



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Mindfulness en la Población Infanto-Juvenil con Trastorno Ansioso

Memoria para optar al título de Psicóloga

Catalina Pizarro Poblete

Profesora Patrocinante:

Dra. Adriana Espinoza

Santiago, Junio 2017

Índice

Resumen	4
Introducción.....	5
Objetivo General.....	8
Objetivo Especifico	8
Marco Teórico.....	9
Practicas Meditativas	9
Mindfulness	10
Contextualización histórica.....	10
Definición	11
Experiencias internacionales de Mindfulness	13
Experiencias de Mindfulness en Chile	14
Trastornos Ansiosos Infanto-Juvenil.....	16
Conceptualización	16
Modelos de Tratamiento	19
Mindfulness en trastornos ansiosos.....	21
Marco Metodológico	23
Conceptos de Evidencia.....	23
Ensayo Clínico	24
Revisiones Narrativas.....	25
Revisión sistemática y meta-análisis	25
Niveles de Evidencia	26

Estadígrafos en Evidencia	26
Criterios de Búsqueda	29
Criterios de Inclusión y Limitantes	30
Criterios de Análisis	30
Resultados	32
Análisis de la literatura	32
Meta-análisis	36
Revisiones sistemáticas	36
Revisiones narrativas	38
Ensayos clínicos	41
Conclusión y Discusiones	52
Referencias Bibliográficas	55
Anexo	62

Resumen

Mindfulness es una práctica oriental que ha sido instaurada con fines terapéuticos desde el siglo XX en el mundo occidental, el interés por esta práctica se ha ido incrementado de forma progresiva en los últimos años, es así como tratamientos psicológicos enfocados en la población adulta se han visto beneficiados por los programas de Mindfulness, de esta manera surge la interrogante respecto a su posible utilización en la población infanto-juvenil y específicamente en los trastornos ansiosos, debido a que estos son una de las primeras formas de psicopatologías que a largo plazo pueden aumentar los riesgos de padecer otras psicopatologías en la adultez.

El objetivo de la investigación es conocer los efectos de Mindfulness en la población infanto-juvenil con trastorno ansioso a través de una revisión sistemática de la literatura disponible. Dentro de la búsqueda en diversas bases de datos internacionales y nacionales, se encontró un aumento significativo de publicaciones sobre Mindfulness, sin embargo, en relación a la población infanto-juvenil con trastorno ansioso no se encontraron meta-análisis, solo dos revisiones sistemáticas y cinco ensayos clínicos con debilidades metodológicas que no permiten extrapolar sus conclusiones. Los resultados muestran que no es posible dimensionar los efectos de esta práctica en la población infanto-juvenil con trastorno ansioso dado los limitados estudios que se encontraron en esta materia.

Palabras claves: Mindfulness, Trastorno de Ansiedad, población Infanto-juvenil

Introducción

“Mindfulness se ha definido como la consciencia no prejuiciosa de la experiencia inmediata tal y como es en el momento presente.” (Miró & Simón, 2012, p.9).

La práctica de Mindfulness ha mostrado ser efectiva en diferentes tratamientos en la población adulta, como es en la disminución del estrés, mejor calidad de vida en pacientes con cáncer, prevención de recaídas depresivas, entre otros (Brito, 2011). Asimismo también aparece como un tratamiento en la población infanto-juvenil con trastornos ansiosos (Wehry, Beesdo-Baum, Hennelly, Connolly & Strawn, 2015).

La práctica de Mindfulness se remonta a Buda hace más de 2500 años atrás, desarrollada en las escuelas budistas (Miró & Simón, 2012). Si bien proviene del budismo, su práctica puede ser realizada independientemente de la condición religiosa, desprendiéndose completamente de esta (Brito, 2011).

Los trastornos mentales han ido en aumento en todo el mundo, la mayoría de ellos se inician durante la infancia y la adolescencia. Las cifras indican que un 75% de los problemas de salud mental comienzan en estas etapas (Organización Mundial de la Salud, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Los trastornos ansiosos representan la forma más temprana de psicopatologías, su desarrollo en general, es considerado crónico y persistente en el tiempo, pudiendo predecir la continuidad del mismo trastorno en la adultez o generando comorbilidades con patologías secundarias como depresión o consumo de sustancias (Wehry et al., 2015). Por lo tanto, las manifestaciones de ansiedad en un inicio temprano son un indicio de psicopatología a lo largo de la vida y que luego pueden desencadenar trastornos en la adultez (Wehry et al., 2015).

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) es un modelo epidemiológico para identificar una enfermedad o condición, relacionándola con las pérdida de años de vida por muerte o por discapacidad que estas producen. Es una excelente herramienta para ordenar, según este indicador, las afecciones o factores que más daño producen en la salud humana y especialmente en la salud mental (Ministerio de Salud de Chile, 2008).

En el año 2010 los trastornos mentales y el uso de sustancias representaba el 7,4% del total de años perdidos por muerte prematura y discapacidad mundial (AVISA), de los

cuales el 14.5% estaba relacionado con trastornos de ansiedad (Ministerio de Salud, 2016). En Chile las condiciones neuropsiquiátricas representan el 23.2% de AVISA, siendo uno de los principales subgrupos de la población chilena (Ministerio de Salud de Chile, 2008). Respecto a causas determinadas, el trastorno de ansiedad representa el 1.67%, siendo el número 13 de las causas AVISA (Ministerio de Salud de Chile, 2008). En la población, de 10 a 19 años, los trastornos ansiosos ocupan el onceavo lugar de las causas específicas de AVISA (Ministerio de Salud de Chile, 2008).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2015, se estima una prevalencia del trastorno de ansiedad en un 3.6% de la población mundial en personas mayores de 15 años, el cual es más frecuente en mujeres (4.6% comparado 2.6% respectivamente), en Chile la prevalencia se estima en un 6.5% (World Health Organization, 2017). En la población infanto-juvenil, un estudio con representatividad nacional para la población, entre 4 a 18 años de edad, mostró que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos es de un 22.5%, donde los trastornos con mayor prevalencia fueron los trastornos disruptivos 14.6% seguidos por los trastornos ansiosos 8.3% (Vicente et al., 2012).

Según el Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2017) la población mayor de 15 años, estimada al año 2017, es 14.692.894 de personas. De acuerdo a los datos anteriores, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población chilena es de un 6.5%, es decir, 955.038 personas lo padecen. Según el INE la población de 4 a 18 años es de 3.697.200, si la prevalencia es de un 8.3% correspondería a 306.867 personas con este trastorno (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

De acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, los beneficios de realizar tratamiento a los trastornos mentales superan los costos de estos, en cuanto a la productividad en el trabajo y en salud (Organización Mundial de la Salud, 2017). No obstante, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2017) el presupuesto dedicado para salud mental en muchos países de América Latina no supera el 1% del gasto en salud.

Tratamientos farmacológicos y aproximaciones psicoterapéuticas cuentan con evidencia en la disminución de los síntomas de ansiedad, asimismo las prácticas meditativas aparecen como una aproximación válida para estos (Chen et al., 2012).

Particularmente, la meditación Mindfulness es utilizada en intervenciones médicas y comportamentales, con el objetivo de enfocarse en diferentes síntomas tanto físicos como psicológicos (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb & Sibinga, 2016).

Son cada vez más los científicos que se interesan por esta disciplina, desarrollando estudios científicos (Kabat-Zinn, 2015). Es así como el número de publicaciones que se realizan sobre la meditación Mindfulness han ido aumentando considerablemente en los últimos años. En la figura n°1 se observa el incremento de los estudios de meta-análisis, revisiones (sistemáticas y narrativas) y en ensayos clínicos entre los años 2000 y 2015 del buscador pubmed utilizando como búsqueda la palabra Mindfulness.

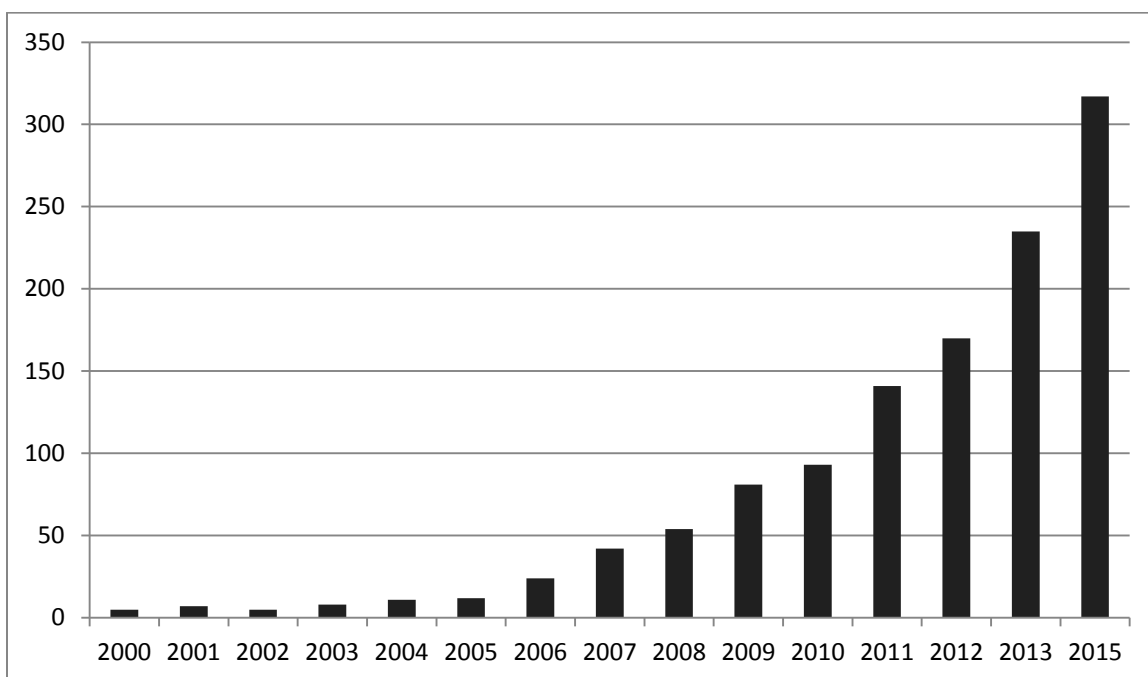


Figura 1. Número de publicaciones en Pubmed con la palabra Mindfulness. Fuente: creación propia en base a datos de Pubmed.

Se han realizado numerosos estudios sobre la efectividad de los programas de Mindfulness en diferentes focos de la población adulta (Perry-Parrish et al., 2016; Sibinga et al., 2011). Es así como los programas de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena en adultos han demostrado resultados eficientes en aspectos psicológicos (Sibinga et al., 2011). Se observa como la intervención puede, significativamente, disminuir los síntomas de ansiedad, ataques de pánicos, recaídas de depresiones y otros trastornos psicológicos (Biegel, Brown, Shapiro & Schubert, 2009). No obstante estudios sobre las

intervenciones basadas en Mindfulness, que apuntan a la población infanto-juvenil, son limitadas y están recién comenzando (Perry-Parrish et al., 2016; Sibinga et al., 2011). Hoy en día existen muy pocos estudios que muestren los beneficios del Mindfulness en niños con trastornos de ansiedad (Meiklejohn et al., 2012).

Es así como se genera la pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de la intervención con Mindfulness en los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil?, para esto, se buscará la mejor información disponible sobre los efectos del Mindfulness en la población Infanto-juvenil diagnosticada con trastorno de ansiedad.

El grupo etario a estudiar será la población infanto-juvenil hasta los 24 años de edad, esta definición fue realizada en base a los criterios del programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud, que delimitan como joven hasta esta edad (Ministerio de Salud, 2013).

Objetivo General

Conocer los efectos de los programas de Mindfulness en la población Infanto-juvenil con trastorno ansioso, tanto en la literatura nacional como la internacional de los últimos 10 años.

Objetivo Especifico

1. Describir los efectos encontrados en la literatura de las intervenciones con Mindfulness en los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil.
2. Revisión crítica de la literatura disponible en relación a los efectos del Mindfulness en los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil.

Respecto a las proyecciones del estudio, el poder contar con información basada en evidencia sobre lo que sabemos hoy en día en relación a Mindfulness y su uso en la población infanto-juvenil, en los trastornos ansiosos, nos permitirá identificar brechas y líneas de investigación necesarias de abordar para definir la relevancia que tiene el Mindfulness en la población infanto-juvenil con esta patología.

Marco Teórico

En este apartado se explicaran los dos ejes centrales de la investigación, Mindfulness y Trastornos Ansiosos. Se comenzará con la descripción de las prácticas meditativas, a continuación se detallará la contextualización histórica de Mindfulness, su definición y por último, se describirán las experiencias a nivel internacional como nacionales de Mindfulness.

Igualmente se revisaran los trastornos ansiosos en la población infanto juvenil, describiendo las conceptualizaciones y los distintos trastornos, a continuación se describen los modelos de tratamiento y finalmente se describe la incidencia de Mindfulness en los trastornos ansiosos.

Practicas Meditativas

La meditación ha sido practicada desde hace siglos por la cultura asiática, se han generado múltiples definiciones y distintas formas y técnicas de meditación (Simkin & Black, 2014). Willard (2010) define “meditación es una práctica de enfocar la atención que afecta tanto a la mente como al cuerpo” (p.4).

Plantear cuando se iniciaron las prácticas meditativas es un tanto complejo, se dice que se inició hace 2500 años atrás con Buda, quien comenzó con la filosofía y religión budista (Simón, 2007). En la actualidad se ha generado un redescubrimiento de esta práctica que se realizaba en tiempos antiguos (Simón, 2007).

