



## El papel del *mindfulness* y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa



Leticia Linares<sup>a,\*</sup>, Ana Estévez<sup>a</sup>, Joaquim Soler<sup>b</sup> y Ausiàs Cebolla<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Deusto, Bilbao, España

<sup>b</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>c</sup> Universidad de Valencia, Valencia, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2015

Aceptado el 7 de marzo de 2016

On-line el 5 de mayo de 2016

#### Palabras clave:

Mindfulness

Depresión

Ansiedad

Descentramiento

Metacognición

#### Keywords:

Mindfulness

Depression

Anxiety

Decentering

Metacognition

### R E S U M E N

Los síntomas depresivos y ansiosos tienen un claro impacto en el funcionamiento de las personas. Su aparición parece tener relación con la presencia de déficits en las capacidades metacognitivas. El entrenamiento en atención plena aumenta el *insight* metacognitivo a través de la capacidad de descentramiento. Por ello el objetivo de este estudio ha sido evaluar la relación entre la atención plena y el descentramiento con la sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente. La muestra de este estudio está compuesta por 465 participantes y el contacto con ella se estableció a través de universidades y redes sociales. Los resultados revelaron que tanto la atención plena como la capacidad de descentramiento explican la presencia de sintomatología depresiva mientras que sólo la atención plena explica la presencia de sintomatología ansiosa. Estos resultados son alentadores para la intervención en atención plena con sintomatología ansiosa y/o depresiva y señalan la importancia de procesos metacognitivos, como el descentramiento, en su desarrollo.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

### The role of mindfulness and decentering in depressive and anxious symptoms

#### A B S T R A C T

Depressive and anxious symptoms have a clear impact on the functioning of people. Their appearance seems to be related to the presence of deficits in metacognitive capacities. Mindfulness interventions increase metacognitive awareness through their effect in the decentering capacity. Therefore, the aim of this study was to evaluate the relationship between mindfulness and decentering with anxious and depressive symptomatology respectively. The sample consisted of 465 participants contacted through universities and social networks. Results revealed that both mindfulness and the ability to decenter explain the presence of depressive symptoms while only mindfulness explains the presence of anxiety symptoms. These results are encouraging for intervention in mindfulness with anxious and depressive symptoms and stress the importance of metacognitive processes such as decentering in their development.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia: Departamento de Psicología. Universidad de Deusto. Apartado 1. 48080 Bilbao, España.  
Correos electrónicos: [leticia.linares@deusto.es](mailto:leticia.linares@deusto.es), [linar.leticia@gmail.com](mailto:linar.leticia@gmail.com) (L. Linares).

Los trastornos depresivos seguidos por los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en todo el mundo (Alonso et al., 2004; Haro et al., 2006; Lambert, 2006) provocando elevados niveles de incapacidad en las personas que los sufren (Cano-Vindel, Salguero, Maewood, Collado y Latorre, 2012). A pesar de las elevadas tasas de prevalencia referidas al diagnóstico formal de los estados de ánimo en muestras comunitarias, estos datos podrían reflejar únicamente una parte de las mismas, existiendo tasas de prevalencia infradiagnosticadas. Por ejemplo, en el caso de los síntomas depresivos, a pesar de no alcanzar un nivel clínico, hay un claro impacto en el funcionamiento de las personas y se conoce con el nombre de depresión subclínica o sintomatología depresiva. La sintomatología depresiva tiene importantes implicaciones para el funcionamiento en las actividades de la vida diaria, en la calidad de vida y en el bienestar de las personas (Da Silva Lima y De Almeida Fleck, 2007).

Tanto los síntomas depresivos como ansiosos exhiben un alto nivel de comorbilidad con los trastornos de los ejes I y II (American Psychiatric Association, 2013; Martin, Usdan, Cromeens y Vail-Smith, 2014). Asimismo, numerosos estudios han demostrado de forma consistente una sucesiva comorbilidad entre ambos síntomas (Starr, Hammen, Connolly y Brennan, 2014).

Estos datos plantean la posibilidad de que bajo los síntomas depresivos y ansiosos subyazcan procesos similares que estén relacionados con el desarrollo de otros trastornos más complejos. Siguiendo esta línea de investigación, recientes estudios han encontrado la relación de ambos síntomas con déficits en las capacidades metacognitivas (Yilmaz, Gençöz y Wells, 2015).

