

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES BASADAS EN LA ATENCIÓN PLENA (*MINDFULNESS*) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Effectiveness of mindfulness-based interventions for the treatment of anxiety in children and adolescents: a systematic review

Laura Martínez-Escribano¹, José A. Piqueras¹ y Ceu Salvador²

¹Universidad Miguel Hernández de Elche (España); ²Universidad de Coimbra (Portugal)

Encabezamiento: Eficacia de *la atención plena* en la ansiedad en niños y adolescentes

Correspondencia: José A. Piqueras, Dpto. de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, Edif. Altamira, Avda. de la Universidad, s/n, 03202 Elche (España). E-mail: jpiqueras@umh.es

Resumen

En los últimos años ha aumentado considerablemente la utilización de las intervenciones basadas en *la atención plena (mindfulness)* en diversos trastornos mentales. Sin embargo, *hay escasas pruebas empíricas* y una gran controversia acerca de su eficacia en niños y adolescentes. En el caso concreto de la ansiedad, entre 20-50% de los niños afectados no mejoran con la terapia cognitivo conductual tradicional. Este trabajo tuvo por objeto realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones basadas en *la atención plena* en el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes. *Se encontraron* 15 artículos, *pero* solo siete cumplieron los criterios de inclusión. Todos los estudios indicaron que la intervención basada en *la atención plena* proporciona resultados positivos, tales como una disminución significativa de síntomas de ansiedad y una mejora en el funcionamiento global. En resumen, cabe destacar que *estas* intervenciones pueden ser *eficaces* en niños y adolescentes con síntomas y/o trastornos de ansiedad. Sin embargo, todavía es un campo en desarrollo, formado por estudios con múltiples limitaciones, por lo que requiere *de* más investigaciones.

PALABRAS CLAVE: *atención plena, ansiedad, niños, adolescentes, intervención, revisión.*

Abstract[BP1]

The use of mindfulness-based interventions for different mental disorders has considerably increased in recent years. However, there is still little *empirical* evidence, as well as a strong controversy, concerning the efficacy of this modality of intervention in children and adolescents. In the specific case of anxiety, 20-50% of affected children do not improve with traditional cognitive-behavioral therapy. Thus, this work aimed to present a systematic review on the effectiveness of Mindfulness-based interventions for the treatment of anxiety in children and adolescents. The result of the search offered a total of 15 articles, of which only seven fulfilled the inclusion criteria. All studies indicated that Mindfulness-based interventions provide positive results, such as a significant decrease in symptoms of anxiety and an improvement in the overall functioning. In summary, it should be noted that Mindfulness-based interventions may be effective in children and adolescents with anxiety symptoms and/or disorders. However, it is still a field in progress, comprising studies with multiple limitations, thus requiring further research.

KEY WORDS: *mindfulness, anxiety, child, adolescents, intervention, review.*

Introducción

La ansiedad es una reacción emocional que se produce ante una situación percibida como amenazante, es decir, una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). De acuerdo con Beesdo, Knappe y Pine (2009), es una emoción básica que está presente desde la infancia y la niñez, mostrando diferentes manifestaciones según la edad, con una función adaptativa y de supervivencia.

Los trastornos de ansiedad (TA) en la infancia y adolescencia se encuentran entre los más frecuentes, con una prevalencia que oscila entre el 8% y el 20% (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky y Wittchen, 2012; Merikangas *et al.*, 2010). En España, los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia ligeramente superior, entre un 13% y un 27%, observando también mayor incidencia en las mujeres y durante el curso de la adolescencia (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Navarro-PradoPardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012). De acuerdo con Navarro-PradoPardo y colaboradores *et al.* (2012), el aumento observado en esta etapa puede deberse a una mayor exigencia a nivel académico, a los diversos cambios físicos, psicológicos y hormonales producidos en la pubertad y/o a la creciente interacción entre iguales.

Seguendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (*Diagnostical and statistical manual of mental disorders, DSM-5; APA, 2013*) podemos diferenciar los TA en función del objeto o situación que produzca el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y de la cognición asociada. Por lo tanto, y según la edad típica de inicio de los síntomas, nos encontramos con diversos diagnósticos tales como los siguientes: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, otro trastorno de ansiedad especificado y trastorno de ansiedad no especificado.

Debido a la cronicidad, gravedad y comorbilidad de los TA en niños y adolescentes, se requiere un diagnóstico y tratamiento temprano (Chisholm *et al.*, 2016; Erskine *et al.*, 2015). A pesar de que existen diversos tipos de intervenciones para su tratamiento, incluyendo intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la más utilizada, considerándose el tratamiento de

primera línea (Bekker, Griffiths y Barret, 2016; Kendall, Settipani y Cummings, 2012; Scott, Mughelli y Deas, 2005). Sin embargo, como refiere Moyano (2009), a pesar de que la TCC [cuenta con pruebas empíricas sobre su eficacia](#) a corto y largo plazo, entre el 20% y el 50% de los niños no se benefician con este tratamiento.

En consecuencia, esto implica considerar intervenciones complementarias o coadyuvantes, tales como las intervenciones psicológicas basadas en la aceptación y en [la atención plena](#), también conocidas como terapias [cognitivo conductuales](#) de tercera generación, que han recibido un gran interés en la investigación y práctica clínica durante la última década (Langer, Ulloa, Cangas, Rojas y Krause, 2015).

Etimológicamente el término inglés *mindfulness* es una traducción de la palabra “Sati”, que podría entenderse en español como “atención plena”, “presencia plena” o “conciencia plena”, una forma de centrarse en el momento presente, activa y reflexivamente (Vallejo, 2006). De acuerdo con Bishop *et al.* (2004) y Kabat-Zinn (2003) el término *mindfulness* se refiere a una conciencia centrada en el momento presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal por el sujeto. Por lo tanto, su práctica implica que el sujeto se concentre plenamente e intencionadamente en la tarea que está realizando en ese momento, sin dejar que su mente divague sobre el pasado o el futuro y sin generar una sensación de apego o rechazo a ese momento (Brown y Ryan, 2003). Esta definición se puede ampliar conociendo sus características esenciales (Miró *et al.*, 2009): i) capacidad de observar sin juzgar, sin criticar y sin reaccionar a la experiencia tal y como es en el momento presente; ii) cultivo de la bondad y la amabilidad hacia la propia experiencia; iii) aceptación de la experiencia para poder observarla tal y como es; iv) ecuanimidad, atender a todas las experiencias por igual: aceptar la experiencia como un suceso que ocurre, transitorio y no-permanente; v) conciencia no-conceptual, sin pensar ni comparar las experiencias; vi) atención al presente, lo que ocurre en el aquí y ahora: habilidad de hacer hueco entre el pasado y el futuro, de quedar libre de preocupaciones y anticipaciones; vii) sin metas u objetivos; viii) conciencia del cambio: ver los fenómenos en su devenir, en su movimiento, en su proceso; ix) observación participante: las propias sensaciones, emociones o pensamientos se contemplan y se sienten simultáneamente.

