



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Y LOGOPEDIA

## Revisión teórica sobre la terapia cognitiva basada en atención plena aplicada a la depresión

Trabajo Fin de Grado de María Teresa Carrasco Barrios,  
tutorizado por María del Carmen Rodríguez Naranjo

### Resumen

Las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación significan un avance en la explicación y tratamiento de los problemas psicológicos respecto a las anteriores generaciones. De estas nuevas terapias destaca el concepto de Atención Plena, que es central en la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena, consistente en la aceptación de los síntomas en lugar de la búsqueda del control y eliminación de los mismos. El objetivo de este trabajo es la comparación de esta terapia con otros tratamientos estandarizados en la intervención y mantenimiento de la depresión unipolar, los episodios depresivos en el trastorno bipolar y la depresión con síntomas psicóticos. Los resultados de este estudio indican que la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena es una terapia eficaz y que presenta ventajas respecto a otros tratamientos, incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas y psicológicas.

*Palabras clave:* Terapia Cognitiva basada en Atención Plena, Eficacia, Depresión unipolar, Depresión bipolar, Depresión psicótica.

### Introducción a las terapias cognitivo-conductuales aplicadas a la depresión

La depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, considerándose la principal causa mundial de discapacidad y uno de los factores que más contribuyen a la morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2017). Según documenta la misma fuente, la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%), aumentando la tasa de prevalencia a partir de los 55 años de edad.

Kessler et al. (2005) afirman que en Estados Unidos un 16,2% de las personas habían presentado depresión mayor en algún momento de su vida, siendo la prevalencia-año de 6,6%. La prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida de 10,6% y una prevalencia-año de 4,0%, destacando una menor edad de inicio y mayores tasas de comorbilidad y cronicidad (Alonso et al., 2004). Según Kessler, Zhao, Blazer y Swartz (1997), el 75% de las personas con este trastorno volverán a presentar un segundo episodio y aquellas que hayan presentado un segundo episodio poseen un riesgo de recaída en torno al mismo porcentaje (Elkin et al., 1989). De este modo, este diagnóstico psicológico es cada vez más frecuente (Bernardo, 2000), lo que ha llevado a utilizar y mantener la denominación de “la época de la depresión” de Klerman y Weissman desde 1989 hasta la actualidad (OMS, 2017) para referirse a la extensión de esta problemática. También se afirma que sigue siendo la era de los antidepresivos al destacar la psicofarmacología como el principal tratamiento empleado tanto en el pasado como en estos momentos para la depresión (Healy, 1997; OMS, 2017).

Dentro del término depresión se engloban varios trastornos. En primer lugar se encuentra la depresión unipolar (Pérez & García, 2011), que se corresponde con el episodio depresivo según el CIE-10 (OMS, 1992) y el trastorno depresivo mayor según el DSM-5 (American Psychiatric Association o APA, 2013). Aunque con frecuencia algunos autores también incluyen la distimia, entre otras categorías, en este trabajo se considerará lo afirmado en la frase anterior. La sintomatología de la depresión unipolar se puede clasificar en cinco categorías, indicadas en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
Sintomatología de la depresión unipolar (Tomado de Ortiz-Tallo, 2013)

Síntomas	Descripción
Afectivos y emocionales	Descenso en el estado de ánimo, que se puede manifestar, por ejemplo, como desesperanza, pesimismo o abatimiento emocional. También se puede presentar como irritabilidad o inestabilidad, especialmente en niños. Otros síntomas son la disforia, anhedonia, sentimientos de soledad, de incapacidad, de culpa y de fracaso.
Cognitivos	Problemas de atención y memoria, ralentización y reducción de pensamientos, confusión de ideas, incremento de la atención centrada en los estímulos negativos y en sí mismo, valoración negativa de sí mismo, de los otros, del mundo y del futuro. Son destacables los pensamientos obsesivos o rumiaciones.
Conductuales	Disminución de la actividad motora, lentitud psicomotora y en la respuesta verbal, baja intensidad de la voz, postura encorvada, reducción del contacto visual. Destaca la escasez de actividades reforzantes.
Motivacionales	Apatía, indiferencia, aburrimiento, incapacidad para experimentar placer y dificultad en la toma de decisiones.
Somáticos	Dolores y molestias musculares y de cabeza, destacando las molestias abdominales. Son también frecuentes la sequedad de boca, la visión borrosa, los problemas de sueño, la pérdida de apetito, la disminución del deseo sexual y la falta de energía.

En la depresión destacan las recaídas, pues como ya se mencionó anteriormente, el porcentaje de la población que vuelve a presentar un segundo episodio es muy elevado (Kessler et al., 1997). Una de las hipótesis que explican la recaída en la depresión se centra en la asociación existente entre el estado de ánimo bajo y las rumiaciones, es decir, los patrones de pensamientos negativos repetidos (Teasdale, 1988). De esta manera, según la hipótesis de la activación diferencial de Teasdale (1988), en situaciones de estado de ánimo bajo los patrones de pensamiento disfuncionales se activarán con mayor probabilidad, lo que generará un nuevo episodio depresivo debido a estos mecanismos de asociación, que además se retroalimentan. Nolen-Hoeksema (1991) apoya esta hipótesis al señalar la existencia de datos que demuestran que el estilo de respuesta rumiativo puede mantener la depresión. Por consiguiente, esta hipótesis explica la auto-perpetuación de los ciclos depresógenos, por lo que Teasdale (1999) señala que la prevención de recaídas debe centrarse en la relación entre los sentimientos y pensamientos, así como en el bloqueo de la rumiación.

En segundo lugar, la depresión también hace referencia al episodio depresivo que se alterna con episodios maníacos en el trastorno bipolar, utilizándose el término “depresión bipolar” para referirse a los episodios depresivos del trastorno bipolar (Pérez & García, 2011). En esta categoría se incluye el trastorno bipolar tipo I y tipo II, siendo la diferencia entre ellos la presencia de un episodio maníaco o mixto para el diagnóstico del trastorno bipolar I, y la no existencia de dichos episodios pero sí de un episodio hipomaníaco para el diagnóstico del trastorno bipolar tipo II (Becoña & Lorenzo, 2011). En este trabajo se utilizará la expresión “depresión bipolar” para hacer referencia al episodio depresivo en el

marco del espectro bipolar, según los criterios en CIE-10 (OMS, 1992) y para referirse al episodio depresivo mayor en DSM-5 (APA, 2013) que se presenta igualmente en el marco del trastorno bipolar, sea de tipo I o de tipo II. Respecto a la sintomatología de los trastornos bipolares, el aspecto fundamental es el estado de irascibilidad, hiperactividad e intromisión en la vida de otras personas (OMS, 1992). No se plasmarán en este trabajo los síntomas del trastorno bipolar, ya que el objeto de estudio es la depresión bipolar, la cual presenta las mismas características mencionadas en la depresión unipolar.