En el siglo XXI las prácticas meditativas han sido observadas y aplicadas desde las ciencias occidentales, especialmente desde la psicología (Simón, 2007). De acuerdo a Simón (2007) esto se debe a tres factores: El primer factor se debe a que comenzaron a conocerse en occidente las características de la filosofía y prácticas orientales de la meditación a través de jóvenes que viajaban a países asiáticos en busca de nuevo conocimiento, así también, producto de la invasión China al Tíbet en 1951, donde muchos monjes tibetanos se vieron forzados a dejar su país dando origen a centros budistas en diversas ciudades occidentales y por último, al proceso de transmisión cultural que se ha generado desde la segunda mitad del siglo XX, la globalización. El segundo factor es la generación de espacios para la implementación de técnicas de Mindfulness en las terapias de tercera generación (Simón, 2007). El tercer factor que influyó en el esparcimiento de las practicas meditativas son los avances de los métodos científicos,

específicamente las investigaciones del cerebro con la utilización de neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalografías, las cuales han permitido generar investigaciones (Simón, 2007).

Tradicionalmente se han diferenciado dos tipos de meditación, meditación concentrativa y meditación de Mindfulness (Brito, 2011). La primera se refiere a la práctica de mantener la atención momento a momento en un objeto en particular, pudiendo este ser externo o interno como la respiración (Lutz, Slagter, Dunne & Davidson, 2008). La segunda meditación Mindfulness refiere a prestar atención momento a momento a cualquier pensamiento o emoción que suceda en la experiencia presente, sin focalizarse en ningún objeto en particular (Lutz et al., 2008).

Mindfulness

Contextualización histórica.

A partir del desarrollo de las estrategias meditativas, la práctica de Mindfulness se ha instaurado de manera progresiva desde el siglo XX y así también, su utilidad con fines terapéuticos en la medicina contemporánea, la psicología y en la terapia cognitiva (Brito, 2011). Si bien Mindfulness proviene de la tradición oriental, puede ser practicada, entrenada y enseñada independientemente de la tradición religiosa (Brito, 2011).

Mindfulness se introdujo en el ámbito de la psicoterapia con las llamadas terapias de la tercera generación. La primera generación está dada por el carácter empírico centrado en el cambio directo de la conducta, la segunda generación dada por la aportación de modelos cognitivos y finalmente la tercera generación que adopta características más experienciales (Vallejo, 2006).

Uno de los pioneros en las investigaciones de Mindfulness es Jon Kabat-Zinn, quien en 1979 fundó el programa de “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) en la Universidad de Massachusetts, para tratar casos que no respondían al tratamiento médico tradicional, obteniendo resultados positivos (Vallejo, 2006). Actualmente en más de 250 hospitales se realiza esta intervención (Miró & Simón, 2012).

En 1987 nace el instituto “Mind and Life” a través de la cooperación entre Francisco Varela, Tenzin Gyatso (14to Dalai Lama) y Adam Engle (abogado y empresario), el objetivo del instituto es fortalecer la integración entre la ciencia con las prácticas

contemplativas (Mind and Life Institute, 2017). El instituto realiza conferencias y simposios internacionales así como apoyos financieros a investigaciones, actualmente se han producido más de 200 artículos sobre estas temáticas (Mind and Life Institute, 2017).

Paul Grossman ha investigado en el área de Mindfulness, especialmente en el control del estrés, en el programa de cáncer y en el programa de trasplantes de órganos. Actualmente dirige el instituto de investigación Mindfulness de la Universidad de Friburgo en Alemania (Vallejo, 2006).

Otras áreas clínicas en que se ha introducido Mindfulness son las relacionadas con los trastornos de personalidad límite, donde Marsha Linehan desarrolló un tratamiento basando en Mindfulness llamada Terapia Dialectico-Comportamental (Vallejo, 2006). En el año 2002 Teasdale, Williams y Segal plantearon la terapia cognitiva de la depresión basada en Mindfulness. Este fue el primer protocolo en implementar Mindfulness dentro de un contexto de intervención psicológica en un trastorno específico (Cebolla, 2012). Asimismo también se ha sido introducido en la terapia de aceptación y compromiso (Vallejo, 2006).

Definición.

En la lengua Pali (lenguaje de los primeros textos budistas) Mindfulness era conocido como sati (Willard, 2010). Su traducción al español es complicado, se ha utilizado “atención plena” y “conciencia plena”, siendo la primera la más aceptada, no obstante esta no recoge todo lo que Mindfulness significa (Simón, 2007).

La definición más conocida es la de Jon Kabat-Zin: “prestar atención de una manera especial: intencionalmente, en el momento presente y sin juzgar” (Simón, 2010, p.163). También ha sido definida como “la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento” (Simón, 2010, p.163). Esta capacidad humana universal y básica siempre ha existido y siempre ha estado ahí, la diferencia es que ahora estamos siendo especialmente conscientes de ella (Simón, 2010).

Los elementos centrales de la práctica son la actitud de aceptación a la realidad, dejando que las experiencias sean tal como son en el momento presente, el abstenerse de juzgar lo que se observa y la llamada mente de principiante, es decir, observar las cosas como si fuera la primera vez que se está observando (Simón, 2010).

La actitud de Mindfulness plantea vivir en el presente, experimentando la vida ahora, Jon Kabat-Zin (2003) lo expresa de esta manera:

“Si empezamos a prestar un poco más de atención a la forma en que nuestra mente funciona, como hacemos al meditar, es más que probable que nos encontremos con que la mayor parte del tiempo nuestra mente se halla en el pasado o en el futuro, no en el presente {...} nos podemos encontrar con que la mayor parte del tiempo la pasamos con el piloto automático puesto, funcionando de forma automática y sin darnos cuenta de lo que hacemos o experimentamos” (Jon Kabat-Zin, 2003, p.53-54).

Generando una opción para que las personas puedan vivir sus momentos plena y totalmente, escuchando a sus propios cuerpos y mentes además de tener más confianza en sus experiencias diarias (Kabat-Zin, 2003).

El objetivo de Mindfulness es mejorar la autorregulación de los aspectos emocionales, comportamentales y de los procesos cognitivos, promoviendo que las personas acepten y estén conscientes de lo que les está sucediendo, tanto internamente como externamente, momento a momento, aceptando las situaciones desagradables como una experiencia, en vez de generar un pensamiento ruminatorio o evasivo (Perry-Parrish et al., 2016).

Mindfulness enfocado en la población infanto-juvenil conlleva los mismos beneficios que en la población adulta (Willard, 2010). La práctica de Mindfulness se puede realizar en cualquier lugar, no obstante, en el trabajo con la población infanto-juvenil es más beneficioso generar un espacio específico, por ejemplo, en la sala de clases tener un espacio de meditación acomodado con tales fines (Willard, 2010). Esto con la finalidad de poder generar una rutina, donde permanentemente se tiene un momento del día para practicar Mindfulness (Willard, 2010). Cuando la práctica se vuelva rutina es más fácil que los niños la vayan internalizando, esto quiere decir que la práctica en momentos adecuados, en contextos donde se sientan cómodos y seguros hace más probable que utilicen Mindfulness para situaciones desagradables (Willard, 2010).

Experiencias internacionales de Mindfulness.

Hay cuatro terapias que utilizan el método basado en Mindfulness, por un lado se encuentran el programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena desarrollado por Kabat-Zinn (2015) y La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena planteada por Teasdale, Williams y Segal (Cebolla & Miró, 2008), las cuales utilizan de forma regular la práctica del Mindfulness. Por otro lado están; La Terapia de Aceptación y Compromiso realizado por Hayes, Strosahl y Wilson (Vallejo, 2006) y la Terapia Dialéctico-Comportamental desarrollado por Lineham (Vallejo, 2006), las cuales utilizan ciertos componentes de Mindfulness pero no se aplican mediante la meditación formal (Burke, 2009). Estas dos últimas no serán consideradas debido a que utilizan la atención plena como una herramienta más de su intervención, no siendo esta el foco central de la intervención

Reducción del estrés basado en la atención plena

En 1979 Jon Kabat-Zinn fundó la Clínica de Reducción del Estrés basada en la Atención Plena (MBSR, siglas en inglés), la cual nace con el objetivo de que todas las personas que no estuvieran satisfechas con el tratamiento médico tradicional pudieran buscar una terapia complementaria (Rebap Internacional, 2017). Incorporó Mindfulness en el tratamiento de pacientes con problemas médicos, concretamente se enfocó en los niveles físicos del estrés, apoyando los cuidados de pacientes con cáncer, dolores crónicos, enfermedades al corazón y fibromialgia (Gotink et al., 2015). Hoy en día la clínica es parte del programa de la División de Medicina Preventiva y del Comportamiento de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachussets (Rebap Internacional, 2017).

El programa es primordialmente experiencial, el cual consiste en clases semanales de dos horas y media de duración, con un total de ocho sesiones y adicionalmente un día completo (Rebap Internacional, 2017). Los profesionales encargados de los programas deben tener una amplia experiencia personal en la práctica de Mindfulness, especialmente deben tener práctica continuada de meditación, entrenamiento profesional, supervisión y asistencia a retiros de meditación silenciosa dirigidos por un profesor (Rebap Internacional, 2017).

Han aparecido variaciones al programa inicial dependiendo de las diferentes sintomatologías y contextos (Rebap Internacional, 2016). Actualmente el centro en la

Universidad de Massachussets ofrece programas clínicos, en colegios y empresas, formación para profesionales de la salud e investigación (Kabat-Zinn, 2003).

Terapia cognitiva basada en la atención plena

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT, siglas en inglés), desarrollada por Teasdale, Williams y Segal, es una adaptación del programa de reducción del estrés basado en la atención plena y de la terapia cognitiva (Cebolla & Miró, 2008). En un inicio se implementó con el objetivo de prevenir recaídas en depresión, no obstante, ha sido adaptado para trastorno generalizado de ansiedad, trastornos del ánimo mixto y para pacientes con cáncer (Burke, 2009). La terapia consta de 8 sesiones de dos horas de duración, donde se medita en grupo y se realizan actividades para el hogar (Cebolla & Miró, 2008).

La intervención psicológica se centra en “la capacidad de redirigir la atención hacia momentos cognitivos que rompan con el engranaje depresivo que pueden activar una recaída en un episodio depresivo” (Cebolla, & Miró, 2008, p.258). También permite que los pacientes logren un descentramiento y puedan lograr la capacidad de tomar perspectiva en momentos donde los pensamientos o los estilos cognitivos son desadaptativos, por ejemplo, la rumiación o preocupación (Cebolla, & Miró, 2008).

Experiencias de Mindfulness en Chile.

La práctica de Mindfulness en nuestro país ha sido escasa comparada con las investigaciones que se han llevado a cabo a nivel internacional (Brito, 2011). Existen algunas experiencias, no obstante todavía no se logra comprobar con datos empíricos su eficacia y aplicabilidad en este contexto cultural (Madeiros & Pulido, 2011).

En el año 2010 comenzaron talleres de reducción de estrés basados en Mindfulness en la Universidad Alberto Hurtado, en la Universidad Adolfo Ibáñez y en el hospital Sotero de Río (Pulido, 2011). De la misma forma en el Hospital del Salvador se han desarrollado terapias conductuales dialécticas, utilizando Mindfulness como parte del tratamiento para pacientes con trastornos severos de la personalidad (Pulido, 2011). En el ámbito de la investigación, investigadores de la Universidad de Chile y Católica se ganaron un proyecto FONIS para capacitar a médicos de atención primaria en técnicas de Mindfulness (Pulido, 2011). Actualmente existen diferentes centros que imparten programas de Mindfulness, como es el Instituto Mindfulness (Instituto Mindfulness, 2017)

el centro Plenamente, donde realizan cursos para adultos y niños y programas para empresas y colegios (Plenamente, 2017). También en Valdivia se encuentra el centro Mindfulness y Medicina donde realizan distintos cursos y talleres (Centro Mindfulness y Medicina, 2017).

Una de las primeras experiencias de la aplicación del programa MBSR (Reducción del Estrés basado en la Atención Plena, siglas en inglés) en Chile fue el realizado en el hospital público semi-rural de Santa Bárbara en el sur de Chile, con el objetivo de disminuir los síntomas ansiosos y depresivos en pacientes y funcionarios del hospital (Brito, 2011). Se siguió el programa desarrollado por Kabat-Zin de MBSR además de los aportes que realizaron Segal, Teasdale y Williams en el programa de prevención de recaídas depresivas (Brito, 2011). El programa consistió en ocho sesiones grupales semanales de dos horas y media cada una. Participaron un total de 24 personas, de los pacientes del hospital el 50% estaban siendo tratados por trastornos del ánimo y de los funcionarios el 60% habían terminado un tratamiento psicológico o médico por algún tipo de trastorno ansioso o depresivo. Para la medición de los resultados en los síntomas depresivos y ansiosos, se utilizaron dos escalas antes y después de la intervención, la escala de depresión de Beck BDI-II y la escala de auto-reporte de ansiedad de Zung y una encuesta anónima de satisfacción usuaria y un cuestionario de preguntas cuantitativas y cualitativas. Los resultados mostraron que los participantes disminuyeron significativamente sus puntuaciones en las escalas de síntomas depresivos y de los síntomas ansiosos después de participar en el programa. Los resultados cualitativos mostraron que los participantes aprendieron a relajarse y a adquirir herramientas para afrontar el estrés (Brito, 2011). Respecto a las limitaciones del estudio, plantea que debido al tamaño de la muestra y a la heterogeneidad de los participantes no es posible realizar generalizaciones (Brito, 2011).