Según Parra, Montañés, Montañés y Bartolomé (2012), entre los programas e intervenciones basados en la atención plena (*mindfulness*) que incorporan la práctica formal e informal del mismo, se encuentran el programa de reducción de estrés basado en atención plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1990) y la Terapia cognitiva basada en la atención plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002). En cambio, la Terapia de aceptación y compromiso (*Acceptance and Commithment Therapy*, ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la Terapia dialéctica conductual (*Dialectical Behavior Therapy*^[BP2], DBT; Linehan, 1993) son intervenciones que incluyen la atención plena como un componente o técnica, trabajando sólo la práctica informal.

Las intervenciones como el MBSR y la MBCT cuentan con un amplio respaldo empírico en el tratamiento de diversos trastornos mentales en población adulta. Revisiones sistemáticas recientes indican que la atención plena puede ser una intervención eficaz para el tratamiento de la depresión y ansiedad (Hofmann, Sawyer, Witt, y Oh, 2010; Miró *et al.*, 2011). Concretamente, la revisión realizada por Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado (2016) muestra pruebas a favor de la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena para diversos trastornos de ansiedad, tales como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad, fobia social y trastorno por estrés posttraumático o Pilar-Martínez, Miro y Sánchez (2016) para la la depresión y el deterioro en pacientes con fibromialgia.

Existe un amplio acuerdo en afirmar que las terapias psicológicas basadas en la atención plena, cuentan con apoyo empírico y son recomendadas como tratamientos complementarios aplicados junto al tratamiento primario o de elección (“*adjunt or adjunctive therapies*”) para diversos trastornos mentales, entre estos la ansiedad (Hortynska, Masterson, Connors, Geary y Winspear, 2016; Marchand, 2013). Así, Hortynska *et al.* (2016) señalan que la adicción de la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) al tratamiento primario añade un valor extra y es compatible con una amplia variedad de aproximaciones terapéuticas, especialmente con la terapia cognitivo conductual. Por su parte, Marchand (2013) señala que los principales mecanismos por los que la atención plena puede resultar especialmente útil en el proceso terapéutico de los TA son tres: 1) psicológicos, tales como que permite mejorar la habilidad para centrar la atención en el momento presente, la toma de conciencia de sí

mismo y el cambio de la relación con las experiencias internas (incluyendo los procesos de pensamiento); 2) neurobiológicos, ya que producen cambios en la activación de estructuras corticales de la línea media, ínsula, córtex prefrontal lateral, amígdala, hipocampo y ganglios basales; y 3) biológicos, tales como que genera cambios en el sistema nervioso autónomo, una mejora en la presión arterial, niveles de cortisol y función inmunitaria.

Respecto a la población infantojuvenil, encontramos una revisión que sugiere la viabilidad y aplicabilidad de los programas basados en [la atención plena](#) en niños y adolescentes (Burke, 2009). Mientras, otras revisiones se han centrado en el tratamiento de diferentes trastornos mentales en niños y adolescentes (Kallapiran, Koo, Kirubakaran y Hanckc, 2015; Zoogman, Goldberg, Hoyt y Miller, 2014) y en [la atención plena aplicada](#) en el ámbito escolar (Langer *et al.*, 2015; Zenner, Herrleben-Kurz y Walach, 2014), sugiriendo que puede ser una estrategia de prevención para diversos trastornos mentales y de mejora de las habilidades de aprendizaje y, por lo tanto, promoción de la salud mental en positivo en la población infantil y adolescente. [También cabe destacar la escasez de medidas de habilidad para la atención plena o mindfulness para estas edades, aunque hay algunos ejemplos de validaciones para adolescentes por ejemplo en nuestro país \(Calvete, Sampedro, y Orue, 2014\).](#)

Existe cierta polémica en cuanto a los resultados de artículos y estudios publicados sobre [la atención plena](#), observando la presencia de sesgos en la interpretación y publicación de los mismos. Por ello, Coronado-Montoya *et al.* (2016) llevaron a cabo un metaanálisis en el que analizaron 124 investigaciones publicadas y 36 revisiones. Advertieron que los estudios informaban de unos beneficios excesivamente positivos, ya que sólo tres de sus revisiones indicaban efectos negativos en torno a [la atención plena](#) y además, un 62% de los estudios sobre [la atención plena](#) registrados en la base de datos de estudios clínicos con participantes humanos “ClinicalTrials.gov” permanecían sin publicar tras treinta meses. Todo ello apunta a que existe una tendencia a publicar aquellas investigaciones que informan de efectos positivos, obviando las que reportan efectos negativos. Por tanto y como concluyen estos autores, “la proporción de ensayos clínicos con terapias basadas en [la atención plena](#) que ofrecen resultados estadísticamente significativos podrían estar exagerando lo que ocurriría en realidad en la práctica”.

En resumen, existe un auge de intervenciones basadas en [la atención plena](#) en los últimos años, que suelen mostrar efectos beneficiosos y preventivos, si bien existe al mismo tiempo una importante controversia acerca de su verdadera eficacia y alcance terapéutico. Además, existe una alta incidencia de los TA en la población infanto-juvenil, hallándose un alto porcentaje de niños y adolescentes que no se benefician de los efectos de la terapia [cognitivo conductual](#) tradicional. En consecuencia, la presente revisión ha tenido como principal objetivo analizar las [pruebas empíricas](#) disponibles sobre la eficacia de los programas basados en [la atención plena](#) para el tratamiento de los trastornos y síntomas de ansiedad en niños y adolescentes.

Método

Para la elaboración del presente trabajo se realizó una revisión sistemática de los estudios que expusieran los resultados de intervenciones basadas en [la atención plena](#) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y/o síntomas ansiosos en niños y adolescentes, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA para realizar estudios de revisión sistemáticos (Urrútia y Bonfill, 2010).

Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos: CSIC, *PubMed*, *PsycArticles*, *PsicoDoc*, *PsycINFO*, *Scopus* y *Web of Science*, usando las palabras clave (nótese que el asterisco es un operador de búsqueda que permite buscar las palabras que contengan la raíz y cualquier otro carácter a continuación): *mindfulness*^[BP3], anxiety, child*, adolescent*, children and adolescent, intervention, therapy y treat* y sus equivalentes en español (atención plena, presencia plena, conciencia plena, ansiedad, niños, adolescentes, niños y adolescentes, intervención, terapia y tratamiento). Se realizó la misma combinación de palabras en todas las bases de datos: *mindfulness** AND anxiety AND (child* OR adolescent* OR “children and adolescent*”) AND (intervention OR therapy OR treat*). Debido a que en las bases de datos españolas (*PsicoDoc* y CSIC) se obtuvo muy pocos resultados con esta combinación, se amplió la búsqueda a una combinación más simple: (~~*mindfulness*~~ (OR atención plena OR presencia plena OR conciencia plena) AND ansiedad).