En tercer y último lugar, se empleará la expresión “depresión psicótica” para referirse a la depresión unipolar que cursa con síntomas psicóticos. Según Pérez y García (2011), la categoría de “depresión unipolar” incluye los episodios depresivos con síntomas psicóticos, pero en este trabajo se diferenciará esta categoría debido a la complejidad que añade la presencia de estos síntomas en el tratamiento de la depresión (Ostergaard et al., 2012). Es también necesario especificar que esta categoría no incluirá el episodio depresivo con síntomas psicóticos que se puede presentar en el trastorno bipolar. De este modo, la categoría que se empleará en este trabajo bajo la nomenclatura de “depresión psicótica” hace referencia al episodio depresivo grave con síntomas psicóticos según CIE-10 (OMS, 1992) y el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos según el DSM-5 (APA, 2013). Por tanto, la sintomatología de la depresión psicótica será la misma que la que presenta la depresión unipolar, con la particularidad de la existencia de síntomas psicóticos, lo cual tiende a agravar y cronificar el cuadro depresivo (Gaudiano, Dalrymple & Zimmerman, 2009; Goldberg & Harrow, 2004).

Para el tratamiento de estos trastornos se utiliza hoy en día un amplio repertorio de aproximaciones, dentro de las cuales destacan las terapias cognitivo-conductuales (Ostergaard et al., 2012). A continuación se ofrece un resumen de su evolución y características principales.

El desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales se ordena en tres generaciones u olas, todas ellas caracterizadas por la fundamentación en principios y procedimientos validados empíricamente (Hayes, 2004). Este autor explica que la *primera generación* surge alrededor de 1950, como una alternativa al psicoanálisis, el cual buscaba las causas de la conducta problemática en estructuras subyacentes y conflictos internos. Así, esta *primera generación* presenta como idea básica que toda conducta es aprendida y que puede modificarse según dictan las leyes del aprendizaje. Los procedimientos más representativos fueron las técnicas operantes (Skinner, 1963), las técnicas de exposición (Marks, 1970), la desensibilización sistemática (Wolpe, 1968) y la relajación muscular (Jacobson, 1939; Schultz, 1932).

La *segunda generación*, bajo la denominación de Terapia Cognitivo-Conductual, aparece en la década de 1970 como respuesta a las limitaciones que presentaban las terapias de la anterior generación, incorporándose al modelo los factores cognitivos y biológicos (Hayes, 2004). De esta manera, para lograr el cambio de conducta, el objeto de modificación dejó de ser el ambiente para convertirse en la cognición. Esta generación dio lugar a una serie de procedimientos, entre los que destacan: la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1973), la Terapia de Autocontrol de Rehm (1977), la Terapia Cognitiva de Beck (1979) y las Técnicas de Afrontamiento y Solución de Problemas (D’Zurilla & Nezu, 1999; Meichenbaum, 1985). Todos estos procedimientos comparten la inclusión de los procesos cognitivos en la explicación del origen y mantenimiento de los problemas psicológicos en general, por lo que defienden como objetivo del tratamiento el cambio de las cogniciones para la modificación de la conducta, entendiendo estas cogniciones como el elemento que media entre el estímulo o ambiente y la respuesta de la persona.

La *tercera generación* aparece en la década de 1990, cobrando mayor relevancia a partir del cambio de milenio. Esta nueva generación buscaba superar las limitaciones existentes en la segunda, puesto que los resultados empíricos pusieron de manifiesto que los intentos de control y eliminación de las cogniciones y emociones pueden provocar el aumento de dichos eventos internos (Hayes, 2004). Este mismo autor considera que esta generación destaca por la inclusión del contexto y la mayor importancia dada a las funciones de los fenómenos psicológicos desde una perspectiva ideográfica en vez de establecer tratamientos estandarizados. Además, no sólo se atiende a la forma o topografía de dichos fenómenos, sino también a su función. Asimismo, también considera como aportaciones de esta generación el mayor énfasis en las estrategias basadas en la experiencia y el contexto, en vez de utilizar únicamente las clásicas técnicas directas y didácticas, también llamadas de primer orden. Hayes (2004) concluye afirmando que esta tercera ola persigue construir repertorios amplios y flexibles, que impliquen la reorientación de la vida a través de la aceptación de los problemas, en lugar de buscar la eliminación de los mismos. Las principales terapias de esta generación son la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction Program* o MBSR, Kabat-Zinn, 1990), la Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP, Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia de Conducta Dialéctica (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT, Linehan, 1993),

la Terapia Conductual Integrada de Parejas (*Integrative Behavioral Couples Therapy* o IBCT, Jacobson, Christensen, Prince, Cordova & Eldridge, 2000), la Terapia de Activación Conductual (*Behavioral Activation* o BA, Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001), la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes & Strosahl, 2004).

A continuación se explicará el tratamiento empleado en la depresión en cada una de las generaciones del modelo cognitivo-conductual. En la *primera generación*, los enfoques conductuales se basaban principalmente en el condicionamiento operante, considerando las derivaciones de estos modelos, al igual que Skinner (1953), que la depresión se puede operacionalizar como una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas (Sanz & Vázquez, 1995). Dentro de estos enfoques destacan (i) el modelo de Ferster (1965, 1973), que consideraba como principal característica de la depresión la escasa frecuencia de conductas reforzadas positivamente y el exceso de conductas de evitación de estímulos aversivos; (ii) la formulación conductual de la depresión de Lewinsohn (1974, 1976), para quien la depresión consistía en una respuesta a la pérdida en forma de ausencia de refuerzos positivos contingentes a la conducta y/o alta tasa de consecuencias aversivas; y (iii) el de Costello (1972), quien afirmaba que la depresión se explica por una pérdida de la efectividad de los reforzadores. Respecto al tratamiento, en primer lugar destaca el “Curso de Afrontamiento de la Depresión” (Lewinsohn & Gotlib, 1995), conformado por el programa de actividades reforzantes, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones y el trabajo con metas personales. El objetivo del tratamiento es el incremento de actividades reforzantes y la disminución de eventos aversivos. Este curso, así como los distintos componentes por separado, han resultado ser eficaces (Antonuccio et al., 1984; Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995; Hersen, Bellack, Himmelhock & Thase, 1984; Lewinsohn y Gotlib, 1995). En segundo lugar, la Terapia de Autocontrol de Rehm (1977) ha mostrado su eficacia en diversos estudios (Fuchs & Rehm, 1977; Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith & Romano, 1979). Parte de la consideración de que la característica principal de la depresión es la existencia de déficits específicos en el manejo de la propia conducta, consistiendo la intervención en la mejora de dicho manejo. En tercer lugar, la Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987) vincula la depresión con la ineficiencia en la solución de problemas, enfocándose el tratamiento en la mejora de la capacidad de afrontamiento. La eficacia de esta terapia ha resultado avalada por diversos estudios, como el de Nezu (1986) y el de Nezu y Perri (1989). En cuarto lugar, la Terapia Conductual de Parejas (Prince & Jacobson, 1995), eficaz según dos estudios (Beach & O’Leary, 1992; O’Leary y Beach, 1990), sitúa la depresión en la relación entre la persona con depresión y otras personas de su ámbito familiar, especialmente con la pareja. De hecho, esta terapia ha resultado ser el tratamiento de elección cuando se presenta depresión y discordia marital simultáneamente (Beach, 2001).