Una segunda experiencia, fue la aplicación de MBSR realizada en el Servicio de Salud Metropolitano sur oriente durante el año 2010 a doce funcionarios del servicio de salud, particularmente a usuarias del Centro de Atención Integral del Funcionario (CAIF) (Madeiros & Pulido, 2011). Se siguió el programa original del MBSR de la Universidad de Massachusetts, se realizó una evaluación pre y post tratamiento a través de las escalas de; Outcome Questionnaire.OQ 45, World Health Quality of Life-WHOQOL Brief y la Five Facet Mindfulness Questionnaire-FFMQ. Los resultados del programa mostraron una disminución significativa en la sintomatología ansiosa, depresiva y somática. En cuanto a

las limitaciones plantea el pequeño tamaño muestral y la falta de datos de seguimiento (Madeiros & Pulido, 2011).

Trastornos Ansiosos Infanto-Juvenil

Conceptualización.

Los trastornos de ansiedad son una de las primeras formas de psicopatologías que se presentan en niños y adolescentes, los cuales a largo plazo incrementan los riesgos de tener otras psicopatologías en la adultez, como son los trastornos depresivos o consumo de sustancias (Wehry et al., 2015).

Las personas vivencian un miedo psicológico que no se correlaciona con un miedo a algún objeto real, objetivo e inmediato sino a “algo que podría pasar; (...) a algo que ya pasó y podría volver a ocurrir” (Alonso, 2012, p.84). Se genera una disociación entre el cuerpo físico de la persona que se encuentra en el presente y su mente que se encuentra repitiendo experiencias pasadas o anticipando situaciones en un futuro (Alonso, 2012). Es decir, la mente se encuentra separada del cuerpo y de la realidad objetiva hasta el punto de desarrollarse diferentes trastornos ansiosos (Alonso, 2012).

El DSM V (American Psychiatric Association, 2014) define los trastornos de ansiedad como aquellos que comparten las características de miedo y ansiedad a la vez, de alteraciones conductuales. Realiza una distinción entre miedo y ansiedad, siendo la primera una respuesta a una amenaza inminente, real o imaginaria y la segunda una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (American Psychiatric Association, 2014). Se puede diferenciar el miedo o la ansiedad normal del trastorno de ansiedad por caracterizarse en ser excesivos o persistir más del allá del desarrollo adecuado (American Psychiatric Association, 2014). Es diagnosticado como tal, sólo cuando los síntomas no refieren a efectos fisiológicos de sustancia o medicamento, tampoco a otra condición médica y no responde a otro trastorno (American Psychiatric Association, 2014). En general la prevalencia de los trastornos de ansiedad es más en niñas que en niños acentuándose la diferencia en su desarrollo a la adolescencia llegando a 2-3: 1 (Wehry et al., 2015).

En estos trastornos se interrelaciona la fisiología, las emociones, el área cognitiva y la conducta (Alonso, 2012). Las personas con trastornos de ansiedad utilizan conductas evitativas como forma de respuesta ante reacciones fisiológicas, pensamientos u

emociones displacenteras, la mente intenta dejar dichos contenidos fuera de lo consciente, cuando estos contenidos se acercan a lo consciente, la persona comienza a ponerse ansiosa (Alonso, 2012). A esta forma de comportarse se llama evitación experiencial, es decir, intentan eludir ciertas experiencias o situaciones que son desagradables, suprimiendo las emociones y pensamientos que estas conllevan, lo cual en un corto plazo genera un alivio inmediato al evitar las situaciones displacentera, no obstante este comportamiento genera un reforzamiento negativo de la situación, generando conductas repetitivas de evitación y escape, lo cual va desarrollando más miedo, ansiedad y preocupación a las experiencias indeseadas (Alonso, 2012). Como plantea Alonso (2012) *“las reacciones a las experiencias internas tales como juzgarlas, identificarse o fusionarse con ellas, temerlas y/o evitarlas están asociadas con un incremento del malestar y de reacciones disfuncionales (...) clave en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad”* (p.88).

Los trastornos ansiosos se caracterizan por la utilización de una atención selectiva, sesgos interpretativos y pensamiento orientado hacia el futuro (Alonso, 2012). El primero se refiere a dirigir la atención hacia posibles estímulos amenazante, siendo una atención inflexible y rígida, perdiendo la opción de observar información relevante. El segundo se refiere a cuando las personas generan una interpretación de los estímulos como amenazante y por último, la visión de futuro donde las posibles opciones son vistas como negativas y catastróficas (Alonso, 2012).

Trastorno de ansiedad por separación.

De acuerdo al DSM V los trastornos de ansiedad por separación se caracterizan por una ansiedad excesiva ante la separación por las figuras de apego, no siendo acorde al desarrollo de la persona. En cuanto a su desarrollo, son normales dentro del desarrollo temprano, el inicio puede suceder hasta los 18 años, siendo más frecuente que comience en la edad preescolar y menos frecuente durante la adolescencia. Los síntomas varían de acuerdo a la edad etaria, los niños más pequeños no expresan la ansiedad como tal, sino que la demuestran cuando debe separarse de las figuras de apego, a medida que crecen se comienzan a caracterizar como miedos específicos (ej., accidente) (American Psychiatric Association, 2014).

Fobia específica.

Se caracteriza por ansiedad a objetos o situaciones en específico denominados estímulos fóbicos (American Psychiatric Association, 2014). Las personas evitan el estímulo fóbico, sin embargo, cuando esto no es posible, la exposición a la fobia genera automáticamente una respuesta ansiosa, esta debe ser experimentada diferente a los temores habituales. La fobia debe causar un deterioro clínicamente significativo en algún área importante del paciente, generalmente se inician en la primera infancia, antes de los diez años, su desarrollo durante la infancia y adolescencia puede variar entre buenos y malos periodos, no obstante si continua en la adultez puede que no remita (American Psychiatric Association, 2014). Del mismo modo, es importante considerar la duración y la intensidad de la fobia y si esta se encuentra acorde a su desarrollo etario para poder diagnosticarla como tal (Psychiatric Association, 2014).

Trastornos de ansiedad social.

Se identifican por experimentar ansiedad en situaciones sociales en las cuales pueden ser enjuiciados por los demás, donde temen mostrar síntomas de ansiedad por ser evaluados negativamente, además son proclives a sobreestimar las consecuencias negativas donde la ansiedad es desproporcionada al riesgo real (American Psychiatric Association, 2014). En niños la ansiedad se puede expresar a través de llanto, incapacidad de hablar en situaciones sociales, rabieta, inmovilidad, aferramiento y encogimiento, lo cual debe ocurrir en interacciones sociales con los adultos y con sus pares. Para realizar el diagnóstico tanto el miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente en las vidas cotidianas de los pacientes. Lo más frecuente es que la edad de inicio sea entre los 8 y 15 años, el cual puede desarrollarse a partir de un historial de timidez o de una experiencia específica desagradable (American Psychiatric Association, 2014).

Trastorno de pánico.

La American Psychiatric Association (2014) la define como “una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos” (p.209), este puede ser crónico si no es tratado y sólo una minoría alcanza una remisión en su totalidad (American Psychiatric Association, 2014). La edad media de inicio es entre los 20 a 24 años, es poco frecuente en la infancia (American Psychiatric Association, 2014).

En la infancia aparecen como episodios de miedos y en adolescentes y adultos el cuadro clínico es igual (American Psychiatric Association, 2014).

Agorafobia.

Se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa inducido por la exposición a ciertas situaciones, generando pensamientos negativos de lo que podría suceder en al menos dos de los siguientes casos; uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer fila o estar en medio de una multitud y estar fuera de casa solo (American Psychiatric Association, 2014). La ansiedad puede suceder tanto anticipadamente como en presencia del estímulo, la cual es desproporcionada en referencia al estímulo. Para ser diagnosticado es necesario que cada vez que se entre en contacto con la situación casi siempre genere ansiedad. Estas personas utilizan la evitación activa, donde las personas evitan comportamental y/o cognitivamente las situaciones que le generan ansiedad. La aparición en la infancia es poco común siendo la edad media de inicio los 17 años (American Psychiatric Association, 2014).

Trastorno de la ansiedad generalizada.

La característica esencial es la preocupación constante y excesiva sobre alguna situación, tanto la intensidad, la duración y la frecuencia son desproporcionadas al acontecimiento real de lo anticipado (American Psychiatric Association, 2014). La edad media de inicio es de 30 años, pese a que los síntomas pueden aparecer en edades tempranas los cuales se manifiestan como temperamento ansioso, es poco frecuente que se inicie antes de la adolescencia. La expresión clínica en niños y adolescentes radica en la preocupación por su competencia en algún tema o en su calidad en el desempeño, estas preocupaciones pueden interferir significativamente en su funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2014).

Modelos de tratamiento.

De acuerdo a la revisión realizada por Wehry et al.(2015) existen diversas formas de tratamiento para los trastornos ansiosos, desde terapias psicológicas a tratamiento farmacológico. Una de las terapias psicológicas que ha tenido mayor efectividad ha sido la terapia cognitivo conductual. Dentro de la revisión se describe un estudio realizado por Walkup et al.(2008) donde demuestra que las terapias combinadas, es decir, la terapia cognitivo conductual más la terapia farmacológica de inhibidores de recaptación de

serotonina tiene un mejor resultado en disminuir la sintomatología ansiosa comparada con los tratamientos que utilizan solamente la terapia cognitivo conductual o la terapia farmacológica de inhibidores de recaptación de la serotonina, mostrando ambas ser terapias efectivas por sí mismas (Walkup et al., 2008). A partir de este estudio se realizó un seguimiento seis años después, se logró reclutar al 59% de los participantes originales, los resultados muestran que la mitad de los participantes en el estudio disminuyó los síntomas, sin embargo, la otra mitad de los participantes se observaron recaídas, de acuerdo a los autores muestra que es necesario un tratamiento más intensivo y continuado (Ginsburg et al., 2014).

En la población infanto-juvenil la terapia psicológica que recomienda la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, 2017) es la terapia cognitivo-conductual. Su objetivo es identificar las distorsiones cognitivas, confrontarlas y aprender nuevas herramientas para afrontarlas, utilizando como estrategias el moldeamiento, la exposición en vivo, juego de roles y entrenamiento de relajación (Ballesteros-Cabrera & Sarmiento-López, 2013). En la revisión realizada por Ballesteros-Cabrera y Sarmiento-López (2013) plantea que esta terapia ha mostrado tener una efectividad del 50%, además se muestran un ensayo clínico controlado comparando la terapia no-directiva, la terapia cognitivo-conductual y cuidados generales de profesional, donde las tres formas de trabajo obtuvieron los mismos resultados. Respecto a los tratamientos farmacológicos, al igual que en adultos, la primera línea de tratamiento son los inhibidores de recaptación de serotonina, estos pueden ser efectivos en la disminución de la sintomatología, se han descrito escasos efectos secundarios y una mayor duración en comparación a otros medicamentos (Ballesteros-Cabrera & Sarmiento-López, 2013).

Al comparar la terapia psicológica con la farmacológica se observan resultados similares, no obstante los resultados de la terapia psicológica son a largo plazo a diferencia del tratamiento farmacológico que funciona a corto plazo (Ballesteros-Cabrera & Sarmiento-López, 2013).

Psicoterapias basada en Mindfulness, de acuerdo a la revisión realizada por Wehry et al. (2015) muestra ser un tratamiento promisorio para el tratamiento de la ansiedad. En adultos ha mostrado resultados estadísticamente significativos en la mejoría de los síntomas, sin embargo en la población infanto-juvenil los estudios son más limitados (Wehry et al., 2015).

Se han realizado programas adaptados especialmente para la población infantil y juvenil, acortando las técnicas de intervención, aumentándolas gradualmente en la continuidad del curso, cambiando el lenguaje empleado y utilizando actividades de Mindfulness acorde a la edad (Perry-Parrish et al., 2016).

Mindfulness en Trastornos Ansiosos

Los pensamientos ansiosos provienen de esquemas de pensamientos negativos, elementos creados por nuestro cerebro aceptándolos como permanentes en el tiempo, donde la mente no se encuentra en el presente sino está preocupada por el futuro, el pasado o sobre lo que esté sucediendo en otro lugar (Willard, 2010).

El objetivo de Mindfulness no es cambiar los pensamientos, sino que busca cambiar la relación que se tiene con los pensamientos, mientras va construyendo mayor flexibilidad cognitiva, creando espacios para considerar otras perspectivas u otras alternativa y no limitado a la opción habitual (Willard, 2010). La práctica de Mindfulness permite estar conscientes de los pensamientos y las sensaciones del cuerpo que acompañan a las sensaciones de ansiedad, considerándolos como eventos mentales que no necesitan ser planteados con miedo o temor, los cuales pueden reflejar experiencias pasadas pero no necesariamente la realidad actual (Willard, 2010).

Alonso (2012) propone tres objetivos principales para el tratamiento de los trastornos ansiosos: la toma de consciencia de nuestros contenidos internos, una actitud mental no enjuiciadora y aceptadora de los contenidos mentales, tomando perspectiva y ampliando la visión de estos y destacar la flexibilidad cognitiva enfocándose en el presente. Se trabaja en base a la aceptación en contra posición de la evitación, es decir, sentir las emociones y sensaciones corporales (Alonso, 2012).

