



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Mindfulness y Depresión

Investigación bibliográfica

Autor/a: Candela Tovo

Legajo: 5038/5

DNI: 37.543.023

Docente responsable: Maira Orive

2025

Índice

Resumen y palabras claves.....	2
Introducción.....	3
1. Mindfulness desde el registro histórico.....	4
1.a. Sus orígenes	
1.b. Mindfulness, el camino de la recta atención	
1.c. De Oriente a Occidente: secularización y aplicación contemporánea	
2. Mindfulness en la terapia cognitiva.....	8
2.a. Del conductismo a la tercera ola: recorrido por las distintas generaciones	
2.b. Terapias de tercera generación: fundamentos y componentes del enfoque MBCT	
2.c. Mindfulness como herramienta terapéutica	
3. Mindfulness y depresión.....	11
3.a. Trastorno depresivo mayor: características clínicas, prevalencia y recaídas	
3.b. Rumiación: definición, impacto y abordajes basados en Mindfulness	
3.c. Eficacia de Mindfulness en la prevención de recaídas y la reducción del sufrimiento psíquico	
Conclusión	17
Referencias.....	18

Resumen

El presente Trabajo Integrador Final aborda la aplicación de Mindfulness en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, haciendo énfasis en la rumiación como un proceso cognitivo central en la vulnerabilidad y mantenimiento de la misma. Se parte de la problemática de la alta prevalencia de este trastorno y del desafío de evitar nuevos episodios tras un primer diagnóstico. El objetivo principal es comprender cómo una práctica de origen meditativo, con raíces budistas, fue adaptada y luego incorporada al ámbito clínico hasta convertirse en una herramienta validada empíricamente en la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), orientada a la prevención de recaídas depresivas. La estrategia metodológica consiste en una investigación bibliográfica, basada en el aporte de diversos autores, entre ellos Didonna, Miro y Pérez Álvarez. El desarrollo del trabajo se organiza en tres ejes: primero, se contextualizan los orígenes del Mindfulness y su integración en la psicología contemporánea; segundo, se describen las distintas generaciones de terapias cognitivas, profundizando en los fundamentos y componentes de la MBCT; tercero, se analiza el trastorno depresivo mayor, destacando el papel de la rumiación en el riesgo de recaída, y se revisan investigaciones que evalúan la eficacia de la MBCT para disminuir la rumiación y favorecer una relación más flexible con los contenidos mentales. Se concluye que las intervenciones basadas en Mindfulness constituyen una alternativa eficaz y complementaria para reducir la rumiación y prevenir futuras recaídas en personas con depresión recurrente.

Palabras clave: Mindfulness, depresión, rumiación, prevención de recaídas.

Introducción

En el marco del Trabajo Integrador Final (T.I.F.) correspondiente a la Facultad de Psicología, se abordará como tema principal el Mindfulness y su relación con la depresión. La depresión es una afección grave, inhabilitante, y constituye la enfermedad psiquiátrica más frecuente a nivel mundial (Kraus et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), más de 300 millones de personas en todo el mundo presentan este trastorno, sin contar los casos no diagnosticados, los cuales estiman una alta cifra. De acuerdo con la definición proporcionada por la OMS (2023), “el trastorno depresivo es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo” (p. 1).

Por otro lado, Mindfulness puede verse como una práctica milenaria, heredera del budismo, originada en los siglos VI y IV a. C. Se implementa en Occidente desde la década del 70 en Estados Unidos de la mano de Jon Kabat-Zinn y su programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena, dictado en la Universidad de Massachusetts. Su propósito es el de cooperar para crear una mente que estando presente en sí misma pueda captar su propia naturaleza y funcionamiento (Cárcamo y Moncada, 2010).

Como marco teórico tomaremos a la terapia cognitivo-conductual y, dentro de esta, a la tercera ola o generación. Las terapias de tercera generación surgen en Estados Unidos en los años 90, aunque adquieren mayor difusión a partir de 2004 a través de Steven Hayes. Algunas de las más representativas son la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia dialéctico conductual (DBT) y la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) (Moreno Coutiño, 2012).

Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale (2015), quienes formularon el enfoque MBCT, proponen una manera de vincularnos con los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, basada en el “no hacer”, es decir, en no luchar contra los síntomas. El objetivo central del programa MBCT consiste en ayudar al individuo a “cambiar radicalmente la relación que establece con los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que contribuyen a la recaída en la depresión” (p. 17). Esta transformación en la forma de relacionarse con los procesos internos define al Mindfulness o atención plena, entendida como una práctica de autorregistro que permitiría interrumpir los circuitos automáticos del pensamiento repetitivo y, con ello, reducir el riesgo de recaídas (Segal et al., 2015). En esta línea, los autores sostienen que la rumiación representa uno de los procesos psicológicos más relevantes a modificar dentro del tratamiento, la definen como “una forma de pensamiento repetitivo en la que la atención queda atrapada en los contenidos negativos de la experiencia y en su análisis intelectual” (Segal et al., 2015, p. 35).

Segal et al. (2015) han hecho exhaustivos estudios comparativos sobre la importancia e incidencia de los estados de tristeza y abatimiento en pacientes que han pasado por un periodo de depresión. Los resultados muestran que al menos el 50 % de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión sufrirán, como mínimo, un episodio posterior; en el caso de quienes cuentan con más episodios en su historial, tienen entre el 70 % y el 80 % de posibilidad de recaídas. Los autores definen a las recaídas como “el empeoramiento de un episodio anterior controlado del que todavía no se habían recuperado completamente” (p. 33).

A partir de estos conceptos, y por medio de una investigación bibliográfica, tomando autores como Miró, Simón, Pérez Álvarez y Didonna se busca explorar cuál es el aporte de Mindfulness al proceso de depresión en tanto a prevención de recaídas como al mecanismo de la rumiación.

1. Mindfulness desde el registro histórico

1.a. Sus orígenes

Lo que hoy conocemos como Mindfulness o atención plena tiene sus orígenes en la tradición budista, a la cual es necesario remontarse para comprender su fundamento filosófico y práctico (Gil Montoya, 2020). La historia del budismo abarca casi 2500 años: surgió en la India con Siddhartha Gautama, se extendió por la mayor parte de Asia y, en el siglo XX, penetró en Occidente. Aunque su impacto ha aumentado y declinado a lo largo del tiempo, en la actualidad, más de la mitad de la población mundial vive en zonas donde el budismo es o ha sido una fuerza cultural dominante (Harvey, 2016). El término budismo hace referencia a la palabra Buda, que significa despierto o iluminado; como práctica, se originó en los siglos VI y IV a. C en el seno de la filosofía oriental (Román, 2008).

El budismo ha sido interpretado de múltiples maneras a lo largo del tiempo (Batchelor, 2008), oscilando entre filosofía, ética, religión y práctica contemplativa, sin poder reducirse a una única definición. Tal como señala Zago (1985), se trata de un movimiento espiritual único, cuyo conocimiento no proviene de una revelación divina, sino del fruto de la investigación y la comprensión alcanzada a través de la autoexploración. Se presenta como una enseñanza que propone un camino práctico hacia la liberación del sufrimiento. Desde esta perspectiva, podría considerarse una filosofía, una ciencia natural o, más precisamente, una ciencia espiritual y experimental, cuyo objeto son las realidades interiores del ser humano. El budismo ofrece un mensaje y un método de vida verificable, que puede ser asimilado a través del conocimiento, la práctica y la realización personal, y que a lo largo de la historia ha adoptado diversos rostros según las culturas en las que se ha desarrollado.

