

# EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ONLINE BASADA EN MINDFULNESS FRENTE AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO HABITUAL PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

## EFFICACY OF AN ONLINE MINDFULNESS-BASED INTERVENTION VERSUS TREATMENT AS USUAL FOR THE REDUCTION OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS

**Juan Nieto<sup>a, b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5697-9287>

**Borja Arribas<sup>a</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5873-4523>

**Dafne Cataluña<sup>a</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-6778>

<sup>a</sup>Instituto Europeo de Psicología Positiva (IEPP). España

<sup>b</sup>Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Nieto, J., Arribas, B. y Cataluña, D. (2021). Eficacia de una intervención online basada en mindfulness frente al tratamiento psicológico habitual para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 37-54. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.992>



## Resumen

*La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos más predominantes y gran parte de los afectados no reciben la ayuda necesaria. Las intervenciones online están emergiendo como una alternativa accesible para más personas. Se quiso comprobar la eficacia de una Intervención online Basada en Mindfulness (IBM online) para reducir la sintomatología en ansiedad y depresión. Para ello se seleccionan a 152 sujetos con sintomatología ansiosa y depresiva que solicitan una IBM online o el Tratamiento psicológico Habitual en el IEPP, creando dos grupos no aleatorizados según la intervención que demanda cada participante. Los resultados indicaron que se encuentra una mejora significativa de la sintomatología aplicando ambos tratamientos. El TH es más eficaz reduciendo la sintomatología en ansiedad, mientras que para depresión no se encuentran diferencias entre ambas intervenciones. Por ello, una IBM online puede resultar una alternativa viable para la reducción de síntomas ansioso-depresivos cuando el Tratamiento psicológico Habitual no es accesible.*

Palabras clave: *mindfulness, IBM online, ansiedad, depresión, TAU*

## Abstract

*Anxiety and Depression are two of the most prevalent disorders and most of the people affected don't receive the necessary assistance. Online Interventions are emerging as an affordable alternative. It was wanted to verify the test the efficacy of an online mindfulness-based intervention to reduce symptoms of anxiety and depression. For it, 152 participants were selected with anxious and depressive symptomatology that requested an online Mindfulness Based Intervention (MBI online) or the treatment as usual (TAU), creating two non-randomized groups, according to the intervention required by each participant. The results showed a significant improvement of anxious and depressive symptomatology applying both treatments was found. TAU is more effective reducing symptomatology in Anxiety, while no differences are found in Depression between both treatments. Thus, an online Mindfulness-based intervention may be a viable alternative for the reduction of anxious-depressive symptoms when the usual psychological treatment is not accessible.*

Keywords: *mindfulness, IBM online, anxiety, depression, TAU*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la depresión y la ansiedad son dos de las problemáticas más presentes en la sociedad actual, afectando de forma directa tanto a la calidad de vida como al rendimiento de las personas. Se estima que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, situándose como una de las enfermedades mentales más presentes y la principal causa de discapacidad, afectando de forma directa a la capacidad de las personas para realizar tareas simples, pudiendo cursar con ideas de suicidio en los casos más graves. En cuanto a la ansiedad, se cree que afecta a más de 260 millones de personas en el mundo, siendo una afección vinculada a pensamientos negativos y a un estado de alerta o amenaza constante que causa respuestas fisiológicas desagradables en la persona (Lazarus y Folkman, 1986).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social., 2019) llevada a cabo en 2017, en España, la depresión afecta a un 6.7% de la población, por lo que se estima que unos tres millones de personas padecen esta enfermedad mental. Respecto a la prevalencia de la ansiedad en España, el 9.4% de la población ha tenido un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Haro et al., 2006)

La prescripción de fármacos es el método principal utilizado para la reducción de síntomas depresivos y ansiosos (López-Montoyo, 2020). Siempre se ha justificado su uso debido a una teórica mayor eficacia, pero, aparte de ser tratamientos invasivos y que producen efectos secundarios (Minaya et al., 2007), son diversos estudios los que han mostrado cómo las psicoterapias para combatir la depresión presentan una mayor eficacia a largo plazo, tal y como señala el metaanálisis de De Maat et al. (2006), mientras que para la ansiedad el estudio de Bandelow et al. (2007) ha mostrado que no existe una diferencia significativa entre éstas para la reducción de sintomatología.

Aunque se ha mostrado que las psicoterapias son eficaces para la reducción de la ansiedad (Borkovec y Ruscio, 2001) y de la depresión (Palpacuer et al., 2017), se estima que la mitad de los casos graves de enfermedad mental en países occidentales no reciben ayuda psicológica profesional, una cuarta parte de las personas tratadas no tienen seguimiento (Wang et al., 2007), el tratamiento no es eficaz al no cumplir los estándares mínimos adecuados: recibir un mes o más de medicación y haber tenido cuatro o más visitas a un médico o haber acudido a ocho sesiones o más de psicoterapia (Thornicroft et al., 2017).