Respecto a la *segunda generación*, la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1973) y la Terapia Cognitiva de Beck (1979) tuvieron especial relevancia por ser autores de modelos de psicoterapia, capaces de explicar problemas psicológicos más allá de la depresión. En cuanto a la explicación de la depresión, ambos modelos de psicoterapia se centran en las cogniciones para la explicación de la conducta problemática, pero mientras Beck (1979) destaca el papel de la tríada cognitiva depresiva (visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro) y la existencia de sesgos cognitivos en el procesamiento de información debido a los esquemas cognitivos, Ellis (1973) considera que la depresión se debe al empleo de patrones de pensamiento irracionales para la interpretación de sí mismo, de los otros y del mundo. El tratamiento en estos modelos consiste en el cambio de la manera de procesar la información que tiene la persona, de tal forma que la información no resulte “distorsionada” por los sesgos cognitivos o los patrones de pensamiento irracionales. Es fundamental destacar que estas terapias también incluyen técnicas conductuales como la activación conductual o el entrenamiento en habilidades sociales. Un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institute of Mental Health*, NIMH) llevado a cabo por Elkin, Parloff, Hadley y Audry en 1985, demostró que la terapia cognitiva de Beck es al menos tan eficaz como la terapia farmacológica, siendo más eficaz que la farmacoterapia en depresión grave, además de tener mayor efecto preventivo (Blakburn & Moore, 1997). Sin embargo, cuando se comprueban las diferencias en actitudes disfuncionales tras el tratamiento entre los grupos de terapia cognitiva y farmacoterapia, se comprueba que no existen diferencias significativas (Barber & DeRubeis, 1989; Blackburn, Euson & Bishop, 1986). Varios autores explicaron estos resultados afirmando que el cambio producido en la terapia cognitiva no era sobre los contenidos cognitivos en sí mismos, sino en la manera en que la persona se relaciona con esos contenidos (Pérez & Botella, 2007). La terapia cognitivo-conductual también ha resultado de utilidad, en combinación con farmacoterapia, en la reducción de síntomas maníacos y depresivos, así como de episodios, en el trastorno bipolar (Cochran, 1984; Lam et al., 2000).

La *tercera generación* propició la desmedicalización de la depresión en un contexto en el que al “modelo médico” se le enfrentó el “modelo contextual”, representado por estas nuevas terapias (Jacobson & Gortner, 2000; Wampold, 2001). De esta forma, en vez de focalizarse en los síntomas típicos de la depresión, como por ejemplo las rumiaciones, se trataría de reorientar la atención, observando esos síntomas tal y como son, sin realizar ningún juicio y siendo conscientes de que las cogniciones son algo distinto de nosotros (Pérez & Botella, 2007). De esta manera, al cambiar la relación que la persona establece con las cogniciones, las emociones y las sensaciones, se reduce tanto la sintomatología depresiva como las recaídas en la depresión (Pérez & Botella, 2007; Kabat-Zinn, 2015). Destaca el éxito de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (en adelante MBCT) en la prevención de las recaídas en la depresión recurrente, puesto que hasta el surgimiento de esta tercera generación consistía en uno de los principales desafíos respecto al tratamiento de la depresión (Barnhofer et al., 2015; Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000). El componente que explica la prevención de las recaídas ha resultado ser la Atención Plena, pues otras terapias de esta generación que lo incluyen, como la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena, la Terapia Dialéctica Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso, han resultado también eficaces en la depresión, así como en otros problemas psicológicos (Chiesa & Serretti, 2010; Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009; Evans et al., 2008; Kearney, McDermott, Malte, Martinez, & Simpson, 2012; Klainin-Yobas, Cho, & Creedy, 2012). No obstante, otras terapias de esta generación, como la Terapia de Activación Conductual, también resultan eficaces en el tratamiento de la depresión (Hoplo, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil, 2003; Kanter, Callahan, Landes, Bush & Brown, 2004; Martell, Addis & Dimidjian, 2004). Sin embargo, esta eficacia sólo parece hallarse en el tratamiento agudo de la sintomatología, no encontrándose la misma eficacia que las anteriores terapias en la prevención de recaídas.

Teniendo en cuenta la importancia de la depresión en esta era, debido al elevado número de personas que la presentan en la actualidad y que se prevé que la presenten, así como el gasto económico que este trastorno implica, el objetivo de este trabajo es comprobar la eficacia y efectividad de la MBCT aplicada a la depresión unipolar, depresión bipolar y depresión psicótica. Por consiguiente, no sólo se analizarán los resultados que aporta esta terapia, sino que también se examinarán sus resultados en comparación con otras terapias eficaces en el tratamiento de la depresión.

### Atención Plena

“Atención plena”, “conciencia plena”, “presencia plena” y “estar atento” son las traducciones que se han realizado del concepto de *Mindfulness* (Moreno, 2012), siendo la traducción de *Atención Plena* la que se utilizará a lo largo del presente trabajo. Debe tenerse en cuenta que este concepto se ha utilizado con tres acepciones distintas: (i) como constructo de personalidad, considerándose una habilidad metacognitiva (Bishop et al., 2004); (ii) como proceso psicológico, haciendo referencia a prestar atención al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990); y (iii) como una práctica o técnica de meditación, consistente en el entrenamiento en la Atención Plena mediante la focalización de la atención en determinados elementos, como la respiración, con objetivos terapéuticos (Germer, 2005). En este trabajo se considerarán la segunda y tercera acepción, explicándose ambas brevemente a continuación y, profundizándose posteriormente en los siguientes dos apartados. Por tanto, en el apartado *Atención plena como proceso psicológico y efectos* se explicarán las características de la Atención Plena como proceso psicológico, y en el apartado *Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena aplicada a la depresión* se tendrá en cuenta como proceso y técnica psicológica al describirse uno de los modelos de terapia que integran este concepto.

El origen de la Atención Plena tuvo lugar mediante la integración de las técnicas de meditación en la intervención clínica, lo que se produjo a lo largo del siglo XX. Esta integración se explica por tres factores: la divulgación de las prácticas orientales de meditación en occidente, el desarrollo de la psicología cognitiva y los avances en neurociencia, especialmente en los ámbitos cognitivo y afectivo (Miró, 2006; Simón, 2007). Además, la eficacia de la MBSR (Kabat-Zinn, 1990) y de la MBCT (Segal et al., 2002) son también claves para entender la integración de estas prácticas en la intervención clínica.

Respecto a la Atención Plena como proceso psicológico, Kabat-Zinn (1990), quien aplicó por primera vez la meditación en un programa terapéutico para personas con estrés, afirma que consiste en “prestar atención de un modo particular: a propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor”. Diversos autores han utilizado diferentes definiciones, pero en este trabajo se considerará como “la habilidad mental para focalizarse en la percepción directa e inmediata del momento presente con un estado de conciencia no enjuiciadora, suspendiendo voluntariamente la retroalimentación cognitiva evaluativa”, siendo ésta la descripción empleada por Hayes y Shenk (2004).

En cuanto a la acepción de la Atención Plena como técnica de meditación, destacan dos tipos de prácticas (Segal et al., 2002). Así, se diferencia entre la meditación formal, que implicaría una práctica sistemática y continuada en la que destacan la práctica del *body scan*, basado en atender a las distintas partes del cuerpo (Kabat-Zinn, 2002), y la meditación informal, destacando los ejercicios de “saborar”, que consisten en realizar actividades cotidianas prestando atención en el momento presente sin establecer juicios de valor, y los ejercicios de contar, describir o fijarse en un objeto determinado, realizándose igualmente con Atención Plena.