A través de la práctica de Mindfulness los patrones de pensamiento comienzan a cambiar y nuevas formas de pensamiento comienzan a emerger, redirigiendo la atención a la mente y al cuerpo presente alejado de los estados de ansiedad (Willard, 2010). Mindfulness permite estar en contacto con el aquí y el ahora y aceptar lo que está sucediendo, estando consciente de los pensamientos y sensaciones del cuerpo (Willard, 2010).

La primera habilidad que desarrollan los pacientes es la de testigo u observador silencioso, donde observa de forma atenta e imparcial los contenidos mentales, para

finalmente darse cuenta que los pensamientos sobre la realidad son representaciones mentales de la realidad percibida de forma sesgada (Alonso, 2012). Un segundo componente es el estado de presencia consciente en las personas ansiosas, el cuerpo está presente pero la mente se encuentra en otro sitio, el estado de presencia se refiere a traer la mente a la realidad del presente, uniendo cuerpo y mente, esto genera un estado de calma y armonía (Alonso, 2012). Una tercera habilidad que desarrollan los pacientes es la aceptación versus la resistencia, mientras más se resiste un pensamiento estos más se intensifican, por lo cual la aceptación plantea observar los pensamientos y dejarlos pasar y volver a centrarse en el presente contemplando las cosas como son, no mediados por conceptos o pensamientos (Alonso, 2012).

Una cuarta habilidad que desarrollan es la defusión cognitiva, en primera instancia se refiere a la fusión cognitiva, plantea que la percepción de sí mismo se encuentra ligado a las experiencias internas, es decir, si se identifica con la ansiedad al reforzársele pasa a ser su identidad, el observar las experiencias internas como algo pasajero genera una defusión cognitiva, disminuyendo la intención evitativa, identificándose menos con los contenidos mentales y posicionando al sí mismo como un observador que observa los pensamientos y emociones (Alonso, 2012). El describir verbalmente las experiencias y los contenidos internos es otro factor que influye en el tratamiento de los cuadros ansiosos, a través de la práctica se van modificando la relación que se genera, cambiando el impacto que estos producen (Alonso, 2012). Otro componente que se utiliza es la regulación emocional, en la práctica de Mindfulness se debe permitir todas las experiencias emocionales, eliminando los ciclos de control y evitación emocional característicos en los trastornos ansiosos. Asimismo la práctica de Mindfulness utiliza una estrategia que proviene de la terapia conductual cognitiva, esta es la exposición con prevención de respuestas, se refiere a aproximarse a aquello que genera ansiedad y permanecer enfrente de este hasta que la ansiedad disminuya, utilizando una observación atenta, sin juzgar y sin acciones de evitación, a esto lo llama exposición Mindful (Alonso, 2012). Y por último, la compasión hacia uno mismo u otros se utiliza en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, comprendiéndola como empatizar con el sufrimiento propio y ajeno con una disposición de cuidado, cariño y ternura (Alonso, 2012).

Marco Metodológico

En un comienzo se describirán apartados que ayudaron a la metodología de búsqueda, se explicará qué se entiende por evidencia, ensayos clínicos, revisión narrativa, revisión sistemática y meta-análisis, luego se describen los niveles de evidencia que se consideraron para esta investigación y los estadígrafos utilizados. Posteriormente se describirán los criterios de búsqueda, los criterios de inclusión, las limitantes del estudio y los criterios para analizar los artículos.

Conceptos de Evidencia

El concepto de evidencia aplicado a la psicología tiene como objetivo “contar con la mayor y mejor información en formato de pruebas -evidencia- que avale una forma específica de intervención en salud mental” (Daset & Cracco, 2013, p.210). La práctica basada en evidencia comienza en la década de los 70 desarrollada en un inicio por la medicina, para luego extenderse a áreas de enfermería, psicología y educación (Silgo, 2015). Sackett la define como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales (citado en Daset & Cracco, 2013, p. 211).

De acuerdo a Silgo (2015) se describen seis razones por las cuales se iniciaron las prácticas basadas en evidencia en la psicología: la primera se refiere a la evolución propia de la ciencia psicológica, la segunda refiere al desarrollo de tratamientos psicofarmacológicos lo cual impulsó investigaciones respecto a la eficacia y efectividad de las psicoterapias. Una tercera razón que influyó fueron los llamados terceros pagadores, los sistemas de salud públicos o privados, quienes buscan intervenciones más eficaces y con mejor relación costo efectividad (Silgo, 2015). La cuarta razón fue la multiplicidad de modelos teóricos, otra es la demanda social por tratamientos eficaces y por último el mismo interés del terapeuta en realizar intervenciones eficaces en sus tratamientos (Silgo, 2015).

De acuerdo a la American Psychological Association la finalidad de la psicología basada en evidencia es “el desarrollo de una práctica profesional en psicología efectiva; incorporando criterios sustentados empíricamente a todos los niveles de acción: evaluación, intervención y también en lo que refiere a la relación terapéutica.” (citado en Daset, & Cracco, 2013, p.211). Donde se deben tomar decisiones sobre los pacientes

considerando que las intervenciones llevadas a cabo muestran ser eficaces, es decir, donde se fundamenten las relaciones causales entre una intervención y el trastorno que aborda (Daset, & Cracco, 2013). Es importante considerar que la experiencia del profesional, las expectativas del paciente o el vínculo terapéutico pueden generar cambios en los resultados de las intervenciones (Daset, & Cracco, 2013).

Ensayo clínico.

Los ensayos clínicos surgen ante la pregunta de “¿Cómo comparar intervenciones terapéuticas y cómo evitar la posibilidad de sesgo al hacerlos?” (Demirdjian, 2006. p.58). Los iniciadores de estas técnicas de investigación fueron Van Helmont en el siglo XVII y James Lind en el siglo XVIII. En 1834 Pierre Charles (médico francés) propuso integrar métodos numéricos para comparar el efecto de las intervenciones dando bases para la utilización de los métodos estadísticos en las investigaciones científicas (Demirdjian, 2006). Durante el periodo entre guerra el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido intenta consolidar la sistematización de la metodología de los estudios de efectividad terapéutica con el fin de tener resultados válidos y confiables, para finalmente desarrollar el primer ensayo clínico aleatorizado en el año 1948 (Demirdjian, 2006).

Seligman (citado en Llobell, Frías & Monterde, 2004) plantea las condiciones necesarias para la realización de un ensayo clínico, estas son:

1. “Los pacientes son aleatoriamente asignados a las condiciones de tratamiento y control
2. Los controles son rigurosos. No sólo hay pacientes que no reciben el tratamiento sino que hay grupos de placebos que reciben los ingredientes terapéuticos de forma creíble tanto para el paciente como para el terapeuta
3. Los tratamientos son manualizados con detalladas descripciones de la terapia. La fidelidad al manual se mide utilizando sesiones de video
4. Los pacientes reciben un número fijo de sesiones
5. Los objetivos son adecuadamente operacionalizados
6. Se utilizan diseños de ciego donde se desconoce el grupo al que pertenece el paciente
7. Los pacientes cumplen el criterio de sólo un trastorno diagnosticado y los que tienen múltiples trastornos son típicamente excluidos

8. Los pacientes son seguidos durante un período fijo después del tratamiento” (p.2-3).

De acuerdo a Demirdjian (2006) actualmente los ensayos clínicos son el modelo a seguir en las investigaciones científicas al momento de comparar distintas estrategias de intervención en el área de la salud, el campo social y la educación.

Revisión narrativa.

Las revisiones narrativas son un tipo de revisiones que estudian una temática de forma “más o menos exhaustiva” (Letelier, Manríquez & Rada, 2005, p.246). Normalmente el autor es un experto en la temática y los métodos utilizados para obtener la información no siempre son descritos (Letelier, Manríquez & Rada, 2005). La principal diferencia con las revisiones sistemática, es que las revisiones narrativas no siguen una estructura de búsqueda definida (Ferreira, Urrutia & Alonso-Coello, 2011).

Revisión sistemática y meta-análisis.

Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas que buscan responder a una pregunta de investigación a través de un método sistemático, tomando como referencia los estudios originales de la temática (Ferreira, Urrutia & Alonso-Coello, 2011). Son consideradas como investigaciones secundarias, ya que realizan una investigación sobre investigaciones primarias (Ferreira, Urrutia & Alonso-Coello, 2011). Según Letelier et al. (2005) “Son aquellas que resumen y analizan la evidencia respecto de una pregunta específica en forma estructurada, explícita y sistemática” (p.37).

Según Ferreira et al. (2011) incluye:

- “- La búsqueda sistemática y exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes
- La selección, mediante criterios explícitos y reproducibles, de los artículos que serán incluidos finalmente en la revisión
- La descripción del diseño y la ejecución de los estudios originales, la síntesis de los datos obtenidos y la interpretación de los resultados” (p.689)

Existen dos tipos: Revisiones sistemáticas cualitativas o llamadas revisiones sistemáticas, donde los resultados son presentados de manera descriptiva y revisiones sistemáticas cuantitativas o llamadas meta-análisis, la cual refiere al uso de técnicas estadísticas (Letelier et al., 2005).

Glass en 1976 (citado en Beltrán, 2005) fue la primera persona en introducir el término de meta-análisis, describiéndola como “un análisis estadístico de una amplia serie de análisis de resultados de estudios individuales con el objeto de integrar sus hallazgos. Aunque a veces se utilicen indistintamente los dos términos, una revisión sistemática no es igual a meta-análisis” (Beltrán, 2005. p. 62).

Los meta-análisis también pueden incorporar resultados descriptivos, no obstante su diferencia radica en que incorporan métodos estadísticos, donde el objetivo es conocer el tamaño del efecto producido por las intervenciones, para este fin, reúnen trabajos de una determinada temática realizando un análisis estadístico sobre los resultados y estiman su efecto (Daset & Cracco, 2013). Es importante el aporte que realiza, ya que facilita información sobre la comprensión del efecto de la intervención (Ferreira et al., 2011).

Las revisiones sistemáticas y los meta-análisis son herramientas importantes para conocer la información disponible, aumentar la validez de las conclusiones de estudios individuales y por último, conocer en que ámbitos son necesarias más investigaciones (Ferreira et al., 2011).

Niveles de Evidencia

La clasificación de evidencia propuesta por David L. Sackett (Manterola & Zavando, 2009) es la que frecuentemente más se utiliza, esta consta de cinco niveles de importancia, desde el nivel 1 que corresponde al de mejor evidencia (anexo 1).

La evidencia número uno consta de revisiones sistemáticas y meta-análisis de ensayos clínicos, así como de los estudios clínicos individuales. Evidencia número dos refiere a revisiones sistemáticas de estudios de cohortes, estudios de cohortes individuales y ensayos clínicos de mala calidad. La evidencia número tres son revisiones sistemáticas de estudios de casos y cohortes, y estudios de casos y controles individuales. La evidencia tipo cuatro considera las series de casos y por último la evidencia tipo cinco es la opinión de expertos (Manterola & Zavando, 2009).

Estadígrafos en Evidencia

La American Psychological Association (citado en Cárdenas & Arancibia, 2014) en la revisión del año 2011, recomienda para realizar estudios en el ámbito de la psicología que permitan sacar conclusiones basados en evidencia, la utilización de cinco elementos

claves; intervalos de confianza, exposición de los valores de las medias y desviación estándar, entrega de valores de prueba de significancia, informe sobre la potencia estadística o diseño utilizado y el cálculo del tamaño del efecto.

A continuación se explicara brevemente cada una de ellas.

Intervalo de confianza.

Los intervalos de confianza nos permiten conocer el verdadero valor de la diferencia entre las muestras (Quezada, 2007).

Valores de las medias y desviación estándar.

Los valores de las medias refieren a los promedios de cada grupo en estudio, para que los grupos sean homologables estos deben ser parecidos, de la misma forma se mira la desviación estándar (Cárdenas & Arancibia, 2014).

Prueba de significación.

El valor p es un método que se utiliza para conocer los efectos del azar en los resultados de una investigación, este indica si las asociaciones entre las variables son estadísticamente significativas (Manterola & Pineda, 2008). La significancia estadística hace referencia a probar una hipótesis, esta puede ser una hipótesis nula, donde no hay asociación entre las dos variables o hipótesis alternativa, donde si existe asociación entre las dos variables (Manterola & Pineda, 2008).

El valor de p que indica que las asociaciones son estadísticamente significativas es arbitrario por un consenso clínico, admitiéndose un valor p igual o menor a 0.05, (donde los resultados sobre este valor no son estadísticamente significativos y los valores menores o iguales si son estadísticamente significativos) (Manterola, & Pineda, 2008). Esto quiere decir que existe un 5% o menos de que la asociación que se estudia es debida al azar, por lo tanto se asume que los resultados son producto de la intervención, algunos autores proponen valores más o menos exigentes (Manterola, & Pineda, 2008).

Es fundamental el diseño del estudio de investigación, como es el tamaño muestral, ya que a mayor tamaño de muestra la precisión es mayor y por lo tanto el factor azar disminuye (Manterola, & Pineda, 2008).

Potencia estadística y diseño.

Antes de su definición se debe explicar dos tipos de errores en investigación. Error tipo 1 o alfa, se refiere a rechazar hipótesis nula cuando puede ser verdadera, es decir, asumir erróneamente que la intervención produce un efecto cuando en realidad es fruto del azar (Quezada, 2007). En psicología se utiliza habitualmente un alfa de 0.05 o menos para disminuir el riesgo del error, es decir cualquier diferencia mayor a 0.05 se asume que es debido al azar y no propia de la intervención (Cárdenas & Arancibia, 2014).

