumiación, pero el mindfulness en este sentido se transforma en un mecanismo de metacognición, permitiendo ser conscientes de proceso cognitivo, repensando las experiencias y regulando emociones y pensamientos (Tedeschi & Blevins, 2015). De esta manera, los participantes de la intervención breve en mindfulness experimentaron una reducción de la rumiación post intervención, lo cual se asocia además a la reducción de la sintomatología depresiva.

Con respecto a los cambios en bienestar subjetivo, específicamente en el componente de satisfacción con la vida, se observó un aumento de esta variable en los participantes de la investigación. Esto es concordante con lo sugerido por la literatura disponible, puesto que se ha encontrado una relación entre satisfacción con la vida y mayores niveles de atención plena (Laca

et al., 2017). En este sentido, la práctica de mindfulness favorece los niveles de satisfacción vital, lo cual se explica por los cambios que el mindfulness produce en el manejo emocional y cognitivo, a través de un pensamiento más claro y mejores relaciones internas y externas (Moscoso & Lengacher, 2015), mejorando el bienestar a nivel psicológico y físico (Vago & Silbersweig, 2012), por lo tanto, los datos sugieren que una persona entrenada en mindfulness, aunque haya vivido una experiencia altamente estresante puede cambiar la manera en la que ve las situaciones, mejorando su bienestar psicológico y su satisfacción con la vida.

De esta forma, el programa de intervención breve en mindfulness objeto de este estudio, a pesar de su brevedad, mostró una tendencia de cambios positivos, lo que permite sugerir que un protocolo de mindfulness breve es una opción válida y efectiva para disminuir la sintomatología depresiva y la rumiación cognitiva en personas expuestas a experiencias altamente estresantes, aumentando además la satisfacción con la vida después de la intervención, siempre y cuando se superen las limitaciones y consideraciones expuestas.

Sin embargo, cabe señalar que el estudio presentó una alta tasa de abandono, lo cual significó una importante pérdida muestral en el grupo experimental. Generalmente, las tasas de deserción en programas psicoterapéuticos de mindfulness son equivalentes a otros tipos de psicoterapia, aunque en este estudio en particular, a diferencia de la mayor parte de la literatura, se utilizó un programa individual y es necesario continuar investigando este tipo de formato. Una posible explicación al abandono experimentado en la intervención podría deberse a la condición y carácter preventivo que tenía el protocolo y por tanto al momento de que las personas se sentían mejor abandonaban la intervención antes de finalizarla. Por otro lado, esta pérdida de muestra pudo haber contribuido a la ausencia de diferencias significativas entre los dos grupos, producto de que la utilización del método de intención de tratar obligó a reemplazar una importante cantidad de datos.

Con respecto a las limitaciones del estudio, se puede mencionar la falta de una medida de seguimiento y de integridad de la intervención en mindfulness, las cuales son propias del proyecto de investigación mayor del cual este ensayo es parte. Por otro lado, se utilizó un grupo de control de lista de espera, por lo tanto con ausencia de intervención, por lo que además en este ensayo clínico, no existe comparación con otro tratamiento o intervención. Por otra parte, tal como se mencionó, es importante recalcar la significativa pérdida muestral, producto del abandono, lo que obligó a reemplazar una gran cantidad de datos por la utilización del método de intención de tratar; en este sentido, para futuros estudios se recomienda generar estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento para no afectar la posible significancia de los resultados.

En este sentido, se sugiere continuar con la investigación de protocolos breves de mindfulness para eventos altamente estresantes a nivel individual para consolidar mejores datos, con un número de población mayor en contexto clínico, con seguimiento y comparación de tratamientos. Sería recomendable un estudio mayor con control de diversas variables y mediciones de indicadores fisiológicos y neurofisiológicos en contexto experimental, comparando efectos con protocolos ya establecidos y estandarizados del doble de duración.