La Atención Plena, tanto en su acepción de proceso psicológico como de práctica, ha sido incorporada en terapias como la ya mencionada MBCT. Para una mejor comprensión del apartado siguiente se explicarán a continuación los supuestos que Watkins y Teasdale (2004) establecen como imprescindibles para cualquier terapia que incorpore Atención Plena: (i) la persona tiene una capacidad limitada en el procesamiento de información, pudiendo estar ocupada por la información externa o por los contenidos internos, que serían los pensamientos y emociones; (ii) poseemos un “Yo” que nos impulsa a perseguir metas y presentamos rutinas de pensamiento que provocan que la persona entre en un estado de “piloto automático”; (iii) las personas tienen dos modos de funcionamiento: el “modo hacer” impulsado por el Yo, centrado en perseguir constantemente metas y atrapado en el “piloto automático”, y el “modo ser” en el que no se persiguen metas, sino que la persona vive en el presente, sin discrepancias entre la realidad actual y lo que “debería ser”. Los mismos autores explican que el objetivo de estos modelos de terapia es cambiar el estilo de vida del paciente logrando un equilibrio entre los dos modos. Para ello es necesario el aprendizaje del control de la atención y saber mantener una relación distinta con las emociones y sensaciones, sin buscar el control de las mismas derivado de vivir con el “piloto automático”. Este control de emociones puede tener lugar mediante estrategias disfuncionales como la rumiación, que como se afirmó anteriormente propician la recaída en depresión (Teasdale, 1988; Watkins & Teasdale, 2004).

### **Atención Plena como proceso psicológico y efectos**

La Atención Plena como proceso psicológico presenta una serie de principios de cambio, procesos terapéuticos y efectos derivados de su práctica que serán descritos en este apartado. Se realizará una síntesis de las clasificaciones que establecen diversos autores (Pérez y Botella, 2007; Vallejo, 2006), utilizándose como base integradora el marco teórico propuesto por Mennin, Ellard, Fresco y Gross (2013) sobre las características comunes de las terapias cognitivo-conductuales. Debe indicarse que este marco teórico no establece efectos, realizándose en este trabajo la estructura antes indicada tras el análisis de la información de los distintos autores citados.

En primer lugar, los principios de cambio de la Atención Plena se pueden dividir en tres: (i) compromiso con el contexto, para la mejora de la planificación del comportamiento y la actuación en función del ambiente; (ii) cambios de la atención, para la consecución de un mantenimiento, desplazamiento y expansión de la atención adaptativos; (iii) cambios cognitivos, para promover puntos de perspectiva adaptativos respecto a los eventos y modificar los significados verbales dados a los mismos. Los tres principios son considerados objetivos terapéuticos en el modelo de Mennin et al. (2013). Estos tres principios tienen como meta común la adaptación comportamental, y cada uno se relaciona con varios procesos terapéuticos o mecanismos de acción, es decir, las variables que permiten la consecución de los resultados que ofrece la Atención Plena.

En segundo lugar, los procesos terapéuticos se pueden dividir en cuatro: exposición, aceptación, entrenamiento de la atención y descentramiento (Mennin et al., 2013; Pérez y Botella, 2007; Vallejo, 2006). La exposición se dirige principalmente al principio de compromiso con el contexto, la aceptación y el entrenamiento de la atención a los cambios en la atención, y el descentramiento a los cambios cognitivos. A continuación se detallará brevemente cada proceso:

- Exposición: La Atención Plena opera de manera similar a como lo hacen las técnicas de exposición, puesto que consiste en experimentar las sensaciones negativas durante un determinado tiempo sin que se presenten consecuencias negativas. Segal et al. (2002) afirman que la exposición a los pensamientos en depresivos permite la reducción del malestar emocional ante dichos pensamientos, así como una percepción de los mismos más objetiva.
- Aceptación: Implica experimentar sin juzgar ni temer las reacciones privadas, presentando una respuesta distinta de la evitación cuando aparecen los contenidos que previamente se evitaban (Hayes, 2004). Todas las experiencias, y las reacciones a las mismas, se aceptan como naturales o normales. La aceptación puede incluir los componentes de apertura a la experiencia y renuncia al control directo que Vallejo (2006) diferencia. La apertura a la experiencia consiste en centrar la atención en la experiencia en sí, con curiosidad, en vez de

centrarse en la interpretación verbal de los hechos y emociones, o, en otras palabras, de los prejuicios (Bishop et al., 2004). Germer (2005) añade que la observación de la experiencia es participativa, no ajena ni distanciada, es decir, implicándose en ella. La renuncia al control directo, o “dejar pasar”, se refiere a experimentar las emociones y reacciones tal y como se presentan sin identificarse con ellas ni tratar de modificarlas o controlarlas, así como tampoco dejarse arrastrar por ningún pensamiento o emoción (Baer et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990).

- Entrenamiento de la atención: Consiste en el aumento de la flexibilidad de la atención tanto en el desplazamiento como en el mantenimiento y expansión del foco atencional. En este proceso se puede incluir los componentes de centrarse en el momento presente y la elección de las experiencias que describe Vallejo (2006). El primero se refiere a experimentar los acontecimientos tal y como suceden, en sí mismos, sin pretensión de controlarlos, ya sea un evento interno (Bishop, 2002) o externo (Varela, Rosch & Thomsom, 1992). La elección de las experiencias implica que las personas deciden qué experiencias viven de forma plena, y que esta elección está en función de sus valores y proyectos. Baer, Smith y Allen (2004) denominan a este componente “intención”, destacando la importancia de la motivación y de una actitud activa y constante para la práctica de la Atención Plena. Esta elección de las experiencias sigue tres pasos en la intervención de los problemas psicológicos: primero se trabaja la autorregulación de la atención para que se mantenga en el momento presente, segundo la auto-exploración con una actitud de aceptación, curiosidad y libre de juicios, y finalmente la auto-liberación en el sentido de trascendencia o de “dejar de sentirse como un Yo separado” (Pérez y Botella, 2007; Shapiro, Carlson, Astin & Fredman, 2006). Germer (2005) señala que con intención también se hace referencia a volver a centrarse en la experiencia si la atención se ha desviado.
- Descentramiento: Implica la habilidad metacognitiva de diferenciar las cogniciones, emociones y sensaciones fisiológicas del Yo, considerándolos como experiencias y no como realidades en sí. Bishop et al. (2004) explican que esta práctica reduce la producción de pensamientos secundarios y aumenta el procesamiento de la información relevante, es decir, de la experiencia en sí.

En tercer lugar, entre los efectos de la práctica de la Atención Plena se encuentra la relajación, la auto-regulación, la integración del Yo y la clarificación de valores. A continuación se describirá brevemente cada uno de ellos:

- Relajación: Se ha demostrado que la práctica continua de la meditación conlleva una mayor relajación tanto fisiológica como cognitiva (Baer et al., 2004).
- Auto-regulación: La actividad cotidiana autónoma y las respuestas de afrontamiento ante el estrés se relacionan positivamente con la Atención Plena, en tanto que la conciencia plena se relaciona negativamente con la disforia (Brown & Ryan, 2004; Kabat-Zinn, 1990).
- Integración de aspectos disociados del Yo: La Atención Plena, al permitir centrarse en las sensaciones corporales, facilita la comprensión e integración de las emociones, así como la identificación de las necesidades que las generan (Safran & Muran, 2005).
- “Emergencia” de valores: Consiste en conocer a través de la práctica de la Atención Plena los propios valores, así como actuar según los mismos, sin dejar que la mente entre en “piloto automático”, del cual numerosas veces se deriva un procesamiento incongruente con los valores (Brown & Ryan, 2004).