La metacognición está referida a la capacidad de reconocer el estado mental de uno mismo, tolerándolo y regulándolo, reconociendo simultáneamente la mente de un otro con un contenido mental diferenciado del propio (Semerari et al., 2003). Las personas con una consciencia metacognitiva pueden observar sus pensamientos y emociones como eventos mentales pasajeros en vez de productos definitorios de uno mismo (Teasdale et al., 2002). Por su parte, las personas en estado depresivo tienden a “engancharse” en el contenido negativo de sus experiencias (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995). Diversos estudios han demostrado la durabilidad y el efecto positivo de la intervención en el desarrollo de capacidades metacognitivas para la depresión (Newby, Williams y Andrews, 2014) y ansiedad (Dragan y Dragan, 2014).

La propuesta de Teasdale y su equipo (Teasdale et al., 2002) se centra en el desarrollo de un *insight* metacognitivo a través de la intervención terapéutica en *mindfulness* que permita a las personas con tendencias depresivas observar sus pensamientos desde la no identificación con los mismos. El entrenamiento en *mindfulness* fomenta la creación de representaciones en la memoria que codifican nuevas relaciones con los pensamientos depresivos. El modelo de intervención que corresponde a este enfoque teórico es la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) (Teasdale et al., 2002). Inicialmente desarrollado para la prevención de recaídas en depresión, cada vez son más los estudios que demuestran los beneficios de su intervención en síntomas ansiosos y depresivos (Pots, Meulenbeek, Veehof, Klungers y Bohlmeijer, 2014).

La TCAP se centra en el cambio de la relación que establece el sujeto con el contenido negativo (pensamientos y sentimientos) y lo hace mediante la intervención en lo sensitivo. La atención plena (AP), o *mindfulness* en términos anglosajones, ha sido definida como llevar la atención a las experiencias en el momento presente, aceptándolas y sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990). Uno de los mecanismos que se ha identificado como fundamental para entender la eficacia de un entrenamiento en AP es la metacognición (Spada, Georgiou y Wells, 2010). La atención en este estado es amplia y flexible y es capaz de fluctuar de un pensamiento a otro sin quedarse atrapada en los contenidos. La AP es una disposición natural de las personas

cuya su presencia puede variar en función de factores que favorezcan o disminuyan su presencia (Soler et al., 2014). Por lo tanto, puede ser concebida como rasgo o estado (Brown y Ryan, 2003). El paradigma de la AP como rasgo plantea la posibilidad de que una disposición para la AP pueda emerger como factor amortiguador en el desarrollo de diferentes patologías (Pérez y Botella, 2007).

Uno de los mecanismos principales subyacentes a la AP (Getch et al., 2014; Hargus, Crane, Barnhofer y Williams, 2010) y fundamental en el desarrollo de un *insight* metacognitivo (Teasdale et al., 2002) es el descentramiento. El descentramiento se describe como la capacidad de centrarse en el presente en una postura sin prejuicios hacia pensamientos y sentimientos aceptándolos (Fresco et al., 2007). El entrenamiento en esta perspectiva es un eje central en las intervenciones basadas en atención plena (IBAP) y está estrechamente relacionado con el aumento de sensación de bienestar y la reducción de síntomas depresivos (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; Teasdale et al., 2002). Esta toma de distancia respecto a los contenidos mentales permite al sujeto tener en cuenta otras perspectivas, reconocer la subjetividad del pensamiento de uno mismo y no identificarse con él. El proceso de descentramiento otorga un papel activo al sujeto en su proceso de construcción de la realidad. Al reconocer la subjetividad y volubilidad de los contenidos mentales (desidentificación e impermanencia) el sujeto se hace cargo de cómo los está viviendo y qué está entendiendo de ellos (Safra y Segal, 1994).

El concepto de descentramiento es contrario a las estrategias de rumiación y evitación, estrategias estrechamente relacionadas con el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos (Dragan y Dragan, 2014; Getch et al., 2014). Asimismo, el descentramiento permite tomar distancia de las respuestas automáticas (taquicardias, crisis, ataques de pánico, entre otros) hacia los contenidos mentales y “frenar” el ciclo que se puede activar ante la percepción de estas señales (Teasdale et al., 2002).

Como consecuencia de lo señalado previamente, los objetivos de este estudio son: 1) evaluar la relación entre la AP y descentramiento con la sintomatología ansiosa y 2) estudiar la relación entre la sintomatología depresiva, la AP y el descentramiento.

## Método

### Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal en el que se analizarán los síntomas depresivos y ansiosos y su relación con las capacidades metacognitivas de atención plena y descentramiento.

