

**EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**

Luis Borao Zabala

Daniel Campos Bacas

Yolanda López del Hoyo

Mayte Navarro-Gil

Héctor Morillo

Manuel González Panzano

[iborao@gmail.com](mailto:iborao@gmail.com)

Mindfulness, social cognition, affective symptomatology

**RESUMEN**

Un beneficio de mindfulness podría referirse al tratamiento psicoterapéutico de pacientes con esquizofrenia (EZ) y estados mentales de alto riesgo por su relación con el deterioro de la cognición social (CS). Además, las deficiencias en CS se reconocen como características centrales de la enfermedad en los trastornos psicóticos y afectivos, como son la EZ y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). El objetivo del estudio fue investigar predictores significativos de sintomatología afectiva en muestras de EZ, TOC y controles sanos. La muestra fue de 91 participantes (EZ = 30; TOC = 31; controles = 30) con una media de edad de 43,37 años (DT=11,50), 45 eran hombres y 46 mujeres. Los participantes completaron los siguientes instrumentos: *Eyes Test* (reconocimiento emocional); *Hinting Task* (teoría de la mente); *Ambiguous Intentions and Hostility Questionnaire* (AIHQ, estilo atribucional); el Índice de reactividad interpersonal (IRI) (empatía); MAAS (mindfulness rasgo), FFMQ-SF (facetas de mindfulness) y el HADS (sintomatología afectiva). Los resultados de la regresión jerárquica mostraron predictores significativos de la sintomatología afectiva: del AIHQ la subescala del sesgo de Ira (AS) ( $\beta=0.235$ ) y de Intencionalidad (IS) ( $\beta=0.247$ ), del FFMQ la subescala de no reactividad ( $\beta=-0.246$ ) y la de no juicio ( $\beta=-0.176$ ), la MAAS ( $\beta=-0.31$ ) y la *Hinting Task* ( $\beta=0.23$ ). Los análisis de mediación mostraron la variable de teoría de la mente (*Hinting Task*), como mediadora significativa de la psicopatología y la sintomatología afectiva. En conclusión, los resultados de este estudio señalan el papel de las habilidades de mindfulness y CS en la predicción de sintomatología afectiva.

# **EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**

## **INTRODUCCIÓN**

Mindfulness se define habitualmente como el tipo de consciencia que surge al prestar atención de un modo particular; con propósito, al momento presente y sin juzgar (Kabat-Zinn, 2018).

La cognición social (CS) es un tipo de procesamiento de la información social, en particular su codificación, almacenamiento, recuperación y aplicación en situaciones sociales (Cacioppo, et al., 2000); se encuentran en ella cuatro dominios que incluyen (i) procesamiento de emociones, (ii) percepción social, (iii) teoría de la mente (TM) /atribución del estado mental (TM) y (iv) estilo/sesgo atribucional (Pinkham, 2014). La CS se encuentra alterada en pacientes psiquiátricos, como es en el caso de la EZ y del TOC (Melloni et al., 2013). Los estudios muestran, además, una correlación positiva entre los dominios de CS y los síntomas afectivos, especialmente con la ansiedad y depresión, en este tipo pacientes (Vrbova et al., 2018). En este sentido, las Intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) han demostrado ser eficaces para el tratamiento de EZ y TOC, así como para la mejora en variables de CS, señalando la utilidad de mindfulness en estos contextos y su posible relación con cognición social (Langer et al., 2017; Zou et al., 2018).