El error tipo 2 o beta tiene relación con mantener la hipótesis nula cuando en realidad es falsa, es decir, asumir que no existe efecto en una intervención cuando si la hay (Cárdenas & Arancibia, 2014). La potencia estadística se utiliza para disminuir el error tipo 2, se ocupa con una potencia de $1 - \beta$ que habitualmente se utiliza un valor de 0.8, es decir, hay un 20% de probabilidades de aceptar la hipótesis nula cuando en realidad es falsa, ocupar valores inferiores a 0.8 implica un alto riesgo de error tipo 2 (Cárdenas & Arancibia, 2014).

El diseño permite definir el tamaño de la muestra para asegurar que los resultados no serán cuestionados por un tamaño muestral insuficiente o por una errónea construcción del estudio (Quezada, 2007).

Tamaño del efecto.

El tamaño del efecto se utiliza para comprobar la eficacia de un tratamiento, es decir nos indica cuanto de la variable dependiente se puede explicar por la variable independiente (Cárdenas & Arancibia, 2014). Es un análisis complementario de las pruebas de significación (Cárdenas & Arancibia, 2014).

Para calcular el tamaño del efecto se pueden utilizar distintas técnicas estadísticas, estas son; pruebas t, ANOVA, chi cuadrado y regresiones múltiples (Cárdenas & Arancibia, 2014). Cohen las agrupo en base a un índice que permite compararlas entre los estudios, así el efecto será calificado como pequeño, mediano o grande (Cárdenas & Arancibia, 2014). En la tabla 1 se indican la clasificación.

Tabla 1

Clasificación del tamaño del efecto de Cohen

Prueba	Pequeño	Mediano	Grande
Prueba T	0.2	0.5	0.8

Fuente: Cárdenas y Arancibia, 2014.

En dos grupos homogéneos, antes de realizada la intervención los promedios de los grupos no muestran diferencia en la variable estudiada, luego los grupos son sometidos a la intervención, después de un tiempo se los vuelve a medir y se verifica si ahora hay diferencias significativas respecto a los promedios anteriores, la diferencia entre estos promedios es el tamaño del efecto (Quezada, 2007). Por lo tanto el tamaño del efecto mide el valor en que un tratamiento es superior a otro en la población donde se obtuvo la muestra estudiada (Quezada, 2007).

Por lo tanto, la prueba de significación responde a la pregunta de si se puede afirmar que hay diferencia en los grupos y el tamaño del efecto responde a la pregunta de si la diferencia es grande, mediana o pequeña (Cárdenas & Arancibia, 2014). Acompañar las pruebas de significación con la cuantificación de la magnitud del efecto permite comprender los resultados de los análisis (Cárdenas & Arancibia, 2014).

Criterios de Búsqueda

Se realizó una búsqueda utilizando las palabras de “Mindfulness” AND “Anxiety Disorder”. Los buscadores utilizados para la revisión fueron Pubmed, Cochrane y Scielo. Estos buscadores fueron seleccionados debido a que Pubmed es la base de datos de la biblioteca nacional de Estados Unidos, la cual cuenta con más de 27 millones de artículos de literatura biomédica que considera revistas científicas y libros (PubMed, 2017). Del mismo modo se utilizó el buscador Cochrane, la cual es una organización de más de 20 años de historia, que reúne a profesionales del área de la salud de 130 países los cuales realizan revisiones de la literatura de alta calidad para contar con la mejor evidencia en la toma de decisiones en salud, se organizan en grupos temáticos quienes realizan revisiones sistemáticas de la literatura (Cochrane, 2017). Es una organización independiente sin conflictos de intereses (Cochrane, 2017). Por último se consideró el buscador Scielo, biblioteca electrónica científica en línea que incluye artículos chilenos de CONICYTS (Comisión Nacional de Investigaciones Científica y Tecnológica) y bases de

datos de LILACS (Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud) y MEDLINE (Biblioteca nacional de los Estados Unidos) (Scientific electronic library [Scielo], 2017).

Criterios de Inclusión y Limitantes

Los criterios de inclusión fueron, artículos desde el año 2007 hasta marzo del año 2017, donde se incluyeron revisiones sistemáticas, revisiones narrativas y meta-análisis (con el objetivo de tener mayor evidencia de sus resultados), se consideraron los artículos escritos en inglés y español. El grupo etario a estudiar fue la población infanto-juvenil hasta los 24 años de edad, este rango etario se definió en base a los criterios aportados por el programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes donde se define como joven hasta 24 años (Ministerio de Salud, 2013). Se tomaron en consideración solo aquellos estudios que utilizaron técnicas meditativas de Mindfulness como intervención principal y no otros métodos. La palabra Mindfulness y Atención Plena se usaron indistintamente debido a que Atención Plena ha sido la traducción más utilizada de Mindfulness (Simón, 2007). Además se revisaron artículos citados en las revisiones (sistemáticas y narrativas) y meta-análisis, independiente de su fecha de publicación.

Las limitantes del estudio incluyen aquellos artículos que por dificultad en el acceso no fueron posibles de revisar, así mismo es importante considerar que el concepto de meditación proviene de la cultura oriental, alejada de las bases de datos que se tiene acceso y de nuestra comprensión idiomática.

Criterios de Análisis

En la revisión de los ensayos clínicos, se consideró de mayor rigor científico aquellos resultados que provengan de estudios con ensayos clínicos controlados, es decir, que compararon pacientes que presentaban diagnóstico de trastorno de ansiedad con Mindfulness con un grupo control sin esta intervención. Será relevante destacar los que midieron los resultados con metodología cuantitativa y/o cualitativa, por lo tanto, que exista una evaluación de la disminución de la sintomatología frente a otros tratamientos. Para su validez se destacaran aquellos artículos donde los autores hayan realizado asignación aleatoria a los grupos (Manterola & Zavando, 2009). Para el análisis crítico de la literatura se considera dichos criterios, proponiendo como mejor evidencia aquella que provenga de revisiones sistemáticas, meta-análisis de ensayos clínicos y ensayos clínicos

individuales, lo cual corresponde a evidencia nivel 1 según los criterios de Sackett (Manterola & Zavando, 2009).

Resultados

Para responder la pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de la intervención con Mindfulness en los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil? Se describirán los resultados encontrados en los tres buscadores, Pubmed, Cochrane y Scielo separados por meta-análisis, revisión sistemática y revisión narrativa en una primera instancia. En una segunda instancia los resultados serán presentados mostrando las conclusiones obtenidas de los meta-análisis, las revisiones sistemáticas y revisiones narrativas incluyendo discusiones críticas de estos. Finalmente se mostrarán las descripciones de los ensayos clínicos que fueron seleccionados de las revisiones anteriores y se describirán sus discusiones.

Análisis de la Literatura

Meta-análisis.

En los tres buscadores, Pubmed, Cochrane y Scielo no se encontraron meta-análisis con los criterios previamente señalados.

Revisiones sistemáticas.

Respecto a la búsqueda de revisiones sistemáticas, en Pubmed se encontraron tres de las cuales solo uno cumplía con los criterios de inclusión. La revisión sistemática realizada por Norton, Abbott, Norberg y Hunt (2014) no se encontraba acorde al grupo etario y la desarrollada por Bluett, Homan, Morrison, Levin, y Twohig (2014) consideraba intervenciones diferentes a los programas basados en Mindfulness. La revisión sistemática que cumple con los criterios es la de Gotink et al. (2015). En el buscador Cochrane con las palabras “Mindfulness” AND “Anxiety Disorder” AND “Childhood” se encontró una revisión sistemática realizada por Van Dessel et al. (2014) la cual no se encontraba acorde al grupo etario. En el mismo buscador con las palabras “Mindfulness” AND “Anxiety Disorder” AND “adolescent” se encontró una revisión desarrollada por Gertler, Tate y Cameron (2015) la cual tampoco cumplía con los criterios de inclusión debido a que consideraba como foco de análisis la depresión. En el buscador **Scielo** no se encontraron revisiones sistemáticas.

Revisiones narrativas.

En el buscador Pubmed, se encontraron cuatro, de las cuales tres cumplían con los criterios de inclusión. La revisión realizada por Dykens (2015) no se encontraba acorde al grupo a estudiar, ya que su grupo de estudio consistía en las intervenciones dirigidas hacia los padres y las familias de los niños. Las revisiones incluidas fueron; la desarrollada por Simkin y Black (2014), la realizada por Wehry et al. (2015), y la de Jones et al. (2013). En el buscador Cochrane y Scielo no se encontraron revisiones.

Los artículos revisados en forma individual son siete, estos son referidos tanto por la revisión sistemática como por las revisiones narrativas según se muestra en la tabla 2, de los cuales dos son revisiones y cinco ensayos clínicos.

Tabla 2

Total de Artículos Revisados

Revisiones	Artículos
<p>Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Current Psychiatry Reports (2015) Autores: Wehry, A., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M., Connolly, S. and Strawn, J.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A pilot study examining the effects of mindfulness on depression and anxiety for minority children (2010) Autores: Liehr P, Diaz N.
<p>Standardised mindfulness-based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs (2015) Autores: Gotink, R., Chu, P., Busschbach, J., Benson, H., Fricchione, G. and Hunink, M. Standardised</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field (2009) Autor: Burke, C
<p>Meditation and Mindfulness in Clinical Practice (2014) Autores: Simkin, D. and Black, N.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness-Based Stress Reduction for Urban Youth (2011) Autores: Sibinga, E., Kerrigan, D., Stewart, M., Johnson, K., Magyari, T. and Ellen, J. - Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical

	<p>trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology (2009) Autores: Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S. and Schubert, C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treating Anxiety With Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children (2005) Autores: Semple, R., Reid, E. and Miller, L. - Mindfulness Training for Elementary School Students: The Attention Academy (2005). Autores: Napoli M., Krech P., y Holley L. - Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field (2009) Autor: Burke, C
<p>Can mindfulness-based interventions help adolescents with cancer? (2013) Autores: Jones, P., Blunda, M., Biegel, G., Carlson, L., Biel, M. and Wiener, L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology (2009) Autores: Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S. and Schubert, C. - Integrating Mindfulness Training into K-12 Education: Fostering the Resilience of Teachers and Students. Mindfulness (2012) Autores: Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M., Griffin, M., Biegel, G., & Roach, A. et al.

Meta-análisis.

a) Descripción.

En la revisión realizada, en los buscadores previamente mencionados no se encontró ningún meta-análisis.

Revisión sistemática

a) Descripción.

Gotink et al. (2015) realizó una revisión sistemática sobre las intervenciones de Mindfulness en diferentes categorías de pacientes, considero sólo aquellos trabajos donde utilizaran pruebas controladas aleatorizadas, desarrollando como intervención MBSR (Reducción del Estrés basado en la Atención Plena, siglas en inglés) y MBCT (Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, siglas en inglés) en el tratamiento o prevención. Los resultados encontrados fueron en relación a síntomas depresivos, ansiedad, calidad de vida y funcionamiento físico en adultos y niños. En total encontró 187 revisiones de los cuales 23 finalmente fueron incluidas debido a los criterios de selección.

En ansiedad se encontraron cuatro publicaciones, los resultados muestran una mejoría en la sintomatología de la ansiedad, en base a la medición de Cohen's entre 0.37 a 0.61, lo cual corresponde a un efecto pequeño a mediano con un nivel de significancia de 95%. Esto es fundamentalmente en adulto.

Respecto a la ansiedad en infancia, menciona una publicación desarrollada por Burke en el año 2009 con 330 niños utilizando la intervención de MBSR y MBCT, empleando como grupo control la continuación del tratamiento habitual u otras actividades. Utilizó como mecanismo de medición Cohen's. De acuerdo a estos parámetros en relación al grupo control, describe que se observó una mejoría significativa respecto a la ansiedad. En la misma revisión muestra un segundo estudio en adolescentes bajo tratamiento ambulatorio psiquiátrico con respuestas similares en la ansiedad (Gotink et al., 2015).

b) Discusión sobre revisión sistemática

Si bien el título del artículo y el resumen plantean el estudio de meta-análisis y revisiones sistemáticas en intervenciones basadas en Mindfulness con población adulta e infantil con distintos tipo de enfermedades, siendo estas un primer nivel de evidencia según

Sackett (Manterola & Zavando 2009). Esto demuestra la intención de abarcar ambas poblaciones etarias, no obstante, en la práctica los estudios referentes a la población infanto-juvenil son sólo uno, esto puede deberse a la falta de revisiones en esta población.

Asimismo, la descripción de dicha revisión es muy limitada, no muestra los datos específicos, no entrega los valores de la prueba de significancia describiendo solamente como mejoría significativa y tampoco especifica los tamaños del efecto.

Respecto a las limitaciones la revisión sistemática no se limita a la población infanto-juvenil ni específicamente en los trastornos de ansiedad, tomando distintos caracteres clínicos.

a) Descripción.

Con el objetivo de generar una revisión sistemática preliminar de este nuevo campo de investigación Burke (2009) desarrolló una revisión sobre técnicas de meditaciones que se basaran en MBSR y en MBCT en la población infantil y adolescente. Se encontraron un total de 15 estudios en un rango etario de 4 a 19 años. Los estudios fueron realizados con poblaciones clínicas (con diagnóstico) y en población no clínicas (sin diagnóstico, como poblaciones escolares, voluntarios o grupos comunitarios).