### Muestra

La muestra de este estudio ha estado compuesta por 465 participantes. La edad de los participantes oscila entre 18 y 67 años ( $Md = 28.41$ ,  $DT = 11.67$ ). De ellos, el 25.40% ( $n = 118$ ) son hombres y el 74.60% ( $n = 346$ ) son mujeres. La muestra de conveniencia fue recogida de la comunidad general en la provincia de Vizcaya (España). Se estableció contacto con los participantes a través de centros universitarios, centros de estudios para adultos y de las redes sociales. El criterio de inclusión era tener como mínimo 18 años. La mayoría de los participantes tenía estudios universitarios o se encontraba cursándolos (78.40%), mientras un 10.20% había realizado estudios secundarios, un 9.10% formación profesional y sólo un 2.40% estudios primarios. Finalmente, el estado civil de los participantes es en su mayoría soltero/a (79.60%), aunque también casado/a (11.50%), pareja de hecho (5.20%), separado/a o divorciado/a (240%) o viudo/a (1.30%).

## Instrumentos

**Síntomas depresivos.** El cuestionario empleado ha sido la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CESD; Radloff, 1977). Es un instrumento autoaplicado que permite evaluar la presencia de sintomatología depresiva tanto en población clínica como general. Consta de 20 ítems, entre los que se distinguen 4 factores diferentes: afecto deprimido/somático, afecto positivo, irritabilidad/desesperanza, interpersonal/social. El sistema de respuesta es de tipo Likert, con una escala que oscila entre 0 (*prácticamente nunca*) y 3 (*casi todo el tiempo*). Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna. Los coeficientes aportados por Calvete y Cardeñoso (1999) para la validación en español son altos, tanto para las cuatro subescalas, afecto depresivo (.96), falta de afecto positivo (.94), disminución psicomotora (.96) y dificultades interpersonales (.84) como para la escala completa (.98). En la validación de Soler et al. (1997) el instrumento obtiene una alfa de .90. En la presente investigación el alfa de Cronbach de las subescalas varía entre .71 y .89.

**Sintomatología ansiosa.** El instrumento empleado ha sido la subescala de ansiedad del Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis y Fitzpatrick, 2004). Los 10 ítems escogidos de este instrumento evalúan la intensidad de las manifestaciones clínicas de ansiedad tanto generalizada como aguda (“pánico”) desde 0 (*ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma*) a 4 (*molestia máxima*). Las propiedades psicométricas de la subescala en población española alcanzan valores entre .69 y .97 (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch, 2007) y en este estudio han alcanzado un alfa de .89.

**Atención plena.** En este estudio se ha empleado el Cuestionario de Cinco Factores de Mindfulness (FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006). Los cinco factores de los que se compone son: 1) observar, 2) describir, 3) actuar con AP, 4) no juicio y 5) no reactividad. Éstos se evalúan a lo largo de 39 ítems a los que se responde mediante una escala Likert de 5 puntos, que varía desde *nunca o muy raramente verdad* a *muy a menudo o siempre verdad*. El estudio original muestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach entre .75 y .91 (Baer et al., 2006). En la validación al español los índices son similares y se agrupan en un intervalo de .80 a .91 (Aguado et al., 2015; Cebolla et al., 2010). En el presente estudio, el alfa de las subescalas oscila entre .71 y .82.

**Experiences Questionnaire (EQ; Fresco et al., 2007).** Desarrollado para medir la capacidad de descentramiento, el EQ es un cuestionario autoaplicado de 11 ítems con una escala Likert de 5 puntos que va desde *nunca a siempre*. En la versión en castellano la estructura del instrumento obtenida es de un solo factor, siendo su consistencia interna de .893 (Soler et al., 2014). En el presente estudio el instrumento muestra una fiabilidad aceptable con un alfa de Cronbach de .78.

## Procedimiento

El reclutamiento de la muestra fue realizado en centros de estudios para jóvenes estudiantes, centros de estudios para adultos y en redes sociales. Estas evaluaciones se realizaron entre septiembre de 2012 y junio de 2013. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y se especificó la posibilidad de contacto con la investigadora del estudio en caso de que hubiera interés respecto a los resultados o malestar tras realizar la evaluación. Asimismo, se respetó el anonimato, la voluntariedad y la confidencialidad de los participantes. Este estudio tiene la aprobación ética de la Universidad de Deusto.