En la búsqueda se incluyeron artículos a texto completo, que estuvieran publicados en revistas en inglés o español, de intervenciones basadas en [la atención plena](#), realizadas con población infantil y/o adolescente, que utilizaran grupo experimental y

grupo control y centradas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Debido a la gran escasez de estudios centrados en el tratamiento de trastornos de ansiedad específicos, se incluyeron también aquellos que mostraban pruebas sobre dicha intervención en los síntomas ansiosos. Se excluyeron aquellos artículos en otros idiomas (francés, alemán, eslovaco, holandés y croata), que tratasen sobre otras psicopatologías, que utilizasen tratamientos multicomponente como la ACT y la DBT (que incluían la atención plena como un componente), que fueran realizados con poblaciones adultas y/o estuviesen incompletos.

La figura 1 muestra un diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases realizadas en la revisión sistemática.

Insertar la figura 1 aproximadamente aquí

Resultados

Se seleccionaron un total de siete estudios de intervenciones basadas en la atención plena aplicadas a niños y/o adolescentes con trastornos de ansiedad y síntomas ansiosos. Los componentes principales de las intervenciones basadas en la atención plena que han sido utilizadas en cada estudio se muestran en la tabla 1. En las tablas 2 y 3 se exponen las características principales de los estudios de intervenciones basadas en la atención plena para niños o adolescentes con trastornos de ansiedad y síntomas ansiosos, respectivamente.

Los artículos incluidos en esta revisión sistemática fueron analizados detenidamente y la información de los mismos fue organizada en función de la muestra utilizada, distinguiendo así dos tipos de participantes: 1) población clínica o participantes con trastornos de ansiedad y 2) población subclínica o participantes que muestran síntomas de ansiedad. Dentro de cada área la información se organizó de la siguiente manera: en primer lugar, se recogieron las características de los participantes; en segundo lugar, se analizó el tipo de intervenciones utilizadas, sus características y adaptaciones para la aplicación con niños y/o adolescentes; en tercer lugar se describió la metodología y tipo de diseños utilizados; y finalmente, se realizó un análisis de la

información respecto a la eficacia de las intervenciones de **atención plena** (*mindfulness*) en los trastornos y/o síntomas de ansiedad.

Insertar las tablas 1, 2 y 3 aproximadamente aquí

Estudios con población clínica

Los únicos tres estudios con población clínica encontrados en nuestra búsqueda fueron los estudios realizados por Chan (2014), por Cotton *et al.* (2015,2016) y por Strawn *et al.* (2016) (tabla 1 y 2). Los estudios de Chan (2014) y Cotton *et al.* (2015,2016) tienen en común que se realizaron con el objetivo de evaluar la viabilidad, aceptabilidad (entendida como utilidad/eficacia, motivación generada y credibilidad de las intervenciones percibida por el usuario) y eficacia de los tratamientos basados en **la atención plena** para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Ambos se realizaron con muestras pequeñas, de entre 10 y 16 participantes y con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años. Por su parte, Cotton *et al.* (2015,2016) incluyeron además a niños/adolescentes que presentaran otros diagnósticos como trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y/o fobia social, mostrando un alto riesgo de trastorno bipolar.

Las intervenciones realizadas en cada estudio fueron diferentes en cuanto a contenido y duración, pero ambas se realizaron en un contexto clínico. Chan (2014) utilizó el programa “Acercamiento activo a las preocupaciones a través de la reflexión y la experiencia” traducción al español (*Approaching Worries Actively through Reflection and Experience, AWARE*), basado en los principios de **la atención plena** para el tratamiento de la ansiedad y adaptado para satisfacer las necesidades de desarrollo de los participantes. Este programa incluye psicoeducación, conciencia de la respiración, del cuerpo y de los pensamientos y prevención de recaídas. Mientras, Cotton *et al.* (2015,2016) utilizaron la terapia cognitiva basada en **la atención plena** para niños ansiosos (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children*^[BP4], MBCT-C) desarrollada por Semple y Lee (2011), realizando las adaptaciones necesarias para un lenguaje apropiado. Ambas intervenciones se realizaron por uno o dos terapeutas con

formación en **atención plena** y contaron con la supervisión de uno de los coautores del protocolo, para garantizar la fidelidad del mismo.

Respecto a la metodología empleada, señalar que Chan (2014) realizó dos estudios: uno es pre-experimental o estudio piloto, puesto que utilizó un diseño de un solo grupo con medición antes y después, y otro es experimental, ya que incluyó un grupo controlista de espera y otro grupo experimental asignados al azar. ~~Mientras~~ Por su parte, el estudio de Cotton *et al.* (20152016) fue cuasiexperimental, realizando grupos de comparación equivalentes, que recibieron el mismo tratamiento. Ambos realizaron evaluaciones de las variables antes y después de la intervención, y la selección de sus muestras se realizó por conveniencia, en base a unos criterios de inclusión y exclusión especificados en cada caso.

A pesar de que existen diferencias en cuanto a la forma y medida de las variables, ambos estudios midieron la ansiedad, tanto la presencia de trastorno como la gravedad de los síntomas, la habilidad de **atención plena** y la satisfacción con la intervención. Chan (2014) al mismo tiempo evaluó el deterioro funcional, la gravedad/mejoría global, las preocupaciones, los síntomas internalizados y los procesos meta-cognitivos. Por su parte, Cotton *et al.* (20152016) valoraron la presencia de trastorno bipolar en los padres, la regulación emocional, la depresión y el riesgo de suicidio.

Chan (2014), a través de su estudio piloto, encontró cambios en el estado diagnóstico, ya que todos los participantes dejaron de cumplir los criterios para el TAG tras el seguimiento. Además, se observaron reducciones en las puntuaciones de la subescala de ansiedad del “Inventario de conducta de niños” (*Child Behavior Checklist, CBCL*), llegando al rango normativo dos de los participantes; una disminución mantenida en el tiempo en las puntuaciones respecto a las preocupaciones, **evaluadas con el “Cuestionario de preocupaciones del estado de Pensilvania para niños**” (*Penn State Worry Questionnaire for Children, PSWQ-C*), en todos los participantes; y unas puntuaciones dentro del rango normativo para los síntomas de ansiedad, **evaluadas con la “Escala de ansiedad multidimensional para niños**” (*Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC*), salvo un caso que se mantuvo en el rango promedio-alto. Observaron una reducción en la gravedad de los trastornos comórbidos y una mejoría en el funcionamiento general, **evaluados con la “Escala de evaluación global de niños**” y la “**Escala de impresión clínica global**” (*Children’s Global Assessment Scale, CGAS* y

Clinical Global Impression Scale, CGI), excepto un caso que mantenía los criterios para fobia social y mostró puntuaciones constantes. Las puntuaciones en habilidad de atención plena, evaluadas con “*Medida de atención plena en niños y adolescentes*”^[BP8] (*Child and Adolescent Mindfulness Measure*, CAMM), se mantuvieron a lo largo del estudio, excepto un sujeto que mostró un aumento en la puntuación total pudiendo indicar un incremento en la atención plena. Igualmente, las puntuaciones totales de los procesos metacognitivos, evaluados con el “*Cuestionario de metacogniciones para niños*” (*Metacognitions Questionnaire for Children*, MCQ-C), se mantuvieron relativamente constantes, destacando la disminución en las puntuaciones de la subescala de creencias negativas de la preocupación en tres de los participantes. En un caso, dicha creencia negativa de preocupación disminuyó tras el tratamiento, pero aumentó durante el seguimiento.