Según Rovner (2014), el budismo se presenta como una construcción humana en constante transformación, cuyo propósito principal es aliviar el sufrimiento de manera inmediata, integral y concreta. Rechaza los dogmas y no exige creencias impuestas, sino que promueve la validación de la experiencia personal. Harvey (2016) explica que, a lo largo de su historia, el budismo ha contado con una gran cantidad de herramientas destinadas a posibilitar una personalidad más integrada que pueda dejar a un lado los apegos de la mente que producen sufrimientos. Por otro lado, Zago (1985) agrega: “En esta cosmovisión el individuo es el responsable del cese de su propio sufrimiento ya que el centro del mensaje y de la experiencia está el hombre y no Dios. El centro y el artífice del camino de la salvación no es la divinidad, sino el hombre” (p. 5). Desde esta perspectiva, el budismo implica una comprensión profunda del cuerpo, la mente y los fenómenos mentales. Este conocimiento surge como un descubrimiento interno, alcanzado a través de niveles profundos de meditación (Chandako Bhikkhu, 2018).

El fundador del budismo, Siddhartha Gautama, después de la “iluminación”, da a conocer la verdad descubierta y la expone en un primer discurso fundante conocido como “la predicación de Benarés” donde son expuestas las cuatro nobles verdades y el camino del óctuple sendero, el centro del mensaje budista (Zago, 1985).

La primera noble verdad postula que la vida está atravesada continuamente por sufrimiento e insatisfacciones (*dukkha*), que son inherentes a la existencia en sí misma. La segunda es sobre la causa, y Buda menciona el apego al deseo como origen de sufrimiento, en el sentido de querer lo que es agradable y rechazar lo que es desagradable. La causa hay que buscarla en el presente y no en el pasado, en el yo propio y no en los demás. La tercera noble verdad afirma que la supresión o cese del dolor, sufrimiento o insatisfacción es posible (Zago, 1985). Finalmente, la cuarta noble verdad consiste en la presentación de los ocho pasos que conducen a la liberación del sufrimiento; esta verdad se conoce también bajo el nombre de óctuple sendero (Baron, 2011).

El óctuple sendero son ocho acciones destinadas a lograr el cese del sufrimiento: “recta visión o recto entendimiento, recto pensamiento, recta palabra, recta acción, recto modo de subsistencia, recto esfuerzo, recta atención, recta concentración” (Rovner, 2014, p. 140). Este autor explica que el recto debe interpretarse como “adecuado”. El óctuple sendero, lejos de ser un conjunto de leyes a cumplir, no es más que un camino sugerido por

el Buda como respuesta a lo planteado sobre todo en las dos primeras nobles verdades (Rovner, 2014).

Es interesante observar cómo el Buda presentó las cuatro nobles verdades con un enfoque médico: en principio identificó el diagnóstico (*dukkha* o sufrimiento), luego señaló su causa (el deseo), planteó la posibilidad de una cura (el cese del sufrimiento) y, finalmente, propuso un camino para lograrlo: el noble óctuple sendero (Didonna, 2016)

Por otro lado, el budismo enseña que existen tres características fundamentales que definen la naturaleza de la existencia, conocidas como las tres marcas de la existencia: la impermanencia (*anicca*), el sufrimiento (*dukkha*) y la ausencia de un yo esencial (*anattā*). Impermanencia se refiere a que la mente está constantemente atravesada por un flujo de pensamientos que aparecen y desaparecen, todos ellos condicionados y ninguno fijo o permanente. Sufrimiento o *dukkha* como ya hemos visto, se refiere a una sensación sutil de insatisfacción o desasosiego, resultado del deseo insaciable. Y por último, *anattā*, o ausencia de un yo esencial, plantea que lo que llamamos “yo” es una construcción aprendida y condicionada. Aferrarse a pensamientos o emociones como si fueran parte de un “yo” verdadero genera confusión y sufrimiento psicológico (Mañas Mañas, Franco Justo y Faisey, 2009).

He aquí las bases históricas y conceptos budistas desde las cuales se basará lo que en Occidente llamamos como Mindfulness y que desarrollaremos a continuación.

1.b. Mindfulness, el camino de la recta atención

Mindfulness se presenta por primera vez en el diccionario en el año 1921 como traducción de la palabra 'sati' en lengua pali, que significa conciencia, atención y recuerdo. En este sentido, '*sati*' hace referencia al séptimo factor del óctuple sendero, la recta atención. Está dentro de la categoría entrenamiento de la mente y refiere a estar presente o libre de ilusiones de la mente (Parra Delgado et al, 2012). Por otro lado, el recuerdo no se refiere a recordar experiencias pasadas, sino a recordarnos una y otra vez volver la atención a nuestra consciencia. El propósito de Mindfulness en su contexto original, es eliminar el sufrimiento innecesario a través del trabajo introspectivo con la mente (Didonna, 2016).

En las tradiciones budistas, '*sati*' se cultiva a través de la práctica de la meditación. Se distinguen dos tipos fundamentales: *samatha* y *vipassana*. Por un lado, la meditación de concentración (*samatha*) busca estabilizar la mente enfocándose en un único objeto, usualmente la respiración, excluyendo todo lo demás. Por otro lado, la práctica de Mindfulness o *vipassana* permite que la atención se desplace entre distintos estímulos conforme van apareciendo, favoreciendo una observación lúcida de la experiencia y generando comprensiones profundas (*insights*) sobre su naturaleza (Mañas et al., 2009).

Asimismo, desde la perspectiva budista, el *Satipatthāna Sutta* es considerado un texto fundacional que expone las instrucciones originales para el desarrollo de la atención plena. Este discurso propone un camino de observación directa del cuerpo, las sensaciones, los estados mentales y los contenidos de la mente. El fin es cultivar una comprensión clara y no reactiva de la experiencia. Sin buscar modificar el estado interno, esta práctica se sostiene en cualidades como la energía sostenida, la claridad mental y la presencia consciente. Estas cualidades permiten observar el acontecer tal como es, sin emitir juicios ni reaccionar de forma automática. De esta manera, se permite interrumpir los patrones habituales de evitación o resistencia, facilitando una relación más lúcida y ecuánime con la propia experiencia (Miró y Simón, 2012).

Kabat Zinn, biólogo molecular de quien hablaremos en el tercer apartado de este capítulo, explica que la atención plena es un concepto sencillo, cuyo poder radica en practicarla y aplicarla. La define como “una forma de prestar atención de una manera determinada en el momento presente y sin juzgar” (2005, p.26).

Por otro lado, Vásquez-Dextre (2016) enumera los cinco componentes de Mindfulness tomados del budismo: atención al momento presente, apertura a la experiencia (en el sentido de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias),

aceptación, dejar pasar (ideas, sensaciones), e intención. Por lo tanto, Mindfulness pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, con atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva a lo que está ocurriendo en el sujeto en el momento actual.

Por otro lado, Didonna (2016) plantea que, a medida que la psicoterapia occidental incorpora a Mindfulness y se distancia de sus raíces tradicionales, el concepto adquiere un sentido más amplio. En este proceso de adaptación para el tratamiento de diversos trastornos clínicos, se le atribuyen características que exceden el significado original de 'sati', destacando cualidades como la aceptación y la compasión. En este sentido, los fenómenos mentales que durante la práctica de meditación entran en el campo de la conciencia (como las percepciones, las cogniciones, las emociones o las sensaciones físicas) se observan cuidadosamente, pero sin evaluar su contenido; son aceptados sin calificarlos como buenos o malos, justos o falsos, sanos o insanos, importantes o poco importantes (Irrarázaval, 2010).

Como procedimiento terapéutico, Mindfulness procura no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe, buscando que los aspectos emocionales u otros procesos de carácter no verbal sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o controlados (Vallejo Pareja, 2006). Al respecto, Kabat-Zinn (2003) plantea que la práctica promueve una actitud de compasión, interés, apertura y amabilidad, independientemente de si la experiencia resulta agradable o desagradable.

Bianchi (2009) subraya que las prácticas meditativas tienen como objetivo principal el desarrollo de la toma de conciencia. Esto permite no solo otorgar coherencia a nuestra organización subjetiva, sino también favorecer la integración de aspectos disociados que una persona podría experimentar. En su artículo, Espiritualidad y psicología humanística: las escuelas psicológicas humanísticas, explica que la meta de estas prácticas reside en la integración de las dimensiones corporal, mental y social. Para lograrlo, enfatiza en cultivar momentos de silencio y soledad, ya que nutren el mundo interior y marcan el inicio de un camino hacia el autoconocimiento. Es entonces cuando el individuo empieza a observar sus propios pensamientos, sentimientos, palabras y acciones, permitiéndole tomar conciencia de su nivel de integración o congruencia.