El objetivo del estudio fue investigar predictores y mediadores significativos de sintomatología afectiva en muestras de EZ, TOC y controles sanos, esperando tanto que los constructos de mindfulness y de la CS estuviesen implicados.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra total reclutada fue de 91 participantes (EZ = 30; TOC = 31; Control Sano = 30). La media de edad fue de 43,37 años (DT=11,50), con rangos entre los 21 y 69 años, de los cuales 45 eran hombres y 46 mujeres. La mayoría de los participantes estaban solteros (N = 50; 54,9%), seguidos de los casados (N= 32; 35,5%), siendo los separados y divorciados menos numerosos (N=7; 7,7%) y los viudos (N=2; 2,2%). Atendiendo al nivel educacional, 30 participantes tenían finalizados estudios universitarios (33,3%), 30 estudios primarios (33,3%), 27 estudios secundarios (29,7%) y 4 no tenían estudios formales, pero sabían leer y escribir. Del total de muestra, 45,1% trabajaban a tiempo completo (N=41), 25,3 estaban desempleados (n=41), 25,3% tenían alguna discapacidad (n=41) y el 4,4% estaban jubilados (n=4).

# EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA

## INSTRUMENTOS

Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001; Fernández-Abascal, et al., 2013). Se utiliza para medir el reconocimiento de emociones, a través de 36 fotografías con diferentes rostros. Los puntajes varían de 0 a 36. Permite medir la inteligencia social adulta y muestra fiabilidad y estabilidad.

Hinting Task (Corcoran et al., 1995). Se administró para medir la teoría de la mente. Esta tarea se utiliza habitualmente para evaluar la capacidad de los encuestados para inferir la verdadera intención detrás de las expresiones indirectas en diez pasajes cortos que reflejan una interacción entre dos personajes. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 20, y muestra sólidas propiedades psicométricas en la versión en castellano (Corcoran et al., 1995; Gil et al., 2012; Greig et al., 2004).

Ambiguous Intentions and Hostility Questionnaire (AIHQ) (Combs et al., 2007). Se utilizó para medir el estilo atribucional. Evalúa sesgos sociocognitivos hostiles mediante 15 viñetas cortas que reflejan situaciones negativas en las que se varía en la intencionalidad; intencional, accidental o ambigua. Con ello se obtienen las subescalas de los sesgos; sesgo de hostilidad (AIHQ-HB), sesgo de intencionalidad (AIHQ-IS), sesgo de ira (AIHQ-AS), sesgo de culpa (AIHQ-BS) y sesgo de agresividad (AIHQ-AB). Tiene buena consistencia interna y confiabilidad.

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Davis, 1980, 1983; Pérez-Albéniz et al., 2003). Utilizada para medir empatía, con 28 ítems en una escala Likert entre 0 y 4. Mide 4 componentes de la empatía: fantasía (F), toma de perspectiva (TP), preocupación empática (PE) y angustia personal (AP). Muestra buenas propiedades psicométricas, similares a la versión original.

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Soler et al., 2012). Es una escala de 15 ítems que evalúa la capacidad disposicional (el rasgo) del individuo para estar consciente durante cada momento del día (Brown y Ryan, 2003; Soler et al., 2012). Registra unas buenas propiedades psicométricas.

Short form of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-SF) (Aguado et al., 2015; Baer et al., 2006; Baer et al., 2008; Cebolla et al., 2012). Versión corta de 24 ítems del FFMQ que evalúa cinco facetas diferentes de la atención plena; observación, descripción, actuar con consciencia, no juzgar la experiencia interna y no reactivarse ante la experiencia interna. Se muestra como instrumento fiable y válido.

## **EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Pallant y Tennant, 2007; Zigmond y Snaith, 1983). Se utilizó para medir la sintomatología afectiva. Es un autoinforme de 14 ítems medidos en una escala Likert de 4 puntos que evalúa los síntomas de ansiedad y depresión (subescalas). Ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto para muestras psiquiátricas como sanas (Tejero et al., 1986; Terol et al., 2007).