Como síntesis final, la meta final de la Atención Plena es la adaptación, lográndose mediante tres principios de cambio: el compromiso con el contexto, los cambios en la atención y los cambios cognitivos. El compromiso con el contexto se consigue con la exposición, los cambios en la atención mediante la aceptación y el entrenamiento de la atención, y los cambios cognitivos con el descentramiento. Por último, los efectos de la práctica de la Atención Plena son la relajación, la auto-regulación, la integración de aspectos disociados del Yo y la “emergencia” de valores.

### **Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT) aplicada a la depresión unipolar y su adaptación a otros problemas depresivos**

La MBCT, desarrollada por Segal et al. (2002), surge como una manera de prevenir las recaídas en depresión unipolar con episodios recurrentes a través de la aceptación de los pensamientos y emociones, así como del contacto con el momento presente y con los valores personales, puesto que el cambio de cogniciones y emociones negativas resultaba poco eficaz para la prevención de recaídas (Hayes, Follette & Linehan, 2004). Se trata de un programa de entrenamiento que aúna principios de la Terapia Cognitiva y elementos del MBSR (Kabat-Zinn, 1990; Pérez & Botella, 2007). El objetivo es

lograr que el paciente experimente sus cogniciones, emociones y sensaciones físicas sin percibir las como realidades, distanciándose especialmente de los pensamientos negativos automáticos a través de cambiar el foco de atención de dichos pensamientos a la respiración para atender al momento presente y evitar de esta manera la recaída en depresión (Segal et al., 2002). Para la consecución de este objetivo, la MBCT utiliza la Psicoeducación y la Atención Plena.

Al igual que el MBSR, la MBCT tiene una duración de ocho semanas, con una periodicidad de una sesión grupal semanal de dos horas de duración (Segal et al., 2002). El programa también incluye planificación de tareas para casa, otorgándose CD a los participantes para la práctica de la meditación en sus casas (Bishop, 2002) y para lograr la generalización de la práctica a la vida cotidiana (Pérez & Botella, 2007). Las sesiones están descritas paso a paso en la obra de Segal et al. (2002), quienes establecen dos fases en el programa, siendo el objetivo de la primera fase (desde la primera sesión a la cuarta) el aprendizaje de prestar atención y el de la segunda (desde la cuarta sesión a la octava) el afrontamiento de los cambios emocionales. Para la consecución del objetivo de la primera fase, a los participantes se les enseña a ser conscientes de la rapidez con la que el contenido de nuestra mente cambia, a darse cuenta de cuándo la mente está actuando con patrones automáticos y a volver a focalizar la atención centrándola en un solo elemento. Por último, en esta fase se aprende a ser consciente de la manera en que la divagación de la mente puede conllevar la presencia de contenidos cognitivos y emocionales negativos. En la segunda fase, cuyo objetivo final es el afrontamiento de los cambios emocionales, los participantes aprenden a ser plenamente conscientes de dichos contenidos, tras lo cual, una vez reconocidos, dirigen la atención a todo el cuerpo. Después, eligen la mejor manera de responder, es decir, de afrontar el problema. Como último objetivo del programa se anima a los participantes a ser más conscientes de sus propios indicios de depresión inminente, así como a que desarrollen planes de acción específicos para esos momentos. En la Tabla 2 se enumera y describe el objetivo principal de cada una de las sesiones de la MBCT.

**Tabla 2**  
Programa de la MBCT y objetivos principales de cada sesión (Tomado de Segal et al., 2002)

Sesión	Objetivos principales
1. Piloto automático.	Reconocer la tendencia a entrar en el modo de piloto automático. Establecer cuál es el mejor modo de salir de dicho modo y de llegar a ser conscientes de cada momento. Practicar la focalización de la atención de forma voluntaria en torno al cuerpo.
2. Enfrentando los obstáculos.	Darse cuenta de la divagación de la mente y de la manera en que esto controla las reacciones ante los eventos cotidianos.
3. Consciencia plena de la respiración.	Aprender a ser consciente de forma voluntaria de la respiración, trayendo de vuelta la atención cuando ésta se centra en las divagaciones de la mente.
4. Permaneciendo presente.	Adoptar una perspectiva más amplia y un modo de relacionarse diferente con las distintas experiencias, mediante la observación de la situación permaneciendo en el momento presente.
5. Permitir / dejar ser.	Aprender a aceptar las sensaciones y pensamientos, dejándolas ser tal y como son, sin juzgarlas ni tratar de modificarlas.
6. Los pensamientos no son los hechos.	Aprender a diferenciar los pensamientos y sensaciones del Yo, reconociendo a los pensamientos y emociones como tales, no como hechos.
7. ¿Cómo puedo cuidar de mí mismo?	Utilizar la Atención Plena para la creación de un espacio para la respiración, tras lo cual decidir qué acción emprender, si se requiriese alguna. Identificar las señales que indican una recaída inminente y establecer planes de acción para responder a las mismas.
8. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo.	Generalización de la práctica, de manera que los participantes continúen el proceso iniciado.

Las principales novedades del programa son la incorporación de registros de actividades de momentos agradables y desagradables, la mini-meditación de tres minutos en la que se comienza centrándose en la experiencia actual, luego en la respiración y finalmente llevando la atención a todo el cuerpo, el enfoque en las dificultades durante la meditación para darse cuenta de cómo se afrontan y los ejercicios de la Terapia Cognitiva clásica (Miró, 2006; Segal et al., 2002).

Este programa implica un entrenamiento en auto-observación y auto-conciencia de los propios estados mentales, que serían propios del “modo ser”, buscando que los participantes sean conscientes del poder de influencia que poseen los pensamientos propios del “modo hacer” en el estado de ánimo y en el mantenimiento del “piloto automático” para que, de esta manera, no dejen operar a las rumiaciones (Watkins & Teasdale, 2004). Asimismo, Teasdale y Ma (2004) afirman que el objetivo de cualquier tratamiento enfocado a las recaídas en depresión debe centrarse en la reducción de la probabilidad de ocurrencia de los ciclos rumiativos, en vez de evitar los estados de disforia.

El programa tal y como fue diseñado inicialmente, como ya se ha mencionado, se centra en la prevención de recaídas en pacientes con depresión recurrente (Pérez & Botella, 2007). Por lo tanto, en aquellos estudios en los que se ha aplicado a pacientes que presentaban en ese momento un episodio

depresivo, o sintomatología depresiva sin llegar a considerarse el episodio, se ha adaptado el programa (Eisendrath, Chartier & McLane, 2011; Pérez & Botella, 2007; Eisendrath et al., 2016). Esta adaptación consiste en la inclusión de más elementos propios de la Terapia Cognitiva, con el objetivo de que los pacientes fueran capaces de identificar distorsiones cognitivas y alejarse de las rumiaciones mediante el uso de la Atención Plena (Eisendrath et al., 2011). Asimismo, también se realizaron en estos estudios cambios menores en las referencias a la sintomatología depresiva presentes en el programa, como por ejemplo sustituir “cuando estás deprimido” por “nota cómo es la experiencia de la depresión para ti en este momento” (Eisendrath et al., 2011).

Respecto a su aplicación en depresión bipolar, la adaptación no difiere significativamente de la realizada para la depresión unipolar, incluyéndose en este caso referencias a la sintomatología hipomaníaca y maníaca y manteniéndose la medicación asignada a cada paciente (Weber et al., 2010).