Existen diferentes modalidades o maneras de llevar a cabo la práctica. Todas implican una repetición sostenida, ya que Mindfulness es sobre todo una forma de entrenamiento de nuestra mente. Se puede realizar de manera informal o formal; la primera, también llamada práctica diaria, implica recordarnos durante el día que debemos prestar atención a lo que ocurre en cada momento, por ejemplo, sentir las sensaciones de caminar cuando caminamos o el sabor de la comida cuando comemos. La práctica formal es sentarse a meditar. La forma de hacerlo es elegir en principio un objeto de atención y centrarse en ese objeto cada vez que la mente divaga. Esto lleva a un estado de concentración que nos permite realizar la práctica de Mindfulness que es ser conscientes de nuestra experiencia presente con aceptación. Una tercera forma es la práctica en retiro, es decir, una práctica intensiva de ambas modalidades en un contexto preparado para ello (Didonna, 2016).

Este marco nos prepara para analizar cómo, en el tránsito hacia Occidente, el término y la práctica han sido reinterpretados y adaptados a nuevos contextos, lo que será abordado en el siguiente apartado.

1.c. De Oriente a Occidente: secularización y aplicación contemporánea

Los primeros contactos entre Oriente y Occidente pueden rastrearse hasta la campaña militar de Alejandro Magno en India (356–323 a.C.), donde se produjeron encuentros entre pensadores griegos e indios (Román, 2008). Sin embargo, es recién a fines del siglo XVIII cuando comienza a consolidarse un verdadero interés europeo por las tradiciones orientales. Este proceso se ve impulsado por la traducción de textos sagrados y filosóficos del hinduismo y el budismo al inglés, lo cual abrió el acceso a estos saberes en contextos académicos y espirituales de Occidente (Gil Montoya, 2020).

Distintas figuras comenzaron a conectar el pensamiento oriental con la psicología y la filosofía occidental. Bandino (2015) menciona al sinólogo alemán Richard Wilhelm, reconocido por su traducción del *I Ching*, lo que permitió una primera aproximación del taoísmo en Europa. También destaca la influencia de Carl Gustav Jung, quien incorporó elementos del pensamiento budista y del simbolismo oriental en su enfoque de la psicología profunda.

Por otro lado, en el siglo XX, Thich Nhat Hanh se volvió una figura central en la difusión de Mindfulness en Occidente. Monje budista zen, poeta y activista por la paz, propuso una práctica sencilla basada en la respiración y la presencia plena. En su libro *The Miracle of Mindfulness* (1975), explicó cómo aplicar esta atención consciente a la vida cotidiana, desde lavar los platos hasta caminar. Su enfoque combina espiritualidad, ética y compromiso social (Bandino, 2015).

Por otra parte, Jon Kabat-Zinn, biólogo molecular y practicante de meditación Zen, ha realizado, con un objetivo diferente al de Thich Naht Hanh, una importante proyección de la práctica de Mindfulness. En el marco de la búsqueda de una técnica terapéutica complementaria a los tratamientos médicos destinados a manejar el estrés y dolor crónico en contextos clínicos, desarrolló en 1979 el Programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR). Este programa, que dió origen a la Clínica de Reducción de Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, consta habitualmente de ocho sesiones grupales de dos horas cada una, y tiene como eje central la práctica sistemática de Mindfulness (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). Desde entonces, sus beneficios mentales y físicos han sido documentados, y programas similares se aplican hoy en escuelas, hospitales, prisiones, centros de veteranos, entre otros espacios (Baron, 2016). Jon Kabat-Zinn es considerado el padre del Mindfulness en Occidente. Este reconocimiento se debe a su capacidad para traducir conceptos budistas tradicionales a un lenguaje moderno y cotidiano. Supo transmitir la esencia de estas enseñanzas de forma sencilla y adaptada a la vida occidental. Además, logró delimitar una notable independencia respecto del budismo en sentido estricto, lo que le permitió resaltar su carácter transcultural y universal (Gil Montoya, 2020).

Sin embargo, según Baron (2016), diversos académicos han cuestionado la adaptación occidental de Mindfulness, argumentando que su definición moderna se ha distanciado considerablemente de las enseñanzas originales del Buda. Estas enseñanzas abarcan, además de la atención plena (*satī*), una comprensión clara (*sampañña*) y una práctica ética y reflexiva más amplia. En el budismo temprano, el Mindfulness se integraba en un sistema completo que incluía moral (*sīla*) y sabiduría (*pañña*); sin embargo, según el autor, en Occidente se ha simplificado a menudo como una técnica de reducción de estrés, despojada de su contexto espiritual y ético. En este sentido, la literatura crítica sobre este tema advierte que esta versión comercial, apodada como “McMindfulness”, puede trivializar la práctica y reforzar valores consumistas al presentarla como un producto de autoayuda individualista, lo que desactiva su potencial transformador y social.

Según Pérez Álvarez et. al. (2022), la atención plena debería entenderse como una actitud madura y compasiva frente al sufrimiento inevitable de la vida, no como una forma de eliminarlo. Esta visión contrasta con el Mindfulness comercializado (McMindfulness) que, puede promover una búsqueda superficial del bienestar y se enfoca en potenciar la productividad. Esta versión vaciada de dimensión ética y espiritual corre el riesgo de volverse un “entretenimiento balsámico” (p. 243) al servicio del orden neoliberal. Como advierten los autores, esta atención plena sin ética ni alma refuerza el individualismo y pierde su dimensión crítica. No obstante, es importante no caer en una simplificación excesiva de estas prácticas. Como propone António Carvalho (2024), si bien la literatura crítica a menudo tiende a ligar a Mindfulness con el neoliberalismo, esta mirada corre el riesgo de “simplificar la riqueza y complejidad de las prácticas meditativas” (p. 250). El autor propone abordarlas como tecnologías del sujeto, es decir, como prácticas que modelan la subjetividad y que, en lugar de reproducir pasivamente el orden dominante, pueden habilitar formas alternativas de existencia. Para esto, sugiere una lectura ontológica, enfocada en sus

dimensiones materiales, afectivas y performativas, reconociendo así el potencial contrahegemónico y transformador de Mindfulness más allá de su apropiación comercial.

A partir de este recorrido de Mindfulness desde sus orígenes hasta su aplicación en contextos occidentales, resulta pertinente continuar analizando su inserción en la psicoterapia. Para ello, se propone un repaso por los distintos momentos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) hasta llegar a la tercera generación, donde Mindfulness comienza a implementarse como parte del abordaje terapéutico.

2. Mindfulness en las terapia cognitiva

2.a. Del conductismo a la tercera ola: recorrido por las distintas generaciones

En los años 50 surge lo que llamamos primera ola o primera generación. Esta contempla dos modelos explicativos, condicionamiento clásico y condicionamiento operante, de la mano de Pavlov en Rusia y Skinner en Estados Unidos. A su vez, se caracteriza por estar vinculada al método científico, lo cual resultó especialmente relevante para el desarrollo de las primeras generaciones de terapias psicológicas (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

Entre las principales técnicas del condicionamiento clásico se encuentran la desensibilización sistemática (J. Wolpe) y la exposición (H. J. Eysenck), que revolucionaron las formas de intervención vigentes (Pérez Álvarez, 2006). Este enfoque se basa en la relación entre estímulos del entorno y respuestas del organismo. Su método es experimental y busca la creación de nuevos reflejos que operan sobre la actividad nerviosa superior (Pérez y Cruz, 2003). Por otro lado, el condicionamiento operante pone el foco en las conductas voluntarias, y en cómo las respuestas que le siguen afectan su frecuencia. Skinner, su principal exponente rechaza toda concepción mentalista o filosófica y pone a la conducta observable en el centro. Utiliza conceptos como refuerzo y castigo para explicar cómo se adquieren o modifican los comportamientos. Su método es el análisis experimental de la conducta, el cual estudia la relación entre los comportamientos y los estímulos ambientales. El término terapia de la conducta se introdujo por primera vez en 1953 con la obra *Science and Human Behavior* de Skinner (Díaz et al., 2017).