### **RECLUTAMIENTO Y PROCEDIMIENTO**

Los pacientes diagnosticados de EZ fueron reclutados de varios dispositivos de salud, como el servicio de agudos del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza, España) y el Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza, España). Los pacientes diagnosticados de TOC fueron reclutados en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) (Barcelona, España), y el grupo de controles sanos estaba compuesto por voluntarios sanos de la comunidad sin enfermedad psiquiátrica o neurológica. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

En primer lugar, se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos para investigar los predictores significativos de la SA (puntuación total de HADS). El grupo (Controles Sanos <TOC <EZ) se ingresó en el Paso 1. Los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, ocupación) se ingresaron en el Paso 2. En el Paso 3, se introdujeron el resto de las medidas: la puntuación total de la *Eyes Test*, *Hinting Task*, las subescalas del AIHQ y del IRI, así como el MAAS y el FFMQ. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de mediación utilizando el enfoque *bootstrapping* de Preacher y Hayes (2004) para investigar mediadores significativos de la relación entre la condición experimental (Controles Sanos <TOC <EZ) y la sintomatología afectiva (HADS). Los efectos indirectos, totales, directos y los coeficientes de regresión no estandarizados se estimaron ejecutando 5000 Intervalos de Confianza del 95% de *bootstrap* corregidos por sesgo, que no deberían contener 0 para ser significativos. Los análisis de datos se realizaron utilizando IBM SPSS *Statistics* 23.0 para Windows.

# EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA

## RESULTADOS

Los datos sociodemográficos de la muestra para cada grupo se presentan en la Tabla 1. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables sociodemográficas (género, nivel educativo y empleo), excepto en la edad.

**Tabla 1. Datos Sociodemográficos de la muestra**

	<b>EZ</b> <b>n = 30</b>	<b>TOC</b> <b>n = 31</b>	<b>Controles</b> <b>Sanos</b> <b>n = 30</b>	<b>Estadísticos</b>
<b>Edad</b>				$F_{(2,89)} = 2,251$
Media (SD)	43,60 (10,82)	40,17 (11,95)	46,37 (11,22)	$p = 0,111$
<b>Sexo, n (%)</b>				
Hombre	18 (60%)	20 (64,5%)	7 (23,3%)	$\chi^2_{(6)} = 12,337$
Mujer	12 (40%)	11 (35,5%)	23 (76,7%)	$p < ,010$
<b>Educación, n (%)</b>				
Sin estudios	3 (10%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)	$\chi^2_{(6)} = 29,941$
Primarios	15 (50,0%)	7 (22,6%)	8 (26,7%)	$p < 0,001$
Secundarios	11 (36,7%)	13 (41,9%)	3 (10,0%)	
Universitarios	1 (3,3%)	10 (32,3%)	19 (63,3%)	
<b>Estado Civil, n (%)</b>				
Soltero/a	27 (90,0%)	16 (41,9%)	7 (23,3%)	$\chi^2_{(6)} = 29,609$
Casado/a	1 (3,3%)	13 (51,6%)	18 (60,0%)	$p < 0,001$
Divorciado/a	2 (6,7%)	1 (3,2%)	4 (13,3%)	
Enviudado/a	0 (0,0%)	1 (3,2%)	1 (3,3%)	
<b>Situación Laboral</b>				
Desempleado/a	10 (33,3%)	11 (32,5%)	2 (6,7%)	$\chi^2_{(6)} = 38,791$
Empleado/a	6 (20,0%)	9 (29,0%)	26 (86,7%)	$p < 0,001$
Jubilado/a	0 (0,0%)	2 (6,5%)	2 (6,7%)	
Incapacitado/a	14 (46,7%)	9 (29,0%)	0 (0,0%)	

Nota: SD = Desviación Típica. EZ = Esquizofrenia. TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo

## EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA

Los resultados del análisis de regresión mostraron predictores significativos de la sintomatología afectiva (puntuación total de HADS). El modelo final obtenido se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2. Análisis de regresión con predictores significativos de la sintomatología Afectiva**

Predictores	B	SE B	$\beta$
Grupo	4,461	0,887	0,417***
AIHQ AS	0,177	0,082	0,235*
No reactividad (FFMQ-SF)	-0,488	0,141	-0,246**
MAAS	-3,135	0,718	-0,310***
AIHQ IS	0,180	0,080	0,247**
<i>Hinting Task</i>	0,469	0,169	0,230**
No Juzgar (FFMQ-SF)	-0,402	0,165	-0,176*

Nota: La variable dependiente es el HADS. B, coeficiente no estandarizado (beta). SE B = Error estándar de Beta;  $\beta$ = coeficiente estandarizado (beta).  $R^2=,674$ ;  $SEM=5,211$ ;  $\Delta R^2 =,027$ ; \*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$ \*\*\*  $p < ,001$ .