## Análisis de los datos

Los análisis estadísticos se estructuran en dos partes. Una primera parte se centra en la medición del efecto de la capacidad de AP en la presencia de sintomatología ansiosa. En una segunda parte se ha procedido a la evaluación del posible efecto amortiguador de la AP en la sintomatología depresiva.

## Resultados

Se tomaron como variables independientes la AP, el descentramiento y los síntomas depresivos con el fin de analizar su efecto en la variable dependiente de síntomas ansiosos. El instrumento empleado para medir la AP evalúa esta capacidad mediante cinco subescalas (observar, describir, actuar con AP, no juicio y no reactividad) que funcionan de forma independiente entre sí. Por ello, cada subescala ha sido tomada como una variable independiente para el estudio. Los resultados muestran que el primer modelo, que incluye las variables observación ( $\beta = .2, p = .000$ ), actuación consciente ( $\beta = -.08, p < .066$ ), no juzgar ( $\beta = -.164, p < .001$ ) y CESD total ( $\beta = .406, p = .000$ ) como variables independientes, explica un 30% de la varianza para los síntomas ansiosos ( $R^2 = .304, p < .000$ ).

La segunda regresión estudia la influencia que tienen en la sintomatología depresiva la AP, el descentramiento y los síntomas ansiosos. Atendiendo a los resultados obtenidos, las variables independientes descripción ( $\beta = -.066, p = .099$ ), observación ( $\beta = -.094, p < .016$ ), no juzgar ( $\beta = -.230, p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.297, p = .000$ ) y síntomas ansiosos SCL ( $\beta = .326, p = .000$ ) predicen un 44% de la varianza de los síntomas depresivos ( $R^2 = .441, p < .000$ ).

Tras analizar la influencia que tienen la AP y el descentramiento en los síntomas de ansiedad y depresión, se estudió la influencia de estas variables en las diferentes subescalas del instrumento utilizado para medir los síntomas depresivos de afecto deprimido/somático, afecto positivo, irritabilidad/desesperanza, interpersonal/social en concreto.

Para la primera de las subescalas, dificultades interpersonales, las variables observación ( $\beta = -.081, p < .050$ ), no juzgar ( $\beta = -.293, p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.238, p = .000$ ) y síntomas ansiosos SCL ( $\beta = .250, p = .000$ ) como variables independientes explican un 34% de la varianza ( $R^2 = .341, p < .000$ ).

En el siguiente modelo regresión, las variables independientes no reactividad ( $\beta = -.073, p = .133$ ), actuación consciente ( $\beta = -.67, p = .122$ ), descripción ( $\beta = -.120, p = .006$ ), observación ( $\beta = -.069, p < .111$ ), no juzgar ( $\beta = -.197, p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.079, p = .129$ ) y síntomas ansiosos SCL ( $\beta = .33, p = .000$ ) explican un 33% para disminución psicomotora del CES-D ( $R^2 = .335, p < .000$ ).

Por su parte, la subescala de afecto depresivo del CES-D es explicada en un 35% ( $R^2 = 0.359; p < 0.000$ ) por las variables independientes no reactividad ( $\beta = -.060, p = .208$ ), actuación consciente ( $\beta = .82, p = .052$ ), descripción ( $\beta = -.051, p = .230$ ), observación ( $\beta = -.078, p < .067$ ), no juzgar ( $\beta = -.198, p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.242, p = .000$ ) y síntomas ansiosos SCL ( $\beta = .334, p = .000$ ).

Por último, la subescala de afecto positivo CES-D, es explicada un 37% ( $R^2 = .337, p < .000$ ) por las variables independientes de descripción ( $\beta = -.056, p = .190$ ), observación ( $\beta = -.128, p < .002$ ), no juzgar ( $\beta = -.167, p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.378, p = .000$ ) y síntomas ansiosos SCL ( $\beta = .123, p = .005$ ).

## Discusión

El objetivo de este estudio ha sido evaluar el papel del descentramiento y la AP en la sintomatología depresiva y ansiosa. Los resultados muestran que tanto la AP como la capacidad de descentramiento explican la presencia de sintomatología depresiva

mientras que sólo la AP explica la presencia de sintomatología ansiosa.

En el primer modelo, la presencia de ansiedad está explicada por la presencia de las subescalas de observación y depresión en sentido positivo y por las subescalas de actuar con consciencia y no juicio en sentido negativo. En este caso, el mayor peso de la regresión es para la sintomatología depresiva y la subescala de observación. La presencia de sintomatología depresiva confirma la comorbilidad entre los síntomas ansiosos y depresivos (Starr et al., 2014). La presencia de la subescala de observación puede estar relacionada con el estado de alerta característico de la sintomatología ansiosa (APA, 2013). Por su parte, la subescala de no juicio parece confirmar la hipótesis explicativa de la importancia de las creencias metacognitivas en el desarrollo de sintomatología ansiosa (Spada et al., 2010), “sentir miedo es malo”. Por último, la subescala de actuar con AP y su relación negativa con la sintomatología ansiosa parece estar ligada a la reactividad, a las sensaciones corporales intrínsecas en un estado de alerta ansioso (Mennin, 2005). El descentramiento no explica la presencia de sintomatología ansiosa.

En el segundo modelo, la sintomatología depresiva es explicada por las subescalas de observación, describir, no juicio, descentramiento y sintomatología ansiosa. En este modelo todas las facetas incluidas de la AP y el descentramiento influyen en los síntomas depresivos en sentido negativo, es decir, a mayor puntuación en las variables de AP (observar, describir, actuar con AP, no juzgar y no reactividad) menor será el valor de la sintomatología depresiva. Las variables con más peso son el no juicio y el descentramiento. La relevancia del descentramiento en los síntomas depresivos puede deberse a su relación inversa con la rumiación, tan importante en la depresión (Mor et al., 2010).

La subescala de describir podría tener un efecto protector por estar asociada a nivel educativo más que a la AP como tal (Soler et al., 2014). En conclusión, el descentramiento y el no juicio parecen tomar un papel relevante en la presencia de sintomatología depresiva. Es importante señalar, que el aspecto de observación en población meditadora no tiene la misma connotación que en población no meditadora, en la cual actúa de forma aislada y no combinada con el no juicio o no actuación (Walach, Buchheld, Büttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006). La subescala de actuar con AP tiene una relación negativa con la disminución psicomotora. Estos datos ayudan a clarificar la creencia que inicialmente muchos de los participantes tienen de que van a tardar más haciendo las cosas con AP que sin ella, y sin embargo es posible que un efecto entelcedor sea la distracción y no la conciencia plena. Por otro lado, es destacable el papel explicativo de la subescala de observación y del descentramiento en la variable de falta de afecto positivo de la sintomatología depresiva. Como se ha señalado, el descentramiento se entiende como el tomar distancia de las respuestas automáticas (taquicardias, crisis, ataques de pánico, entre otros) activadas por determinados contenidos mentales (Teasdale et al., 2002). Esto supone que una persona que antes evitaba o rumiaba los contenidos mentales ahora podría observarlos, lo que ya en sí mismo construiría una nueva relación con ellos (Hayes-Stelkon y Graham, 2013). Esta presencia refuerza la teoría de la importancia de la observación para tomar conciencia del papel activador que tienen determinados recuerdos en la activación de sintomatología depresiva. Estas reactivaciones dependen de si el sujeto es capaz de dejar pasar estos pensamientos o bien de si se queda atrapado en ellos restableciéndolos (Hayes, 2004). Así pues, un sujeto con la capacidad de “separarse” de sus pensamientos, sean del contenido que sean, demostrará una menor presencia de sintomatología depresiva (Soler et al., 2014).

Estos resultados son útiles, ya que ayudan a profundizar en los mecanismos que subyacen a la sintomatología depresiva y ansiosa, lo cual podría ayudar a clarificar cómo la identificación con los pensamientos, el rechazo de la tristeza y la incapacidad de toma

de perspectiva son elementos fundamentales para poder escoger una vía u otra de afrontamiento. Estas formas de actuación son las contrarias a las manejadas en las IBAP, concretamente al programa realizado para la prevención en recaídas en depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Por ello, sería útil seguir haciendo estudios que profundicen en estas variables e intervenciones que incluyan el trabajo con estos elementos.

Esta investigación no está exenta de limitaciones. Una de las más importantes es la transversalidad del estudio, lo que afectaría a las conclusiones obtenidas, no pudiéndose establecer relaciones causales entre la AP y la sintomatología disfuncional. Asimismo, la muestra utilizada pertenece mayoritariamente a población universitaria, adulta joven y femenina, por lo que existe una gran parte de la comunidad que no está representada en estos resultados. La evaluación online podría repercutir en los resultados, aunque existen estudios que han evaluado la adaptación de la versión de papel y lápiz para una versión para Internet, la mayoría de los cuales han mostrado propiedades psicométricas similares (Buchan, DeAngelis y Levinson, 2005). La muestra no pertenece a un contexto clínico, por lo que el funcionamiento de la sintomatología depresiva y ansiosa de índole clínica podría mostrar otro funcionamiento al mostrado en este estudio.

A pesar de las limitaciones estos resultados son alentadores para la intervención en AP con sintomatología ansiosa y depresiva y señalan la posible importancia de procesos metacognitivos como el descentramiento en su desarrollo y mantenimiento.

## Extended Summary

Depressive and anxious disorders are one of the most common mental health problems in the world. However, the high prevalence rates from referring to the formal diagnosis could reflect only a portion thereof, existing prevalence rates under-diagnosed. In the case of depressive symptoms, they do not reach a clinical diagnosis level and are known under the name of subclinical depression or depressive symptoms. These symptoms as those anxious have a clear impact on daily life and in the sense of well being of people. Both symptoms have shown a high level of comorbidity. These data raise the possibility that similar processes may underlie the development of depressive and anxious symptoms. Following this line of research, recent studies have found a relationship between both symptoms and deficits in metacognitive skills. Metacognition refers to the ability to recognize one's mental state (Semerari et al., 2003). People with a metacognitive awareness can observe their own thoughts and emotions as mental events rather than a definition of themselves. Teasdale et al. (2002) developed a therapeutic intervention in mindfulness that increases metacognitive awareness in people with depressive tendencies. Mindfulness has been defined as paying attention to experiences in the present moment in an accepting and nonjudgmental way. Mindfulness is a natural disposition whose presence may vary depending on factors that promote or diminish it. It can be conceived as a trait or a state (Brown y Ryan, 2003). The paradigm of mindfulness trait raises the possibility that a disposition for mindfulness can emerge as a buffer factor in the development of different pathologies. One of the main mechanisms underlying mindfulness is decentering. Decentering has been described as the ability to focus on the present in a nonjudgmental stance toward accepting thoughts and feelings as mental events. This mechanism has been related to the increase of well-being and reduction of depressive symptoms. Therefore, the aim of this study was 1) to evaluate the relationship between mindfulness and decentering with anxiety symptoms and 2) to study the relationship between depressive symptoms and mindfulness and decentering. The sample consisted of 465 participants. The participants were aged 18 to 67 years,

( $Md = 28.41$ ,  $SD = 11.67$ ). 314 of them were women (75.4%) and 102 (24.6%) were men. Participants were recruited from the general population of the province of Bizkaia (Spain). The inclusion criterion was being 18 years old or older. Anxious symptoms were measured with the subscale of anxiety of the instrument SCL-90. Depressive symptoms were analyzed by the instrument of CESD-20. Mindfulness and decentering were measured with the FFMQ and EQ instruments respectively. Statistical analyses were structured in two parts. The first part focuses on measuring the effect on the ability of mindfulness and decentering in the presence of anxiety symptoms. In a second part, the evaluation of a possible protective effect of mindfulness and decentering in the development of depressive symptomatology was analyzed. In the first part, the analysis was carried out by a stepwise regression. Decentering, mindfulness, and depressive symptoms were taken as independent variables in order to analyze their effect on the dependent variable of anxious symptoms. The instrument used to measure mindfulness evaluates this capacity through five subscales (observe, describe, act with AP, no reactivity) that operate independently from each other. Results revealed that the subscales of mindfulness, observe, acting with mindfulness, and no judgement, and depressive symptoms explain the 30% of the variance of the presence of anxious symptoms ( $R^2 = .304$ ,  $p < .000$ ). In the second part, a stepwise multiple regression was made. The variable depressive symptoms was taken as dependent variable, whereas decentering, mindfulness, and anxious symptoms were taken as independent variables. Results revealed that anxious symptoms and both mindfulness (observe, acting with mindfulness, no judgement, and no reactivity) and the ability to decenter explained the 44% presence of depressive symptoms ( $R^2 = .441$ ,  $p < .000$ ). After analyzing the influence of mindfulness and decentering on symptoms of anxiety and depression, the influence of these variables were studied in the different subscales of the instrument used to measure depressive symptoms in depressed/somatic affect, positive affect, irritability/hopelessness, and interpersonal/social in particular. For the first subscale, interpersonal difficulties, observe ( $\beta = -.081$ ,  $p < .050$ ), no judgement ( $\beta = -.293$ ,  $p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.238$ ,  $p = 0.000$ ) and anxious symptoms ( $\beta = .250$ ,  $p = .000$ ) explained 34% of variance ( $R^2 = .341$ ,  $p < .000$ ). The following regression model, the independent variables no reactivity ( $\beta = -.073$ ,  $p = .133$ ), acting with mindfulness ( $\beta = -.67$ ,  $p = .122$ ), describe ( $\beta = -.120$ ,  $p = .006$ , observe ( $\beta = -.069$ ,  $p < .111$ ), no judgement ( $\beta = -.197$ ,  $p < .000$ ), EQ Total ( $\beta = -.079$ ,  $p = .129$ ) and anxious symptoms ( $\beta = .33$ ,  $p = .000$ ) explain 33% for psychomotor decrease ( $R^2 = .335$ ,  $p < .000$ ). The subscale of depressive affect is explained 35% ( $R^2 = .359$ ,  $p < .000$ ) by the independent variables of no reactivity ( $\beta = -.060$ ,  $p = .208$ ), acting with mindfulness ( $\beta = .82$ ,  $p = .052$ ), describe ( $\beta = -.051$ ,  $p = .230$ , observe ( $\beta = -.078$ ,  $p < .067$ ), no judgement ( $\beta = -.198$ ,  $p < .000$ ), decentering ( $\beta = -.242$ ,  $p = .000$ ) and anxious symptoms ( $\beta = .334$ ,  $p = .000$ ). Finally, Lack of positive affect subscale is explained 37% ( $R^2 = .337$ ,  $p < .000$ ) by the independent variables of describe ( $\beta = -.056$ ,  $p = .190$ ), observe ( $\beta = -.128$ ,  $p < .002$ ), no judgement ( $\beta = -.167$ ,  $p < .000$ ), decentering ( $\beta = -.378$ ,  $p = .000$ ) and anxious symptoms ( $\beta = .123$ ,  $p = .005$ ). The aim of this study was to evaluate the role of decentering and mindfulness in depressive and anxious symptoms. The results show that both mindfulness and the ability to decenter explain the presence of depressive symptoms. In this model all facets of mindfulness influence depressive symptoms in a positive direction, i.e., the higher the scores on the variables of mindfulness (observe, describe, acting with mindfulness, no judgement, and no reactivity) the lower the values of the depressive symptoms. This influence also includes decentering and anxious symptoms variables. Variables with more weight are no judgement and decentering. The relevance of decentering in depressive symptoms may be due to the inverse relationship with rumination, so

important in depression (Mor et al., 2010). The subscale describe could have a protective effect associated with educational level rather than to mindfulness by itself (Soler et al., 2014). In conclusion, decentering and no judgment seem to take a role in the presence of depressive symptoms. It is important to note that the mindfulness aspect of observation does not have the same connotation in meditative population as in normal population in which it acts in isolation and not combined with no judgment or acting with mindfulness (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht y Schmidt, 2006). The subscale acting with mindfulness has a negative relationship with psychomotor decrease. These data help to clarify the belief that many participants have at the beginning about how could acting with mindfulness slow down their performance. On the other hand, it is remarkable the role of the subscale observation and decentering in the variable lack of positive affect. As noted, decentering enables people to distance and disidentify themselves from their mental content (Getch et al., 2014; Teasdale et al., 2002). By this, people gain an active role over their emotions and thoughts and perceive them as transient mental events rather than accurate appraisals of reality. This means that if a person used to avoid or felt trapped with mental contents, decenter ability could help to build another perspective of them and consequently a new way of coping with these contents (Hayes-Skelton y Graham, 2013). This presence reinforces the theory of the importance of observation to become aware of the role that triggers certain memories in the activation of depressive symptoms. Regarding the results related to anxious symptoms, the subscales of mindfulness, observe, acting with mindfulness, and no judgement, and depressive symptoms explain 30% of their variance and leave out of the equation the subscale of mindfulness acceptance and the variable of decentering. It seems that in depressive symptomatology there is a greater predominance of decentering compared to anxious symptoms. This research is not exempt from limitations. This cross-sectional study affects the conclusions not being able to establish causal relationships between mindfulness and dysfunctional symptoms. Also, the sample used is majority-owned university population, young adult women, so there is a large part of the community to which these results cannot be applied. Finally, the sample does not belong to a clinical setting, so that the functioning of depressive and anxious symptoms of clinical nature could run differently to that shown in this study. Despite limitations, these results are useful to describe the mechanisms underlying depressive and anxious symptoms. Thus, they will clarify how identification with thoughts, rejecting sadness, and the inability of perspective taking are essential elements to choose different ways of coping emotions. These results are encouraging for mindfulness intervention with anxious and depressive symptoms and stress the importance of metacognitive processes, such as decentering, in its development.

### Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Agradecimientos de Ausiàs Cebolla: CIBEROBN es una iniciativa de ISCIII.

Agradecimiento de Ausiàs Cebolla y Joaquim Soler: PROMOSAM: Investigación en procesos, mecanismos y tratamientos psicológicos para la promoción de la salud mental (Red de Excelencia PSI2014-56303-REDT) fondos del Ministerio de Economía y Competitividad.

### Referencias

Agudo, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J. y García-Campayo, J. (2015). Bifactor analysis and construct validity of the Five Facet Mindfulness

- Questionnaire (FFMQ) in non-clinical Spanish samples. *Frontiers in Psychology*, 6, 404. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00404>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. y Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 47–54. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Buchan, B. D., DeAngelis, D. L. y Levinson, E. M. (2005). A comparison of the web-based and paper-and-pencil versions of the career key interest inventory with a sample of university women. *Journal of Employment Counseling*, 42, 39–46.
- Calvete, E. y Cardenoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15, 179–190.
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Maewood, C., Collado, E. D. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33, 2–11.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom check-list-90-R: Reliability, normative data, and factor structure in university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 781–794.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2010). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 118–126.
- Da Silva Lima, A. F. B. y De Almeida Fleck, M. P. (2007). Subsyndromal depression: an impact on quality of life? *Journal of affective disorders*, 100(1), 163–169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.010>
- Derogatis, L. R. y Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI)m, and the BSI-18. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*: (3) (3rd ed., 3. pp. 1–41). Mahwah, NJ: Erlbaum. Instruments for adults.
- Dragan, M. y Dragan, W. (2014). Temperament and anxiety: The mediating role of metacognition. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 246–254. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-013-9392-z>
- Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V. S. H., Teasdale, J. D. y Williams, J. M. G. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234–246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Getch, J., Kessel, R., Forkmann, T., Gaugel, S., Druke, B., Scherer, A. y Mainz, V. (2014). A mediational model of mindfulness and decentering: sequential psychological constructs or one and the same? *Biomedcentral Psychology*, 2(18), 1–13.
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T. y Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10, 34–42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016825>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445–451. <http://dx.doi.org/10.1157/13086324>
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship*. En S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes-Skelton, S. y Graham, J. (2013). Decentering as a Common Link among Mindfulness, Cognitive Reappraisal, and Social Anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41, 317–328. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465812000902>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Pladkus.
- Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 497–506. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.09.002>
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of personality and social psychology*, 69, 176–190.
- Martin, R. J., Usdan, S., Cremeens, J. y Vail-Smith, K. (2014). Disordered gambling and co-morbidity of psychiatric disorders among college students: An examination of problem drinking, anxiety and depression. *Journal of Gambling Studies*, 30, 321–333. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-013-9367-8>
- Mennin, D. S. (2005). Emotion and the acceptance-based approaches to the anxiety disorders. En S. M. Orsillo y L. E. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York, NY: Springer Science+ Business Media.
- Mor, N., Doane, L. D., Adam, E. K., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Griffith, J. W. y Nazarian, M. (2010). Within-person variations in self-focused attention and negative affect in depression and anxiety: A diary study. *Cognition and Emotion*, 24, 48–62. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930802499715>
- Newby, J. M., Williams, A. D. y Andrews, G. (2014). Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 52–60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.009>
- Pérez, M. A. y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66–67), 77–120.
- Pots, W. T. M., Meulenbeek, P. A. M., Veehof, M. M., Klungers, J. y Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(10), 1–12. doi: 10.1371.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M. y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 10, 238–261. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.362>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp>
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R. y Portella, M. J. (2014). Assessing Decentering: Validation, psychometric properties, and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behaviour Therapy*, 45, 863–871. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004>
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M. y Alvarez, E. (1997). Validation Study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders. *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 25, 243–249.
- Spada, M. M., Georgiou, G. A. y Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 39, 64–71. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070902991791>
- Starr, L. R., Hammen, C., Connolly, N. P. y Brennan, P. A. (2014). Does relational dysfunction mediate the association between anxiety disorders and later depression? testing an interpersonal model of comorbidity. *Depression and Anxiety*, 31, 77–86. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22172>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 275–287. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.275>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Yilmaz, A. E., Gençöz, T. y Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *Journal of General Psychology*, 142, 23–33. <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.2014.964658>