Se muestran cuatro artículos donde la variable estudiada es la ansiedad. El primero que describe es el estudio de Semple (citado en Burke, 2009) con cinco participantes, donde describen los resultados como tendencias basándose en observaciones clínicas, en estas obtuvieron respuestas alentadoras producto de los reportes realizados por los profesores de los participantes, no se realizaron análisis producto del pequeño tamaño muestral y la falta de grupo control. Lee (citado en Burke, 2009) reportó una intervención de MBCT con 25 participantes de un grupo de lectura comunitario, no utilizaron grupo control, los resultados no fueron significativos en los comportamientos internalizantes ($p=0.16$). Biegel (citado en Burke, 2009) realizó una intervención de MBSR con 102 pacientes adolescente psiquiátricos ambulatorios, en los resultados se observaron diferencias significativas respecto a la ansiedad ($p < 0.05$) y el tamaño del efecto entre 0.15 a 0.79. Por último en el estudio de Beauchemi, Hutchins y Patterson (citado en Burke, 2009) con 34 participantes voluntarios con dificultades de aprendizaje, se realizaron técnicas de meditación de Mindfulness al comienzo de cada clase, el estudio no utilizó grupo control, los resultados

mostrados son positivos en los cuestionarios auto-evaluados de ansiedad entre pre y post intervención con diferencia significancia ($p < 0.05$) (Burke, 2009).

b) Discusión sobre revisión sistemática.

Las conclusiones generales indican que todas los estudios fueron aceptados y bien tolerados por los participantes, los resultados varían desde no significativo hasta significativo, encontrando algunos artículos con resultados muy auspiciosos y otro con pequeños efectos, lo cual no permite obtener una conclusión definitiva.

Respecto a la metodología, en general la mayoría de los estudios presentaron conflictos en cuanto al tamaño de la muestra, la falta de grupos control aleatorizados, y la dependencia de los resultados en auto-reportes, además existe una diversidad de los diagnósticos clínicos. Cabe destacar que la mayoría entregó los valores de la prueba de significancia.

En definitiva, esta revisión sistemática da cuenta de que las intervenciones basada en Mindfulness en esta población son posibles de realizar, sin embargo no logra mostrar la eficacia de estas.

Revisiones narrativas.

Las revisiones realizadas sobre los efectos del Mindfulness con adolescentes y niños es muy limitada, no obstante hay evidencia de revisiones preliminares que muestran su utilidad en el tratamiento (Biegel et al., 2009).

a) Descripción.

Jones et al. (2013) realizó una revisión sobre la evidencia que existe en ensayos clínicos utilizando intervenciones basadas en Mindfulness, para la población adolescente con cáncer. Si bien en la revisión realizada no se encontró literatura respecto a intervenciones en adolescentes con cáncer, si se describen dos artículos para adolescentes con trastornos ansiosos, el primero es una revisión realizada por Meiklejohn y colegas (citado en Jones et al., 2013) y el segundo un ensayo clínico desarrollado por Biegel (citado en Jones et al., 2013), en ambos se muestran mejorías en los síntomas ansiosos, una en contexto escolar y otra en niños con diversos trastornos psiquiátricos, respectivamente (Jones et al., 2013).

Meiklejohn et al. (2012) desarrolló una revisión narrativa sobre intervenciones de Mindfulness en el contexto escolar en dos áreas, la formación con los profesores y en la intervención con los estudiantes. Respecto a esta última, se describen cuatro intervenciones referentes a la ansiedad. Las primeras dos intervenciones se refieren a niños en edad escolar básica. Una de ellas es un ensayo clínico realizado por Napoli, Krech y Holley (citado en Meiklejohn et al., 2012) en el año 2005 donde se desarrolló el programa de Attention Academy Program en dos escuelas utilizando grupo control aleatorizado, los resultados mostraron disminuciones en la evaluación de la ansiedad. El otro es un estudio piloto desarrollado por Semple, Lee, Rosa y Miller en el año 2009 (citado en Meiklejohn et al., 2012) realizaron intervenciones de MBCT-C (Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena para niños, siglas en inglés) con grupo control aleatorizado con 25 niños participantes de un programa de lectura, los resultados muestran disminución en la ansiedad en aquellos participantes que reportaron ansiedad elevada (Meiklejohn et al., 2012).

Las siguientes dos intervenciones se refieren a adolescentes, la primera realizada por Beauchemi, Hutchins y Patterson en el año 2008 (citado en Meiklejohn et al., 2012) realizaron una intervención de práctica de Mindfulness en una escuela para estudiantes con discapacidades de aprendizaje por cinco semanas consecutivas, los resultados mostraron disminuciones en el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Meiklejohn et al., 2012). Una segunda intervención fue la realizada por Biegel, Brown, Shapiro y Schubert, en el año 2009 (citado en Meiklejohn et al., 2012), realizaron una intervención de MBSR para adolescentes, en los resultados se observaron disminuciones significativas respecto a la ansiedad (Meiklejohn et al., 2012).

Simkin y Black (2014) realizaron un resumen de las investigaciones sobre las técnicas de meditación y específicamente en Mindfulness, en niños, adolescentes y sus familias. Las investigaciones disponibles sugieren beneficios para el tratamiento de los síntomas ansiosos. Simkin y Black (2014) describen cuatro artículos y una revisión donde se emplea Mindfulness como intervención para niños y adolescentes, si bien tienen distintas patologías y condiciones, a modo general se describen disminución significativa de la sintomatología ansiosa. Simkin y Black (2014) describe que mucha información es obtenida de estudios con número muy limitado de casos y en la dificultad de agrupar por la diferencia de diagnóstico de los participantes, por lo tanto plantea la importancia de realizar más investigaciones en este ámbito. Asimismo plantea la importancia de realizar

estudios que comparen intervenciones de Mindfulness con otras técnicas de meditaciones como es el Yoga (Simkin & Black, 2014).

Wehry et al. (2015) realizó una revisión sobre los tratamientos que se realizan en el trastorno de ansiedad en niños y adolescentes, donde resume la evidencia que existe en los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. Plantea que los datos actuales muestran eficacia en la terapia cognitivo conductual, en los tratamientos con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina. Planteando que la combinación entre la terapia cognitivo conductual y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se asocian a una mejora en los resultados comparándolo con los tratamientos aislados. Propone que las psicoterapias basadas en Mindfulness han demostrado ser bien toleradas y efectivas con la limitada evidencia disponibles. El artículo desarrollado por Lierh y Diaz en el año 2010 (citado en Wehry et al., 2015) muestra que las intervenciones de Mindfulness son efectivas en la disminución de la sintomatología ansiosa en niños. El autor concluye que esta es una posible área para la investigación futura, mientras tanto la evidencia sigue que el uso combinado entre terapia cognitiva y farmacológico está asociado a una mejora en la sintomatología (Wehry et al., 2015).

b) Discusión sobre revisión narrativa.

Lo desarrollado anteriormente representa revisiones pioneras que reflejan a modo general la utilización de Mindfulness en la población infanto-juvenil. Se destaca que es una herramienta posible de utilizar en esta población etaria con resultados prósperos generando una base de soporte para futuras investigaciones.

La revisión realizada por Jones et al. (2013), si bien en el resumen plantea los beneficios que pueden tener las intervenciones de Mindfulness para adolescente con cáncer, no describe ningún estudio con estos criterios, manifestando como conclusión una posible investigación en esta temática debido a los beneficios mostrados en la salud mental y física. Al mismo tiempo plantea, que se revisará evidencia de trastornos ansiosos en adolescentes, donde finalmente sólo describe resumidamente dos artículos que muestran resultados en ansiedad sin profundizar más en estos.

Todas las revisiones a modo de resultado general plantean los beneficios que puede generar la intervención de Mindfulness con los trastornos ansiosos teniendo conclusiones

prósperas. No obstante, los artículos citados en ellos son reducidos y las descripciones de estos no son profundas, esto es debido a los limitados estudios en esta área.

Ensayos clínicos.

En general las intervenciones realizadas en la población infanto-juvenil fueron todas aceptadas y bien toleradas por la población, asimismo ningún estudio mostró efectos adversos (Burke, 2009). Todos los artículos que serán revisados han sido citados en las revisiones previas. En la tabla 3 se muestra un resumen de los ensayos clínicos aquí revisados.

Tabla 3

Ensayos Clínicos

Estudio	N°	Tipo de Participantes	Edad	Locación de intervención	Diseño de investigación	Grupo de tratamiento	Grupo Control	Asignación aleatoria	Variables dependientes	Resultados sobre Ansiedad
Semple et al. (2005)	5	Diagnóstico Clínico, Síntomas Ansiosos	7 a 8 años	Colegio	Evaluación pre y post.	MBSR y MBCT (adaptación) 6 semanas	No	No	Ansiedad	Observación clínica; promisorio como tratamiento para la ansiedad
Napoli et al. (2005)	194	No clínico, estudiantes de colegio	6 a 9 años	Colegio	RCT Evaluación pre y post.	AAP 24 semanas	Si, actividades silenciosas	Si	Atención, Ansiedad	Mejorías no significativas P=0.007
Biegel et al. (2009)	104	Diagnósticos	14 a 18	Clínica Psiquiátrica	RCT, Evaluación pre y post y seguimiento	MBSR (adaptación), 8 semanas	Si, TAU	Si	Ansiedad, depresión,	Mejorías significativas SATAL-present

		clínicos: depresión , ansiedad, dificultad es al dormir y baja autoestim a	años	a Ambulatori a		TAU			autoestima, calidad de dormir, somatización , relaciones interpersonal es, hostilidad.	P = 0.005 Cohen´s 0.70 STAI-past P=0.04 Cohen´s 0.79 SCL-90 no significativa P=0.6 Cohen´s 0.66
Liehr y Diaz (2010)	18	Sintomat ología depresiva y ansiedad, campame nto de verano.	Prom edio 9.5 años	Campame nto de verano	Evaluación pre y post.	MI programa diseñado por Mindful School 2 semanas	Si, HEI	Si	Ansiedad y Depresión	Mejorías no significativas P= 0.07
Sibinga et al. (2011)	26	No Clínico Portadore	13 a 21 años	Clínica Pediátrica de	Evaluación pre y post, cuantitativa	MBSR, 9 semanas	No	No	Hostilidad, malestar general y	Cualitativo: las técnicas fueron útiles para sentirse

		s de VIH 2.5%, condicion es de pobreza		Atención Primaria	y cualitativa				emocional, ansiedad, relaciones interpersonal es, entre otros.	menos estresados Cuantitativo: No fueron estadísticame nte significativo p = 0.30
--	--	--	--	----------------------	---------------	--	--	--	---	--

Nota: RCT= Prueba controlada aleatorizada, siglas en inglés; TAU= Tratamiento como siempre, siglas en inglés; HEI= Intervención de educación en salud, siglas en inglés; MI= Intervención Mindfulness, siglas en inglés; AAP= The Attention Academy Program

a) Descripción.

En un acercamiento preliminar, Semple, Reid y Miller (2005) realizaron un ensayo abierto en un colegio básico de Estados Unidos con el objetivo de conocer la utilidad sobre un programa basado en Mindfulness como tratamiento para niños con ansiedad. Los pacientes eran un total de cinco niños entre 7 y 8 años de edad, los cuales fueron seleccionados por profesores y posteriormente por el psicólogo escolar quien los evaluó y finalmente los recomendó para el programa. Los primeros dos autores fueron participes como co-terapeutas en el grupo. El programa se realizó a través de una adaptación de los modelos MBSR y MBSR con una duración de seis semanas de 45 minutos cada sesión. Las mediciones de los resultados se realizaron pre y post intervención a través del Inventario de Conductas Infantiles, formulario de informe del profesor (CBCL-TRF, siglas en inglés). Además se realizaron dos auto reportes de los participantes a través de la escala The Multidimensional Anxiety Scale for Children y The State-Trait Anxiety Inventory for Children. Asimismo con la finalidad de conocer el estado de humor global en el inicio y final de las sesiones, desarrollaron auto medición ideográfica llamada "The Feely Faces".

Las puntuaciones de los profesores fueron en general favorables y la observación clínica de quienes realizaban el taller plantea que la totalidad de los niños fueron capaces de comprender el concepto de Mindfulness, teniendo la posibilidad de aplicarlo en sus vidas diarias. Al término del programa cuatro de los cinco niños se mostraron entusiastas con la intervención realizada con interés de continuar el programa. Los autores plantean que puede ser un indicador que Mindfulness es un tratamiento promisorio para la ansiedad en niños. De este modo, plantean que los programas deben modificarse de acuerdo a la población como en este caso los ejercicios son de duraciones más cortas, más activas y centradas en los sentidos (Semple, Reid & Miller, 2005).

Respecto a las limitaciones, describen que tanto las observaciones clínicas como las escalas fueron completadas por personas con conocimiento de que los niños participaban en un grupo de tratamiento pudiendo ser posible que esto afecte los resultados (Semple et al., 2005).

b) Discusión sobre ensayo clínico.

El estudio realizado por Semple et al. (2005) no permite sacar conclusiones que puedan ser generalizadas a la población infantil. El artículo desarrolla un estudio de caso, lo cual corresponde a un nivel de evidencia tipo cuatro según los parámetros de Sackett (Manterola & Zavando, 2009) con una muy limitada muestra, donde no describe los resultados cuantitativos y expone como resultados cualitativos la opinión de los profesores y la opinión de los mismos clínicos que realizaron la intervención.

Se rescata que es un estudio que da muestra de la factibilidad de la intervención en la población infantil. Además, es importante considerar que se muestra como un inicio en esta área de investigación, para poder estimular a grupos de profesionales en utilizar intervenciones de Mindfulness con esta población.

a) Descripción.