La segunda ola, denominada terapias cognitivo-conductuales, apareció en Estados Unidos alrededor de los años 70. Estas terapias ponen su foco en las cogniciones: pensamientos, creencias y procesos mentales. Se destacan Aaron Beck (terapia cognitiva de la depresión) y Albert Ellis (terapia racional emotiva) como sus principales referentes. Esta segunda ola ganó prestigio al demostrar resultados comprobables, conforme a las exigencias de la terapia conductual previa (Pérez Álvarez, 2006).

Albert Ellis, originalmente psicoanalista, en 1955 presentó la terapia racional emotiva, influenciado por la filosofía estoica, especialmente por Epicteto, quien afirmaba que las perturbaciones emocionales no derivan de los hechos en sí, sino de la interpretación que hacemos de ellos (Pérez-Acosta et al., 2008). Este enfoque busca ayudar a los pacientes a construir una vida más satisfactoria, reduciendo problemas emocionales mediante la detección y sustitución de creencias irracionales (Ci) por otras funcionales (Cabezas Pizarro y Lega, 2006).

En 1962, Ellis presenta su modelo terapéutico, al que denomina ABC. Este modelo plantea que un acontecimiento activador (A) precede a las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales (C). Entre ambos se sitúan las creencias (B), es decir, nuestras ideas sobre nosotros mismos y el mundo que nos rodea. La hipótesis central es que las consecuencias emocionales (C) no se producen directamente por el hecho en sí (A), sino por las creencias (B) que tenemos al respecto. Es ahí donde Ellis ubica el foco de la intervención terapéutica. Según este enfoque, muchas veces los pacientes presentan creencias irracionales (Ci), que deben ser identificadas y reemplazadas por otras más funcionales (Cabezas Pizarro y Lega, 2006).

Por su parte, Beck publicó en 1979 *Terapia cognitiva de la depresión*. En esta obra planteó la necesidad de contar con terapias psicológicas bien definidas para tratar la depresión. Si bien el tratamiento farmacológico era el enfoque más utilizado, un número considerable de pacientes no presentaba mejoras significativas, manifestaba efectos secundarios o directamente rechazaba este tipo de intervención. Según Beck, la psicoterapia permitiría cultivar recursos internos para afrontar el malestar, aprender de la experiencia y prevenir recaídas (Beck et al., 2010).

Su modelo se fundamenta en tres pilares: triada cognitiva, esquemas negativos y distorsiones cognitivas. En la triada, el paciente se ve a sí mismo como incompetente, el mundo como hostil y el futuro como desolador (Puerta Polo y Padilla Díaz, 2011). Los esquemas son “patrones cognitivos estables” (Beck et al., 2010, p. 21), formados en etapas tempranas ante situaciones desafiantes o mensajes internalizados, y suelen permanecer latentes hasta activarse por eventos estresantes (Vázquez et al., 2008). Finalmente, las distorsiones cognitivas son la manifestación visible de la depresión, como la inferencia arbitraria (sacar conclusiones sin evidencia), la sobregeneralización (extraer una regla general a partir de un solo hecho negativo) o la personalización (atribuirse la responsabilidad de hechos externos o negativos sin base real) (Beck et al., 2010).

En conclusión, se pasó de una terapia basada en la conducta y los reflejos condicionados, a una segunda ola que sitúa en las cogniciones la causa de los problemas emocionales y conductuales, relacionando cada trastorno con disfunciones cognitivas específicas. Aunque este modelo fue exitoso, implicó dejar de lado la mirada contextual e ideográfica característica de la terapia conductual clásica (Pérez Álvarez, 2006).

Desde sus inicios y hasta la actualidad, la terapia de la conducta se ha distinguido por una visión directa, objetiva y racional del comportamiento humano, con un fuerte compromiso con el rigor científico. En los últimos años, se ha observado un resurgimiento de enfoques conductuales diversos, que si bien varían entre sí, comparten ciertos principios comunes. Dada la dificultad para clasificarlos dentro de modelos anteriores, Steven Hayes propuso en 2004 agrupar estas terapias emergentes bajo el nombre de tercera ola de terapias de conducta (Mañas Mañas, 2007), las cuales serán exploradas en el próximo apartado.

2.b. Terapias de tercera generación: fundamentos y componentes del enfoque MBCT

Una de las características centrales de la tercera ola es que no busca eliminar ni modificar directamente las cogniciones problemáticas, sino cambiar la relación que la persona establece con ellas, fomentando la flexibilidad psicológica (Pérez Álvarez, 2012). En ese sentido, lo que se procura es proveer al paciente de herramientas para que pueda vincularse con lo que lo aqueja de una forma diferente a la conocida, como por ejemplo la aceptación del malestar y la observación distanciada de la mente (Murcia y Ferro García, 2015).

Dentro del amplio espectro de estas terapias, que comparten un enfoque contextual y funcional de la conducta, destacan tres corrientes principales: la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia conductual dialéctica (DBT). Estos modelos se diferencian tanto por sus fundamentos teóricos como por las habilidades clínicas específicas que demandan del terapeuta, y comparten el objetivo de abandonar la lucha contra los síntomas para reorientar la vida del paciente hacia sus valores (Barraca Mairal, 2009).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT), conocida por el trabajo de Steven Hayes, entre otros, parte de la idea de que el sufrimiento humano surge del intento constante de evitar experiencias internas negativas, por lo que promueve la aceptación de pensamientos y emociones mientras la persona actúa de acuerdo con sus valores personales (Barraca Mairal, 2009). La psicoterapia analítico funcional (FAP), en cambio, se centra en la interacción terapéutica, utilizando la relación con el terapeuta para modelar patrones interpersonales más funcionales en el aquí y ahora (Pérez Álvarez, 2012). Por su

parte, la terapia conductual dialéctica (DBT), creada por Marsha Linehan, fue diseñada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y otros problemas emocionales graves, combinando estrategias de aceptación y cambio, habilidades de regulación emocional, Mindfulness y trabajo interpersonal (Barraca Mairal, 2009).

La terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT, por sus siglas en inglés) integra elementos de la TCC y del programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de Jon Kabat-Zinn. Desarrollada por Segal, Williams y Teasdale (2015) para el tratamiento de la depresión, está dirigida a pacientes con antecedentes de episodios depresivos y busca prevenir recaídas mediante la observación consciente de sensaciones corporales, pensamientos y emociones (Fernández, 2016).

Para comprender la dinámica de las recaídas, la MBCT se apoya en modelos como el de Sistemas Cognitivos Interactuantes (ICS). Según este modelo, un estado de ánimo bajo puede reactivar patrones cognitivos depresógenos automáticos. Aunque la depresión haya remitido, la asociación recurrente entre disforia y pensamientos negativos aumenta la probabilidad de que vuelvan a emerger. Una vez activados, estos “engranajes” depresivos se mantienen a través de estrategias desadaptativas, como la rumiación, creando un ciclo en el que se compara constantemente el “cómo se está” con el “cómo se debería estar”, lo que amplifica el malestar y eleva el riesgo de recaída (Miró y Simón, 2012). Por ello, el objetivo de la MBCT no es evitar la tristeza, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos se consoliden, orientando el procesamiento cognitivo hacia fuentes no depresógenas y generando esquemas alternativos más adaptativos (Fernández, 2016).