Una de las causas principales reside en el modelo de dispensación tradicional de las terapias psicológicas, que se han basado en intervenciones individuales, presenciales y, en la mayoría de los casos, realizada por profesionales en sus consultas privadas. Se habla de tratamientos efectivos, pero que requieren meses de intervención y seguimiento, así como una alta implicación del paciente. Unos requisitos que, junto a la saturación o ausencia de profesionales de la psicología en la red pública de atención sanitaria española, dificultan el acceso masivo a los tratamientos eficaces o hacen que el factor económico sea un condicionante para

recibir la ayuda adecuada (Evans-Lacko et al., 2017). También el estigma asociado a la salud mental (Alonso et al., 2008) podría ser una de las variables que dificultaría dar el paso para recibir la ayuda adecuada.

Con el auge y la gran difusión de las tecnologías de la información y la comunicación, están apareciendo nuevas alternativas de intervención que democratizan el acceso a la terapia y que permiten el desarrollo de nuevos modelos de intervención online, autoaplicados y más ecológicos (integrados en el entorno habitual del paciente) y que van arrojando evidencias de su efectividad (Garrido et al., 2019; Saddichha et al., 2014), incluso sobre intervenciones basadas en mindfulness y aplicadas online (Krusche et al., 2013; Querstret et al., 2018).

Si se pone el foco en las psicoterapias que han mostrado efectividad para la ansiedad, las terapias cognitivo-conductuales y la relajación aplicada han sido las que mejores resultados han obtenido (Dugas et al., 2010). Mientras que para la depresión la terapia interpersonal parece ser una de las que más evidencias aporta (Cuijpers et al., 2011).

En los últimos años, han empezado a cobrar importancia las denominadas Terapias de Tercera Generación, añadiendo a las terapias cognitivo-conductuales la perspectiva del contexto que se había perdido en los enfoques terapéuticos anteriores (Mañas, 2007). La terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítica funcional, terapia de conducta dialéctica, terapia integral de pareja y las terapias basadas en mindfulness son el grupo de terapias que conforman esta nueva vertiente. Se ha estudiado la eficacia que tienen estos tratamientos frente a la ansiedad y la depresión, obteniendo resultados semejantes a los tratamientos clásicos (Hunot et al., 2013). Dentro de estas terapias, las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) son las que más protagonismo han acaparado. Con programas como el de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR]), desarrollado por Kabat-Zinn (2009) donde las técnicas como el movimiento consciente, el escaneo del cuerpo y la meditación sentada permiten llegar a la consciencia de uno mismo, y el Programa de Terapia Cognitiva basado en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy [MBCT]). Este último programa fue desarrollado por Segal et al. (2012) poniendo el foco en aspectos psicológicos. Son diversos los estudios que han demostrado la eficacia del entrenamiento en Mindfulness en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva (Hofmann y Gómez, 2017) o en una mejora de la salud mental de trabajadores (Janssen et al., 2018).

Niemiec (2014) hizo un acercamiento al Mindfulness desde la Psicología Positiva y las fortalezas del carácter, abriendo una nueva vía donde la atención plena se convierte en una facilitadora en el uso de las fortalezas (Niemiec et al., 2012). Como evidencias empíricas ante este nuevo enfoque, nos encontramos con el estudio de Pang y Ruch (2019).

Es por ello, que en el presente estudio se quiere estudiar la eficacia de una IBM online autoaplicada para reducir la sintomatología en ansiedad y depresión,

comparándola frente al Tratamiento psicológico Habitual (TH).