El artículo realizado por Napoli, Krech & Holley (2005) muestra los resultados sobre la participación en un programa de Mindfulness llamado “The Attention Academy Program” (AAP) en un contexto escolar en estudiantes entre 6 a 9 años de edad con el objetivo de obtener resultados sobre la atención de los estudiantes. El programa tiene como objetivo ayudar a los estudiantes a mejorar su calidad de vida a través de la práctica de Mindfulness. El programa tiene una duración de 12 sesiones con dos facilitadores profesionales entrenados en esta área. Participaron un total de 194 estudiantes quienes aleatoriamente fueron divididos en el grupo experimental (realizaron AAP) y el grupo control (realizaron actividades silenciosas). La medición de los resultados se realizó antes y después de la intervención. Utilizaron tres instrumentos de evaluación; The ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS) es una escala de calificación realizada por los profesores, la cual consta de cuatro sub-escalas: atención, hiperactividad, herramientas sociales y comportamiento de oposición. The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch) la cual está dividida en cinco sub-escalas midiendo la atención sostenida y selectiva. The Anxiety Scale (TAS) mide el nivel de ansiedad general, está dividido en cuatro escalas: auto evaluación, preocupaciones, reacciones fisiológicas y preocupaciones sobre los límites de tiempo.

Los resultados respecto a la atención muestran diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental. Sin embargo, en la ansiedad los resultados no fueron

estadísticamente significativos describiendo un valor de $p= 0.007$ (siendo para este estudio significativo un valor de p menor a 0.001) existiendo un tamaño del efecto de la intervención en un 0.39 (Cohens´d) correspondiente a un efecto pequeño (Napoli et al., 2005).

Las conclusiones del artículo plantean que al aumentar la capacidad de atención selectiva y la disminución en las evaluaciones de la ansiedad en conjunto con la mejora de los reportes por parte de los profesores, los alumnos tuvieron una mejoría en el rendimiento y comportamiento escolar. Destacan la importancia del bienestar de los estudiantes en un contexto donde los niveles de estrés, depresión y ansiedad han aumentado, por lo cual al introducir Mindfulness en los programas escolares puede ser un modelo beneficioso en entregar herramientas a los estudiantes para afrontar el estrés y aumentar las habilidades de atención en la sala de clases (Napoli et al., 2005).

b) Discusión sobre ensayo clínico.

El artículo realizado por Napoli et al. (2005) si bien, su foco de investigación es la atención (selectiva y mantenida) en los estudiantes de un establecimiento educativo, también abarca la ansiedad como foco importante de su investigación, utilizando una escala específica para su medición. Destaca que a modo general los autores aconsejan la realización de Mindfulness en las escuelas por los positivos resultados en sus estudiantes.

Cabe rescatar la metodología utilizada, el diseño de la investigación de evaluación pre y post intervención, la utilización de grupo control aleatorio, la entrega de los valores de significancia y el tamaño del efecto. Respecto a los niveles de evidencia, al ser un ensayo clínico con grupo control aleatorizado corresponde al mejor nivel de clasificado tipo B según Sacket (Manterola & Zavando, 2009).

a) Descripción.

En un ensayo clínico aleatorizado realizado por Biegel et al. (2009) en la población adolescente entre 14 a 18 años de edad, se estudió la eficacia de un programa de MBSR de ocho semanas de duración con pacientes de un centro psiquiátrico ambulatorio. Los diagnósticos fueron realizados por los clínicos tratantes de los participantes, estos se basaron en el DSM-IV-TR Eje 1 y Eje 5, de depresión, ansiedad, dificultades al dormir y baja autoestima. El estudio se realizó con un total de 104 pacientes, los cuales fueron

separados de forma aleatorizada en dos grupos. El primer grupo experimental se encontraba con el programa MBSR más el tratamiento usual, y el segundo grupo se encontraba sólo con el tratamiento usual. Los resultados se evaluaron antes, después del programa y tres meses posteriores a su término a través de las siguientes escalas; Escala del Estrés Percibido-10 (PSS-10, siglas en inglés) utilizada para medir el grado de estrés de alguna situación. La ansiedad fue medida a través del Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI, siglas en inglés). The Hopkins Symptom Checklist 90 (SCL-90-R, siglas en inglés) evalúa los síntomas psicológicos de depresión, ansiedad, obsesivo compulsivo, somatización, sensibilidad interpersonal y hostilidad. La autoestima fue medida a través de la escala de Rosenberg y la calidad de sueño fue medida a través de una pregunta. El programa de Mindfulness fue adaptado a la población adolescente, tomando temáticas de su preocupación y acortando las prácticas en el hogar y eliminando el día completo de retiro. De acuerdo al diagnóstico basado en el DSM-IV-TR Eje 1 del total de los pacientes, un 49% se encontraba diagnosticado con trastornos del estado del ánimo, 30.4% con trastorno de ansiedad y un 24.5% con otros trastornos, cabe destacar que el 56.9% también se encontraba diagnosticado con problemas relacionales entre madres e hijos, conflictos relacionados con abuso y negligencia.

Los resultados del cuestionario STAI-present muestran que la intervención es significativa ($p=0.005$) y el tamaño del efecto es de 0.70 lo que representa un efecto mediano en comparación con el grupo con tratamiento usual. Igualmente en el inventario de STAI-past en el grupo de intervención con Mindfulness se muestra un valor de p significativo, con un $p=0.04$ y se describe un $\text{cohen's } d=0.79$ lo que representa a un efecto mediano de la intervención en comparación con el grupo con tratamiento usual.

En el inventario SCL-90, en el área de ansiedad, a pesar que el efecto de Mindfulness en el grupo intervenidos muestra un valor de $\text{cohen's } d=0.66$ es decir, un efecto mediano, no muestra ser significativa, específicamente, no hay diferencia entre el grupo con Mindfulness con el grupo control.

Los propios autores destacan las limitaciones de este estudio, el escaso seguimiento posterior de los pacientes, ya que los principales resultados son mostrados tres meses después del programa sin controles más prolongado. También plantea la falta de entrevista estandarizada y la ausencia de un equipo clínico externo para el estudio. Asimismo plantean la importancia de realizar investigaciones sobre los efectos de

Mindfulness con una población homogénea con un diagnóstico primario único, de esta manera saber en cuales cuadros clínicos la intervención de Mindfulness puede ser utilizada y en cuales tiene mejores resultados (Biegel et al., 2009).

b) Discusión sobre ensayo clínico.

Es importante el aporte que realiza el ensayo clínico de Biegel et al. (2009), ya que es el primero en desarrollar un ensayo clínico controlado aleatorizado con diagnósticos clínicos basados en el DSM. No obstante, si bien utilizan una gama amplia, en cuanto a los criterios diagnósticos de inclusión, los resultados mostrados son positivos en cuanto a la disminución significativa de la ansiedad.

Respecto a la metodología, el estudio da cuenta de los valores de pruebas de significancia y los tamaños del efecto. Además incorpora un seguimiento de tres meses en los resultados de la intervención. No obstante, existe la limitante en cuanto a la evaluación realizada a través de auto-reportes por los mismos participantes.

a) Descripción.

Un estudio piloto realizado por Liehr y Diaz (2010) evaluó los efectos del Mindfulness en depresión y ansiedad en niños de minorías étnicas con un promedio de edad de 9.5 años en un campamento de verano, 64% era proveniente de países de centro América y el Caribe. El artículo clarifica que los síntomas de ansiedad y depresión fueron evaluados. Se utilizó un programa de Mindfulness diseñado específicamente para niños de Mindful School. Participó un total de 18 personas, se realizaron dos grupos asignados al azar, un primer grupo de tratamiento que se intervino con Mindfulness por un profesor con experiencia y un segundo grupo control, quienes tuvieron intervenciones de educación en salud. La duración fue de dos semanas durante todos los días (lunes a viernes) de aproximadamente 15 minutos. Se evaluó con escalas pre y post intervención. Para la depresión se utilizó el cuestionario The Short Mood and Feeling Questionnaire y para la ansiedad se utilizó el inventario The State Anxiety Inventory for Children (Liehr & Diaz, 2010).

Los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativa en los síntomas de depresión ($P=0.03$). En los síntomas de ansiedad los resultados no fueron significativo entre la diferencia de ambos grupos ($P=0.07$), en ambos grupos disminuyó la ansiedad en

la evaluación post intervención, la descripción de los datos plantea que la intervención con Mindfulness tuvo una mayor disminución que el grupo control (Liehr & Diaz, 2010).

Como limitantes los autores proponen que debido a la pequeña muestra, es posible que los resultados no fuera significativos en los síntomas ansiosos y por lo tanto, que un grupo de muestra más amplia pueda generar diferencias entre los grupos (Liehr & Diaz, 2010).

b) Discusión sobre ensayo clínico.

Un aspecto interesante de rescatar del estudio piloto de Liehr y Diaz (2010) es la intención de examinar los efectos de Mindfulness en la población específicamente con depresión y ansiedad, la cual ha sido una limitante en los estudios pasados, al estudiar múltiples categorías clínicas, pese a ello no explicita como se realizó el diagnóstico clínico, sólo menciona que fueron examinados los síntomas depresivos y ansiosos. Asimismo, en los resultados es interesante observar los positivos beneficios respecto a la depresión pero no así en la ansiedad. Cabe destacar que metodológicamente utilizaron grupo control aleatorizado.

a) Descripción.

En un estudio realizado por Sibinga et al. (2011) en 26 adolescentes afroamericanos de 13 a 21 años que viven en Estados Unidos, donde la mayoría vive en condiciones de pobreza, y 11 de los participantes son portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Realizaron el programa de MBSR consistente en una sesión semanal por nueve semanas, se desarrolló un análisis pre y post intervención cualitativa y cuantitativa. El análisis cualitativo se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas y el análisis cuantitativo se realizó a través de los cuestionarios de Perfil de Salud y Enfermedad Infantil, versión Adolescentes (CHIAP-AE, siglas en inglés) y el Symptom Checklist- 90 (SCL-90R). Se interpretó como estadísticamente significativos aquellos resultados menores a un p de 0.05.

Los resultados cuantitativos no fueron estadísticamente significativo en la ansiedad, los resultados muestra un $p = 0.30$, no obstante respecto a la disminución en la hostilidad, en el malestar general y emociona los resultados fueron estadísticamente significativos (p de 0.02, 0.01 y 0.02 respectivamente), lo que refleja que la intervención fue efectiva en estas áreas.

En el análisis cualitativo para aquellos adolescentes con ansiedad describen que fueron eficientes las técnicas aprendidas durante el programa. Para los participantes portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), si bien no era descrito como un estresor primario en sus vidas, si era considerado como una preocupación importante, describen que la intervención puede tener un efecto positivo en la mejoría de los estresores relacionados con el VIH, como el miedo a la enfermedad, la toma de medicamentos, los estigmas sociales y la discriminación. Adicionalmente, el estudio plantea los beneficios de la intervención relacionados con la salud, como es el aumento de la actividad física, la alimentación saludable, la mejora en la higiene del sueño y la adherencia a los medicamentos del VIH (Sibinga et al., 2011).

Dentro de las limitaciones planteadas por el estudio se encuentra el pequeño tamaño muestral, la falta de un grupo control activo y los datos de las entrevistas son auto-declarados por lo que pueden mostrar sesgos de aceptabilidad social (Sibinga et al., 2011).

a) *Discusión sobre ensayo clínico.*

En el estudio realizado por Sibinga et al. (2011) es relevante destacar la población a la cual va dirigida, población en un contexto vulnerable socialmente con participantes portadores de VIH. Aunque los resultados no muestran ser significativos respecto a la ansiedad, si cuenta con resultados positivos mejorando su calidad de vida. Además es importante destacar que los participantes seleccionados no contaban con diagnósticos clínicos.

Conclusiones y Discusiones

Se realizó una revisión sistemática de la literatura disponible respecto a los programas de Mindfulness en la población infanto-juvenil con trastorno ansiosos, se consideraron los meta-análisis, las revisiones sistemáticas, las revisiones narrativas y ensayos clínicos de la literatura internacional y nacional.

Respecto al marco teórico y a la literatura revisada se concluye que existe un gran interés en el uso de Mindfulness en general, asimismo cada vez más los autores lo plantean como una herramienta terapéutica.

Desde la revisión conceptual del modelo de Mindfulness, se concluye que es una buena y adecuada respuesta a los síntomas de la ansiedad, que debe ser evaluada en la población infanto-juvenil.

El objetivo general propuesto en la investigación teórica busca conocer los efectos de los programas de Mindfulness en la población infanto-juvenil con trastorno ansioso. Debido a que no se encontró evidencia publicada que respalde los efectos de Mindfulness en esta población, no fue posible responder el objetivo planteado.

La búsqueda realizada en los buscadores Cocrane, Scielo y Pubmed no permitió encontrar meta-análisis, sólo dos revisiones sistemáticas y cinco ensayos clínicos. Los resultados en su mayoría describen conclusiones no estadísticamente significativas respecto a la ansiedad, se encontraron debilidades metodológicas que no permite generalizar los efectos de Mindfulness.

Sin embargo, es posible detallar que las intervenciones de Mindfulness descritas, especialmente en las revisiones narrativas, son factibles de realizar y son aceptadas por esta población etaria. No observando en ninguno de los trabajos publicados efectos adversos.