El programa de intervención de la MBCT dura ocho semanas, se trabaja en grupo y combina prácticas de meditación formal con herramientas de la terapia cognitiva tradicional. Un elemento clave es el entrenamiento fuera de las sesiones, con ejercicios en casa y registros diarios que ayudan a llevar la atención plena a la vida cotidiana. Por ejemplo, se registran momentos agradables y desagradables, observando pensamientos y emociones asociadas sin juzgar. También se incluye una práctica llamada mini-meditación de tres minutos, que enseña a “salir del piloto automático” en cualquier momento del día. Más adelante, se proponen ejercicios para observar con atención amable las situaciones difíciles, en lugar de evitarlas, y se integran estrategias de terapia cognitiva que ayudan a tomar distancia de los pensamientos negativos, entendiendo que no siempre reflejan la realidad (Miró, 2006).

Entre las técnicas cognitivas utilizadas destacan escribir y etiquetar los contenidos mentales, observar sin evitar los juicios negativos y visualizar el flujo de pensamientos como una cascada, colocándose simbólicamente detrás de ella. El objetivo es modificar la relación con los pensamientos y no suprimirlos. Esta distancia reflexiva, sin identificación automática con el contenido mental, se conoce como “descentramiento” (Pérez y Botella, 2006). Hacia el final del programa, se invita a las personas a identificar señales tempranas de recaída y a elaborar un plan de acción para cuando estas señales aparecen. Además, se promueve realizar actividades agradables o que generen una sensación de competencia, especialmente en momentos de bajón emocional (Miró, 2006).

En definitiva, las terapias de tercera generación han supuesto un cambio de paradigma en la intervención psicológica, alejándose del modelo tradicional de control de síntomas para centrarse en la aceptación, la flexibilidad psicológica y la construcción de una vida significativa. Su eficacia ha sido ampliamente estudiada, mostrando resultados positivos en una variedad de trastornos, desde la depresión y la ansiedad hasta problemas más complejos como el trastorno límite de la personalidad (Barraca Mairal, 2009).

2.c. Mindfulness como herramienta terapéutica

Como veíamos, Mindfulness se introdujo en la psicoterapia actual, específicamente en tercera generación, como una herramienta terapéutica al observar su efectividad en diferentes trastornos. Sin embargo, al revisar la literatura empírica y teórica disponible, se pueden identificar al menos tres formas principales en las que Mindfulness ha sido conceptualizado dentro de los enfoques conductuales: como un proceso, como una

habilidad y como una estrategia o intervención (Muñoz-Martínez, Monroy-Cifuentes, Torres-Sánchez, 2017).

En primer lugar, Mindfulness se entiende como un proceso en la medida que implica una serie de cambios progresivos en cómo nos relacionamos con nuestro entorno y contenidos internos. No es un estado fijo, sino una acción dinámica y continua de observar lo que nos sucede en el momento presente. Este tipo de atención está influido por el contexto y se va desarrollando con la experiencia (Muñoz-Martínez et al., 2017). Por su lado, Vásquez-Dextre (2016) define Mindfulness como proceso en el sentido de poner el foco una y otra vez en lo que estamos haciendo y sintiendo. Para esto es importante salir del "piloto automático" en el que suele estar nuestra mente y pasar del reaccionar usual de la mente a la responsabilidad en el sentido de responder consciente y deliberadamente.

En segundo lugar, Linehan (2020), en el *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la consultante* conceptualiza a Mindfulness como una habilidad que puede aprenderse y entrenarse. Estas habilidades se dividen en dos grupos: las del "qué" y las del "cómo". Las primeras incluyen observar, describir y participar. Observar implica prestar atención intencionalmente al momento presente; describir consiste en poner en palabras lo que se percibe; y participar es involucrarse por completo en lo que se está haciendo. Por su parte, las habilidades del "cómo" orientan la manera de aplicar las anteriores: hacerlo sin juzgar, enfocándose en una cosa a la vez y actuando de forma efectiva, es decir, de acuerdo con lo que funciona y no con lo que se debería hacer. Este repertorio busca entrenar la atención consciente y flexible, facilitando la regulación emocional y el bienestar (Linehan, 2020)

Simón (2011), por su lado, identifica tres habilidades fundamentales de Mindfulness: la concentración (focalización atencional), la conciencia abierta (atención plena al presente) y la compasión, especialmente hacia uno mismo. La concentración consiste en dirigir la atención a un solo objeto, generalmente la respiración o sensaciones corporales sutiles. También se necesita una conciencia receptiva, que permita observar con ecuanimidad todo lo que surge en la experiencia interna, sin juicio ni rechazo. Aun así, según el autor, ni la concentración ni la atención plena bastan por sí solas para aliviar el sufrimiento emocional. Por eso, la tercera habilidad, la compasión, cobra un rol esencial. En particular, cultivar una actitud de amabilidad y comprensión hacia uno mismo permite afrontar momentos difíciles sin caer en la crítica interna ni en la autodevaluación. Esta capacidad es entrenable y contribuye a reducir la lucha interna.

Por otro lado, cuando se habla de Mindfulness como estrategia, se lo entiende como una intervención planificada que busca producir cambios terapéuticos específicos. Desde el análisis del comportamiento, una estrategia implica la aplicación organizada de pasos para modificar una variable, lo que también se denomina intervención. En este caso, se trata de prácticas basadas en la meditación y ejercicios guiados, seleccionados según los objetivos del terapeuta y las necesidades del paciente, que pueden centrarse en la experiencia interna o en estímulos del entorno. Para que la intervención sea efectiva, se recomienda que el terapeuta haya experimentado previamente los ejercicios. La evidencia disponible muestra que Mindfulness, como estrategia de intervención, ha resultado eficaz en el tratamiento de diversos problemas, tales como la ansiedad, el estrés, los atracones, las adicciones y la violencia de género, entre otros (Muñoz-Martínez et al., 2017).

En el siguiente capítulo se explorará la depresión y su sintomatología para terminar en una indagación sobre cómo Mindfulness puede contribuir a evitar recaídas y a disminuir el impacto de la rumiación.

3. Mindfulness y depresión

3.a. Trastorno depresivo mayor: características clínicas, prevalencia y recaídas

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), el trastorno depresivo mayor (coloquialmente, depresión) se caracteriza por la presencia de al menos cinco síntomas durante un mismo período de dos semanas, representando un cambio respecto al funcionamiento previo (2014).

Los síntomas del trastorno depresivo mayor incluyen un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución marcada del interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia), pérdida o aumento significativo de peso sin hacer dieta, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse, e ideación suicida recurrente. La expresión de estos síntomas puede variar según la persona, adoptando formas atípicas, somáticas o contextuales (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, en el DSM-5, además del trastorno depresivo mayor, se especifican otros tipos de trastornos depresivos, entre ellos el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, y presentaciones con especificadores como con síntomas atípicos, con síntomas psicóticos, de inicio periparto o estacional. Estas categorías permiten una mejor comprensión clínica y un abordaje más preciso de cada caso (American Psychiatric Association, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta aproximadamente al 5% de la población adulta a nivel mundial, lo que equivale a unos 280 millones de personas. Se estima que es entre un 50% y 60% más frecuente en mujeres que en hombres, y especialmente prevalente entre adolescentes y adultos jóvenes (2023). Asimismo, datos recientes muestran que un grupo demográfico particularmente vulnerable está entre los 18 y 25 años, con tasas significativamente más altas de episodios depresivos (OMS, 2023). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2012) señala que la depresión es el trastorno mental más frecuente en la región.

Por otro lado, la depresión impacta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen, afectando sus relaciones interpersonales y su bienestar emocional. También es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, medida en años vividos con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés) (OMS, 2023). Este impacto requiere que los sistemas de salud implementen respuestas integrales que consideren el apoyo clínico y social (Amariles et al., 2015).