En conclusión, esta investigación permite determinar que un protocolo de intervención breve de mindfulness individual de cuatro sesiones, es moderadamente efectivo para reducir la sintomatología depresiva y rumiación cognitiva, aumentando el bienestar subjetivo, en personas que han experimentado un evento altamente estresante reciente. En este sentido, el mindfulness breve es una alternativa de tratamiento que debe considerarse para investigaciones posteriores que consoliden su efectividad en población clínica, entendiendo la importancia que tiene contar con protocolos de atención breve en un contexto actual, en donde las experiencias o eventos altamente estresantes son parte de la vida de la población a nivel mundial y en donde se sabe que los síntomas



depresivos son una de las principales consecuencias de una experiencia de estrés. En este sentido, el mindfulness breve podría ser una intervención eficaz para prevenir consecuencias mayores en este tipo de población, avanzando significativamente en la prevención en salud mental y reducción del malestar en personas que viven una situación o evento altamente estresante.



## REFERENCIAS

Abeldaño, R. A., Fernández, A. R., Estario, J. C., Enders, J. E., & de Neira, M. J. L. (2014).

Screening de trastornos de estrés postraumático en población afectada por el terremoto chileno de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(11), 2377-2386. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00141313>

Ainsworth, B., Eddershaw, R., Meron, D., Baldwin, D. S., & Garner, M. (2013). The effect of focused attention and open monitoring meditation on attention network function in healthy volunteers. *Psychiatry Research*, 210(3), 1226–1231.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.002>

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Virginia, USA. APA.

Alzugaray, C., García, F., Reyes, A. & Álvarez, R. (2015). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Rumiación Relacionada a un Evento en población chilena afectada por eventos altamente estresantes. *Ajayu*, 13(2), 183-198.

Bamber, M. D., & Schneider, J. K. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research Review*, 18, 1-32. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.12.004>

Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D., Crane, R., Eames, C., ... Williams, J. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (6), 1013–1020. <https://doi.org/10.1037/ccp0000027>

- Boe, O. & Hagen, K. (2015). Using mindfulness to reduce the perception of stress during an acute stressful situation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 858-868. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.07.262>
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148, 295-309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929. <https://doi.org/10.1177/070674370204701003>
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol., O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: Results from a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 365-380. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.006>
- Call, D., Miron, L., & Orcutt, H. (2014). Effectiveness of brief mindfulness techniques in reducing symptoms of anxiety and stress. *Mindfulness*, 5(6), 658-668. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0218-6>

- Campos, D., Cebolla, A. & Mira, A. (2015). Mindfulness como estrategia de regulación emocional, un estudio de laboratorio. *Ágora de Salud*, I, 127-138.  
<https://doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.9>.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K., Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>
- Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., & Jones, F. (2013). A randomized controlled trial of a brief online Mindfulness-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 51(4), 573-578. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.003>
- Cepeda-Hernández, S. (2015). El Mindfulness disposicional y su relación con el bienestar, la salud emocional y la regulación emocional. *Revista Internacional de Psicología*, 14(2), 1-30.
- Cerna, C., García, F. & Tellez, A. (2020). Brief Mindfulness, mental health, and cognitive processes: A randomized controlled trial. *PsyCh Journal*, 9(3), 359-369.  
<https://doi.org/10.1002/pchj.325>
- Cerna, C., Demarzo, M., García, F., Aravena, V. & Wlodarczyk, A. (2021). Brief mindfulness therapy and mental health in people exposed to a recent stressful event: A study of multiple cases with follow up. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.  
<https://doi.org/10.1007/s10879-020-09483-3>
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.1.7>
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*. 1-10. <https://doi.org/10.1155/2014/324374>.

- Costa, S. D., Páez, D., Oriol, X., & Unzueta, C. (2014). Regulación de la afectividad en el ámbito laboral: validez de las escalas de heteroregulación EROS y EIM. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(1), 13-22. <https://doi.org/10.5093/tr2014a2>
- Creamer, M., McFarlane, A. C. y Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.01.015>
- Creswell, J. D., & Lindsay, E. K. (2014). How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 401–407. <https://doi.org/10.1177/0963721414547415>
- Demarzo, M., Cebolla, A. & García-Campayo, J. (2015). The implementation of mindfulness in healthcare systems: A theoretical analysis. *General Hospital Psychiatry*, 37(2), 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.11.013>.
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, KR, Vellinga, A., ... García-Campayo, J. (2015). The efficacy of Mindfulness-Based Interventions in primary care: A meta analytic review. *Annals of Family Medicine*, 13(6), 575-582. <https://doi.org/10.1370/afm.1863>
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Moreno-González, S., ... García-Campayo, J. (2017). Efficacy of 8 and 4 session Mindfulness-Based Interventions in a non-clinical population: A controlled study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01343>.