En su ensayo controlado y aleatorio, también advirtieron cambios en el estado diagnóstico, el 33% de los participantes que recibieron tratamiento inmediato y el 50% de los que recibieron el tratamiento tras la lista de espera, alcanzaron un diagnóstico subclínico de TAG. Además, se observó una disminución significativa de la gravedad para ambos grupos tras la intervención y un aumento significativo en las puntuaciones respecto al funcionamiento global (evaluados con la CGAS). No hubo diferencias significativas entre los grupos de lista de espera y tratamiento inmediato en las variables medidas, excepto en los síntomas interiorizados y exteriorizados (evaluados con el CBCL), y en las puntuaciones sobre la gravedad/mejoría global (CGI), presentando el grupo de tratamiento inmediato resultados más bajos que el grupo de lista de espera.

Se encontró una reducción significativa de las preocupaciones (evaluadas con el PSWQ-C) en ambos grupos tras la intervención y seguimiento. Las puntuaciones de síntomas interiorizados y exteriorizados (en el CBCL) disminuyeron significativamente en toda la muestra en la evaluación post-tratamiento, pero no se mantuvo la significación en el seguimiento. Respecto a las puntuaciones de síntomas de ansiedad (MASC), no se observó una disminución significativa en ningún punto de evaluación. En general, los resultados sobre la habilidad de atención plena (evaluada con ^[a]^[BP9]CAMM) no presentaron aumento significativo durante las evaluaciones, pero cabe destacar que aumentó en el grupo lista de espera y disminuyó en el grupo de tratamiento inmediato. Se observó una tendencia de aumento significativo sobre el nivel de

conciencia y los procesos metacognitivos (evaluados con el MCQ-C) tras el tratamiento, y no significativo en el seguimiento. Y finalmente, tanto los niños como los padres indicaron alta satisfacción con el tratamiento.

Cotton *et al.* (2015, 2016) informaron de una disminución significativa en los índices de sintomatología clínica de ansiedad (en la “Escala de evaluación de ansiedad pediátrica” [BP10] [Pediatric Anxiety Rating Scale, PARS]) y en ansiedad-rasgo de los participantes (en el “Inventario de ansiedad estado-rasgo” [State-Trait Anxiety Inventory, STAI]). También observaron un aumento en la regulación emocional (en el “Inventario de regulación emocional” [BP11] [Emotion Regulation Checklist, ERC]) tras la intervención MBCT-C y cambios similares en la habilidad de atención plena (evaluada con [la] [BP12] CAMM) y labilidad emocional (evaluada con el ERC) en todos los participantes, advirtiendo un aumento en atención plena y mayores reducciones de labilidad emocional en el grupo de mayor edad. Tras el tratamiento, los participantes indicaron puntuaciones elevadas en medidas de viabilidad, aceptabilidad y utilidad del programa: la mayoría lo consideraron útil o muy útil, tanto en casa como en la escuela, señalaron que continuarían practicando la atención plena en su vida cotidiana y lo recomendarían a un amigo, además, indicaron sentirse menos preocupados, capaces de controlar su ira y más pacientes. Los padres muestran una satisfacción general con el tratamiento, subrayando algunas controversias en cuanto a la utilidad para determinados aspectos (manejo de la ira, relación con los iguales, en la escuela, en casa).

Por último, destacar que el estudio de Strawn *et al.* (2016) utilizó la misma muestra que Cotton *et al.* (2015, 2016) con el fin de examinar los cambios neurofuncionales en el procesamiento emocional asociado a la intervención de MBCT-C. En este estudio se analizó el cambio en el funcionamiento cerebral mediante resonancia magnética funcional. Concretamente, sometieron a los participantes a una tarea de procesamiento continuo (vigilancia y atención sostenida) con distractores neutros y con contenido emocional antes y después del tratamiento. Sus resultados demuestran que el tratamiento MBCT-C produce una reducción estadísticamente significativa de la ansiedad informada por el clínico, así como de la activación de las estructuras relacionadas con el procesamiento emocional (tales como son la ínsula bilateral, el núcleo lentiforme y la corteza cingulada anterior izquierda sobre todo), ante la presentación de estímulos emocionales durante la resonancia magnética funcional.

Estudios con población subclínica

Los cuatro estudios con población subclínica encontrados en nuestra búsqueda fueron los estudios realizados por [Biegel, Brown, Shapiro y Schubert \(2009\)](#), [Liehr y Diaz \(2010\)](#), [Semple, Reid y Miller \(2005\)](#) y [Semple, Lee, Dinelia y Miller, 2010](#). (tabla 1 y 3).

Las muestras utilizadas han sido variadas, siendo en algunas ocasiones demasiado reducidas y dificultando así la generalización de los resultados encontrados. [Semple, et al. \(2005\)](#) contaron con tan solo cinco niños en su estudio, mientras que otros autores utilizaron una muestra algo más amplia, entre 18 ([Liehr y Diaz, 2010](#)) y 25 participantes [Semple et al. \(2010\)](#). Las edades de los sujetos están comprendidas entre los 7 y los 18 años, siendo los niños de menor edad (7 y 8 años) los que participaron en el estudio de [Semple et al. \(2005\)](#) y los de mayor edad (de 14 a 18 años) en el estudio de [Biegel et al. \(2009\)](#). Los programas se aplicaron a niños/adolescentes con diagnósticos heterogéneos, con síntomas depresivos y ansiosos y con síntomas ansiosos asociados a alguna dificultad de aprendizaje.

La mayoría de los estudios aplicaron adaptaciones del MBSR, la MBCT-C o la combinación de ambos programas. Sin embargo, [Liehr y Diaz \(2010\)](#) utilizaron un programa de atención plena diseñado para niños por la ONG *Mindful Schools* (<http://www.mindfulschools.org>). Todas las intervenciones se llevaron a cabo en un contexto clínico, excepto dos estudios, cuya intervención se realizó en un contexto escolar ([Semple et al., 2005](#)) y en un campamento de verano ([Liehr y Diaz, 2010](#)). Existe variabilidad en cuanto a la duración de las intervenciones, encontrándonos con programas de 6 a 12 sesiones.