A nivel psicológico, experiencias tempranas de trauma, estilos de apego inseguros, baja autoestima o esquemas de pensamiento disfuncionales pueden aumentar la vulnerabilidad (OMS, 2023). Amariles et al. destacan que el entorno familiar y social, así como la calidad de las redes de apoyo, juegan un papel fundamental en la evolución y el manejo de la depresión (Amariles et al., 2015). En esta línea, Álvaro Estramiana et al. (2010) conciben la depresión como un problema psicosocial, arraigado en presiones socioestructurales. Resaltan factores como los acontecimientos vitales estresantes, el apoyo social, la alienación y la autoestima como elementos clave que influyen en la vulnerabilidad, dependiendo de la posición social del individuo. Argumentan que la falta de control sobre el entorno, mediada por condiciones sociales, explica la conexión entre estos estresores y la aparición de la depresión.

De acuerdo con el DSM-5, el curso clínico del trastorno depresivo mayor suele ser recurrente, aumentando el riesgo de nuevos episodios tras cada recaída. En algunos casos, la depresión puede volverse crónica, persistiendo por años sin remisión completa. Se estima que aproximadamente el 50% de las personas que han sufrido un primer episodio experimentan al menos una recaída, y este riesgo aumenta con cada episodio sucesivo (American Psychiatric Association, 2014). La prevención de recaídas en la depresión requiere un tratamiento sostenido, ya que la interrupción prematura de la medicación o la psicoterapia aumenta el riesgo de nuevos episodios. Un seguimiento clínico adecuado es esencial para consolidar la recuperación y disminuir la recurrencia (American Psychiatric Association, 2014). Por su parte, Amariles et al. (2015) enfatizan la importancia del apoyo continuo y la educación al paciente para favorecer la continuidad del tratamiento.

En conclusión, la depresión es un trastorno frecuente y complejo que impacta significativamente en la vida de las personas. Por ello, es fundamental un abordaje integral y un tratamiento sostenido en el tiempo. Esto abre la puerta a intervenciones específicas como la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), que trabaja sobre la rumiación, un factor clave en la recurrencia.

3.b. Rumiación: definición, impacto y abordajes basados en Mindfulness

La rumiación se identifica como un proceso cognitivo fundamental en la comprensión de diversos trastornos psicológicos, especialmente en la depresión. Se describe como un patrón de pensamiento repetitivo y pasivo, que se centra en los síntomas, las causas y las consecuencias del malestar emocional (Toro, Ibáñez, Rojas y Aguilar, 2020). Esta concentración en el malestar es un mecanismo desadaptativo para la regulación emocional, que no facilita soluciones o planes de acción, sino que, por el contrario, intensifica y prolonga los estados afectivos negativos (De Rosa y Keegan, 2018).

Este patrón rumiativo no solo agrava el estado de ánimo negativo, sino que también afecta significativamente el funcionamiento cognitivo y la capacidad de afrontamiento. Contribuye a un empeoramiento del ánimo y de la memoria autobiográfica, dificultando la resolución de problemas (De Rosa, 2020). Entre sus efectos perjudiciales se incluyen la amplificación de pensamientos y predicciones negativas y una dificultad a la hora de afrontar las dificultades. Este modo de pensamiento desadaptativo también tiene un impacto negativo en las relaciones interpersonales, manifestándose en quejas, lamentaciones y aislamiento, lo que a su vez se convierte en un ciclo disfuncional que mantiene y empeora el estado de ánimo (De Rosa y Keegan, 2018).

Es crucial, sin embargo, distinguir la rumiación de la reflexión. Mientras que la rumiación implica un pensamiento repetitivo y pasivo centrado en el malestar, la reflexión busca comprender lo vivido y desarrollar estrategias para aliviar la aflicción. Aunque ambos pueden aparecer en los trastornos depresivos, la reflexión tiende a asociarse con una disminución del malestar a lo largo del tiempo, ya que un pensamiento orientado a la solución de problemas es beneficioso. En contraste, la rumiación, al enfocarse únicamente en el malestar con autoevaluación y crítica, tiende a incrementar los estados disfóricos (De Rosa, 2020).

Según Hervás y Vázquez (2006), la rumiación constituye un factor central en el origen y la persistencia de la depresión. Estos autores subrayan que la rumiación no es meramente un proceso cognitivo, sino que está intrínsecamente ligada a la forma en que las personas experimentan sus emociones. Indican que una propensión a rumiar se asocia con una mayor complejidad emocional (experimentar múltiples emociones negativas simultáneamente, especialmente tristeza) y una atención emocional elevada (una focalización constante en las propias emociones), lo que resalta cómo el manejo y la conciencia emocional influyen directamente en la aparición de este patrón de pensamiento. Dada la complejidad y el impacto de la rumiación en el bienestar psicológico, su abordaje terapéutico es indispensable (De Rosa y Keegan, 2018).

Didonna (2016) plantea que la manera en que las personas se relacionan con su experiencia interna constituye un factor central en el origen y mantenimiento del sufrimiento psíquico. Siguiendo al autor, rumiar es una forma de procesamiento cognitivo desadaptativo presente en muchas condiciones clínicas. Aunque las personas inmersas en la rumiación pueden creer que están abordando sus problemas, en realidad se distancian de la experiencia directa al emitir juicios constantes sobre ella. Por ello, el objetivo de los programas basados en Mindfulness es aprender a observarlos sin identificarse con ellos. Este proceso de descentramiento o desidentificación, que en la terapia cognitiva tradicional es un medio para el cambio, en las intervenciones basadas en Mindfulness representa el fin terapéutico en sí mismo.

Miró (2006) plantea que la atención plena es un estado de conciencia libre de metas u objetivos, en el que no se busca modificar la experiencia presente ni alcanzar un estado emocional distinto. Intentar cambiar un estado interno implica una forma de no aceptación

que, paradójicamente, refuerza el malestar. En cambio, permanecer conscientemente en la experiencia permite observar con claridad y disolver reacciones automáticas que la perpetúan. Complementariamente, Miró y Simón (2012) destacan que Mindfulness proporciona condiciones específicas para que esa observación resulte terapéutica: atención al momento presente, ausencia de comparación con ideales, suspensión del juicio y aceptación de la impermanencia. Aunque estos principios pueden parecer simples, requieren un desarrollo sostenido de la metacoscienza (la capacidad de observar los propios procesos mentales), lo cual demanda entrenamiento regular.

Simón (2011) añade que la práctica constante de Mindfulness prolonga el tiempo entre el estímulo que desencadena una emoción y la aparición de la respuesta emocional. Esto facilita una evaluación más reflexiva y lenta, brindando la oportunidad de considerar la respuesta más adecuada a la situación. Este autor destaca que Mindfulness es crucial en la regulación emocional, al fortalecer las conexiones entre la corteza prefrontal y las áreas límbicas subcorticales, lo que ayuda a mantener el sistema nervioso dentro de la "ventana de tolerancia" y facilitar un funcionamiento óptimo. Simón también menciona que la autocompasión está vinculada con la reducción de los síntomas de la depresión, ya que las personas autocompasivas son capaces de reconfortarse a sí mismas ante los fracasos, aprendiendo y creciendo a partir de sus errores.

La autocompasión, según Miró y Simón (2012), constituye un pilar central en las prácticas de Mindfulness. Tomada desde vertientes budistas, se entiende como una apertura empática y tierna hacia el sufrimiento propio y ajeno, una disposición incondicional de cuidado y apoyo ante cualquier experiencia dolorosa. Esta "bondad amorosa" implica la voluntad de permanecer presente y explorar el dolor interior con amabilidad, lo que favorece una mayor flexibilidad cognitiva y la posibilidad de elegir acciones más coherentes con los valores auténticos del individuo, los cuales emergen como un descubrimiento natural a partir de la observación consciente.

En este sentido, aprender a relacionarse de manera distinta con los pensamientos rumiativos, especialmente mediante la atención plena, se perfila como una herramienta clave para reducir el riesgo de recaídas depresivas. A continuación se relevarán estudios que comprueben su eficacia.