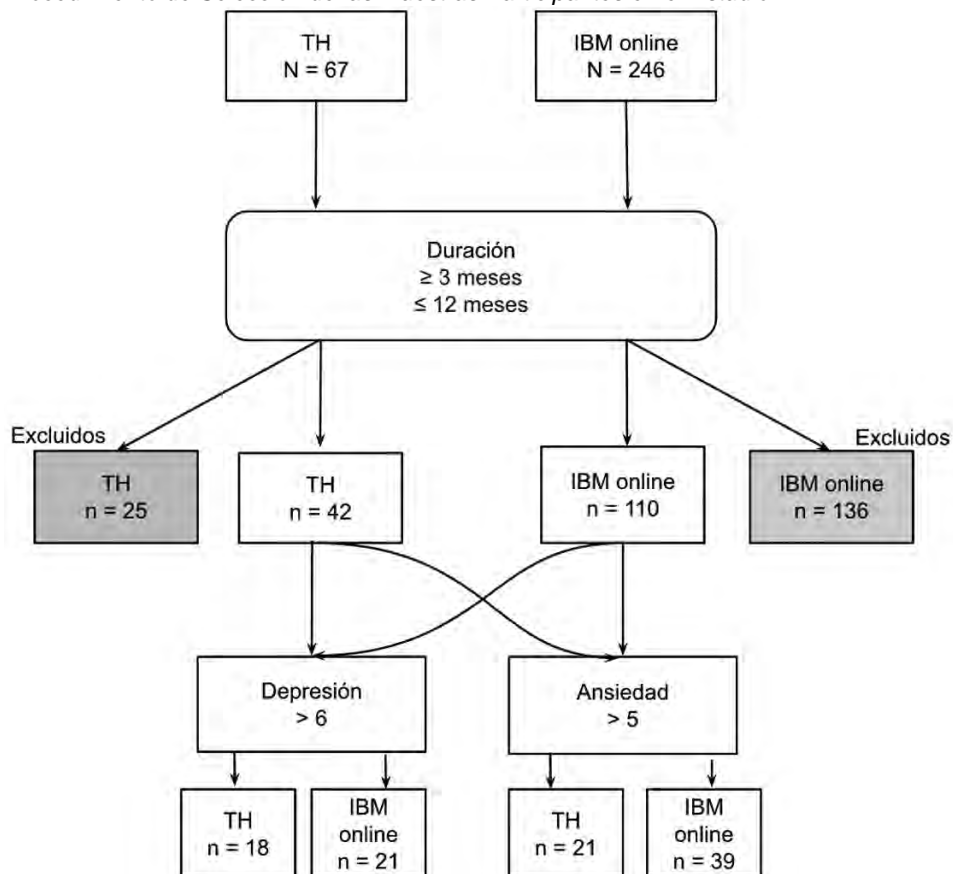
## Método

### Participantes

Para la selección de la muestra partimos inicialmente de un conjunto de 313 personas que habían solicitado y finalizado, o bien una Terapia de psicología Habitual (grupo TH,  $n = 67$ ) o bien una Intervención online autoaplicada Basada en Mindfulness (grupo IBM online,  $n = 246$ ) antes de marzo de 2020, en una Clínica sanitaria de Psicología. Tanto a los participantes del grupo TH como al IBM, se les informó mediante una entrevista o llamada telefónica, respectivamente, en qué iba a consistir la intervención por la que habían mostrado interés, el carácter voluntario de esta y la posibilidad de interrumpirla en cualquier momento. Ninguna de estas personas presentaba esquizofrenia, adicciones, problemas de salud mental crónicos o trastornos de la personalidad graves, al no ser población objetivo del centro.

El grupo que recibió la terapia psicológica incluye a personas con diferentes casuísticas que solicitan ayuda psicológica en un centro sanitario donde se realiza un proceso de evaluación e intervención en formato individual y presencial. Por su parte, el grupo que recibió la intervención online basada en Mindfulness (IBM online) incluye a personas que realizan un programa estructurado y auto aplicado de Mindfulness online donde se introducen en sus fundamentos aplicados a la gestión emocional (figura 1).

Figura 1

*Procedimiento de Selección de las Muestras Participantes en el Estudio*

A esa selección inicial se aplicó un criterio de exclusión (véase figura 1): que la duración tanto de la IBM online como de la TH superasen los 3 meses y no excedieran los 12. Se incluyó el 48.5% de la muestra total ( $n = 152$ ): el 44.7% del grupo IBM online y el 62.6% del grupo TH.

Debido a una posible diferencia en la sintomatología de las muestras, se seleccionó de ambos grupos a aquellas personas que presentaban sintomatología en ansiedad y/o en depresión como se observa en la figura 1. Para determinar la existencia de sintomatología en ansiedad y depresión, se utilizó el cuestionario escala de depresión, ansiedad y estrés (*DASS-21*; Lovibond y Lovibond, 1995) escogiendo como puntos de corte los valores 5 y 6, respectivamente, siendo los obtenidos en el trabajo de Román et al. (2016) en muestra chilena, los cuales se asemejan al estudio original. Son 28 sujetos (16 del grupo IBM online y 11 del grupo TH) los que coinciden con ansiedad y depresión. Los grupos finales y sus características pueden verse en la siguiente tabla.

Tabla 1  
Sexo y Edad de las Muestras

| Grupo | Depresión |                                |                 | Ansiedad |                                |                |
|-------|-----------|--------------------------------|-----------------|----------|--------------------------------|----------------|
|       | n         | Sexo                           | M(DT) Edad      | n        | Sexo                           | M(DT) Edad     |
| IBM   | 21        | 90.4% Mujeres<br>9.6% Hombres  | 42.9<br>(12.39) | 39       | 89.7% Mujeres<br>10.3% Hombres | 44<br>(10.43)  |
| TH    | 18        | 72.2% Mujeres<br>27.8% Hombres | 33<br>(6.96)    | 21       | 76.2% Mujeres<br>23.8% Hombres | 36.3<br>(7.50) |
| Total | 39        | 82% Mujeres<br>18% Hombres     | 37.9<br>(9.67)  | 60       | 85% Mujeres<br>15% Hombres     | 40.1<br>(8.96) |

Nota. IBM: Intervención Basada en Mindfulness; TH: Tratamiento Habitual.