- Demarzo, M., Garcia-Campayo, J & Equipo Mente Aberta. (2018). Mindfulness-Based Health Promotion, Manual do Instrutor. São Paulo, Brasil: Mente Aberta – Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde.
- Díaz, C. A., Quintana, G. R., & Vogel, E. H. (2012). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés posttraumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia Psicológica*, 30(1), 37-43. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100004>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Dickenson, J., Berkman, E. T., Arch, J., & Lieberman, M. D. (2013). Neural correlates of focused attention during a brief mindfulness induction. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 40–47. <https://doi.org/10.1093/scan/nss030>
- Felipe-Mateo, A., Rovira-Faixa, T. & Martín-Asuero, A. (2014). Mindfulness y regulación emocional: Un estudio piloto. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 123-132.
- Gempp, R., Avendaño, C., & Muñoz, C. (2004). Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*, 22(2), 145-156.
- Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J. & Wichers, M. (2012). Efficacy of Mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 320–325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104851>.

- Gómez, A. & Cárdenas, G. (2016). Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 70-79.
- Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A. & Job, R. (2015). Mindful emotion regulation: Exploring the neurocognitive mechanisms behind Mindfulness. *BioMed Research International*, 0-9. <https://doi.org/10.1155/2015/670724>
- Gross, J. (1998a). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. (1998b). The emerging field of emotional regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. <https://doi.org/10.1017.50048577201393198>
- Gross, J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13, 359-365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. & Levenson. R. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95 – 103. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.106.1.95>
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>

- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Howarth, A., Perkins-Porras, L., Copland, C., & Ussher, M. (2016). Views on a brief mindfulness intervention among patients with long-term illness. *BMC Psychology*, 4(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0163-y>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33- 47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 181-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Leung, N., Lo, M. & Lee, T. (2014). Potential therapeutic effects of meditation for treating affective dysregulation, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 0-7. <https://doi.org/10.1155/2014/402718>
- Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jancke, L., Rufer, M., ... Bruhl, A. (2014). Mindfulness and emotion regulation-an fMRI study, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9, 776-785. <https://doi.org/10.1093/scan/nst043>



- Manera, V., Samson, A., Pehrs, C., Lee, I. & Gross, J. (2014). The eyes have it: The role of attention in cognitive reappraisal of social stimuli. *Emotion, 14* (5), 833-839.  
<https://doi.org/10.1037/a0037350.supp>
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J., & McGovern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management, 21*(2), 207-225.  
<https://doi.org/10.1037/a0035150>
- Moscoso, M. & Lengacher, C. (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en mindfulness. *Liberabit, 21*(2). 221-233.
- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en la población chilena de la Región del Maule. *Universum, 22*(2), 177-193. <https://doi.org/10.4067/s0718-23762007000200012>
- Nitzan-Assayag, Y., Yuval, K., Tanay, G., Aderka, I. M., Vujanovic, A. A., Litz, B., & Bernstein, A. (2017). Reduced reactivity to and suppression of thoughts mediate the effects of mindfulness training on recovery outcomes following exposure to potentially traumatic stress. *Mindfulness, 8*(4), 920-932. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0666-x>
- Norris, F., Hamblen, J., Brown, L., & Schinka, J. (2008). Validation of the Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (expanded version, Sprint-E) as a measure of postdisaster distress and treatment need. *American Journal of Disaster Medicine, 3*, 201-212.
- Nozaki, Y. (2015). Emotional competence and extrinsic emotion regulation directed toward an ostracized person. *Emotion, 15* (6), 763 – 774. <https://doi.org/10.1037/emo0000081>
- Laca, F., Mejía, J., Rodríguez, E., & Carrillo, E. (2017). Avances en psicología del bienestar subjetivo: Relación entre el mindfulness y la satisfacción con la vida. *UARICHA Revista de Psicología, 14*(32), 78-86.

- Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado. Recuperado el 20 de mayo, 2017, [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Paul, N., Stanton, S., Greeson, J., Smoski, M. & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait Mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 56-64. <https://doi.org/10.1093/scan/nss070>
- Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Pigeon, W., Allen, C., Possemato, K., Bergen-Cico, D., & Treatman, S. (2015). Feasibility and acceptability of a brief mindfulness program for veterans in primary care with posttraumatic stress disorder. *Mindfulness*, 6(5), 986-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0340-0>
- Possemato, K., Bergen-Cico, D., Treatman, S., Allen, C., Wade, M., & Pigeon, W. (2016). A randomized clinical trial of primary care brief mindfulness training for veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 179-193. <https://doi.org/10.1002/jclp.22241>
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Roselló, J., Zayas, G. & Lora, V. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (Mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: Un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 62-78.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista Médica de Chile*, 142, 1157-1164. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872014000900010>
- Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gene-Badia, J., Pasarín-Rua, M. I., Iglesias-Pérez, B., & Casajuana-Brunet, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*, 23(3), 308-316. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi112>
- Schroeder, D. A., Stephens, E., Colgan, D., Hunsinger, M., Rubin, D., & Christopher, M. S. (2018). A brief mindfulness-based intervention for primary care physicians: A pilot randomized controlled trial. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(1), 83-91. <https://doi.org/10.1177/1559827616629121>
- Sundquist, J., Lilja, A., Palmer, K., Memon, A., Wang, X., Johansson, L. & Sundquist, K. (2015) Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 128-135. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150243>
- Sutin, A., Costa, P., Wethington, E., & Eaton, W. W. (2010). Perceptions of stressful life events as turning points are associated with self-rated health and psychological distress. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(5), 479-492. <https://doi.org/10.1080/10615800903552015>

- Tang, Y., Hölzel, B. & Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neurociencia*, 16, 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tedeschi, R. & Blevins, C. (2015). From Mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 26(4), 373-376. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1075354>
- Vago, D. & Silbersweig, D. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of Mindfulness. *Frontiers in Human Neurociencia*, 6, 0-30. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Waszczuk, M. A., Zavos, H., Antonova, E., Haworth, C.M., Plomin, R., & Eley, T. C. (2015). A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depression and Anxiety*, 32, 254–261. <https://doi.org/10.1002/da.22326>
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Wells, A., & Roussis, P. (2014). Refraining from intrusive thoughts is strategy dependent: a comment on Sugiura, et al. And a preliminary informal test of detached mindfulness, acceptance, and other strategies. *Psychological Reports*, 115(2). 541-544. <https://doi.org/10.2466/02.PR0.115c21z9>
- Villalobos, A., Díaz, M. & Ruiz M. (2012). Mindfulness. En: M. Ruiz, M. Díaz & A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, 1era Edición* (467-512). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Williams, J., Crane, C., Barnhofer, K., Brennan, K., Duggan, D., Fennell, M., ... Russell, I. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression:

A randomized dismantling trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275-286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>



## ANEXO I

ID

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

A. Edad: B. Género: Mujer  Hombre C. Número de integrantes del grupo familiar que viven en el hogar: 

D. Ingresos totales aproximados del grupo familiar:

|   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| 1 | Menos de \$100.000          |  |
| 2 | Entre \$101.000 y \$200.000 |  |
| 3 | Entre \$201.000 y \$300.000 |  |
| 4 | Entre \$301.000 y \$400.000 |  |

|   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| 5 | Entre \$401.000 y \$500.000 |  |
| 6 | Entre \$501.000 y \$600.000 |  |
| 7 | Entre \$601.000 y \$700.000 |  |
| 8 | Entre \$701.000 y \$800.000 |  |

|    |                                 |  |
|----|---------------------------------|--|
| 9  | Entre \$801.000 y \$900.000     |  |
| 10 | Entre \$901.000 y \$1.000.000   |  |
| 11 | Entre \$1.000.000 y \$1.200.000 |  |
| 12 | Otro: _____                     |  |

E. Estado Civil

|   |             |  |   |              |  |
|---|-------------|--|---|--------------|--|
| 1 | Casado/a    |  | 4 | Separado/a   |  |
| 2 | Soltero/a   |  | 5 | Divorciado/a |  |
| 3 | Conviviente |  | 6 | Viudo/a      |  |