3.c. Eficacia de Mindfulness en la prevención de recaídas y reducción del sufrimiento psíquico

La terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) ha demostrado ser una intervención efectiva, particularmente en el ámbito de la depresión. Originalmente desarrollada para prevenir recaídas en personas con depresiones recurrentes, busca enseñar a los individuos a reconocer y responder de manera adaptativa a los primeros signos de un nuevo episodio. Su eficacia radica en la capacidad de abordar los procesos que incrementan la vulnerabilidad a episodios depresivos, siendo la rumiación depresiva uno de los mecanismos clave en los que la intervención busca influir para reducir el sufrimiento y la recurrencia (Fernández, 2016). En el presente apartado, se relevarán tres estudios que demuestran la validez y eficacia de la aplicación de Mindfulness en el contexto de la depresión y la prevención de sus recaídas.

En una revisión sistemática realizada por Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J., y Serrano, P. (2011) se analizaron 15 estudios de un total de 1450 referencias bibliográficas, con el objetivo de evaluar la eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para síntomas de depresión y ansiedad. Los estudios incluidos, predominantemente ensayos controlados aleatorizados (ECA) y no aleatorizados (ECNA), evaluaron poblaciones clínicas con trastorno depresivo mayor, remitido con dos o más episodios, y en algunos casos, con ideación suicida o síntomas residuales. Las intervenciones fueron principalmente MBCT, MBSR y DBT, y se utilizaron instrumentos como el BDI y la escala HAM-D para medir síntomas depresivos, además de escalas específicas para rumiación y metacoscienza. La revisión indicó que estas intervenciones son moderadamente eficaces en la reducción de síntomas de depresión y que fomentan la

conciencia metacognitiva, permitiendo a las personas reconocer con mayor precisión patrones de pensamiento automático que contribuyen al desequilibrio emocional. Específicamente, la MBCT se mostró efectiva para prevenir recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos, al interrumpir los patrones de pensamiento rumiativo en momentos de mayor vulnerabilidad. Se observó que la MBCT incrementa la capacidad de "descentrarse" o "desidentificarse" de los pensamientos y emociones negativos, habilidad que reduce el riesgo de recaídas.

Un metaanálisis y revisión sistemática desarrollado por Perestelo-Perez, Barraca, Penate, Rivero-Santana y Alvarez-Perez (2017) abordó específicamente la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness para el tratamiento de los pensamientos rumiativos en pacientes con depresión. El estudio, que incluyó once ensayos controlados aleatorizados (ECA) o pseudo-aleatorizados (pRCT) con participantes con historia de al menos un episodio depresivo mayor, reveló una reducción significativa y moderada de los pensamientos rumiativos al comparar las intervenciones basadas en Mindfulness con la atención habitual. Este efecto se mostró independiente de la fase del tratamiento o del número de episodios depresivos previos, y se mantuvo un mes después de finalizado el tratamiento. Los hallazgos sugieren que los procesos de Mindfulness y aceptación podrían mediar los cambios en la rumiación, y que estos cambios, a su vez, mediaron en los efectos clínicos de las intervenciones sobre la depresión. Aunque no se encontraron diferencias significativas al comparar con otros tratamientos activos (medicación, activación conductual, terapia cognitivo-conductual), la investigación reforzó la idea de que la rumiación es un mecanismo central en el surgimiento y mantenimiento de la depresión, y que su reducción es un elemento clave de la eficacia terapéutica. Las conclusiones del estudio señalan que las intervenciones basadas en Mindfulness son tan eficaces en la reducción de la sintomatología depresiva como las terapias farmacológicas o la TCC, y que el cambio en la rumiación sería un mediador esencial para producir estos beneficios.

Finalmente, una reciente revisión sistemática realizada por Castillo del Cid Postigo (2023) como Trabajo de Fin de Máster de la Universidad de Málaga, examinó la eficacia de la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. El estudio incluyó 20 ensayos controlados aleatorizados (ECAs), que abarcaban un total de 2416 sujetos, y se centró en la aplicación de la MBCT o sus adaptaciones a personas con un trastorno del estado de ánimo, actual o pasado. Los resultados demostraron que la MBCT es eficaz para disminuir los síntomas depresivos, así como para reducir la recurrencia del trastorno depresivo mayor, confirmando los objetivos para los que fue inicialmente diseñada. Al comparar con grupos de control pasivos (sin tratamiento o en lista de espera), la MBCT mostró superioridad a la hora de reducir síntomas depresivos y ayudar a la reactividad emocional, además de aumentar la memoria autobiográfica, la regulación emocional y la activación cortical. Cuando se comparó con tratamientos activos, la MBCT fue más eficaz que la *depression relapse active monitoring* (DRAM) en la disminución del número de días con depresión mayor, y superior a la medicación antidepresiva de mantenimiento en mejorar la capacidad de auto observar pensamientos (metaconsciencia) desde una postura de descentramiento y curiosidad, disminuir síntomas depresivos residuales, reducir la comorbilidad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida física y psicológica. También superó a la *health qigong-based cognitive therapy* (HQCT) en la mejora de la salud mental. Es importante destacar que la MBCT se mostró igual de eficaz que la terapia cognitiva en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, y tan eficaz como el *cognitive behavioral analysis system for psychotherapy* (CBASP) en la disminución de la ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor actual. Este hallazgo es particularmente relevante, abriendo posibles vías para la prevención del suicidio.

La evidencia actual, respaldada por revisiones sistemáticas y metaanálisis, indica de manera contundente la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness para reducir la rumiación depresiva, disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, y prevenir recaídas en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Estudios como los de Miró et al. (2011), Perestelo-Perez et al. (2017) y Castillo del Cid Postigo (2023) demuestran que Mindfulness

no solo interrumpe patrones rumiativos y fomenta el descentramiento, sino que también puede ser tan eficaz como otras terapias establecidas e incluso superior a la medicación en ciertos aspectos, destacando su potencial en la reducción de la ideación suicida. Sin embargo, las limitaciones persisten en la heterogeneidad de las medidas utilizadas y la escasez de datos de seguimiento a largo plazo, así también como la representación limitada de ciertas poblaciones, lo que subraya la necesidad de futuras investigaciones más rigurosas para consolidar plenamente estos prometedores hallazgos.

Conclusión

El presente trabajo se basa en una investigación bibliográfica, centrada en el análisis y articulación de distintas fuentes académicas que abordan la práctica de Mindfulness desde sus orígenes hasta su aplicación terapéutica en el tratamiento de la depresión. Se abordó desde tres ejes fundamentales, con Mindfulness como protagonista: su registro histórico, su aplicación en las terapias cognitivas y su vínculo con la depresión.

En el primer eje se exploró el origen de Mindfulness en la tradición budista, y se trabajó con autores como Jorge Rovner y Marcello Zago. En el segundo apartado, en el que se analiza a Mindfulness como traducción del vocablo 'sati', se cita a Fabrizio Didonna con el *Manual clínico de Mindfulness*, al cual se hará referencia a lo largo del trabajo. También se explora la secularización de la práctica, con aportes de Gil Montoya en su artículo, Mindfulness en Oriente y Occidente, y bibliografía crítica de la mano de autores como Baron, Pérez Álvarez y Carvalho. En el eje dedicado a Mindfulness dentro de las terapias cognitivas, se retoma a Pérez Álvarez, junto con aportes de Barraca Mairal a la hora de indagar en las terapias de tercera generación. En el último eje, adentrándonos ya en los cuadros depresivos, se toman aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se incluye la teorización diagnóstica propuesta por el DSM-5. A la hora de vincular éstos con Mindfulness, se retomaron los desarrollos de Didonna, Miró y Simón, además se incorporaron artículos de De Rosa y Keegan, quienes teorizan sobre la rumiación. Por último, en la revisión bibliográfica sobre estudios sistemáticos, se vuelve a citar a Miró, junto con Perestelo-Pérez, y se incluye un Trabajo de Fin de Máster de la Universidad de Málaga, de María del Cid Castillo Postigo.