El modelo de mediación obtenido se muestra en la Figura 1. Se encontró un efecto indirecto significativo del grupo experimental (Controles Sanos <TOC <EZ) sobre la sintomatología afectiva (puntuación total de HADS) a través de TM (*Hinting Task*) (coeficiente de efecto indirecto = -1,20; IC del 95% [-2,41, -27]). Tanto el efecto total,  $c = 3,89$ ,  $t = 3,55$ ,  $p < 0,001$ , como el efecto directo  $c' = 3,94$ ,  $t = 4,29$ ,  $p < 0,001$ , fueron significativos. No se encontraron efectos indirectos significativos para otras variables del estudio.

# EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA

Figura 1

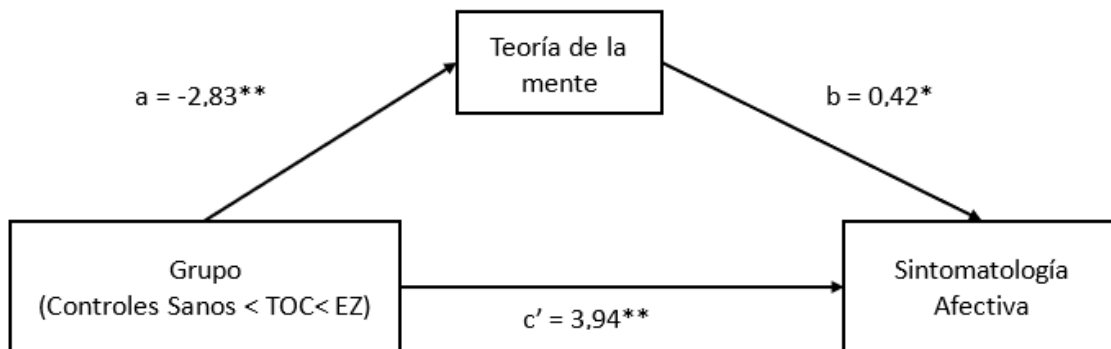


Figura 1. Modelo de mediación sobre la relación entre el grupo experimental. (Controles Sanos > TOC > EZ) y la sintomatología Afectiva (HADS). Notas: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$ .  $a \times b$  = efectos indirectos;  $c'$  = efectos directos ajustados por el tamaño del efecto.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era explorar predictores y mediadores significativos de la sintomatología afectiva. En primer lugar, los resultados mostraron predictores significativos de sintomatología afectiva. En concreto, se sugiere que parte de la sintomatología afectiva se puede predecir gracias a los constructos de mindfulness (Reactividad, Juicio y Mindfulness disposicional), los factores de la TM (intencionalidad e ira), y el padecer alguna enfermedad psiquiátrica (TOC y EZ). En segundo lugar, los resultados del análisis de mediación sugieren una relación significativa entre la condición experimental y la sintomatología afectiva, confirmándose la hipótesis de una gradación entre controles sanos, TOC y EZ. Por tanto, se observa una menor puntuación para la ansiedad y depresión (síntomas afectivos) en los controles sanos, seguidos del TOC para finalmente tener un peor pronóstico en el grupo con EZ; pero además se encuentra que esta diferenciación está mediada por la TM, siendo esta la única variable que permanece como mediador significativo. Los hallazgos señalan que mindfulness y CS están relacionados con la sintomatología afectiva en muestras de TOC, EZ y controles sanos.