En depresión psicótica el programa se ha adaptado mediante la mezcla de elementos de la Activación Conductual y la Atención Plena, dando lugar a la Terapia Basada en la Aceptación de la Depresión y Psicosis (*Acceptance-Based Depression and Psychosis Therapy, ADAPT*). Esta terapia consiste en 24 sesiones semanales individuales con una duración de seis meses. Presenta cuatro fases: establecimiento de la relación terapéutica, estrategias de activación conductual, aceptación y atención plena y, como última fase, prevención de recaídas (Gaudio, Nowlan, Brown, Epstein-Lubow & Miller, 2013).

## Método

### Método sistematizado de búsqueda de artículos

La presente revisión bibliográfica se realizó consultando las siguientes bases de datos: PsycINFO, Web Of Science, Scopus y PubMed. Las consultas tuvieron lugar a través de las páginas oficiales de dichas bases de datos, empleándose como palabras clave: “*Mindfulness efficacy*”, “*Mindfulness effectiveness*” y “*Mindfulness compara\**” en combinación con: “*unipolar depression*”, “*bipolar depression*”, y “*psychotic depression*”.

Todas las búsquedas se limitaron a artículos científicos y revisiones, no empleándose ningún filtro temporal. En total, sumando los resultados obtenidos en cada una de las bases de datos, se consultaron 613 trabajos, de los que 320 consisten en búsquedas centradas en depresión unipolar, 198 en depresión bipolar y 95 en depresión psicótica. Finalmente la revisión del presente trabajo se realizó con 19 investigaciones, excluyéndose todos los trabajos que no compararan distintos tratamientos. En el caso de la depresión bipolar, debido a la escasez de estudios, se incluyeron los metaanálisis que compararan con grupo control, así como el primer estudio que probó la MBCT en dicha población.

### Eficacia de la MBCT en depresión unipolar

Según Pérez y García (2011), en el momento en que realizaron su obra los tratamientos que habían demostrado su eficacia en la depresión eran la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal (Schulberg, Pilkonis & Houck, 1998; Antonuccio, Danton, DeNelsky, Greenberg & Gordon; 1999; DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999; Lampe, Coulston & Berk, 2013). Respecto a la MBCT, el estudio de Segal et al. (2002) mostró que esta terapia redujo significativamente la tasa de recaída en depresión en aquellas personas con tres o más episodios previos (sin presentar depresión aguda), pero no se encontraron diferencias con el tratamiento usual cuando el número de episodios era menor. A continuación se examinarán los resultados obtenidos en estudios que aplican la MBCT posteriores al mencionado, así como las mejoras que esta terapia aporta respecto a otros tratamientos. Estos estudios se describen en la Tabla 3 y en la Tabla 4 de los apéndices, correspondiendo a la Tabla 3 los estudios sobre la eficacia en el tratamiento de la fase aguda y a la Tabla 4 aquellos sobre la eficacia en la prevención de recaídas.

### Eficacia en el tratamiento de la fase aguda

Respecto a la eficacia de la depresión unipolar en su fase aguda se han revisado seis estudios. A continuación se detalla cada uno de ellos, ordenándose según las condiciones que comparan. Así, en primer lugar se presenta un estudio que compara MCBT con psicofarmacología, después dos estudios que comparan MBCT con programas que no conforman modelos de terapia y por último tres estudios que hacen la comparación con CBT y psicofarmacología.

Eisendrath et al. (2015) comparan la MBCT con Sertralina, uno de los antidepresivos utilizados como tratamiento usual en depresión. A pesar de las limitaciones del estudio, los resultados indican una mayor eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva en el grupo de MBCT.

El estudio de Eisendrath et al. (2016) compara los resultados en depresión resistente al tratamiento obtenidos con la MBCT y con el Programa de Mejora de Salud (*Health-Enhancement Program*, HEP), el cual actúa como control por el apoyo social y moral, la reducción del estigma, la duración del tratamiento y el tiempo invertido en tareas para casa. Este estudio muestra que la MBCT es más eficaz que el HEP en la mejora de la respuesta al tratamiento y en la reducción de la gravedad de la depresión, aunque no se encontraron diferencias significativas en las tasas de remisión.

Otro estudio realizado con participantes con depresión mayor resistente al tratamiento psicofarmacológico muestra que la MBCT resulta más eficaz que la Psicoeducación en la mejora de la calidad de vida y en la reducción de la sintomatología depresiva, siendo esta mayor eficacia más evidente en el seguimiento realizado hasta las 26 semanas (Chiesa et al., 2015).

Omidi, Mohammadkhani, Mohammadi y Zargar (2013) comparan MBCT, Terapia Cognitivo Conductual (CBT) y el tratamiento usual con antidepresivos (TAU) en pacientes con trastorno depresivo mayor, según la nomenclatura del DSM (APA, 2013). Como resultado obtienen que la MBCT y la CBT muestran la misma eficacia, superior en ambos casos al TAU, en la reducción de síntomas depresivos en pacientes en fase aguda de la depresión. Este resultado también fue obtenido por Manicavasgar, Parker y Perich (2011).

Khoury et al. (2013) presentan un metaanálisis en el que revisan la eficacia de la MBCT en diversos trastornos psicológicos. En el caso de la depresión, encuentran que la MBCT es más eficaz en la reducción de los síntomas que los grupos controles, aunque no resulta más eficaz que la CBT o la psicofarmacología. No obstante, un interesante dato que arroja este estudio es que se encontró mayor adherencia a la MBCT que a las otras terapias.

### **Eficacia en la prevención de recaídas**

En cuanto a la eficacia de la prevención de recaídas en depresión unipolar se han revisado seis estudios. Se detallará cada uno de ellos, con un orden similar al del anterior apartado. Primero se presentan cuatro estudios que comparan MCBT con psicofarmacología y por último, en dos estudios se compara MBCT con otros modelos de terapia, que son CBT y Terapia Interpersonal (IPT).

En el estudio de Segal et al. (2010) que compara MBCT y TAU muestra que la MBCT reduce la recurrencia de los episodios depresivos en el mismo grado que TAU en un periodo de 18 meses, ambos con efectos superiores al placebo, presentándose este efecto en las personas diagnosticadas de depresión en el momento de la intervención. En aquellos sin depresión aguda no se encontraron diferencias entre las condiciones.

Chiesa y Serretti (2011) encuentran en su revisión bibliográfica que la MBCT junto a TAU resultó más eficaz que el TAU en la reducción de recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos, lo que también fue hallado por Bondolfi et al. (2010) y por Kuyken et al. (2015) en seguimientos a 14 y 24 meses respectivamente. Kuyken et al. (2015) destacan la mayor adherencia a la MBCT. Además, la retirada gradual de los psicofármacos en el grupo de MBCT no mostró diferencias en las recaídas respecto al mantenimiento con TAU en un seguimiento a 18 meses (Chiesa y Serretti, 2011). Por último, estos mismos autores hallan que la MBCT reduce la sintomatología depresiva en personas con síntomas residuales.

El metaanálisis de Clarke, Mayo-Wilson, Kenny y Pilling (2015) compara MBCT, CBT y Terapia Interpersonal (IPT). Los resultados obtenidos fueron que las tres terapias redujeron significativamente las recaídas en comparación con grupos controles en un seguimiento a 12 meses. El efecto se mantiene a los 24 meses en CBT, pero no en IPT. Respecto a MBCT los autores no encontraron datos sobre el mantenimiento de los resultados que dicha terapia ofrecía.