## Procedimiento

El procedimiento comienza cuando los participantes solicitan de manera voluntaria una de las dos intervenciones (TH o IBM online). Al comienzo, y antes de empezar cualquier intervención, se les administró una batería de cuestionarios. El grupo TH contenía el *DASS-21* y la *escala de bienestar psicológico de Ryff (SPWB; Ryff, 1989)*. El grupo IBM se le administró *DASS-21* la *escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985)* y el *cuestionario de regulación emocional (ERQ; Gross y John, 2003)*, que se volvió a aplicar cuando finalizaban las intervenciones. Los participantes del grupo IBM online solicitaron una intervención autoaplicada con el objetivo de crecimiento personal, mientras que en el grupo de TH los participantes demandaron ayuda psicológica acudiendo a un centro sanitario donde recibieron terapia presencial. En este segundo caso, los psicólogos y psicólogas fueron quienes establecieron los tratamientos más adecuados para cada participante. El periodo que abarca esta recogida de datos es desde septiembre de 2017 hasta noviembre de 2019.

## Tratamientos

### *Intervención Basada en Mindfulness online (IBM online)*

Se trata de un programa online estructurado y autoaplicado, elaborado a partir del programa MBSR (Kabat-Zinn, 2009), que incluye las fortalezas del carácter como vehículo para la atención plena (Niemiec, 2014). Esta IBM consiste en prácticas meditativas, cuyo objetivo es fomentar la atención plena y el uso de las fortalezas para generar un efecto bidireccional de apoyo, profundización y potenciación, que permite desarrollar una mayor conexión con el momento presente. Tiene una duración aproximada de 200 horas, siendo cada participante quien determina los momentos de realizarla. El contenido se distribuye en 12 módulos (anexo I). En cada módulo se imparten tanto conocimientos teóricos como ejercicios prácticos autoaplicados. Dentro de estos ejercicios nos encontramos con meditaciones video guiadas, prácticas meditativas y de gestión emocional.

### ***Tratamiento psicológico Habitual (TH)***

El Tratamiento psicológico Habitual que recibe un paciente en una Clínica de Psicología parte de un proceso de evaluación psicológica, donde se determinan y consensuan los objetivos de intervención a partir de los cuales se diseña un tratamiento utilizando el amplio abanico de técnicas de primera, segunda y tercera generación basadas en la evidencia, en nuestro caso haciendo hincapié en las técnicas basadas en Psicología Positiva. El tratamiento fue dispensado de manera presencial en sesiones individuales de una hora, semanalmente. La duración del tratamiento fue variable, se moduló en función del problema y de las necesidades individuales de cada paciente. Con una duración media de 5.3 meses.

### **Variables e instrumentos**

Para estudiar las variables dependientes: ansiedad y depresión se utilizó la *Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)*, Lovibond y Lovibond, (1995) adaptada al español por Bados et al. (2005). Cuenta con 21 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, desde 0 «*No es aplicable en mi caso*» hasta 3 «*Estoy completamente de acuerdo, me sucede durante prácticamente siempre*». Cada escala contiene 7 ítems, siendo 21 la puntuación máxima posible. Los índices de fiabilidad para las escalas de depresión y ansiedad son .84 y .70, respectivamente (Bados et al., 2005). Respecto a la invarianza temporal en las puntuaciones, el estudio de Anghel (2020) muestra evidencias de que mide apropiadamente los cambios en depresión, ansiedad y estrés, aunque encontraron que la escala de estrés no es tan fiable a la hora de distinguir entre distintos grados de sintomatología grave.

### **Análisis**

Comenzamos con un análisis descriptivo de las puntuaciones de cada grupo en las variables ansiedad y depresión. A continuación, para los análisis de este estudio se efectuó, para la variable ansiedad un ANOVA mixto con dos factores: Tiempo (medida intra-sujetos, con niveles pre y post) y Grupo (TH e IBM online). Para depresión se utilizaron análisis no paramétricos (U de Mann-Whitney y Wilcoxon) debido al incumplimiento del supuesto de normalidad en la variable.

## **Resultados**

Se presentarán los resultados separados para cada variable dependiente.

### **Ansiedad**

En la tabla 2 se pueden observar los resultados de los análisis descriptivos para la variable ansiedad en los dos grupos existentes y los dos momentos.