A partir de este recorrido teórico y bibliográfico, el objetivo central fue dilucidar la manera en que esta práctica de origen ancestral, propone una forma de vincularse con los procesos mentales más desapegada, objetiva y no reactiva. A lo largo del análisis se observó cómo Mindfulness, al sostener una atención plena de forma abierta hacia la experiencia, ofrece un enfoque diferente al estado de funcionamiento automático en el que tiende a permanecer la mente condicionada. Así, se propone una autoconciencia más intuitiva y ecuánime, que no busca eliminar los contenidos mentales sino modificar la relación que establecemos con ellos, a través del desapego.

En el contexto de la depresión, un trastorno marcado por la fusión con narrativas internas de sufrimiento y autocastigo, Mindfulness emerge como un recurso terapéutico capaz de interrumpir los patrones de rumiación que perpetúan el malestar. Tomada desde los principios budistas, esta práctica permite reconocer el dolor inevitable que acompaña la vida, diferenciándolo del sufrimiento adicional que surge al identificarnos con concepciones erróneas sobre nosotros mismos y sobre la realidad. Desde esta perspectiva, el desapego del sufrimiento implica también una liberación de identidades rígidas y autodefiniciones limitantes.

En definitiva, Mindfulness se consolida como un puente entre el conocimiento contemplativo y la psicoterapia actual, posibilitando nuevas formas de ser y de estar que invitan a una relación más lúcida, compasiva y flexible con la propia experiencia. Este enfoque abre la puerta a una mayor libertad psicológica, favoreciendo la capacidad de observar, aceptar y transformar-nos y posibilitar procesos de cambio que eviten la fijación en ciclos de sufrimiento innecesario, los cuales, en el contexto de la depresión, tienden a rigidizarse y adquirir un carácter patológico.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado) [DSM-5]. Editorial Médica Panamericana.
- Amariles Muñoz, P., Salazar Ospina, A., Hincapié García, J. A., & González Avendaño, S. (2015). *Comprendamos la depresión: Guía de educación para pacientes y familiares*. Humax Pharmaceutical.
- Álvaro Estramiana, J. L., Garrido Luque, A., & Schweiger Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 333–348. doi:10.3989/ris.2008.06.08
- Bandino, C. (2016). *Mindfulness en la era del miedo y la ansiedad*. Ed. Grijalbo Buenos Aires.
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 93–104. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n2/v20n2a01.pdf>
- Baron, A. (2011). *Vida y enseñanza de Buda*. Bosque Theravada. https://www.caminomedio.org/wp-content/uploads/2024/10/Anton_P_Barun_Vida_y_enseñanzas_de_Buda.pdf
- Baron, A. P. (2016). Corrientes psicológicas actuales que incorporan elementos del pensamiento budista: Psicología transpersonal y Mindfulness. *ARANDU-UTIC – Revista Científica Internacional*, 3(1), 161–172.
- Batchelor, S. (2008). *Budismo sin creencias: Una guía contemporánea para despertar*. Gaia Ediciones.
- Cabezas Pizarro, H., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación*, 30(2), 101–109. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44030207>
- Cárcamo, M., & Moncada, L. (2010). Un nuevo concepto para la comprensión e intervención en psicología y psicoterapia: Mindfulness o atención plena. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(1), 79–91.
- Carvalho, A. (2024). Tecnologías del sujeto, política y ontología. El caso de las prácticas meditativas. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*, 16(3), 249-261. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-00632024000300249&script=sci_art_text
- Castillo del Cid Postigo, M. (2023). *Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness* [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Málaga.
- Chandako Bhikkhu, A. (2018). *¿Qué es el budismo?* Muttodaya Dhamma. Herrnschrot. Alemania.
- De Rosa, L. (2020). Fenómenos de rumiación y reflexión. Revisión conceptual. *Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.
- De Rosa, L., & Keegan, E. (2018). Rumiación: Consideraciones teórico-clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 36-43. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1032>
- Díaz, M. I., Ruiz, M. Á., & Villalobos, A. (2017). *Historia de la terapia cognitivo conductual* [PDF]. Desclée De Brouwer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabí, S., López-Navarro, E., & Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (mindfulness): Por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(1), 235–248. <https://doi.org/10.51668/bp.8322112s>

- Fernández, E. (2016). MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origen, alcance y eficacia. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 71–88.
- Gil Montoya, M. D. (2020). Mindfulness en Oriente y en Occidente / *Mindfulness in the East and in the West*. *Éndoxa: Series Filosóficas*, (45), 227–248. UNED.
- Hanh, T. N. (1975). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Harvey, P. (2016). *Introducción al budismo: enseñanzas, historia y prácticas* (2.ª ed., J. M. Álvarez Flórez, Trad.). Ediciones Akal.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). *Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 5–16. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.15562>.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: El papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 263-276.
- Irrazabal, L. (2010). Psicoterapia basada en mindfulness: un antiguo método para una nueva psicoterapia. *Rev GPU*, 6(4), 465–471. https://www.researchgate.net/publication/326834771_Psicoterapia_basada_en_mindfulness_Un_antiguo_metodo_para_una_nueva_psicoterapia
- Kabat-Zinn, J. (2003). Intervenciones basadas en mindfulness en contexto: pasado, presente y futuro. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Donde quiera que vayas, ahí estás: Atención plena en la vida cotidiana* (2.ª ed.). Kairós.
- Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C. A., Jr., & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>
- Linehan, M. M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la consultante*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Mañas Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología* (40), 26–34.
- Mañas Mañas, I., Franco Justo, C., & Faisey, M. (s.f.). *Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la psicología budista*. Universidad de Almería.
- Martín Murcia, F., & Ferro García, R. (2015). Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación. *Psychology, Society & Education*, 7(1). <https://www.psyse.org>
- Miró, M. T. (2006). Terapia cognitiva basada en mindfulness para la prevención de recaídas en depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J., & 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), 1-14.
- Miró, M. T., & Simón, V. (Eds.). (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée De Brouwer.
- Moreno Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1). Instituto de la Familia.
- Muñoz-Martínez, A. M., Monroy-Cifuentes, A. L., & Torres-Sánchez, L. M. (2017). *Mindfulness: ¿Proceso, habilidad o estrategia? Un análisis desde el análisis del comportamiento y del contextualismo funcional*. *Revista Interamericana de Psicología*, 28(2), 298–303. <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/b420e850-c56c-4855-bad1-a203a1a098e4/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 31 de marzo). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *La depresión: una prioridad de salud pública*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/depresion-prioridad-salud-publica>

- Parra Delgado, M., Montañes Rodríguez, J., Montañes, M., & Bartolomé Gutiérrez, R. (2012). Conociendo mindfulness. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27. <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos>
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Penate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 282-295. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
- Pérez, A. M., & Cruz, J. E. (2003). Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados. *Interdisciplinaria*, 20(2), 205–227. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18020204.pdf>
- Pérez-Acosta, A. M., Rodríguez Sánchez, A., & Vargas, M. C. (2008). Albert Ellis (1913–2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16(2), 341–348.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación [Third-generation behavior therapy]. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159–172.
- Pérez Álvarez, M. (2012). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 183–198. https://www.researchgate.net/publication/277275497_La_terapia_de_conducta_de_tercera_generacion
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2006). *Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas*. *Revista de Psicoterapia*, 17(66–67), 77–120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251–257. Universidad del Magdalena.
- Roman, M. (2008). *Sabidurías Orientales de la Antigüedad*. Alianza Editorial.
- Rovner, J. (2014). *Aceptación plena*. Ediciones B. Buenos Aires.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2015). *MBCT: Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión*. Editorial Kairós, S.A. Barcelona, España.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello editorial.
- Toro, A., Ibáñez, I., Rojas, C., & Aguilar, N. (2020). Estilos de rumiación, preocupación y disforia: Análisis de patrones de reactividad cognitiva y afectiva en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19-1.ered>
- Vallejo Pareja, M. A. (2006). Mindfulness (presencia reflexiva y atenta). *Psicología Conductual*, 14(3), 433–451.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). *Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 49–58. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2505>.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(1), 139–165. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf
- Zago, M. (1985). *El budismo*. Buenos Aires: Hyspamerica. ISBN 84-599-0884-4