Respecto a las adaptaciones estructurales realizadas en las intervenciones, destacar que las sesiones eran más cortas y repetitivas, realizadas por uno o dos instructores formados en atención plena y en grupos de máximo 8 participantes para facilitar la atención individual que requieren los niños/adolescentes. El objetivo principal de las sesiones era ayudar a los niños a ser más conscientes de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, a diferenciar entre juzgar y describir, y ayudarles a identificar el presente, el pasado y el futuro, mediante la conciencia en el momento presente. Para

ello, se realizaban sesiones participativas e interactivas, incluyendo juegos y actividades de [atención plena](#) con variedad de experiencias sensoriales (vista, oído, olfato, tacto y gusto). Además, se destacó la importancia de incorporar la práctica constante de [atención plena](#) en las actividades cotidianas de los niños y la participación de los progenitores para aumentar y mantener la motivación de sus hijos. En algunos casos se utilizaron recompensas económicas para mantener la participación durante el estudio (Liehr y Diaz, 2010).

En relación a la metodología empleada en estos estudios, cabe señalar que la mayoría fueron estudios experimentales, efectuando todos ellos evaluaciones de las variables antes y después de la intervención, y en algunos de los casos realizando un seguimiento de 3 meses tras finalizar la aplicación del programa. La selección de sus muestras se realizó por conveniencia, en base a unos criterios de inclusión y exclusión especificados en cada caso.

Entre estos estudios también se observan diferencias en cuanto a las variables medidas, pero todos ellos evalúan la ansiedad. Además Semple *et al.* (2005, 2010) evaluaron las conductas problemáticas. Otras variables evaluadas incluían: salud mental (eje I: trastornos clínicos y eje V: [Evaluación global de funcionamiento, EAGGAF](#)), estrés percibido, otros problemas y síntomas psicopatológicos, autoestima (Biegel *et al.*, 2009) y depresión (Liehr y Diaz, 2010).

Biegel *et al.* (2009) observaron que la muestra [que recibió](#) MBSR manifestó una mejoría significativa en ansiedad estado-rasgo ([evaluada con el STAI](#)), estrés ([evaluada con la “Escala de estrés percibido” \[Perceived Stress Scale, PSS-10\]](#)), autoestima ([evaluada con la “Escala de autoestima” \[Self-Esteem Scale, SES\]](#)) e indicadores psicopatológicos como síntomas somáticos, obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal y síntomas depresivos del SCL-90 ([evaluados con el “Inventario de síntomas 90-Revisado \[título en español\] \[BP18\]” \[Hopkins-Symptom Checklist 90-Revised\]](#)) y en nivel de funcionamiento global ([según la GAFEAG](#)), mostrando una tendencia a mejorar significativamente conforme a las evaluaciones. Sin embargo, aunque no se observan diferencias significativas entre los grupos en los síntomas de ansiedad y hostilidad en SCL-90, sí existieron mejorías significativas en ansiedad-estado ([en el STAI](#)) en más del 50% de MBSR, frente al 20% de tratamiento habitual. Además, el 54% de los participantes de MBSR mejoraron su diagnóstico frente al 2.2% de los que

recibieron tratamiento habitual, lo que indica una reducción de las tasas de prevalencia de diagnósticos. Todos los participantes realizaron comentarios positivos en cuanto al tratamiento para el estrés, el sueño y los beneficios que obtuvieron.

Los resultados de Liehr y Diaz (2010) indicaron que los niños que recibieron **atención plena** mostraron una mayor disminución de síntomas depresivos (**medidos con el “la versión corta del Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos”** [BP19] [*Short Mood and Feelings Questionnaire*; SMFQ]) y ansiosos (**medidos con el “Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños”** [*State-Trait Anxiety Inventory for Children*, STAIC]) tras la intervención.

El estudio de Semple *et al.* (2005) advirtió una disminución de entre 2 y 4 puntos en las puntuaciones de la subescala de ansiedad y depresión de CBCL en tres de sus participantes y de 1 y 7 puntos en la subescala de problemas atencionales en dos de ellos. Sus resultados indican que los niños son capaces de entender el concepto de **atención plena** y de realizar las técnicas enseñadas durante la intervención, sin embargo, no miden formalmente el grado de cambio en la habilidad de **atención plena**.

Semple *et al.* (2010) observaron reducciones significativas en los síntomas de ansiedad en STAIC y MASC sin diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Cabe destacar que de 6 niños que indicaron niveles clínicos en la primera evaluación, sólo 3 mantenían esos niveles tras la intervención. Además, los niños de este subgrupo apuntaron una mejoría significativa en las puntuaciones totales para los síntomas **interiorizados** y **exteriorizados** (CBCL). También se redujeron significativamente los problemas de atención, excepto en un caso diagnosticado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Finalmente, desaparecieron los problemas de conducta en todos los niños tras la intervención.

Discusión

El objetivo final de este trabajo fue analizar **las pruebas empíricas** disponibles sobre la eficacia de las intervenciones basadas en **la atención plena** para el tratamiento de los trastornos y síntomas de ansiedad en niños y adolescentes.

Los siete estudios revisados en este trabajo se realizaron con el propósito de evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de las intervenciones basadas en **la atención plena** para el tratamiento de la ansiedad en población infanto-juvenil. Mediante este tipo de

intervenciones se pretende mejorar la regulación emocional de los niños, sin realizar reestructuración cognitiva, es decir, sin modificar o cambiar los pensamientos y emociones ya existentes. Estos resultados, en la misma línea que los estudios de Kallapiran *et al.* (2015) y Zoogman *et al.* (2014), proporcionan una base razonable de apoyo a la viabilidad, aceptabilidad y efectividad de estos enfoques para niños y adolescentes, y en este caso, para el tratamiento de la ansiedad. De igual modo, son datos consistentes con los hallados por la revisión de Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado (2016), que muestra **pruebas** a favor de la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en **la atención plena** para diversos trastornos de ansiedad en adultos, tales como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad, fobia social y trastorno por estrés-posttraumático.

Los programas terapéuticos basados en **la atención plena**, que ya habían demostrado su eficacia en la población adulta (p. ej., Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016), parecen ser igualmente eficaces en la población infanto-juvenil, realizando los cambios pertinentes y adaptaciones necesarias para una aplicación adecuada al rango de edad. No obstante, muchos de los estudios presentan una serie de limitaciones metodológicas que restringen, en parte, la generalización de sus resultados. Algunas de las limitaciones son: ausencia de grupo control (Cotton *et al.*, [2015](#)[2016](#); Semple *et al.*, 2005; Strawn *et al.*, 2016); utilización de muestras pequeñas (Chan, 2014; Cotton *et al.*, [2015](#)[2016](#); Liehr y Diaz, 2010; Semple *et al.*, 2005; Semple, Lee, Dinelia y Miller, 2010; Strawn *et al.*, 2016); además, sólo tres de los estudios realizaron medidas de seguimiento (Biegel *et al.*, 2009; Chan, 2014; Semple *et al.*, 2010), por lo que no se puede afirmar que los resultados se generalicen o mantengan en el tiempo.