Tabla 2  
*Estadísticos Descriptivos para la Variable Ansiedad*

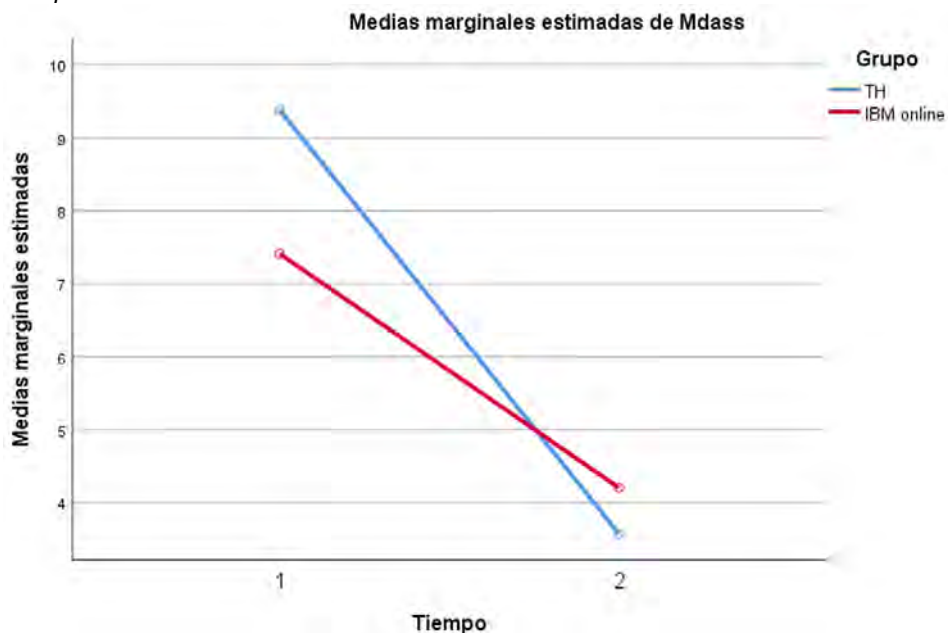
| Grupo        | Ansiedad         |                   |
|--------------|------------------|-------------------|
|              | <i>M(DT)</i> Pre | <i>M(DT)</i> Post |
| <b>IBM</b>   | 7.41 (2.67)      | 4.21(2.99)        |
| <b>TH</b>    | 9.38(3.35)       | 3.57(2.67)        |
| <b>Total</b> | 8.10(3.05)       | 3.98(2.88)        |

*Nota.* IBM: Intervención Basada en Mindfulness; TH: Tratamiento Habitual.

El estadístico Shapiro-Wilk mostró que la variable ansiedad medida en el grupo IBM online no cumplía el supuesto de normalidad ni en la fase pre ni en la fase post (ambos  $p \leq .00$ ). Tampoco se cumplió en el grupo de TH en la fase post ( $p = .038$ ) pero sí en la pre ( $p = .15$ ). El estadístico de *Levene* por su parte mostró que ambos grupos cumplían el supuesto de homocedasticidad en la fase pre ( $p = .116$ ) y post ( $p = .538$ ). Debido a que el estadístico *F* es robusto ante la violación del supuesto de normalidad (Blanca et al., 2017) y que existe igualdad de varianzas se utilizó el ANOVA para realizar la comparación.

Los resultados mostraron diferencias significativas tanto entre las medidas pre y post;  $F_{(1, 58)} = 106.94$ ,  $p = .000$ ,  $\eta^2 = 0.65$  como en la interacción entre el factor tiempo y grupo;  $F_{(1, 58)} = 8.93$ ,  $p = .004$ ,  $\eta^2 = 0.13$ . No se encontró, sin embargo, ninguna diferencia significativa entre ambos grupos;  $F_{(1, 58)} = 1.04$ ,  $p = .312$ ,  $\eta^2 = 0.18$  (figura 2). La tabla 2 muestra las medias para ambos grupos en las dos medidas.

Figura 2  
Comparación de la Ansiedad Pre/Post



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, en ambos se puede inferir que existe una mejora de la sintomatología en la dimensión de ansiedad llegando a un decremento de las puntuaciones por debajo de 5, donde no se considera la existencia de una sintomatología. Este cambio es más acusado en el grupo TH. Si se analizan los efectos simples, estos muestran que efectivamente hay mayor tasa de cambio en el grupo TH. Fase pre  $M_{TH} = 9.4$  y  $M_{IBM} = 7.4$ , ( $p = .016$ ) y fase post  $M_{TH} = 3.6$  y  $M_{IBM} = 4.2$ , ( $p = .312$ ).

### Depresión

En la tabla 3 se pueden observar los resultados de los análisis descriptivos para la variable *Depresión* en los dos grupos existentes y los dos momentos.