Otro metaanálisis (Kuyken et al., 2016) compara estudios en los que se aplica MBCT a pacientes de manera individual, encontrando que quienes recibieron MBCT presentaron una mayor reducción en el riesgo de presentar recaídas en un seguimiento de 60 semanas comparado con quienes recibieron el tratamiento usual (TAU). Este resultado fue comparable al alcanzado por el grupo con CBT, excepto en el caso de las personas con mayores niveles de síntomas depresivos residuales, quienes se beneficiaron más de la MBCT. No se hallaron diferencias según el número de recaídas anteriores. Debe señalarse que sólo se introdujo un estudio comparando MBCT con CBT.

### **Eficacia de la MBCT en depresión bipolar**

Según Becoña y Lorenzo (2011) y, más recientemente, Salcedo et al. (2016), el tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar es esencial, pero el uso conjunto con el tratamiento psicológico aumenta su eficacia. Dentro de los tratamientos psicológicos han mostrado ser eficaces la Psicoeducación y los programas para mejorar la adherencia al tratamiento, la Terapia Marital y Familiar, la Terapia Interper-

sonal y del Ritmo Social, la Terapia Cognitiva y Cognitivo-Conductual, la Terapia dialéctico-conductual y la MBCT (Cochran, 1984; Zaretsky & Segal, 1995; Parikh et al., 1997; Lam et al., 2000; Rothman & Astin, 2000; APA, 2002; Salcedo et al., 2016). A continuación se examinarán los resultados aportados por la MBCT aplicada a la depresión bipolar. Los seis estudios que a continuación se resumen están descritos en la Tabla 5, la cual se puede encontrar en los apéndices. El orden de la exposición es el siguiente: en primer lugar se presenta el primer estudio que aplica MBCT en depresión bipolar, después se presentan dos revisiones que comparan MBCT y grupo control, seguidamente se describen dos estudios que comparan con psicofarmacoterapia sola y con Psicoeducación, terminando con una revisión que compara MBCT con diferentes tratamientos psicológicos.

La aplicación de la MBCT en personas con trastorno bipolar en remisión ha resultado ser más efectiva en la reducción de síntomas depresivos que la condición de lista de espera, recibiendo ambos grupos medicación y destacándose que dichas personas presentaban ideación e intentos de suicidio (Williams et al., 2008). La reducción en dicha sintomatología fue igual en personas con depresión unipolar, existiendo diferencias en la disminución de la ansiedad, que fue mayor en el grupo con trastorno bipolar.

En la misma línea, la revisión bibliográfica de Bojic y Becerra (2017) indica que, a pesar del escaso número de estudios existentes, la MBCT es un tratamiento prometedor para el trastorno bipolar, siempre junto a psicofarmacoterapia. Las personas que recibieron esta terapia mostraron mejorías en la sintomatología depresiva, ansiosa y maníaca, además de en el funcionamiento cognitivo y en la regulación emocional. Estos efectos se mantenían un año después cuando la práctica de la atención plena se realizaba al menos tres días a la semana.

El metaanálisis de Chu et al. (2018) muestra los mismos resultados que el trabajo de Bojic y Becerra (2017) a excepción de las mejorías en la sintomatología maníaca y en la cognición. No se examinaron los cambios en regulación emocional. Además, Chu et al. (2018) no encuentran diferencias significativas entre grupo control y MBCT, aunque debe destacarse que sólo se incluyeron tres estudios que comparaban MBCT con grupo control.

Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball y Hadzi-Pavlovic (2013) compararon los efectos de la aplicación de la MBCT y el tratamiento psicofarmacológico habitual, encontrando diferencias sólo en una mayor reducción de síntomas ansiosos en la condición de MBCT. Según sus resultados, no habría diferencias en el tiempo de recurrencia, número total de episodios o gravedad de la sintomatología depresiva o maníaca. El seguimiento realizado fue de 12 meses.

Respecto a la comparación entre MBCT y Psicoeducación, Deckersbach et al. (2012) observaron que, en su estudio, en el grupo con MBCT se produjo una reducción significativamente mayor en los síntomas depresivos, las rumiaciones y preocupaciones, y se mejoraron la capacidad de auto-regulación emocional, el bienestar percibido y el afecto positivo.

En la revisión realizada por Salcedo et al. (2016) se comparan los resultados de varios tratamientos realizados en pacientes con trastorno bipolar, incluyéndose aquellos con tipo I y tipo II. De este estudio se deriva que tanto la MBCT como la Psicoeducación, la CBT, la Terapia Interpersonal y de Ritmo Social (IPSRT), la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) y la Terapia Familiar son eficaces. No obstante, la CBT y la Psicoeducación parecen asociarse a un mayor periodo de tiempo de eutimia entre recaídas respecto a las demás terapias. Finalmente, se destaca la particular eficacia de la MBCT en la mejora de los síntomas de ansiedad de los pacientes.

### **Eficacia de la MBCT en depresión psicótica**

Sólo se encontró un estudio respecto a la eficacia de la Atención Plena en la depresión psicótica, el cual se detalla en la Tabla 6 en los apéndices. Gaudiano et al. (2013) utilizan la nueva terapia ADAPT que, como se explicó, mezcla elementos de la Activación Conductual y la Atención Plena y se estructura en cuatro fases: establecimiento de la relación terapéutica, estrategias de activación conductual, aceptación y atención plena y, como última fase, prevención de recaídas. La duración es de seis meses a razón de una sesión individual por semana, con un total de 24 sesiones. En el estudio mencionado, los autores comprobaron que los participantes en el tratamiento, quienes también recibieron psicofarmacoterapia incluyendo antidepresivos y antipsicóticos, mostraron menos síntomas depresivos y psicóticos. También mostraron mejor funcionamiento psicosocial, flexibilidad psicológica, valoración de la vida, activación conductual y atención plena.

### Discusión

Los resultados obtenidos en los diversos estudios revisados permiten afirmar que la MBCT es eficaz, aunque se discute su efectividad y eficiencia, es decir, si produce mejores resultados que otros tratamientos estandarizados y si lo hace en un menor tiempo y con menores costes. A continuación se examinará lo encontrado en cada problemática revisada.

Respecto a la depresión unipolar, en el tratamiento de la fase aguda, la MBCT resulta más eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva que el Programa de Mejora de Salud, la Psicoeducación y el tratamiento con psicofármacos (Chiesa et al., 2015; Eisendrath et al., 2015; Eisendrath et al., 2016; Khoury et al., 2013; Manicavasgar et al., 2011; Omidí et al., 2013), aunque Khoury et al. (2013) no encuentran diferencias entre MBCT y psicofarmacología. Respecto a la comparación de MBCT con CBT, no se hallan diferencias en la eficacia entre ambos tratamientos (Khoury et al., 2013; Manicavasgar et al., 2011; Omidí et al., 2013). Sin embargo, destaca la mayor adherencia al tratamiento de la MBCT que al tratamiento psicofarmacológico y la CBT (Khoury et al., 2013), así como la mayor mejora en la calidad de vida respecto a la Psicoeducación (Chiesa et al., 2015).