En los artículos encontrados sólo dos ensayos clínicos incorporaron en su diseño de investigación metodología cualitativa, lo cual entrega información auspiciosa pero escasa sobre los beneficios del Mindfulness.

Las limitaciones metodológicas que se observan son el reducido número de participantes en muchos de los estudios. La mitad de los ensayos clínicos no cuentan con grupo control y no realizan asignación aleatoria. La mayoría de los estudios no realizan una clasificación

clínica de los participantes y cuando sí se realiza, no especifica claramente la utilización de los manuales para la clasificación de los síntomas. Asimismo, los artículos revisados muestran aglutinamiento de características clínicas. Igualmente, no realizan distinciones entre los diferentes criterios clínicos de los trastornos de ansiedad. En síntesis los artículos revisados revelan debilidades metodológicas que no permiten sacar conclusiones que sean extrapolables.

La realización de estudios sobre intervenciones de Mindfulness en la población adulta, donde se describa los resultados sobre su efectividad y efectos de la intervención, podría ayudar a generar investigaciones en la población infanto juvenil.

Es importante tener en cuenta que la definición de Mindfulness como tal no es fácil de comprender, siendo una parte importante de su comprensión la experiencia personal que se tenga. Por lo cual, en la dificultad conceptual que se tiene y en las adaptaciones que se realizan para la población etaria estudiada de los programas basados en Mindfulness, es difícil generar investigación científica que puedan ser homologables entre ellos.

Las intervenciones basadas en Mindfulness son limitadas en la población infanto-juvenil, hay escasa información en la literatura disponible y más limitada aún es lo referente a los programas de Mindfulness en las intervenciones para los trastornos ansiosos con diagnósticos claros y referidos al DSM V.

Dada la realidad nacional de la prevalencia del trastorno ansioso y la importancia de este al ser una de las primeras formas de psicopatologías, es importante incorporar el Mindfulness como una herramienta terapéutica y poder aportar como un modelo terapéutico, dando pie a futuras investigaciones teniendo en consideración las limitantes de los anteriores estudios.

La totalidad de los estudios revisados son experiencias realizadas en el extranjero, no se encontró ninguna experiencia nacional con este grupo etario, esto da cuenta de los avances que se generan en otros países y la falta de estos estudios en el contexto chileno. Las experiencias en Chile se enfocaron con la población adulta observándose alentadores resultados. Este es un desafío para los profesionales de la salud mental y para las políticas públicas chilenas.

Desde esta perspectiva, Chile podría entregar información a nivel internacional con estudios bien desarrollados que muestren los beneficios de esta práctica. Por lo tanto, a

nivel de proyecciones, es importante desarrollar ensayos clínicos controlados, donde se identifiquen claramente a la población infanto-juvenil con trastorno de ansiedad, caracterizándola clínicamente, generando programas de intervención basado en Mindfulness con instructores capacitados para la realización de los talleres, con grupo control y aleatorizado realizando un seguimiento a largo plazo. Estos ensayos clínicos, podrían dar respuesta al objetivo general, mostrando los efectos de la intervención de Mindfulness en los trastornos ansiosos. Esto podría aportar en la literatura mundial para la generación de meta-análisis y revisiones sistemáticas.

Dependiendo de los resultados, podría considerarse como una alternativa más a los tratamientos de los trastornos de ansiedad, considerando que es una alternativa de fácil acceso la cual puede ser implementada en contextos grupales.

La utilización de un modelo basado en evidencia, que de seguridad y confianza a quienes toman decisiones en política pública, particularmente en salud mental, puede ser una ventana de oportunidades para introducir nuevas herramientas, en este caso, poder introducir las prácticas de Mindfulness como una estrategia real en las intervenciones en salud pública.

Referencias

- Alonso, M. (2012). Mindfulness en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En M. Miró & V. Simón, *Mindfulness en la práctica clínica* (81-140). Bilbao: Desclée de Brouwer
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5). Arlington, Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2017) *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Ballesteros-Cabrera, M. & Sarmiento-López, J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 184-195. doi: file:///C:/Users/Catalina/Downloads/Dialnet-TrastornosDeAnsiedadEnNinosYAdolescentes-4815155%20(1).pdf
- Beltrán, Ó. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 20(1), 60-69. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000100009
- Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S. & Schubert, C. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855-866. doi: 10.1037/a0016241
- Bluett, E., Homan, K., Morrison, K., Levin, M., & Twohig, M. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Brito, G. (2011). Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena: Un estudio exploratorio de su aplicación en un Hospital Público semi-rural del Sur de

- Chile. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(1), 221-241. doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue1-fulltext-121
- Burke, C. (2009). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133-144. doi: 10.1007/s10826-009-9282-x
- Cárdenas, M., & Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud Y Sociedad*, 5(2), 210-224. doi: 10.22199/S07187475.2014.0002.00006
- Cebolla, A. (2012). Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión. En M. Miró & V. Simón, (Eds.). *Mindfulness en la práctica clínica* (141-168). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Cebolla, A., & Miró, M. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 257-268. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/259/261>
- Centro Mindfulness y Medicina. (2017). *Centro Mindfulness y Medicina*. Recuperado de <http://centromindfulness.cl/>
- Chen, K., Berger, C., Manheimer, E., Forde, D., Magidson, J., Dachman, L. & Lejuez, C. (2012). Meditative Therapies for Reducing Anxiety: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Depression and Anxiety*, 29(7), 545-562. doi: 10.1002/da.21964
- Cochrane. (2017). *Acerca de Nosotros*. Recuperado de <http://www.cochrane.org/es/about-us>
- Daset, L. & Cracco, C. (2013). Psicología Basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200009

- Demirdjian, G. (2006). Historia de los ensayos clínicos aleatorizados. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(1), 58-67. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000100010
- Dykens, E. (2015). Family adjustment and interventions in neurodevelopmental disorders. *Current Opinion In Psychiatry*, 28(2). doi: 10.1097/YCO.0000000000000129
- Ferreira, I., Urrútia, G. & Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española De Cardiología*, 64(8), 688-696. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2011.03.029>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Demografía / Actualización de población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020*. Recuperado de <http://www.inec.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
- Gertler, P., Tate, R., & Cameron, I. (2015). Non-pharmacological interventions for depression in adults and children with traumatic brain injury. *Cochrane Database Of Systematic Review*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD009871.pub2
- Ginsburg, G., Becker, E., Keeton, C., Sakolsky, D., Piacentini, J., Albano, A.... & Kendall, P. (2014). Naturalistic Follow-up of Youths Treated for Pediatric Anxiety Disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 310-318. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4186
- Gotink, R., Chu, P., Busschbach, J., Benson, H., Fricchione, G. & Hunink, M. (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *Plos One*, 10(4), 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0124344
- Instituto Mindfulness. (2017). *Instituto Mindfulness*. Recuperado de <http://www.institutomindfulness.cl/>
- Jones, P., Blunda, M., Biegel, G., Carlson, L., Biel, M. & Wiener, L. (2013). Can mindfulness-based interventions help adolescents with cancer?. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2148-2151. doi: 10.1002/pon.3251
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós

- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness (Atención Plena): La revolución en el corazón de uno mismo. En C. André, J. Kabat-Zinn, P. Rabhi & M. Ricard, (Eds.). *Acción y Meditación* (73-100). Barcelona: Kairós
- Letelier, S., Manríquez, M., & Rada G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Revista Médica De Chile*, 133(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872005000200015>
- Liehr, P., & Diaz, N. (2010). A Pilot Study Examining the Effect of Mindfulness on Depression and Anxiety for Minority Children. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 24(1), 69-71. doi: 10.1016/j.apnu.2009.10.001
- Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J., & Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends In Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005
- Llobell, P., Frías, J., Navarro, M., & Monterde, H. (2004). Tratamientos Psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808701.pdf>
- Madeiras, S., & Pulido, R. (2011). Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(3), 251-257. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300005
- Manterola, C., & Pineda, V. (2008). El valor de "p" y la "significación estadística": Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. *Revista Chilena De Cirugía*, 60(1), 86-89. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262008000100018>
- Manterola D., & Zavando M. (2009). Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena De Cirugía*, 61(6). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262009000600017>
- Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M., Griffin, M., Biegel, G., Roach, A ... & Saltzman, M. (2012). Integrating Mindfulness Training into K-12 Education: Fostering the Resilience of Teachers and Students. *Mindfulness*, 3(4), 291-307. doi: 10.1007/s1271-012-0094-5

- Mind and Life Institute. (2017). *Mission*. Recuperado de <https://www.mindandlife.org/mission/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible* (pp. 7-216). Recuperado de <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadlmg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental* (pp. 5-7). Recuperado de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes* (pp.9-11). Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- Miró, M. T. & Simón, S. (2012). Prólogo. En M. T. Miró y V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (p. 9-13). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Napoli, M., Krech, P., & Holley, L. (2005). Mindfulness Training for Elementary School Students. *Journal Of Applied School Psychology*, 21(1), 99-125. doi: 10.1300/J370v21n01_05
- Norton, A., Abbott, M., Norberg, M., & Hunt, C. (2014). A Systematic Review of Mindfulness and Acceptance-Based Treatments for Social Anxiety Disorder. *Journal Of Clinical Psychology*, 71(4), 283-301. doi: 10.1002/jclp.22144
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *OPS presenta la publicación Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=201:ops-presenta-publicacion-epidemiologia-trastornos-mentales-america-latinacaribe&Itemid=303

- Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L. & Sibinga, E. (2016). Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(6), 172-178. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.12.006
- Plenamente. (2017). *Plenamente Mindfulness*. Recuperado de <http://www.plenamente.cl/>
- PubMed. (2017). *PubMed*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Pulido, R. (2011). El Paciente Mindfulness: Un viaje entre la cura y la liberación. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7(4), 387-395. Recuperado de http://revistagpu.cl/2011/GPU_Dic_2011_PDF/REV-El-paciente-Mindfulness.pdf
- Quezada, C. (2007). Potencia Estadística, sensibilidad y Tamaño de efecto: ¿Un nuevo canon para la investigación?. *Onomázein*, 2(16), 159-170. Recuperado de http://onomazein.letras.uc.cl/Articulos/16/4_Quezada.pdf
- Rebap Internacional (2017). *Historia*. Recuperado de <http://www.rebapinternacional.com/historia.html>
- Semple, R., Reid, E., & Miller, L. (2005). Treating Anxiety With Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379-392. Recuperado de <http://www.calmclassroom.com/wp-content/uploads/2011/06/Semple-Treating-Anxiety-with-Mindfulness.pdf>
- Scientific electronic library. (2017). *Scientific electronic library*. Recuperado de <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- Sibinga, E., Kerrigan, D., Stewart, M., Johnson, K., Magyari, T. & Ellen, J. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction for Urban Youth. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(3), 213-218. doi: 10.1089/acm.2009.0605
- Silgo, G. (2015). Las prácticas basadas en la evidencia en psicología y en psicología militar. *Sanidad Militar*, 71(1), 50-51. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000100009
- Simkin, D. & Black, N. (2014). Meditation and Mindfulness in Clinical Practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 487-534. doi: 10.1016/j.chc.2014.03.002

- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67), 5-30. Recuperado de <http://vbrevia.com/meditacion/MindfulnessyNeurobiologia.pdf>
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información Psicológica*, 100, 162-170. Recuperado de http://www.vicentesimon.com/pdf/presente_y_futuro.pdf
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 92-99. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1340.pdf>
- Van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J., Kleinstäuber, M., Leone, S., Terluin, B... & Van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 11. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R. Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026-1035. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x
- Walkup, J., Albano, A., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. & Kendall, P. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766. doi: 10.1056/NEJMoa0804633
- Wehry, A., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M., Connolly, S. & Strawn, J. (2015). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), 1-19. doi: 10.1007/s11920-015-0591-z
- Willard, C. (2010). *Child's Mind*. Berkeley, Estados Unidos: Parallax Press
- World Health Organization (2017) *Depression and Other Common Mental Disorders*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1&ua=1>

Anexo 1

Recuperado de Manterola D, y Zavando M, 2009.

Recomen- dación	Nivel	Terapia, prevención, etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Estudios económicos
A	1a	RS con homogeneidad y Meta-análisis de EC	RS con homogeneidad y Meta-análisis de estudios de cohortes concurrente	RS de estudios de diagnóstico nivel 1	RS de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individuales con intervalo de confianza estrecho	Estudio individual de cohorte concurrente con seguimiento superior al 80% de la cohorte	Comparación independiente y enmascarada de un espectro de pacientes consecutivos sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Análisis que compara los desenlaces posibles, contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad
B	2a	RS con homogeneidad de estudios de cohortes	RS de cohortes históricas	RS de estudios diagnósticos de nivel mayor a 1	RS de estudios económicos de nivel mayor a 1
	2b	Estudio de cohortes individual. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas	Comparación independiente enmascarada de pacientes no consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Comparación de un número limitado de desenlaces contra una medida de costo. Incluye análisis de sensibilidad
	3a	RS con homogeneidad de estudios de casos y controles			
	3b	Estudio de casos y controles individuales		Estudios no consecutivos o carentes de un estándar de referencia	Análisis sin una medida exacta de costo, pero incluye análisis de sensibilidad
C	4	Series de casos. Estudio de cohortes y casos y controles de mala calidad	Series de casos. Estudios de cohortes de mala calidad	Estudios de casos y controles sin la aplicación de un estándar de referencia	Estudio sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en teoría económica

Por homogeneidad se entiende una RS que está libre de variaciones (heterogeneidad) en las direcciones o grados de resultados entre los estudios individuales.