Tabla 3  
*Estadísticos Descriptivos para la Variable Depresión*

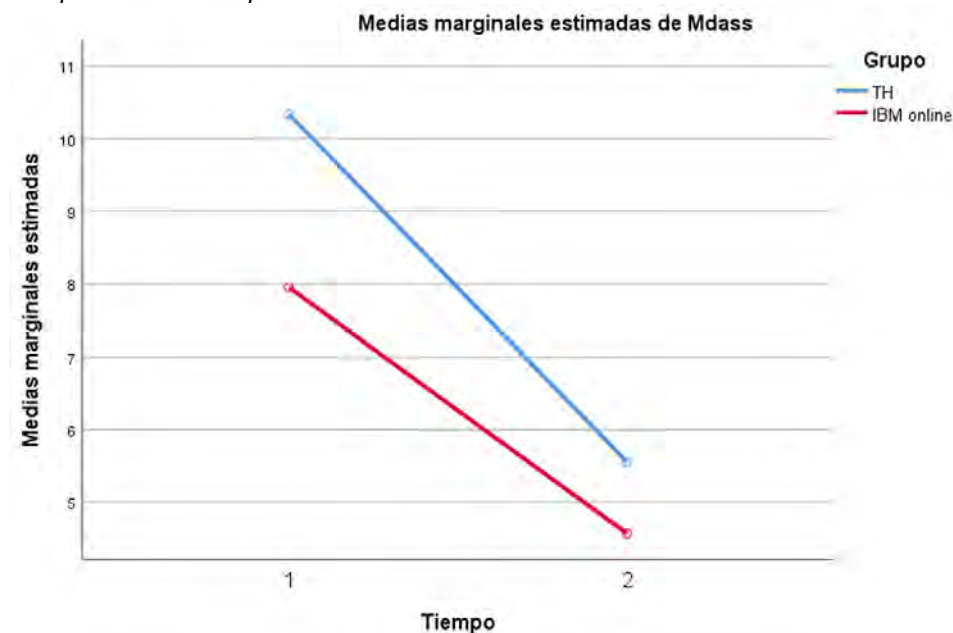
| Grupo | Depresión       |                |
|-------|-----------------|----------------|
|       | M(DT) Pre       | M(DT) Post     |
| IBM   | 7.95<br>(0.60)  | 4.57<br>(3.26) |
| TH    | 10.33<br>(3.25) | 5.56<br>(5.49) |
| Total | 9.05<br>(2.98)  | 5.03<br>(4.40) |

*Nota.* IBM: Intervención Basada en Mindfulness; TH: Tratamiento Habitual.

Un análisis exploratorio de la variable depresión en ambos grupos y momentos mostró el incumplimiento tanto del supuesto de normalidad (todos los  $p < .04$ , excepto para el grupo TH en la medida pre,  $p = .08$ ) como del de homocedasticidad (ambos  $p < .02$ ). Por esta razón, se ha utilizado tanto un ANOVA como los estadísticos de Wilcoxon y U de Mann-Whitney para realizar las comparaciones intragrupos e intergrupos respectivamente.

En cuanto a las pruebas con el estadístico de Wilcoxon se encontró diferencias significativas en las fases pre y post, tanto en el grupo IBM online ( $p = .002$ ), como en el grupo TH ( $p = .001$ ). Atendiendo a la prueba de U de Mann-Whitney para comparar a los grupos de TH y IBM online en las fases Pre y Post, se encuentran diferencias significativas en la fase Pre entre ambos grupos ( $p = .012$ ), mientras que en la fase Post ( $p = .90$ ) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (véase figura 3).

Figura 3  
Comparación de la Depresión Pre/Post



El ANOVA muestra resultados semejantes a los obtenidos con las pruebas anteriores. Nos indica cómo la diferencia entre la fase Pre y Post sí que es significativa  $F_{(1, 37)} = 34.69, p = .000, \eta^2 = 0.48$ . Ambos tratamientos tienen un efecto reductor en la sintomatología, estableciendo la media en la fase post por debajo del punto de corte de 6 en la sintomatología. Atendiendo a la interacción de los factores tiempo y grupo, observamos que la tasa de cambio no es significativa entre ambos tratamientos  $F_{(1, 37)} = 1.01, p = .320, \eta^2 = 0.03$ . Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos;  $F_{(1, 37)} = 3.06, p = .089, \eta^2 = 0.08$ . Luego ambos tratamientos muestran una reducción de la sintomatología similar.

### Discusión

El modelo de dispensación actual, donde predominan las terapias individuales y presenciales, y desde donde se han estudiado la efectividad de las diversas intervenciones (Borkovec y Ruscio, 2001; Palpacuer et al., 2017) puede no ser suficiente para abarcar la necesidad de intervención que requieren los síntomas depresivos o ansiosos de la población (Wang et al., 2007). Es por ello, que es importante caminar hacia un nuevo modelo de dispensación escalable donde las intervenciones, que han mostrado su eficacia, puedan llegar a muchas más personas a través de las nuevas tecnologías. Múltiples estudios (Garrido et al., 2019; Saddichha et al., 2014) muestran cómo las intervenciones presenciales y las online presentan efectos similares y los resultados obtenidos en el presente estudio estarían en línea con los

anteriormente mencionados.

Como era de esperar, las medias iniciales en sintomatología son significativamente más altas en el grupo de TH. No se puede perder de vista el hecho de que las personas que solicitaron terapia psicológica en este estudio presentaban mayores puntuaciones en ansiedad y depresión que las personas que solicitaban la IBM online. No obstante, se encuentran cambios significativos entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento de ambos grupos, demostrando su eficacia para reducir la sintomatología de ansiedad y depresión e incluso para hacerla remitir hasta una puntuación subclínica (Román et al., 2016). Esto quiere decir que tanto la TH como la IBM online, son tratamientos eficaces para la reducción de la ansiedad y de la depresión. Sin embargo, en ansiedad la tasa de mejora en el grupo TH es mayor que en el grupo de IBM online, aunque la relevancia de esta diferencia se ha de tomar con precaución. En cambio, esto no ocurre en la variable depresión, donde no hay diferencias en la tasa de cambio de ambos grupos, es decir, la tasa de reducción en depresión no difiere entre TH e IBM online. Estos resultados se deben a que el grupo TH presenta mayores puntuaciones en depresión, es decir, estamos ante casos de depresión grave, donde los efectos de los tratamientos psicológicos habituales pueden demorarse. Por ello, no se encuentran diferencias en la tasa de cambio entre ambos grupos. Estos resultados nos hacen pensar que una Intervención online Basada en Mindfulness puede resultar una alternativa viable para la reducción de síntomas de ansiedad y de depresión cuando TH no es accesible.