Además, consideramos que estos resultados podrían sugerir que las IBM podrían influir en las habilidades de la TM, dominio relevante de la CS, y que estas modificaciones podrían incidir en la mejora de la SA. No obstante, nos encontramos con un primer estudio exploratorio, en el que no se estimó un tamaño mínimo de la muestra y ésta no se recogió mediante un muestreo de aleatorización simple.

## **EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**

Se requieren futuros estudios que tengan en cuenta estos aspectos metodológicos, así como estudios longitudinales y estudios controlados aleatorizados para poder determinar con mayor fuerza la causalidad de las asociaciones mostradas. No obstante, los datos de este trabajo muestran la utilidad preliminar de explorar los conceptos de mindfulness y CS en la mejora de la salud mental.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Aguado, J., Luciano, J. V., Cebolla, A., Serrano-Blanco, A., Soler, J., & 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(MAR), 404. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00404>

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The Reading the Mind in the Eyes; Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.

Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Sheridan, J. F. & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843.

Cebolla, A., Campos, D., Galiana, L., Oliver, A., Tomás, J. M., Feliu-Soler, A., ... Baños, R. M. (2017). Exploring relations among mindfulness facets and various meditation practices: Do they work in different ways? *Consciousness and Cognition*, 49, 172–180. <https://doi.org/10.1016/J.CONCOG.2017.01.012>

Cebolla, A., García-Palacios, a., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry* (Vol. 26).

Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., & García-Campayo, J. (2017). Psicología positiva contemplativa: Integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 12. <http://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>

Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive



## **EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**

biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(2), 128–143.  
<https://doi.org/10.1080/13546800600787854>

Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17, 5–13. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G)

Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. Retrieved from [https://www.uv.es/friasnav/Davis\\_1980.pdf](https://www.uv.es/friasnav/Davis_1980.pdf)

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

Fernández-Abascal, E. G., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., & Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the ‘Reading the Mind in the Eyes’ test: a one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4, 33. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-33>

Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptation of the Hinting Task theory of the mind test to Spanish. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5(2), 79–88.

Greig, T. C., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2004). Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(1), 12-18.

Kabat-Zinn, J. (2018). *Meditation Is Not What You Think: Mindfulness and Why It Is So Important*. Hachette Books

Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., ... & Villar, M. J. (2017). The effect of an MBI in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample. *Trials*, 18(1), 233.

Melloni, M., Sedeño, L., Couto, B., Reynoso, M., Gelormini, C., Favaloro, R., ... & Ibanez, A. (2013). Preliminary evidence about the effects of meditation on interoceptive sensitivity and social cognition. *Behavioral and Brain Functions*, 9(1), 47.

Pallant, J. F., & Tennant, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 1-18.

Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P., & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267–272.

## **EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**

Pinkham, A. E. (2014). Social cognition in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*.

Preacher, K. J., & Hayes, A. (2004). SPSS and SAS macros for bootstrapping indirect effects in multiple mediator models. Retrieved August, 17, 2006.

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Sol, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., ... Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). (Spanish). *Psychometric Properties of Spanish Version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*. (English), 40(1), 19–26.

Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., & Peri, J. M. (1986). Clinical use of HADS in psychiatric samples: a sensitivity, reliability and validity study. *Rev Dep Psiquiatr Fac Med Barc*, 13, 233-238.

Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A., & Reig, M. T. (2007). Propiedades Psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) En Población Española. *Ansiedad y Estrés*, 13.

Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Slepecky, M., & Ociskova, M. (2018). Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits—a cross-sectional study. *Neuroendocrinology Letters*, 39(1).

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zou, L., Yeung, A., Quan, X., Hui, S. S. C., Hu, X., Chan, J. S., ... & Wang, H. (2018). Mindfulness-based Baduanjin exercise for depression and anxiety in people with physical or mental illnesses: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 321.

# **EXPLORANDO EL PAPEL DE MINDFULNESS Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA**