

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado. Proyecto de investigación

Efectos de una intervención abreviada de mindfulness sobre la rumiación y la
síntomatología depresiva en adultos emergentes

Yamila Márquez
5.014.704-6

Tutora: Prof. Adj. Dra. Valentina Paz

Revisora: Prof. Agda. Dra. Gabriela Fernández

Octubre 2025, Montevideo

Agradecimientos

El presente trabajo es la finalización de un largo recorrido, de muchos años de esfuerzo, de momentos buenos y también de los otros, y sobre todo de crecimiento personal.

Agradezco haberlo transitado acompañada. Por eso, quiero agradecerle especialmente a mis padres y hermana, pilares fundamentales en este proceso y en mi vida. Gracias por confiar en mí, por ser un apoyo incondicional.

A mi sobrino, por ser un motor en lo que hago, por su amor y alegría.

A mis amigos, por las horas de escucha y ayuda cuando las cosas no salían bien y por alegrarse de mis logros como si fueran propios.

A Julieta, amiga y compañera de muchas horas de clases, estudio y escucha, por ser mi sostén en este trayecto.

A Valentina, por acompañarme en la construcción de este trabajo de manera presente y amena.

A todas aquellas personas que, a lo largo de estos años, siempre estuvieron de diferente manera, mostrando interés en mi proceso o brindándome una palabra de aliento.

Índice

Resumen.....	4
Fundamentación y antecedentes.....	5
Marco conceptual.....	7
Adultez emergente.....	7
Rumia.....	10
Terapia Cognitiva basada en Mindfulness.....	11
Formulación del problema.....	13
Preguntas de investigación.....	14
Hipótesis.....	14
Objetivo.....	15
General:.....	15
Específicos:.....	15
Métodos.....	15
Diseño.....	15
Participantes.....	15
Instrumentos de medición.....	16
Programa de intervención.....	16
Procedimiento.....	19
Análisis de datos.....	20
Cronograma de ejecución.....	21
Resultados esperados y plan de difusión.....	22
Referencias.....	23

Resumen

La adultez emergente es la etapa del desarrollo comprendida entre la adolescencia y la adultez. Se caracteriza por múltiples cambios lo que la convierte en un período de gran vulnerabilidad e inestabilidad. En este contexto, la depresión adquiere especial relevancia, dado su alto nivel de prevalencia y su carácter incapacitante, que lo posiciona como una de las principales causas de carga global de enfermedad. Entre los factores cognitivos que contribuyen a su aparición y mantenimiento se encuentra la rumiación, entendida como un patrón de pensamiento repetitivo negativo. El presente proyecto tiene como propósito analizar el efecto de una intervención abreviada basada en mindfulness (MBCT) sobre los niveles de rumiación y sintomatología depresiva en adultos emergentes. Esta intervención se desarrollará a lo largo de cinco semanas, centrada en prácticas de meditación como eje principal. El diseño metodológico plantea un enfoque experimental con dos grupos compuestos por 20 participantes: un grupo experimental, que participará de la intervención y un grupo control que permanecerá en lista de espera. Ambos grupos serán evaluados mediante pre y postprueba con el fin de comparar cambios en las variables de interés: rumia (RRS) y síntomas depresivos (BDI). Se espera encontrar una disminución en los niveles de rumiación y sintomatología depresiva en los participantes del grupo experimental respecto al grupo control. Estos hallazgos aportarían evidencia empírica sobre la efectividad de esta intervención en adultos emergentes, contribuyendo al diseño de estrategias accesibles de prevención y tratamiento en salud mental en una población vulnerable al desarrollo de trastornos mentales.

Palabras clave: adultez emergente, mindfulness, depresión, rumia.

Fundamentación y antecedentes

Los adultos emergentes (período entre los 18 y 29 años) se enfrentan a diferentes retos durante esta etapa, que son distintos a los enfrentados por adolescentes y adultos. Sin embargo, muchas veces estas diferencias no son reconocidas por el sistema de salud, ignorando que la incidencia de los trastornos mentales varía de una etapa del desarrollo a la otra. Aunque los motivos de estos cambios de incidencia no se comprenden cabalmente, podría deberse a las características de la adultez emergente, principalmente a la inestabilidad que conlleva. Para Uruguay no hay datos precisos, pero en Norteamérica se puede observar que la prevalencia de algún trastorno psiquiátrico supera el 40% en las personas que se encuentran entre los 18 y 29 años, destacando los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y el abuso de sustancias (Arnett et al., 2014).

Lo más característico de los trastornos depresivos es la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, con cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del sujeto (American Psychiatric Association [APA], 2014). A nivel global, cerca de 332 millones de personas han tenido un episodio depresivo, lo que representa alrededor del 4% de la población. Entre los adultos, la prevalencia asciende al 5,7%, siendo las mujeres las más afectadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Según el Global Burden of Disease (GBD), en 2021 los trastornos depresivos ocasionaron una carga de 1.066,90 años vividos con discapacidad (YLD, por la sigla en inglés de Years Lived with Disability) por cada 100.000 habitantes en Uruguay, para el rango etario de 25 a 29 años. Mientras que para el rango que comprende los 20 a 25 años se puede visualizar una mayor repercusión, en tanto hay una carga de 1.205,07 YLD por cada 1000.000 habitantes. En comparación con años anteriores, se puede observar un aumento, lo que refleja un impacto creciente de estos trastornos en la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Esta situación genera importantes cargas económicas y de servicios en todo el mundo, lo que la convierte en un problema de salud (MacKenzie y Kocovski, 2016). En particular, el trastorno depresivo mayor (de aquí en más, depresión) es uno de los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes.

A su vez, la rumiación, entendida como aquel método utilizado para confrontar el estado de ánimo negativo centrando la atención en uno mismo, se caracteriza por la autorreflexión y por un enfoque repetitivo y pasivo de las emociones negativas (Treynor et al., 2003). Este proceso es un predictor de síntomas depresivos y de la aparición de trastornos depresivos,

en especial en aquellas personas que predomina el factor melancólico de la rumia, entendido como una contemplación pasiva de los aspectos percibidos como negativos en la vida (Treyner et al., 2003). Por esto, la rumia es considerada uno de los factores de riesgo más consistentes para la depresión (Aldao et al., 2010).

Una de las intervenciones que se pueden aplicar en individuos con este trastorno es la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT, por las siglas en inglés de Mindfulness Based Cognitive Therapy). Esta terapia enseña a ser más conscientes, afectuosos y compasivos. Inicialmente fue pensada para personas que sufrieron depresión con anterioridad, pero se observó que también tiene eficacia con personas que actualmente la padecen (Teasdale et al., 2015). Se dirige a los individuos que tienen este trastorno para que puedan separarse de los patrones de pensamiento negativo, disminuyendo el pensamiento rumiante y buscando fortalecer la resiliencia psicológica (Gkintoni et al., 2025).

Existen diversas investigaciones sobre la repercusión de la MBCT en diferentes poblaciones. En una revisión sistemática sobre la eficacia de la MBCT en depresión, en la cual se analizaron 13 investigaciones, en las que participaron principalmente mujeres con diagnóstico de depresión, se pudo observar que la evidencia respalda el uso beneficioso de esta terapia en la depresión (Tseng et al., 2023).

En cuanto a la aplicación de la terapia en personas que padecen al momento del estudio depresión y tienen pensamiento rumiativo se encontraron diversas investigaciones que aportan evidencia sobre su efectividad. Entre ellas, un estudio experimental con adultos que presentaban depresión resistente al tratamiento observó que, tras la intervención de MBCT, disminuyeron tanto los síntomas depresivos como la rumia. Se observó una reducción en el grupo experimental y en el grupo control, pero la disminución en el primero fue significativamente mayor (Foroughi et al., 2019). Asimismo, en una investigación sobre la implementación de una intervención abreviada de la MBCT en adultos con depresión recurrente se observaron resultados similares. El grupo que recibió la intervención reportó una reducción mayor de los síntomas depresivos y de la presencia del pensamiento rumiativo en comparación con el grupo control (Winnebeck et al., 2017).

En una investigación realizada con personas con y sin controles de depresión se pudo obtener que aquellos participantes que padecieron tres o más episodios depresivos, presentaron una reducción en los síntomas depresivos y de la rumiación luego de finalizar una intervención de MBCT. También se pudo observar que es eficaz en pacientes con depresión recurrente con un episodio depresivo actual. Se concluyó que la MBCT en

relación a la disminución de los síntomas depresivos se encuentra mediada por una disminución en la rumiación (Van Aalderen et al., 2012). Por otra parte, en un estudio de seguimiento que compara la MBCT y un tratamiento habitual, en pacientes con tres o más episodios depresivos al momento del ensayo o con remisión, se observó que la MBCT redujo los síntomas depresivos y la rumiación tanto en pacientes con remisión como en los que padecen depresión recurrente. Durante el seguimiento los niveles se mantuvieron relativamente estables en el grupo con remisión, mientras que continuaron disminuyendo en el grupo con depresión (Van Aalderen et al., 2015).

En un estudio con participantes cuyos síntomas depresivos remitieron tras completar la intervención de MBCT, se observó que la mejoría se mantuvo durante cinco años y se acompañó de una reducción de la rumiación (Munshi et al., 2012). A su vez, en una investigación realizada con pacientes que padecieron dos o más episodios depresivos y se encontraban en remisión o recuperación al momento de la investigación, se observaron disminuciones significativas en la rumiación luego de aplicar MBCT (Michalak et al., 2011). De manera consistente con lo anterior, en un estudio controlado aleatorio con preprueba, postprueba y grupo control con participantes que padecieron tres episodios de depresión, pero que se encontraban en remisión parcial o total, se encontró que la MBCT se asocia con una reducción de la sintomatología depresiva y de la rumiación. Además, en este estudio se observó que la MBCT tiene un efecto sobre los factores de riesgo y sobre los factores de protección de recaídas (Schanche et al., 2020).

De esta manera, puede apreciarse que la MBCT ha sido estudiada en diversas poblaciones, en personas con y sin un diagnóstico de depresión, en remisión, con depresión recurrente o resistente al tratamiento. Además, estos estudios demuestran que la MBCT es una terapia útil para disminuir la rumiación, actuando también sobre los factores de riesgo y de protección frente a recaídas, pudiendo demostrar efectos positivos a largo plazo.

Marco conceptual

Adulthood emergente

La adultez emergente es la etapa de la vida que comprende el rango etario entre los 18 y los 29 años, debe ser tomada como una transición entre la adolescencia y la adultez. Se diferencia de la adolescencia porque en esta etapa se alcanza la madurez física y sexual. Por otro lado, se diferencia de la adultez porque en esta etapa en general no se han

alcanzado compromisos de largo plazo, ya sea en relaciones amorosas o laborales. Dado que en la adultez emergente se experimenta diversas relaciones amorosas y hay cambios frecuentes de trabajo, se caracteriza por ser una etapa de mucha inestabilidad. Por lo tanto, la transición a la edad adulta se ha retrasado, generando que en los países desarrollados ocurra más tarde que lo que sucedía anteriormente (Arnett et al., 2014). Durante esta etapa se producen diversos acontecimientos vitales de gran relevancia, los cuales tienen un impacto particular en la trayectoria del individuo y lo diferencian de lo experimentado en otras fases del desarrollo (Tanner, 2006).