Sin embargo, no hay que olvidar la controversia existente que mencionan Coronado-Montoya *et al.* (2016) sobre la tendencia a publicar solamente aquellos estudios que indican resultados positivos en torno a **la atención plena**. Esto, junto a las limitaciones que presentan dichos estudios, nos obliga a interpretar los beneficios de **la atención plena** de forma cautelosa. No obstante, esta supuesta crítica a las intervenciones basadas en **la atención plena** no parece afectar exclusivamente a estas terapias de tercera generación, si no que puede decirse lo mismo respecto a la publicación de resultados en cuanto al resto de terapias psicológicas y farmacológicas y el resto de la ciencia. Así, puede afirmarse que existe un sesgo de publicación

(tendencia editorial de publicar mayoritariamente resultados significativos entre variables en menoscabo de los estudios que reportan relaciones no significativas) que afecta a toda la ciencia y a las intervenciones basadas en [la atención plena](#) también.

Mediante esta revisión, podemos concluir que las intervenciones basadas en [la atención plena](#) pueden ser [eficaces](#) en niños y adolescentes con síntomas psicopatológicos de ansiedad. También puede observarse que la investigación de [la atención plena](#) en el campo infanto-juvenil, y sobre todo, respecto al tratamiento de los trastornos de ansiedad, está en auge. Por lo tanto, existe una escasez de [pruebas](#) e información al respecto, siendo esto, a su vez, una gran limitación que impide el mayor desarrollo de este trabajo. Otra limitación a destacar es el no haber podido acceder a algunos artículos de investigaciones por no estar disponibles a texto completo para su lectura (p. ej., Edmunds, 2014).

Apuntar que los resultados de esta revisión señalan un aumento de los estudios que demuestran la eficacia de estos programas, no obstante hay que seguir realizando estudios e investigaciones que permitan afianzar y generalizar los resultados. Por lo tanto, como propuesta de futuros estudios consideramos que estos deberían centrarse en intervenciones basadas en [la atención plena](#) para el tratamiento de la sintomatología clínica de ansiedad, con muestras más amplias de niños y jóvenes, utilizando grupos de control activo, para precisar los efectos en la regulación emocional, motivación y atención entre los grupos de tratamiento y el grupo control-lista de espera, y realizando periodos de seguimiento más extensos para evaluar la resistencia de los efectos del tratamiento (Biegel *et al.*, 2009).

Finalmente, y en base a estos resultados, cabe destacar que las técnicas basadas en [la atención plena](#) requieren más apoyo científico. No obstante, al menos se pueden reconocer como técnicas complementarias o coadyuvantes en los tratamientos cognitivo conductuales de los trastornos de ansiedad (Hortynska *et al.*, 2016, Marchand, 2013).

Referencias^[BP20]

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12^[BP21] 525-532.
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America* 32, 483-524.

- Bekker, M. J., Griffiths, K. M. y Barrett, P. M. (2016). Improving accessibility of cognitive behavioural therapy for children and adolescents: review of evidence and future directions. *Clinical Psychologist*. [Online version of record published before inclusion in an issue. doi:10.1111/cp.12099](https://doi.org/10.1111/cp.12099)[BP22]
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L. y Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 855-866.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Veltin, D. y Devins, G. [BP23](2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burke, C. A. (2009). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 133-144.
- Calvete, E., Sampedro, A. y Orue, I. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la "Escala de atención y conciencia plena para adolescentes" (Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents) (MAAS-A). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 277-291
- Chan, P. T. (2014) *Children with generalized anxiety disorder: developing a mindfulness intervention* (Tesis Doctoral). Boston University.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. y Saxena, S. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415-424.
- Coronado-Montoya, S., Levis, A. W., Kwakkenbos, L., Steele, R. J., Turner, E. H. y Thombs, B. D. (2016). Reporting of positive results in randomized controlled trials of mindfulness-based mental health interventions. *PLoS ONE*, 11, e0153220.
- Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stah, L., Wasson, R.S. et al Blom, T. J. y Delbello, M. P. (20152016). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 426-434.
- Edmunds, E. (2014) *Mindfulness training and social anxiety reduction in adolescents: a model training program* (Tesis Doctoral)[BP24]. Alliant International University, [California School of Professional Psychology, San Francisco, US](http://www.alliant.edu)[BP25].
- Erskine, H., Moffitt, T., Copeland, W., Costello, E., Ferrari, A., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A. y Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in youth. *Psychological Medicine* 45, 1551-1563.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Hodann-Caudevilla, R. M. y Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 22, 39-45.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Hortynska, K., Masterson, C., Connors, L., Geary, L. y Winspear, R. (2016). Implementing mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) as mindfulness skills courses offered as an adjunct to individual therapy: a feasibility and effectiveness study of mixed staff and patient groups in secondary care. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e8.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York, NY: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R. y Hancock, K. (2015). Review: effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 182-194.
- Kendall, P. C., Settiani, C. A. y Cummings, C. M. (2012). No need to worry: the promising future of child anxiety research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 103-115.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Wittchen, H. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169-184.

- Langer, A. I., Ulloa V. G., Cangas A. J., Rojas, G. y Krause, M. (2015) Mindfulness-based interventions in secondary education: a qualitative systematic review. *Studies in Psychology/Estudios de Psicología*, 36, 533-570.
- Liehr, P. y Diaz, N. (2010). A pilot study examining the effect of mindfulness on depression and anxiety for minority children. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, 69-71.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Marchand, W. R. (2013). Mindfulness meditation practices as adjunctive treatments for psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 36, 141-152.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez L., Pérez-Ramos, J., Giménez-Molinero S., Rivero-Santana A. y González-Lorenzo M. (2009) *Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad*. [Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud: 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2007/11. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.](#)
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en *mindfulness* para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1-14
- Moyano, M. B. (2009). *Actualización en trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. *Revista Anxia*, 9, 32-47.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J. C., Sales, A. y Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24, 377-383
- Parra, M., Montañés, J., Montañés, M. y Bartolomé, R. (2012). Conociendo mindfulness. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 24-46.
- [Pilar-Martinez, M., Miro, E. y Sanchez, A. I. \(2016\). Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24, 459-480.](#)
- [Pilar-Martinez, M., Miro, E. y Sanchez, A. I. \(2016\). Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24, 459-480.](#)
- Scott, R. W., Mughelli, K. y Deas, D. (2005). An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 97, 13-24.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford.
- Semple, R. J. y Lee, J. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: a manual for treating childhood anxiety*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D. y Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 218-229.
- Semple, R. J., Reid, E. F. G. y Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: an open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 379-392.
- Strawn, J. R., Cotton, S., Luberto, C. M., Patino, L. R., Stahl, L. A., Weber, W. A., Eliassen, J. C., Sears, R. y DelBello M. P. (2016). Neural function before and after mindfulness-based cognitive therapy in anxious adolescents at risk for developing bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26, 1-8.
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 153, 507-511.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. y Walacha, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools - a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 1- 19.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T. y Miller, L. (2014). Mindfulness interventions with youth: a meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290-302.