F. Número de hijos 

G. Nivel Educativo del evaluado:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. _____ Sin estudios                | 5. _____ Enseñanza media completa        |
| 2. _____ Enseñanza básica incompleta | 6. _____ Estudios superiores incompletos |
| 3. _____ Enseñanza básica completa   | 7. _____ Estudios superiores completos   |
| 4. _____ Enseñanza media incompleta  |  |

## ANEXO II

## BIENESTAR SUBJETIVO- SWLS

SWLS. A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder. (Marque con una “x”)

**1**= Totalmente en desacuerdo **2**=En desacuerdo **3**=Ligeramente en desacuerdo  
**4** =Ni de acuerdo ni en desacuerdo **5**=Ligeramente de acuerdo **6**=De acuerdo **7**=Totalmente de acuerdo

|   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Las condiciones de mi vida son excelentes.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Estoy satisfecho con mi vida.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## ANEXO III

## REGULACIÓN EMOCIONAL - ERQ

**Queremos hacerle varias preguntas sobre su vida emocional, particularmente sobre cómo Ud. Controla (regula y maneja) sus emociones. Estamos interesados en cómo se siente Ud. (por dentro) y cómo Ud. muestra sus emociones:**

|   | Totalmente en desacuerdo |   |   | Indiferente |   | Totalmente de acuerdo |   |
|---|--------------------------|---|---|-------------|---|-----------------------|---|
| 1. Cuando quiero sentir emociones más agradables (como alegría o felicidad), cambio lo que estoy pensando                                 | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 2. Me guardo mis emociones para mí, no las expreso.   | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 3. Cuando NO quiero sentir emociones desagradables (como tristeza o enojo), cambio lo que estoy pensando.                                 | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 4. Cuando estoy sintiendo emociones agradables, me cuido de NO expresarlas.   | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 5. Cuando me enfrento a una situación estresante, me esfuerzo en pensar sobre la situación de una manera que me ayude a mantener la calma | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 6. Controlo mis emociones NO expresándolas.   | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 7. Cuando quiero sentir emociones más agradables, cambio la manera en que veo la situación  | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 8. Controlo mis emociones cambiando la manera en la que veo la situación en la que me encuentro.  | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 9. Cuando siento emociones desagradables, me aseguro de NO expresarlas.   | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |
| 10. Cuando quiero sentir menos emociones desagradables, cambio la manera de ver la situación.   | 1                        | 2 | 3 | 4           | 5 | 6                     | 7 |



## ANEXO IV

## RUMIACIÓN - ERRI

En estos ÚLTIMOS SEIS MESES, cuando se ve enfrentado al recuerdo de un evento negativo, indique el nivel en que ha ocurrido cada afirmación siguiente.

|    |  | Casi Nunca | Algunas veces | Muchas veces | Casi siempre |
|----|--|------------|---------------|--------------|--------------|
| 1  | Se me vienen a la cabeza pensamientos sobre lo sucedido, y no puedo dejar de pensar en ellos     | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 2  | Pienso en si los cambios en mi vida se deben a como enfrenté esta experiencia                    | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 3  | Me distraigo o tengo problemas para concentrarme debido a estos pensamientos                     | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 4  | Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia                                | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 5  | No puedo evitar que imágenes y pensamientos sobre lo sucedido vengan a mi cabeza                 | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 6  | Pienso en si esta experiencia ha cambiado mi percepción del mundo                                | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 7  | Sin que yo lo quiera, me llegan pensamientos, recuerdos o imágenes sobre lo sucedido             | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 8  | Pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro                   | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 9  | Pensamientos acerca de lo sucedido me hacen revivir la experiencia                               | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 10 | Pienso acerca de si mis relaciones con otros han cambiado luego de mi experiencia                | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 11 | Situaciones o detalles similares a lo sucedido traen de vuelta pensamientos sobre la experiencia | 0          | 1             | 2            | 3            |
| 12 | Trato de no pensar acerca de lo sucedido, pero no lo puedo evitar                                | 0          | 1             | 2            | 3            |

## ANEXO V

## SÍNTOMAS DEPRESIVOS – CES-D

CES-D. Utilizando la escala que se presenta a continuación, encierre en un círculo e número que mejor describa qué tan frecuentemente usted se sintió de esta manera durante LA ÚLTIMA SEMANA

0= Rara vez o ninguna vez (menos de 1 vez al día)

2 = Ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días)

1= Alguna vez o unas pocas veces (1 a 2 días)

3= La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)

|    |   | Rara vez<br>o ninguna<br>vez | Alguna vez<br>o pocas<br>veces | Ocasional-<br>mente o<br>varias<br>veces | La mayor<br>parte del<br>tiempo |
|----|---|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|
| 1  | Me enojé por cosas que habitualmente no me enojan                                     | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 2  | Sentí pocas ganas de comer, tuve mal apetito  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 3  | Sentí que no podía dejar de estar triste, incluso con la ayuda de mi familia o amigos | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 4  | Sentí que era tan valioso como los demás  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 5  | Tuve dificultades para concentrarme   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 6  | Me sentí deprimido  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 7  | Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 8  | Me sentí esperanzado respecto al futuro   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 9  | Pensé que mi vida había sido un fracaso   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 10 | Sentí miedo   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 11 | Mi sueño fue poco reparador   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 12 | Fui feliz   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 13 | Hablé menos de lo habitual  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 14 | Me sentí solo   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 15 | Las personas fueron poco amables conmigo  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 16 | Disfruté de la vida   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 17 | Tuve ataques de llanto  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 18 | Me sentí triste   | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 19 | Sentí que no le gustaba a la gente  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |
| 20 | Sentí que no podía continuar  | 0                            | 1                              | 2  | 3                               |

## ANEXO VI

### CHECK LIST DE EVENTOS

Indique en días, el tiempo que lleva transcurrido desde el evento estresante:  días

Indique el tipo de evento estresante que ha ocurrido en los últimos tres meses. Si ha ocurrido más de uno, indique el principal.

1. \_\_\_\_\_ Desastre natural (terremoto, inundación, incendio forestal, erupción volcánica, etc.).
2. \_\_\_\_\_ Enfermedad grave personal (cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, etc.)
3. \_\_\_\_\_ Enfermedad grave de una persona muy cercana (cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, etc.)
4. \_\_\_\_\_ Accidente hogareño (quemaduras, fracturas, lesiones diversas).
5. \_\_\_\_\_ Accidente laboral o automovilístico (quemaduras, fracturas, lesiones diversas).
6. \_\_\_\_\_ Muerte de una persona muy cercana
7. \_\_\_\_\_ Divorcio, separación, ruptura de pareja
8. \_\_\_\_\_ Violencia del estado (detención arbitraria, violencia innecesaria, tortura, etc.)
9. \_\_\_\_\_ Violencia doméstica (violencia conyugal, agresiones, conflictos intensos)
10. \_\_\_\_\_ Violencia delictual (robo, asalto, lanzaso, etc.).
11. \_\_\_\_\_ Otro (mencionar): \_\_\_\_\_

Por favor, conteste las siguientes preguntas en relación al accidente

|   |   | No fue alterada | Levemente alterada | Alteración moderada | Alteración importante | Severamente alterada |
|---|---|-----------------|--------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| 1 | ¿En qué grado usted siente que su vida se ha alterado producto del accidente? | 0               | 1                  | 2                   | 3                     | 4                    |

|   |   | Nada traumático | Levemente traumática | Medianamente traumática | Trauma importante | Severamente traumática |
|---|---|-----------------|----------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|
| 2 | ¿En qué grado califica usted el accidente como una experiencia traumática para su vida? | 0               | 1                    | 2                       | 3                 | 4                      |

|   |   | Nada grave | Levemente grave | Medianamente grave | Grave | Muy grave |
|---|---|------------|-----------------|--------------------|-------|-----------|
| 3 | ¿Hasta qué punto piensa usted que ha sido grave su accidente? | 0          | 1               | 2                  | 3     | 4         |

## ANEXO VII

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **RESUMEN**

Usted está invitado a participar del proyecto FONDECYT regular de investigación “Prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un estudio controlado aleatorizado”. El Investigador Responsable de esta investigación es el Dr. Felipe García Martínez

Este formulario de consentimiento informado tiene la finalidad de ayudarle a tomar la decisión de participar en este estudio de investigación.