Arnett (2000) describe cómo se diferencia esta etapa desde el punto de vista demográfico, subjetivo y de exploración de la identidad. La define como una etapa vital caracterizada por el cambio y la exploración de diversas opciones. En cuanto a lo demográfico, menciona que es una etapa caracterizada por la variabilidad, al tener un mayor espectro de actividades, comparado con otras etapas, y al estar menos limitada por exigencias de rol, el estatus demográfico en la adultez emergente es impredecible. Debido a esto, es una etapa de semiautonomía, en la cual se asumen algunas responsabilidades de manera independiente, pero otras son responsabilidad de un tercero (Arnett, 2000). Se genera un cambio, se realiza una transición desde adolescentes dependientes hacia adultos jóvenes independientes. De esta manera, el comportamiento que anteriormente era regulado por otro se modifica por un comportamiento autorregulado (Tanner, 2006).

En cuanto a lo subjetivo, los adultos emergentes no se consideran adolescentes ni adultos. Esto se debe a que todavía no consideran haberse convertido en una persona autosuficiente. Mientras que las tres áreas de mayor exploración de identidad en esta etapa son en el amor, el trabajo y las visiones del mundo. Las exploraciones no son simplemente una preparación para los roles adultos; se realizan para adquirir experiencias vitales antes de asumir responsabilidades duraderas. Por lo tanto, se busca probar diferentes probabilidades de vida para ir avanzando gradualmente hacia la toma de decisiones más estables (Arnett, 2000). Hay áreas determinadas en las cuales los adultos emergentes asumen desafíos para conformar su identidad, como lo son la afiliación religiosa, las preferencias políticas y los valores personales. Pero este proceso que realizan no se da de manera estructurada: se caracteriza por la amplia variedad de opciones disponibles y de una disminución en la disponibilidad de apoyos. De esta manera, las diversas posibilidades de vida que pueden elegir y ante una sociedad que cambia constantemente, la etapa de la adultez emergente puede ser una etapa de oportunidades o de determinadas carencias, dependiendo de la persona y del contexto sociocultural en el que se encuentre (Schwartz et al., 2016).

Trastorno depresivo mayor (depresión)

Según datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017, la prevalencia de la depresión en Uruguay era del 5% de la población. A nivel mundial podemos observar que la prevalencia de la depresión entre los 20 y 29 años es cercana al 6% para mujeres y al 4% para hombres. Desde la adolescencia hasta la adultez, las mujeres tienen el doble de probabilidades en comparación con los hombres de padecer depresión. Por esto, las mujeres suelen presentar tasas que son entre 1,5 y 3 veces mayores que las de los hombres en cuanto a prevalencia de este trastorno. Aunque la frecuencia sea mayor en el sexo femenino, no se presentan diferencias claras en los síntomas, el curso, respuesta al tratamiento y consecuencias asociadas (APA, 2014). Además, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2017), que genera un deterioro en diferentes áreas de la vida del sujeto e interfiere con su vida diaria, comprometiendo algunas veces la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar la vida (OPS, 2025).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición menciona a la depresión como la representación clásica de los diferentes trastornos depresivos. Establece que para su diagnóstico se deben encontrar presentes cinco o más síntomas durante al menos dos semanas, siendo indispensable que uno de ellos sea el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés (anhedonia). Entre los síntomas restantes se incluyen pérdida importante de peso (sin estar a dieta) o aumento de peso, cambios en el apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte recurrente. Excepto por este último síntoma, todos los demás deben presentarse casi todos los días. Para que los síntomas sean considerados como parte de un episodio depresivo, este debe ser nuevo en la vida del sujeto o debe haber empeorado considerablemente en comparación con el estado precedente al episodio. A su vez, algunos de los síntomas pueden ser identificados durante una entrevista, aunque el sujeto no lo manifieste como tal, por ejemplo, el estado de ánimo bajo. Mientras que otros síntomas deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por terceros, como son la agitación o el retraso psicomotor (APA, 2014).

La depresión se encuentra caracterizada por episodios que conllevan cambios en el afecto, las cogniciones, las funciones neurovegetativas y generalmente presentan remisiones interepisódicas. La remisión del episodio puede ser parcial, cuando los síntomas que se

encuentran presentes no son suficientes para cumplir con los criterios diagnósticos o no se encuentran síntomas pero han transcurrido menos de dos meses luego del episodio, o puede ser total cuando en los últimos dos meses no ha habido síntomas (APA, 2014).

Asimismo, para que se establezca un diagnóstico, los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo en áreas importantes de la vida de la persona y no pueden ser atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o de alguna afección médica. Además, el episodio de depresión mayor no se explica mejor por algún trastorno psicótico y no hubo un episodio maníaco o hipomaníaco (APA, 2014).

La gravedad del trastorno puede variar. Según el DSM-5, se debe especificar si el episodio presenta una gravedad leve, moderada o grave. La gravedad va a depender del número y la magnitud de los síntomas que la persona presenta y del grado de discapacidad funcional que generan. Muchas veces, cuando se presenta un episodio leve, puede parecer normal el funcionamiento del paciente, pero esto conlleva un esfuerzo considerablemente elevado para este (APA, 2014).

Rumia

Nolen-Hoeksema (2008) define la rumiación como “un patrón desadaptativo de respuesta a la angustia al centrarse de forma repetitiva y pasiva en los significados, causas y consecuencias de los síntomas depresivos en lugar de trabajar activamente hacia una solución para resolver las circunstancias que rodean estos síntomas” (p. 7). Por lo tanto, es una secuencia de pensamiento repetitivo que genera afecciones perdurables, estáticas, cíclicas e incontrolables que se pueden observar en estados emocionales adversos derivados de procesos cognitivos recurrentes y no intencionales durante y después de un hecho percibido por negativo (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Este estilo de respuesta tiene influencia en diferentes resultados negativos, como pueden ser los estilos cognitivos desadaptativos, los comportamientos dañinos y las estrategias de regulación emocional perjudiciales (Lyubomirsky et al., 2015). Asimismo, Nolen-Hoeksema (1991, 2008) destaca que la rumiación mantiene y exacerba la depresión, dado que aumenta el estado de ánimo deprimido, dificulta la resolución de problemas y el comportamiento instrumental, además de reducir el apoyo social. De igual modo, se puede asociar al incremento y aparición de miedos específicos, disminución de la autoestima, problemas en las relaciones sociales, trastornos de conducta y dificultad en los procesos de

aprendizaje (Epkins et al., 2013). En esta misma línea, utilizar la rumiación como forma de afrontamiento ante un estado de ánimo negativo parecería ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de episodios depresivos (Alloy, 2000).

Asimismo, se plantea la rumiación estatal, que se genera cuando una persona percibe discrepancias entre un objetivo en particular y su realidad actual, puede escalar desde un incidente aislado y no perjudicial hacia un patrón aprendido, un hábito. De esta manera, plantearon la hipótesis de que la rumiación depresiva patológica podría desarrollarse cuando se utiliza este estilo de respuesta repetitivo, pasivo, negativo y abstracto para hacer frente a las discrepancias de objeto. Asimismo, se destacaron dos posibles razones que dan inicio a la rumiación. Uno de ellos la pasividad aprendida, los padres pueden enseñarles a sus hijos patrones pasivos que pueden desencadenar la rumia como hábito. Como segundo desencadenante, mencionan los eventos estresantes de la vida que también pueden derivar en rumia y exacerbar sus efectos (Watkins y Nolen-Hoeksema, 2014).

Se pueden observar dos tipos de rumia, la melancólica y la reflexiva. La primera se caracteriza por un enfoque en los obstáculos, centrado en pensamientos abstractos y pasivos. Mientras que el tipo de rumia reflexiva se caracteriza por tendencias generales, como analizar los sentimientos para resolver problemas. Esta última puede estar influenciada por el afecto negativo o conducir en el corto plazo hacia un afecto negativo, pero ocasionalmente suele ser adaptativa, lo que conduce a la resolución de problemas. Por el contrario, el tipo melancólico desencadena una contemplación sobre lo que se observa como negativo o no deseado en la vida y cómo podría estar mejor (Treynor et al., 2003). La melancolía se relaciona en mayor medida con estrategias desadaptativas como la evitación o la negación, lo que genera una desconexión de la persona con las emociones negativas. Mientras que el tipo reflexivo se relaciona con un afrontamiento activo ante aquellos factores que se consideran estresantes o desagradables (Burwell y Shirk, 2007).

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness

Las terapias cognitivo-conductuales pueden clasificarse en tres olas que se utilizan para ayudar a organizar las investigaciones, teorías y prácticas (Hayes, 2004). Sin embargo, todas ellas, según Keegan y Holas (2010), "comparten el supuesto de que el pensamiento (cognición) media el cambio de la conducta y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación del estado de ánimo y de la conducta" (p. 2).

La primera ola, también llamada terapia conductual, fue la primera generación de psicoterapia validada científicamente; su objeto de estudio se centraba en aquello que podían observar, pero al presentar limitaciones para explicar algunos comportamientos humanos, surgió la segunda ola con la terapia cognitiva, a partir de la investigación sobre depresión realizada por Beck. La terapia cognitiva se sustenta sobre el principio de que las emociones y conductas de una persona se encuentran determinadas por la forma en la que estructura el mundo (Beck, 1979, como se citó en Keegan y Holas, 2010). Por otra parte, la tercera ola se centra en ayudar a las personas a modificar la relación que establecen con su sufrimiento en particular, eso conlleva disminuir la lucha interna y normaliza las experiencias desagradables (Keegan y Holas, 2010). De esta manera, se enfatiza la importancia de no luchar contra los pensamientos y sentimientos desagradables, animando a la persona a comprometerse significativamente en la vida, de acuerdo con sus valores y a pesar del sufrimiento.

La MBCT forma parte de las terapias de la tercera ola y encuentra su origen en el Programa de Reducción de Estrés basado en la Conciencia Plena de Jon Kabat-Zin (2009), que describe el mindfulness de la siguiente manera: "el Mindfulness consiste en prestar atención de un determinado modo: deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar" (p. 25). Quienes desarrollaron la MBCT, Teasdale, Segal y Williams, consideraban que la atención plena podía ser una herramienta útil para reducir la vulnerabilidad de los pacientes en remisión a la depresión (Garay et al., 2015). Por lo tanto, utilizaron herramientas del programa desarrollado por Kabat-Zin y de la terapia cognitiva para realizar la MBCT.

Los autores que desarrollaron la MBCT lo definen como un programa pensado particularmente para ayudar a afrontar estados de ánimo no deseados que se manifiestan de manera recurrente (Teasdale et al., 2015). Asimismo, mencionan que el objetivo del programa es proporcionar capacidades y conocimientos para librarse de la acumulación de emociones dolorosas. Estos también destacan que la terapia es eficaz en la reducción de recaídas en personas que sufrieron episodios depresivos (Teasdale et al., 2000; 2004), considerando que, tiene efecto sobre dos procesos fundamentales en la consolidación de estos episodios como son la tendencia a rumiar y la tendencia a evitar.

Los autores establecen una serie de ideas centrales en la MBCT. Una de ellas es que las emociones en sí mismas no son el problema, sino cómo reaccionamos ante ellas. Otra idea se centra en que la tendencia automática y natural de desprendernos de sentimientos desagradables suele generar mayor malestar. De esta manera, el mindfulness busca enseñar a ser más conscientes, afectuosos y compasivos. Por lo tanto, el mindfulness logra

que se obtenga el control sobre la atención y se pueda enfocar en sí mismo o el mundo sin una voz autocrítica, reduciendo la tendencia a amargarse o preocuparse continuamente (Teasdale et al., 2015).

El formato de la MBCT consta de una entrevista individual inicial y de ocho sesiones grupales, con cuatro sesiones de seguimiento en el año siguiente. Además, cuenta con un fuerte énfasis en la práctica de conciencia plena, se indican actividades para realizar seis de los siete días de la semana (Garay et al., 2015). El programa se compone de diversas técnicas, que pueden ser tradicionales de la meditación y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva, como la psicoeducación. El objetivo del entrenamiento es que los participantes logren ver los pensamientos y sentimientos como eventos de la conciencia, que puedan observarlos, pero sin reaccionar (Korman et al., 2012).

Muchas veces la duración del programa y el tiempo que conlleva implican una barrera de acceso para personas que estén interesadas en trabajar con atención plena. En consecuencia, han surgido intervenciones abreviadas de MBCT que se caracterizan por ser más ágiles y accesibles (Howarth et al., 2019). También ofrece mayor eficacia en términos de tiempo, del paciente y del clínico, en comparación con otras terapias con evidencia demostrada y presenta una alternativa para aquellos sujetos que se encuentran con síntomas depresivos leves o moderados, que algunas veces no son considerados prioridad (Burgess et al., 2021).

A su vez, se puede visualizar una creciente amplitud en las intervenciones que utilizan la atención plena, que varían desde protocolos estandarizados hasta visitas dirigidas por pares, aplicaciones y materiales de autoayuda (Russell y Siegmund, 2016). En consecuencia, hay una mayor aceptación de estas intervenciones por parte de la comunidad psicológica en general y del público. Esto podría explicarse por el aumento sostenido en la evidencia sobre su efectividad y por su amplia accesibilidad (Gkintoni et al., 2025).

Formulación del problema

La adultez emergente está caracterizada por cambios de diferente índole, como son la inestabilidad residencial, la exploración laboral, la diversidad en las trayectorias educativas y la reconstrucción de creencias consolidadas anteriormente, lo que genera inestabilidad y vulnerabilidad (Arnett, 2000). En esta etapa, se ha reportado una elevada prevalencia de diversos trastornos mentales, destacándose la depresión por su impacto y frecuencia (OMS,

2025), cuyos síntomas suelen emerger o mantenerse a lo largo de esta etapa del desarrollo (Cohen, 2019). Entre los factores que contribuyen a su inicio y persistencia, la rumiación se identifica como un proceso cognitivo central, al incrementar la vulnerabilidad para desarrollar sintomatología depresiva (Nolen-Hoekesema, 2000).

En este sentido, diversas investigaciones han evidenciado que la MBCT puede aplicarse en diversas poblaciones, tanto en personas con depresión activa como en remisión, generando efectos en el proceso de la rumiación (Teasdale et al., 2015). A pesar de la eficacia presentada, se observa una falta de estudios centrados específicamente en adultos emergentes en el contexto uruguayo, lo que justifica la necesidad de ampliar la evidencia científica en esta población.

Considerando lo mencionado y con base en los antecedentes expuestos, el presente proyecto tiene como objetivo implementar un programa de intervención abreviado de MBCT en adultos emergentes uruguayos para observar su influencia en los niveles de rumia y sintomatología depresiva.

Preguntas de investigación

1. ¿La aplicación de un programa de intervención abreviado de MBCT disminuye los niveles de rumia?
2. ¿La aplicación de un programa de intervención abreviado de MBCT disminuye los síntomas de depresión?
3. ¿La disminución en la rumia se asocia con una disminución en los síntomas de depresión?

Hipótesis

1. Se observará una reducción de los niveles de rumia en los participantes luego de finalizar el programa de intervención abreviado de MBCT.
2. Se presentará una reducción en los síntomas depresivos de los participantes luego de finalizar el programa de intervención abreviado de MBCT.
3. La disminución de la rumia en los participantes se asociará con una disminución en los síntomas depresivos al finalizar el programa de intervención abreviado de MBCT.

Objetivo

General:

- Estudiar el impacto de un programa de intervención abreviado de MBCT sobre los niveles de rumia y los síntomas depresivos en adultos emergentes uruguayos.

Específicos:

- Investigar cómo influye un programa de intervención abreviado de MBCT en los niveles de rumia.
- Investigar cómo influye un programa de intervención abreviado de MBCT en los síntomas depresivos.
- Observar si la disminución de la rumia se asocia con una disminución en los síntomas depresivos.

Métodos

Diseño

El estudio tendrá un diseño experimental que incluye una preprueba, una postprueba y un grupo control (Hernández-Sampieri et al., 2018). La intervención que se le realizará al grupo experimental consistirá en un programa de intervención abreviado de MBCT. El grupo control permanecerá en una primera instancia en una lista de espera, luego recibirá la misma intervención una vez finalizado el estudio.

Participantes

Se convocará a los participantes mediante redes sociales y canales oficiales de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar). También se crearán redes sociales específicas sobre la presente investigación donde se aportará información sobre el estudio y los modos por los cuales pueden inscribirse. El objetivo será conformar dos grupos que estén compuestos por 20 integrantes asignados al azar.