RECIBIDO: 19 de agosto de 2016
ACEPTADO: 26 de noviembre de 2016

~~Meda Lara, Rosa M., et al. "Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ-M) in Mexico." Behavioral Psychology-Psicologia Conductual 23.3 (2015): 467-487.~~

~~Pilar Martínez, M., Elena Miro, and Ana I. Sanchez. "GLOBAL CLINICAL BENEFITS OF THE COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR INSOMNIA AND OF THE MINDFULNESS-BASED THERAPY APPLIED TO FIBROMYALGIA: SYSTEMATICAL REVIEW AND META-ANALYSIS." BEHAVIORAL PSYCHOLOGY PSICOLOGIA CONDUCTUAL 24.3 (2016): 459-480.~~

~~Calvete, Esther, Agurne Sampedro, and Izaskun Orue. "Psychometric properties of the Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale Adolescents (MAAS-A)." BEHAVIORAL PSYCHOLOGY PSICOLOGIA CONDUCTUAL 22.2 (2014): 277-291.~~

~~Alonso, Miriam A., et al. "Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: A pilot study." Psicología Conductual 21.1 (2013): 59.~~

Tabla 1

Principales componentes de las intervenciones basadas en **atención plena** (*mindfulness*)

| Estudio | Intervención | Componentes |
|--|---|--|
| <u>Estudios con población clínica</u> | | |
| Chan (2014) | “Acercamiento activo a las preocupaciones a través de la reflexión y la experiencia” (<i>The AWARE Program</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación (padres y niños): explicación de qué es la ansiedad; qué es mindfulness; los fundamentos del tratamiento; la diferencia entre juzgar y observar; la importancia de la práctica en casa. • Conciencia de la respiración, el cuerpo y los pensamientos: juegos interactivos de <i>mindfulness</i> con variedad de experiencias sensoriales (gusto, tacto, oído, movimiento, respiración). • Prevención de recaídas: revisión de las habilidades aprendidas; discutir cómo utilizar la atención plena en la vida diaria. |
| Cotton <i>et al.</i> (2015) (2016) | “Terapia cognitiva basada en la atención plena para niños ansiosos” (<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxious Children</i>) [BP26], MBCT-C) | <p>Desarrollada por Semple y Lee (2011): Manual del MBCT-C de Semple y Lee (2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Psicoeducación, entrenamiento en mindfulness y terapia cognitivo-conductual.</u> • <u>Práctica durante la sesión: p.ej., atención y conciencia del cuerpo, meditación en la posición de sentado, en movimiento y caminando.</u> • <u>Sesiones semanales en grupo</u> — <u>Practica en casa</u> • <u>[Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para niños ansiosos (MBCT-C)] [BP27]</u> |
| Strawn <i>et al.</i> (2016) | MBCT-C | Incluye los mismos componentes que se explican en la fila anterior. |
| <u>Estudios con población subclínica</u> | | |
| Semple <i>et al.</i> (2005) | MBSR y [MBCT] [BP28] | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Explicación del concepto “mindfulness” y los beneficios de su práctica diaria.</u> • <u>Práctica durante la sesión: atención centrada en las sensaciones corporales y percepciones. Juegos con variedad de experiencias sensoriales (respirar, caminar, gusto, tacto, oído, vista y olfato).</u> • <u>Práctica en casa.</u> |
| Biegel <i>et al.</i> (2009) | “Reducción del estrés basado en la atención plena” (<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>) [BP29], MBSR) | <ul style="list-style-type: none"> • Práctica durante la sesión: exploración del cuerpo; meditación sentada; yoga; meditación caminando. • Práctica en casa: libro sobre MBSR y CD con ejercicios de atención plena. |

| | | |
|--|--|--|
| Lierh y Diaz (2010) | Programa de atención plena (<i>mindfulness</i>) diseñado para niños por la ONG <i>Mindful Schools</i> (http://www.mindfulschools.org). | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a la respiración. • Movimiento consciente. • Generosidad. |
| Semple <i>et al.</i> (2005) | MBSR y [MBCT]^[BP30] | <ul style="list-style-type: none"> • Explicación del concepto “mindfulness” y los beneficios de su práctica diaria. • Práctica durante la sesión: atención centrada en las sensaciones corporales y percepciones. Juegos con variedad de experiencias sensoriales (respirar, caminar, gusto, tacto, oído, vista y olfato). • Práctica en casa. |
| Semple <i>et al.</i> (2010) | MBCT-C | <p>Adaptación de MBCT para adultos de Segal <i>et al.</i> (2002):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práctica durante la sesión: variedad de ejercicios sensoriales simples para aumentar la conciencia sin prejuicios de experiencias perceptivas (visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas y sensaciones kinestésicas) y acontecimientos intrapsíquicos (pensamientos, emociones) |

Tabla 2

Características de los estudios con población clínica incluidos en la revisión sistemática sobre la atención plena (mindfulness) en trastornos de ansiedad

| Estudio | Muestra | Intervención | Duración | Diseño | Medidas | Resultados |
|----------------------------------|--|-------------------|-------------------------------|--|---|---|
| Chan (2014) | N = 16 9-12 años TAG (Trastorno de ansiedad generalizada) | The AWARE Program | 6 sesiones 60 min/ sesión | Estudio 1: prueba piloto, ensayo clínico abierto (n = 4, tratamiento inmediato) Estudio 2: ensayo controlado y aleatorio, grupo experimental (n = 6, tratamiento inmediato (TI)) vs. lista de espera (n = 6) Pre-post y seguimiento de 8 semanas | ADIS-IV-C/P; CGAS; CGI; PSWQ-C; CBCL MASC; MCQ-C; CAMM | Estudio 1: Significación clínica: cambio en el estado diagnóstico: post-test 3 participantes dejan de cumplir criterios TAG; seguimiento: todos. Significación estadística: disminuye niveles de ansiedad en CBCL. Estudio 2: Significación clínica: 33% de participantes TI alcanzan diagnóstico subclínico. Significación estadística: Disminución no significativa de la <u>gravedad</u> clínica del diagnóstico TAG en ambos grupos. |
| Cotton <i>et al.</i> (2015,2016) | N = 10 9-16 años Trastornos de ansiedad generalizada, social y/o separación con un padre con trastorno bipolar I | MBCT-C | 12 sesiones 75 min/ sesión | Dos grupos experimentales según edad: 9-12 años (n = 5) 13-16 años (n = 5) Pre-post | SCID-P/L; WASH-U-KSADS; HAM-A; PARS; STAI; ERC CAMM; CDRS-R; The Columbia Suicide Severity Rating Scale. | Significación estadística: Disminución significativa en índices clínicos de ansiedad y ansiedad-rasgo en jóvenes. |
| Strawn <i>et al.</i> (2016) | N = 10 9-16 años Misma muestra del estudio de Cotton <i>et al.</i> (2015,2016) | MBCT-C | 12 sesiones 75 min/ sesión | Un grupo experimental Pre-post | WASH-U-KSADS; Crovitz Handedness Questionnaire; Duke Tanner stage self-assessment; PARS; | Significación estadística: Disminución significativa en índices clínicos de ansiedad y reducción de activación de áreas cerebrales implicadas en el |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|-------------------------|
| | | | | | CAMM; Resonancia magnética funcional (fMRI) | procesamiento emocional |
|--|--|--|--|--|---|-------------------------|