Léalo minuciosamente, y discuta cualquier inquietud que tenga con el investigador responsable a cargo del estudio, o alguno de sus colaboradores. Igualmente, si lo considera necesario puede discutir su participación en la investigación con su familia o cercanos antes de tomar la decisión.

En este trabajo se propone comprobar si existe alguna reducción significativa en su malestar emocional y un aumento en sus niveles de bienestar, tras participar de una intervención breve realizada por un psicólogo titulado. Usted ha sido invitado a participar ya que posee el perfil idóneo para nuestra investigación, es decir, ha vivenciado un evento altamente estresante en los últimos tres meses.

#### **TITULO:**

“Prevención de problemas de salud mental en personas expuestas a un evento altamente estresante reciente: Un estudio controlado aleatorizado”

#### **INVESTIGADOR RESPONSABLE**

Sr. Felipe García Martínez, Doctor en Psicología y Magíster en Psicología de la Salud.

#### **PATROCINANTES**

Universidad Santo Tomás., Universidad de Concepción y Universidad Católica del Norte

#### **SEÑOR PARTICIPANTE, ES NUESTRO DEBER INFORMAR A USTED:**

- 1.- Que su participación en este estudio es voluntaria y que su negativa a participar no influirá en la relación sostenida hasta este momento con la universidad patrocinante. Además, tiene la libertad para decidir si quiere retirarse en cualquier momento, solo comunicando su decisión al investigador responsable.
- 2.- Que la información obtenida será usada únicamente con el propósito de esta investigación, será confidencial y se guardarán los registros en la Universidad Santo Tomás, Sede Concepción, ubicada en Arturo Prat 879, Concepción, Región del Bío Bío. Tendrán acceso a ella solo el investigador responsable y sus colaboradores.
- 3.- Que si en el futuro la información de usted obtenida fuera usada para otra investigación, se solicitará nuevamente su autorización por medio de otro consentimiento informado.

4.- Que usted no recibirá aportes económicos por su participación mientras sea participe de esta investigación. Sin embargo, usted será beneficiado a través de una intervención gratuita dirigida por un psicólogo titulado.

5.- En relación a los riesgos de este procedimiento podemos informarle que el apoyo psicológico que le ofrecemos no debiese representar ningún riesgo, incomodidad o molestia para Usted. Sin embargo, si algo ocurriese, el investigador responsable de este estudio estará disponible para ayudarle o contestar cualquier inquietud, en el teléfono 412108830, o en el correo [fgarcia@santotomas.cl](mailto:fgarcia@santotomas.cl). En el caso de que usted requiera un apoyo psicológico distinto al que nosotros le ofrecemos, se le orientará acerca de dónde recibirlo, siendo una de las alternativas la atención clínica habitual en los Centros de Atención Psicológica de las universidades que patrocinan este estudio: Universidad Santo Tomás y Universidad de Concepción, en Concepción; Universidad Santo Tomás, en Talca; Universidad Santo Tomás y Universidad Católica del Norte, en Antofagasta.

6.- La intervención psicológica durará 4 sesiones y usted será evaluado antes y después de la intervención y seis meses después de finalizada. Las sesiones serán grabadas en video, con la finalidad de analizar cada una de las intervenciones que se le han realizado.

## **EVALUACIONES**

Se comenzará por realizar consultas respecto a sus datos personales y médicos, y luego se le realizarán evaluaciones psicológicas con escalas de auto-informe y entrevista.

7.- Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, sin identificar a los participantes, en medios de difusión con objetivos académicos.

8.- Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación, que pueda cambiar su decisión de continuar en este estudio. El investigador puede retirarlo de esta investigación sin necesidad de su consentimiento si estima que es de riesgo para usted continuar en él.

9.- Este estudio fue revisado por el Comité Ético Científico, Universidad Santo Tomás.

10.- Al firmar a continuación acepta que:

- Leyó este formulario de consentimiento.
- Se le ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que le asisten y que se puede retirar de esta en el momento que lo desee.
- No renuncia a ningún derecho que le asista.
- Firma este documento, voluntariamente, sin ser forzada/o a hacerlo.
- Al momento de la firma, recibirá una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL USUARIO

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_