Los criterios de inclusión serán tener entre 18 a 29 años, es decir, ser adultos emergentes y residir en Montevideo, Uruguay. Los criterios de exclusión serán estar en tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico y tener un diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico grave, como por ejemplo trastornos psicóticos. El criterio de exclusión acerca de

los tratamientos tiene el objetivo de asegurar que si se observan mejoras en la rumia y los síntomas depresivos luego de la intervención, dichos cambios puedan atribuirse con mayor certeza a la intervención abreviada de MBCT y no a efectos asociados con otras intervenciones.

Instrumentos de medición

Serán utilizados los siguientes instrumentos aplicados pre y postintervención:

Uno de los instrumentos es el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), validado en España por Sanz et al. (2003). Consiste en un autoinforme compuesto por 21 ítems que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada ítem consta de cuatro alternativas que se ordenan de menor a mayor gravedad, y según cuál sea la elección se le asigna un puntaje que varía en el rango de 0 a 3 puntos. El inventario tiene un rango de puntuación total que puede variar entre 0 y 63 puntos.

El segundo instrumento que se utilizará es la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS) validado en España por Hervás (2008). El RRS es un cuestionario que evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo a través de 22 ítems con una escala Likert de cinco puntos que comprenden desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". La escala cuenta con un puntaje total que oscila entre los 22 y 110 puntos, a mayor puntaje hay una mayor tendencia a la rumiación.

Programa de intervención

Para llevar a cabo la investigación se va a utilizar un programa de intervención abreviado de MBCT desarrollado por Burgess, Selchen, Diplock y Rector en el 2021. El programa se caracteriza por poseer cinco sesiones, de dos horas semanales cada una, con ejercicios de meditación de diferente duración, variando entre 10 y 15 minutos. También, cuenta con actividades que incentivan la práctica diaria en casa, proporcionando hojas de registro e indicando ejercicios de meditación con una duración que oscila entre los 15 a 20 minutos. Estos ejercicios constan de cinco enfoques diferentes: acceder al cuerpo a través del movimiento con meditación de estiramiento, dar la bienvenida a la experiencia a través de la práctica formal de la meditación mediante una grabación, buscar la conciencia a lo largo del día, leer y reflexionar sobre los materiales y el contenido del programa y por último, elegir experiencias diarias para explorarlas mediante la atención plena.

El programa se centra principalmente en tres prácticas fundamentales de meditación: movimiento consciente, "cultivando conciencia" y momentos de conciencia. La primera consiste en una breve meditación de estiramiento en la que se busca ser consciente de las sensaciones corporales y de cuáles reacciones psicológicas provoca. La segunda busca la atención plena de la respiración, el cuerpo, el sonido, el pensamiento, la emoción y la conciencia abierta a través de meditaciones en movimiento y sentados, con una duración de 10 minutos. Por último, la tercera práctica consiste en meditaciones de breve duración que tienen como objetivo traer a conciencia la experiencia y habilitar una respuesta selectiva.

La intervención, a lo largo de las cinco sesiones, tiene como objetivo que los participantes logren una mayor conciencia, flexibilidad psicológica y la capacidad de elegir cómo vincularse con aquellas dificultades que son inevitables, logrando reducir la angustia que provocan. La primera sesión busca generar conciencia sobre los componentes fenomenológicos de la experiencia (las sensaciones emocionales y físicas, los impulsos, los pensamientos) para que se reconozcan las reacciones que provocan estos fenómenos. Se busca facilitar el desarrollo de nuevas interpretaciones cognitivas y formas de relacionarse con los fenómenos. Algunos ejercicios que se llevan a cabo son: meditación, indagación, debate, ejercicios de pizarra y con material escrito y ejercicios de inducción. Esta sesión tiene como objetivo que los participantes puedan reconocer que las emociones que se experimentan en situaciones específicas dependen de la interpretación que se haga sobre estas. En esta intervención se utiliza el ejercicio de inducción denominado "caminar descalzo por la playa". Este ejercicio tiene el propósito de evidenciar cómo a veces se añaden, de manera inadvertida, emociones negativas sobre el dolor debido a la manera en que nos vinculamos con él, perdiendo de vista aspectos más agradables de la experiencia. Finalmente, los participantes son introducidos a listas de "patrones de pensamiento" y "actividades mentales" como preocuparse, rumiar, juzgar, criticar, analizar, contar historias y controlar, identificando su vínculo con estados de angustia.

En la segunda sesión se continúa trabajando con lo abordado en la sesión anterior, profundizando la conciencia sobre la relación con los fenómenos a través de ejercicios de meditación, indagación, con pizarra y de discusión. Los ejercicios tienen el objetivo de que los participantes puedan observar las consecuencias que conlleva intentar evitar o suprimir emociones y pensamientos desagradables, ignorando toda información útil que aportan. De esta manera, se les presentan a los participantes las funciones adaptativas que tienen las emociones desagradables y cómo permitir que estén presentes puede generar que una

respuesta sea más flexible. Siguiendo esta línea, se busca introducir principios en relación con los pensamientos, como lo son: "los pensamientos no son hechos" y "nosotros no somos nuestros pensamientos". También se busca que los participantes reconozcan patrones de sobreestimación de amenaza y de autocrítica.

En la tercera sesión se exponen distintas formas de vincularse con la experiencia fenomenológica, enfatizando que las personas tienen la capacidad de elegir la manera en que responden ante lo que experimentan. Se introducen tres formas de interactuar con los fenómenos: el modo de protección, el modo de provisión y el modo de sintonía. El primero se caracteriza por una forma de relación con el peligro percibido, en el cual el enfoque se centra en salvarse a sí mismo o a los demás. El segundo modo se centra en buscar la satisfacción de necesidades. Por último, el modo de sintonía se caracteriza por la curiosidad, la apertura, la exploración, el juego, la aceptación, la amistad y la compasión. Estos diversos modos tienen el objetivo de lograr que los participantes visualicen sus patrones de relación y amplíen su repertorio de respuestas.

La cuarta sesión busca aplicar dicha información en aspectos experienciales de manera personal, haciendo uso de ejercicios como la meditación, la indagación y ejercicios que faciliten el reconocimiento de los patrones de relación que influyen en mayor medida en su sufrimiento y cuáles son susceptibles de cambio.

La quinta y última sesión consiste en la consolidación del aprendizaje experiencial y en el fortalecimiento de la práctica consciente. Sus objetivos son reforzar la conciencia, la flexibilidad y la elección al relacionarse con la experiencia.



Figura 1: Temas abordados en cada sesión.

Nota. Elaboración propia.

Procedimiento

En principio, se acordará con los participantes una instancia presencial de encuentro entre ellos y los investigadores con el objetivo de generar un primer acercamiento y poder evacuar dudas. De esta manera, se procederá a leer la hoja de información sobre la investigación que se va a realizar y se les proporcionará el consentimiento informado para que puedan firmar. Posteriormente, se les administrarán los instrumentos de medición a los 40 participantes, que son: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de Respuestas Rumiativas (RRS).

Luego, se procederá a iniciar, con uno de los grupos, el programa de intervención abreviado de MBCT, que consta de cinco sesiones grupales. Por otra parte, a los participantes del grupo control se les informará que se mantendrán en una lista de espera.

Posteriormente, a ambos grupos se les volverá a aplicar, una vez finalizada la intervención, los instrumentos de medición anteriormente nombrados, con el objetivo de comparar los

resultados con los que se obtuvieron inicialmente. Para finalizar, se procederá con el programa de intervención abreviado de MBCT con el grupo control.

Análisis de datos

Para el análisis de datos de esta investigación se utilizará el programa RStudio con lenguaje en R, con la versión 2025.05.1+513. Se van a realizar en primera instancia los análisis descriptivos de la muestra. Cuando se cumplan los criterios de normalidad y homocedasticidad, se utilizará estadística paramétrica. En caso de que no se cumplan, se utilizará estadística no paramétrica.

Asumiendo que la distribución de los datos sea normal, para testar la primera y segunda hipótesis, se utilizará un ANOVA de medidas repetidas con el factor entre sujetos (between groups) siendo el grupo (grupo experimental vs. grupo control) y el factor dentro de los sujetos (within groups) el tiempo (pre vs. post). De esta manera, se evaluará el efecto principal del grupo, del tiempo, y la interacción grupo y tiempo. Si en el ANOVA se encuentran diferencias significativas, se realizarán análisis poshoc. Para testear la tercera hipótesis, se utilizará una correlación de Pearson.

Consideraciones éticas

Para realizar el proyecto se comenzará con la autorización del Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Psicología de la Udelar. Se seguirá con lo establecido en el Decreto 158/019 en referencia a la investigación en seres humanos, enfatizando lo referido a los principios éticos fundamentales, valorando los riesgos y beneficios de la investigación, proporcionando una hoja de información y el consentimiento informado a los participantes. De este modo, se les informará a los voluntarios que la participación es libre, voluntaria y anónima, y que podrán desistir de participar en la investigación en cualquier etapa y no se les proporcionará ningún incentivo ni compensación por su participación. El presente proyecto también se registrará por lo establecido en el capítulo X sobre investigaciones del Código de Ética Profesional del Psicólogo, contemplando los principios éticos de respeto y dignidad para proteger los derechos y el bienestar de los participantes, asumiendo la responsabilidad de los posibles perjuicios que pueda generar la investigación. Debido a esto, el grupo control obtendrá la misma intervención que el otro grupo una vez finalizada la investigación. En consecuencia, se garantizará la confidencialidad, seguridad e

integridad de los datos personales recabados, asegurando que se cumpla con lo establecido en la Ley 18.331 sobre protección de datos personales.

Cronograma de ejecución

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9
Revisión del diseño de la investigación									
Difusión y convocatoria									
Mediciones pre-intervención									
Intervención									
Mediciones post-intervención									
Intervención al grupo control									
Análisis de datos									
Interpretación de los resultados									
Redacción de informe y comienzo de escritura de manuscrito para publicación									
Presentación en actividades académicas									

Resultados esperados y plan de difusión

Al finalizar la intervención, se espera observar una disminución en los niveles de rumia y en la sintomatología depresiva de los participantes, independientemente de los niveles iniciales. A su vez, se estima que la intervención les brinde a los participantes herramientas relacionadas con la flexibilidad de respuesta, la manera en que interpretan la experiencia, el estar presentes y conscientes de la importancia de los diferentes componentes fenomenológicos.

El plan de difusión va a consistir inicialmente en publicar los resultados en una revista científica y se realizará la presentación en actividades académicas que se consideren pertinentes. Asimismo, se realizará una exposición sobre la investigación realizada en la Facultad de Psicología de la Udelar.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. Arlington, VA: Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood: A *Theory of Development from the Late Teens through the Twenties*. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). *The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health*. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). *A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression*. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(2), 380–398. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1007/s41811-021-00105-x>
- Cohen, J. R., Thomsen, K. N., Racioppi, A., Ballespi, S., Sheinbaum, T., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2019). *Emerging Adulthood and Prospective Depression: A Simultaneous Test of Cumulative Risk Theories*. *Journal of Youth & Adolescence*, 48(7), 1353–1364. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1007/s10964-019-01017-y>
- Epkins, C. C., Gardner, C., & Scanlon, N. (2013). *Rumination and Anxiety Sensitivity in Preadolescent Girls: Independent, Combined, and Specific Associations with Depressive and Anxiety Symptoms*. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 35(4), 540–551. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1007/s10862-013-9360-7>
- Foroughi, A., Sadeghi, K., Parvizifard, A., Parsa Moghadam, A., Davarinejad, O., Farnia, V., & Azar, G. (2019). *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with*

treatmentresistant depression. Trends Psychiatry Psychother. Jun;42(2):138-146.
doi: 10.1590/2237-6089-2019-0016.

Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. G. (2015). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Mbct) and the "Third Wave" of Cognitive-Behavioral Therapies (Cbt)*. Vertex (Buenos Aires, Argentina), 26(119), 49–56.

Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Clinical Practice: A Systematic Review of Neurocognitive Outcomes and Applications for Mental Health and Well-Being*. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1703. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.3390/jcm14051703>

Global Burden of Disease (2021) *GBD Compare*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Hayes, S. C. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article*. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885.
<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/j.beth.2016.11.006>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.

Hervás Torres, G. (2008). *Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111–121.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4054>

Howarth, A., Smith, J. G., Perkins-Porras, L., & Ussher, M. (2019). *Effects of Brief Mindfulness-Based Interventions on Health-Related Outcomes: a Systematic Review*. *Mindfulness*, 10(10), 1957–1968.
<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1007/s12671-019-01163-1>

Jesús Sanz, Antonio Luis Perdigón, & Carmelo Vázquez. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y Salud. Investigación Empírica En Psicología*, 14(3), 249–280.

- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: Donde quiera que vayas, ahí estás*. Paidós.
- Keegan, E., & Holas, P. (2010). Cognitive-behavior therapy: Theory and practice. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research* (pp. 605–630). Springer Publishing Company.
- Korman, G. P., & Garay, C. J. (2012). *El modelo de Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness)*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21(1), 5–13.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, S. K. (2015). *Thinking about rumination: the scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema*. Annual review of clinical psychology, 11, 1–22. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112733>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). *Respuestas a la depresión y sus efectos en la duración de los episodios depresivos*. Journal of Abnormal Psychology, 100 (4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(1), 31–40.
- MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments*. Psychology Research & Behavior Management, 9, 125–132. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.2147/PRBM.S63949>
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). *Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84(2), 230–236. doi:10.1348/147608310x520166
- Munshi, K., Eisendrath, S., & Delucchi, K. (2012). *Preliminary Long-Term Follow-up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy-Induced Remission of Depression*. Mindfulness, 4(4), 354–361. doi:10.1007/s12671-012-0135-0

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. Journal of abnormal psychology, 109(3), 504.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Diferencias de género en la depresión*. Current Directions in Psychological Science , 10 (5), 173-176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). *Rethinking Rumination*. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400–424. <http://www.jstor.org/stable/40212262>
- Organización Mundial de la Salud (2017, marzo 30). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de mala salud*. <https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- Organización Mundial de la Salud (2025, agosto 29). *Trastorno depresivo (depresión)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *La carga de los trastornos mentales*. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud (2025). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depression>
- Rebecca A. Burwell y Stephen R. Shirk (2007) *Subtipos de rumiación en la adolescencia: asociaciones entre la melancolía, la reflexión, los síntomas depresivos y el afrontamiento*, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36: 1, 56-65, DOI: 10.1080 / 15374410709336568To enlace a este artículo: <https://doi.org/10.1080/15374410709336568>
- Russell, T. A., & Siegmund, G. (2016). *What and who? Mindfulness in the mental health setting*. BJPsych Bulletin, 40(6), 333–340. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1192/pb.bp.116.054122>

- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., & Sørensen, L. (2020). *The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial*. BMC Psychology, 8(1). doi:10.1186/s40359-020-00417-1
- Schwartz, S. J. (2016). *Turning Point for a Turning Point: Advancing Emerging Adulthood Theory and Research*. *Emerging Adulthood*, 4(5), 307–317. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1177/2167696815624640>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión* (2.^a ed.). Desclée de Brouwer.
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). *Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression*. *Emotion* (Washington, D.C.), 1(1), 25–37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Tanner, J. L. (2006). Recentering during emerging adulthood: A critical turning point in life span human development. En J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 21–55). American Psychological Association. <https://www.jenniferltanner.com/docs/EmergingAdultsinAmerica.pdf>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003) *Rumiación reconsiderada: un análisis psicométrico*. *Terapia cognitiva e investigación*. 27 , 247–259 <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Tseng, H.-W., Chou, F.-H., Chen, C.-H., & Chang, Y.-P. (2023). *Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 20(2), 1555. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.3390/ijerph20021555>

- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). *The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial*. *Psychological Medicine*, 42(05), 989–1001. doi:10.1017/s0033291711002054
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Peffer, K., & Speckens, A. E. M. (2015). *Long-term outcome of mindfulness-based cognitive therapy in recurrently depressed patients with 53 and without a depressive episode at baseline*. *Depression and Anxiety*, 32(8), 563– 569. doi:10.1002/da.22369
- Winnebeck, E., Fissler, M., Gärtner, M., Chadwick, P., & Barnhofer, T. (2017). Brief training in mindfulness meditation reduces symptoms in patients with a chronic or recurrent lifetime history of depression: A randomized controlled study, *Behaviour Research and Therapy*. doi: 10.1016/j.brat.2017.10.005
- Watkins, ER y Nolen-Hoeksema, S. (2014). *Un marco de hábito-meta para la rumiación depresiva*. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 24–34. <https://doi.org/10.1037/a0035540>