Nota: MBCT-C= *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children* [BP31] (“Terapia cognitiva basada en la atención plena para niños” [BP32]); ADIS-IV-C/P= *Anxiety Disorders Interview Schedule, Child and Parent Versions* (“Entrevista semiestructurada para los trastornos de ansiedad, Programa de entrevistas de trastornos de ansiedad, versiones para niños y padres [título en español]” [BP33]); CAMM= *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (“Medida de atención plena en niños y adolescentes” [BP34]); CBCL= *Child Behavior Checklist* (“Inventario de conducta de niños”); CDRS-R= *Children's Depression Rating Scale-Revised* (“Escala de evaluación de la depresión infantil-Revisada”); CGAS= *Children's Global Assessment Scale* (“Escala de evaluación global de niños” [BP35]); CGI= *Clinical Global Impression Scale* (“Escala de impresión clínica global”); ERC= *Emotion Regulation Checklist* (“Inventario de regulación emocional”); HAM-A= *Hamilton Anxiety Rating Scale* (“Escala de ansiedad de Halminton”); MASC= *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (“Escala de ansiedad multidimensional para niños” [BP36]); MCQ-C= *Metacognitions Questionnaire for Children* (“Cuestionario de metacogniciones para niños”); PARS= *Pediatric Anxiety Rating Scale* (“Escala de evaluación de ansiedad pediátrica”); PSWQ-C= *Penn State Worry Questionnaire for Children* (“Cuestionario del estado de preocupación para niños de Penn” [BP37]); SCID-P/L= *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Present/Lifetime* (“Entrevista clínica estructurada del DSM-IV...”); STAI= *State-Trait Anxiety Inventory* (“Inventario de ansiedad estado-rasgo”); WASH-U-KSADS= *Washington University at St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (“Programa para trastornos afectivos y esquizofrenia de la universidad de Washington”).

Tabla 3

Características de los estudios con población subclínica incluidos en la revisión sistemática sobre la atención plena (mindfulness) en síntomas de ansiedad

| Estudio | Muestra | Intervención | Duración | Diseño | Medidas | Resultados (Significación estadística) |
|-----------------------------|---|--|--|--|---|---|
| <u>Simple et al. (2005)</u> | <u>N = 5</u> <u>7-8 años</u> <u>Síntomas ansiosos</u> | <u>MBSR y MBCT</u> | <u>6 sesiones</u> <u>45 min/</u> <u>Sesión</u> | <u>Diseño cuasi-experimental</u> <u>Pre-post</u> | <u>CBCL-TRF</u> <u>MASC STAIC</u> <u>Feely Faces</u> <u>Scales</u> | <u>Disminución en las puntuaciones de la subescala de ansiedad y depresión en CBCL.</u> |
| Biegel et al. (2009) | N = 102 14-18 años 30.4% ansiedad | MBSR Tratamiento habitual | 8 sesiones 120 min/ sesión | Grupo experimental (n = 50) vs. lista de espera/tratamiento habitual (n = 52) Pre-post y seguimiento de 3 meses | DSM-IV-TR (Eje I y V) PSS-10 STAI SCL-90-R SES | Mejoras significativas en ansiedad estado-rasgo en el grupo MBSR. Cambios no significativos en síntomas psicopatológicos de ansiedad. |
| Liehr y Diaz (2010) | N = 18 7-12 años Síntomas de ansiedad y depresión | Atención plena (mindfulness, MI) Educación para la salud (ES) | 10 sesiones 15 min/ sesión | Ensayo controlado y aleatorio Grupo experimental (MI, n = 9) y grupo control (ES, n = 9) Pre-post | SMFQ STAIC- estado | Diferencias no significativas en síntomas de ansiedad entre los grupos. Reducción síntomas ansiosos en post-test para ambos grupos. |
| <u>Simple et al. (2005)</u> | <u>N = 5</u> <u>7-8 años</u> <u>Síntomas ansiosos</u> | <u>MBSR y MBCT</u> | <u>6 sesiones</u> <u>45 min/</u> <u>Sesión</u> | <u>Diseño cuasi-experimental</u> <u>Pre-post</u> | <u>CBCL-TRF</u> <u>MASC STAIC</u> <u>Feely Faces</u> <u>Scales</u> | <u>Disminución en las puntuaciones de la subescala de ansiedad y depresión en CBCL.</u> |
| Simple et al. (2010) | N = 25 9-13 años Dificultades de lectura con niveles de estrés o ansiedad | MBCT-C | 12 sesiones 90 min/ sesión | Diseño experimental, ensayo controlado aleatorizado Grupo experimental (n = 13) vs. grupo control (n = 12) Pre-post y seguimiento de 3 meses | CBCL MASC STAIC | Diferencias no significativas entre grupos en síntomas de ansiedad (STAIC y MASC). Seguimiento: reducción significativa de síntomas de ansiedad en subgrupo de niños ansiosos. |

[Nota:]BP38] MBSR= ~~nombre original en inglés~~]BP39] *Mindfulness-Based Stress Reduction* (“~~título en español~~]BP40] *Reducción de estrés basada en mindfulness*”); MBCT= *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* ~~nombre original en inglés~~]BP41] (“*Terapia cognitiva basada en mindfulness*”~~título en español~~]BP42]”); MBCT-C= *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children* ~~nombre original en inglés~~]BP43] (“*Terapia cognitiva basada en mindfulness para niños*”~~título en español~~]BP44]”); CBCL= *Child Behavior Checklist* (“*Inventario de conductas de niños*”); CBCL-TRF= *Child Behavior Checklist-Teacher Report Form* (“*Inventario de conductas de niños para profesores*”); DSM-IV-TR= *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (“*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*”); GMRT= *Gates-MacGinitie Reading Tests* (“*Pruebas de lectura de Gates-MacGinitie*”); MASC= *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (“*Escala de ansiedad multidimensional para niños*”]BP45]”); MBSR= ~~Mindfulness-Based Stress Reduction~~; PSS-10= *Perceived Stress Scale* (“*Escala de estrés percibido*”]; RCDS= *Reynolds Child Depression Scale* (“*Escala de depresión infantil Reynolds*”]; SCL-90-R= ~~Hopkins~~ *Symptom Checklist 90-Revised* (“*Inventario de síntomas 90-revisado*”]; SES= *Rosenberg Self-Esteem Scale* (“*Escala de autoestima de Rosenberg*”]; SMFQ= *Short Mood and Feelings Questionnaire* (“*versión corta del Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos*”]BP46]”); STAI= *State-Trait Anxiety Inventory* (“*Inventario de ansiedad estado-rasgo*”]; STAIC= *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (“*Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños*”).

Figura 1

Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de una revisión sistemática