Nos encontramos frente a un cambio de paradigma del modelo de dispensación de las terapias psicológicas donde el formato online y las nuevas tecnologías nos brindan una oportunidad sin precedentes. Todo ello, facilita el acceso a tratamientos efectivos, eficaces y de calidad para aquellas personas que no dispongan de recursos económicos o temporales para asistir a terapias individualizadas y/o presenciales.

El presente trabajo presenta ciertas limitaciones que podrían dar lugar a conclusiones sesgadas si no se toman con precaución. La primera de ellas sería la falta de aleatorización de los participantes a la asignación de ambos grupos, IBM online o TH, siendo esta asignación aleatoria un elemento esencial para que el proceso inferencial sea válido y se eliminen así posibles fuentes que alterasen la validez interna. Una segunda limitación sería la falta de medidas de seguimiento para ver si los resultados se mantienen a largo plazo en ambas intervenciones. Que una intervención a corto plazo sea eficaz es importante, pero que este cambio se mantenga en el tiempo es algo primordial y una de las claves que se buscan en el desarrollo de terapias. La tercera limitación que encontramos es la utilización de los puntos de corte que indican la presencia de sintomatología extraído de una muestra chilena y no de la población diana a pesar de que la escala utilizada está validada con población española y como última limitación el uso de un solo instrumento autoaplicado y la no utilización de medidas heteroaplicadas o implícitas ha podido afectar a la pérdida de información valiosa.

En futuros estudios se realizará un diseño aleatorizado con grupo control,

así como la inclusión de medidas de seguimiento y cuestionarios adicionales que permitan ver cómo impactan las IBM online sobre el bienestar psicológico.

## Referencias

- Anghel, E. (2020). Longitudinal invariance and information of the depression, anxiety, and stress scales [Invarianza longitudinal e información de la escala de depresión, ansiedad y estrés]. *Journal of Clinical Psychology*, 76(10), 1923-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22968>
- Alonso, J., Buron Pust, A. y World Mental Health Consortium. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys [Asociación entre el estigma percibido y los trastornos del estado del ánimo y ansiedad: resultados de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x>
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS) [Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS)]. *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D. y Rütger, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders [Meta análisis de las comparaciones entre tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos controlado aleatorizado para los trastornos de ansiedad]. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(3), 175-187. <https://doi.org/10.1080/15622970301110273>
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R. y Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? [Datos no-normales: ¿Es el ANOVA aún así una opción válida?]. *Psicothema*, 29(4), 552-557. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.383>
- Borkovec, T. D. y Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder [Psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 37-45.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. y van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses [Tratamiento psicológico para la depresión: resultados de una serie de meta-análisis]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis [Eficacia relativa de la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de la depresión: Un meta-análisis]. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566-578. <https://doi.org/10.1080/10503300600756402>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale [Escala de satisfacción con la vida]. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R. y Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder [Un ensayo clínico aleatorizado de terapia cognitiva-conductual y relajación aplicada a adultos con trastorno de ansiedad generalizada]. *Behavior Therapy*, 41(1), 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys [Variaciones Socioeconómicas en la brecha del tratamiento de la salud mental de las personas con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y por consumo de sustancias: resultados de las encuestas de la OMS sobre la salud mental en el mundo. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Garrido, S., Millington, C., Cheers, D., Boydell, K., Schubert, E., Meade, T. y Nguyen, Q. V. (2019). What works and what doesn't work? A systematic review of digital mental health interventions for depression and anxiety in young people [¿Qué funciona y qué no? Una revisión sistemática de las intervenciones digitales de salud mental para la depresión y la ansiedad en gente joven]. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 759. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00759>

- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being [Diferencias individuales en dos procesos de regulación emocional. Implicaciones para el afecto, relaciones, y bienestar]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hofmann, S. G. y Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression [Intervenciones basadas en Mindfulness para ansiedad y depresión]. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., Honyashiki, M., Chen, P., Lewis, G. y Churchill, R. (2013). Third wave cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression [Tercera ola de las terapias cognitivas y conductuales frente a otras terapias para la depresión]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., Van Der Heijden, B. y Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review [Efectos de la intervención basada en la reducción de estrés en empleados de salud mental: Una revisión sistemática]. *PloS one*, 13(1), e0191332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living [Vivir con plenitud las crisis]*. Bantam Dell.
- Krusche, A., Cyhlarova, E. y Williams, J. M. G. (2013). Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression [Mindfulness online: Una evaluación de la viabilidad de un curso basado en mindfulness para estrés, ansiedad y depresión]. *BMJ open*, 3(11), e003498. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003498>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- López-Montoyo, A. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: aplicación cara a cara, aplicación mediante TICs versus tratamiento habitual* [Tesis doctoral, Universitat Jaume I, España]. <http://dx.doi.org/10.6035/14109.2020.261277>
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories [La estructura de los estados emocionales negativos: Comparación de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) frente al inventario de Depresión y Ansiedad de Beck]. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34.
- Minaya, O., Ugalde, O. y Fresán, A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental*, 32(5), 405-411.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL*. <https://www.mscols.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Niemiec, R. M. (2014). *Mindfulness and character strengths: A practical guide to flourishing [Mindfulness y fortalezas del carácter: Una guía práctica para florecer]*. Hogrefe.
- Niemiec, R. M., Rashid, T. y Spinella, M. (2012). Strong mindfulness: Integrating mindfulness and character strengths [Mindfulness fuerte: Integrando mindfulness y fortalezas del carácter]. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 240-253. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimación de salud global]*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Palpacuer, C., Gallet, L., Drapier, D., Reymann, J. M., Falissard, B. y Naudet, F. (2017). Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies [Efectos específicos y no específicos en las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión: Resultados de un meta análisis de 84 estudios]. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.015>
- Pang, D. y Ruch, W. (2019). The mutual support model of mindfulness and character strengths [El modelo de apoyo mutuo del mindfulness y las fortalezas del carácter]. *Mindfulness*, 10, 1545-1559. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01103-z>

- Querstret, D., Cropley, M. y Fife-Schaw, C. (2018). The effects of an online mindfulness intervention on perceived stress, depression and anxiety in a non-clinical sample: a randomised waitlist control trial [Efectos de una intervención de mindfulness online sobre el estrés percibido, la depresión y la ansiedad en una muestra no clínica: un ensayo aleatorio con grupo control en lista de espera]. *Mindfulness*, 9(6), 1825-1836. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0925-0>
- Román, F., Santibáñez, P. y Vinet, V. V. (2016). Uso de las escalas de depresión, ansiedad estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being [La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Saddichha, S., Al-Desouki, M., Lamia, A., Linden, I. A. y Krausz, M. (2014). Online interventions for depression and anxiety—a systematic review [Intervención online para la depresión y ansiedad - una revisión sistemática]. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 841-881. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.945934>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* [Mindfulness basado en la terapia cognitiva para la depresión]. The Guilford Press.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas, JM., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, JM., He, Y., Hinkov, H., Karam, E., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries [Subtratamiento de personas con trastorno depresivo mayor en 21 países]. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., ... Wells, E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys [Uso de los servicios de salud mental para los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y por sustancias en 17 países en las encuestas mundiales de salud mental (WHO)]. *The Lancet*, 370(9590), 841-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)



## Anexo

### *Guión de contenidos de la IBM online*

- ❖ **Introducción al Mindfulness y la gestión emocional**
  - Tomando Consciencia
- ❖ **Actitudes y primeros pasos**
  - Practica la meditación sentada
- ❖ **Fortalezas “emocionales”**
  - Practicando el intervalo
- ❖ **Crear consciencia de las reacciones automáticas**
  - Practica la meditación de emociones
- ❖ **Práctica del Mindfulness mediante la apreciación de la belleza, Curiosidad y Vitalidad**
  - Potenciando emociones positivas
  - Meditación con los sentidos
  - Saboreo
  - Body Scan
- ❖ **Práctica del Mindfulness mediante la aceptación, la armonía, el universalismo y la gratitud**
  - Para, piensa, actúa
  - Ducha de agua fría
  - Micromomentos de conexión
  - ¿Quién dobló hoy tu paracaídas?
  - Dejar caer la mochila
  - Meditación para dejar ir
- ❖ **Beneficios de la plena consciencia**
  - Meditación Tonglen
- ❖ **Cambiando el foco: Potenciando emociones positivas**
  - Meditación Metta
- ❖ **Relaciones Conscientes I**
  - De la desmotivación a la inspiración
  - No seas prejuicioso
  - Escucha activa
  - La grosería ajena
  - Aprende a leer a los demás
  - Agudiza tu intuición
  - De la tensión a la tranquilidad
- ❖ **Relaciones Conscientes II**
  - Comunicación No violenta
  - ¿Hablas AMOR?
  - Superar los momentos de soledad

- Generosidad de 5 minutos
- ❖ **Consciencia plena para el manejo del estrés I**
  - No dejes que el estrés haga mella en ti
  - En la multitarea solo céntrate en una cosa
  - Matriz Einsenhower
  - Posturas que hablan
  - Pausa
  - Practica la respiración cuadrada
  - Para y disfruta
  - Regálate las 3 “eses”
  - Celebra el silencio
- ❖ **Consciencia plena para el manejo del estrés II**
  - Salir de la ansiedad, estrés y rutina
  - Optimiza tu tiempo
  - Sé paciente con el ritmo de la vida