En cuanto a la prevención de recaídas en la depresión unipolar, los estudios muestran una mayor eficacia de la MBCT respecto al tratamiento psicofarmacológico en la reducción de recaídas cuando el número de recaídas pasadas es tres o más (Bondolfi et al., 2010; Chiesa & Serretti, 2011; Kuyken et al., 2015). Segal et al. (2010) no encuentran diferencias entre ambos tratamientos, pero debe señalarse que en su estudio incluyeron personas con dos episodios depresivos previos, lo cual puede explicar este hecho. Por otro lado, la retirada gradual de los psicofármacos mientras se interviene con MBCT no muestra más recaídas que el tratamiento con medicación en seguimiento de 18 meses (Chiesa & Serretti, 2011), lo cual, junto al hallazgo de mayor adherencia a la MBCT (Khoury et al., 2013; Kuyken et al., 2015), hacen de esta terapia una óptima elección como tratamiento de mantenimiento. Respecto a la comparación con otros tratamientos psicológicos, la MBCT parece ser igual de eficaz que la CBT en la prevención de recaídas, o superior en el caso de mayores síntomas depresivos residuales, siendo ambas terapias más eficaces que la Terapia Interpersonal. Estos resultados son independientes del número de recaídas anteriores. Debe destacarse que apenas se encontraron estudios que compararan estas terapias (Clarke et al., 2015; Kuyken et al., 2016).

En la depresión bipolar se encuentra una mayor reducción de síntomas depresivos y ansiosos cuando se aplica MBCT junto a psicofarmacología en vez de únicamente medicación (Bojic & Becerra, 2017; Chu et al., 2018; Salcedo et al., 2016; Williams et al., 2008). Además, estos efectos se mantienen al año cuando se practica la atención plena con una frecuencia de tres veces a la semana (Bojic & Becerra, 2017). Sin embargo, Perich et al. (2013) sólo observaron una mayor reducción de los síntomas ansiosos al añadir MBCT al tratamiento psicofarmacológico. Respecto a la comparación de la MBCT con otros tratamientos psicológicos, en el estudio de Deckersbach et al. (2012) la MBCT produjo una mayor reducción de síntomas depresivos que la Psicoeducación, mientras que en la revisión de Salcedo et al. (2016) se indica que tanto la MBCT como la Psicoeducación, la CBT, la Terapia Interpersonal y de Ritmo Social, la Terapia Dialéctico-Conductual y la Terapia Familiar son eficaces. No obstante, esta última revisión enfatiza la MBCT por su mayor eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad.

En cuanto a la depresión psicótica, debido a que se halló un único estudio, sólo se puede afirmar que la Atención Plena parece ser prometedora en su intervención aplicándose junto al tratamiento psicofarmacológico en un programa de 24 sesiones individuales (Gaudio et al., 2013). Así pues, para la consecución de esta eficacia se necesita un alto número de sesiones, aunque debe tenerse en cuenta que este programa incluye elementos de la Activación Conductual además de la Atención Plena.

Para concluir, tal y como ya afirmaron Segal et al. (2002), la MBCT parece resultar de utilidad en el tratamiento de la depresión, aunque también en otros diversos problemas psicológicos (Rodríguez Martín, 2017). En el presente trabajo se ha revisado su eficacia en la depresión unipolar, tanto en su forma aguda como en la prevención de recaídas, en la depresión bipolar y en la depresión psicótica. A pesar de que es necesaria más investigación al respecto, con las evidencias actuales se puede afirmar que esta terapia es una vía factible para el tratamiento de estas problemáticas, así como para lograr la prevención de las recaídas en depresión y, por tanto, la mejora de la calidad de vida.

Respecto al alcance futuro de la MBCT, puede considerarse que al ser una terapia con formato grupal y con un número de sesiones reducido, puesto que consta de ocho sesiones, se trata de un programa de tratamiento viable por su escaso coste. La superioridad de este tratamiento frente al tratamiento habitual con antidepresivos debería ser un motivo suficiente para que la MBCT estuviese al alcance, como una de las primeras opciones, de las personas con depresión, especialmente en el caso de aquellas con historia de tres o más episodios depresivos.

### Referencias

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(420), 21-27.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Antonuccio, D. O., Akins, W. T., Chatham, P. M., Monagin, J. A., Tearnan, B. H., & Ziegler, B. L. (1984). An exploratory study: the psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(4), 309-313.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: research and Practice*, 26(6), 574-585.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., DeNelsky, G. Y., Greenberg, R. P., & Gordon, J. S. (1999). Raising questions about antidepressants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 3-14.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. *The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. Assessment*, 11, 191-206.
- Barber, J. P., & Derubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 441-457.
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., & Williams, J. M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (6), 1013-1020.
- Beach, S. R. (Ed.) (2001). *Marital and family processes in depression. A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: APA.
- Beach, S. R., & O'Leary, K. D. (Ed.) (1992). Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Becoña, I. E., & Lorenzo, P. M. C. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. En M. Pérez Álvarez., J. R. Fernández Hermida., C. Fernández Rodríguez. y I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 197-221). Madrid, España: Pirámide.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Masson.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness bases stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational Definition. *Clinical psychology: science and practice*, 11, 230-241.
- Blackburn, I. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective disorders*, 10(1), 67-75.
- Blakburn, I. M., & Moore, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.
- Bojic, S., & Becerra, R. (2017). Mindfulness-Based Treatment for Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Europe's journal of psychology*, 13(3), 573.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., ... & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of affective disorders*, 122(3), 224-231.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441-453.
- Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression

- who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry research*, 226(2), 474-483.
- Chu, C. S., Stubbs, B., Chen, T. Y., Tang, C. H., Li, D. J., Yang, W. C., ... & Tseng, P. T. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 234-245.
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J., & Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, 39, 58-70.
- Cochran, S.D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforce effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., ... & Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS neuroscience & therapeutics*, 18(2), 133-141.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed patients outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(5), 265-271.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., ... & Feldman, M. D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99–110.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K., Mathalon, D. H., Yang, T. T., Satre, D. D., ... & Wolkowitz, O. M. (2015). A preliminary study: efficacy of mindfulness-based cognitive therapy versus sertraline as first-line treatments for major depressive disorder. *Mindfulness*, 6(3), 475-482.
- Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 362–370.
- Elkin, I., Parloff, M., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., & Fiester, S. J. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46, 971-982.
- Ellis, A. (1973). *Rational-emotive therapy*. New York: Big Sur Recordings.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Ferster, C. B. (1965). Classification of behavior pathology. En U. Krasner (Ed.), *Research in behavior modification* (pp. 6-26). New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fuchs, C. Z., & Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Gaudiano, B. A., Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2009). Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depression and Anxiety*, 26, 54-64.
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2013). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*, 37(3), 324-355.
- Germer, C. (2012). *El poder del mindfulness*. Madrid: Paidós.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.). *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). Nueva York: Guilford Press.
- Goldberg, J. F., & Harrow, M. (2004). Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A 10-year prospective follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 81, 123-131.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*, 13-32.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En S. C. Hayes., V. M. Follette & M. M. Linehan (Ed.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 249-254.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Healy, D. (1997). *The anti-depressant era*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhock, L. M., & Thase, M. E. (1984). Effects of Social Skill Training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Hoplo, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Jacobson, E. (1939). Variation of blood pressure with skeletal muscle tension and relaxation. *Annals of Internal Medicine*, 12(8), 1194-1212.
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance. Based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Reino Unido: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2002). Guided mindfulness meditation: Body scan meditation. (Compact disc recording). *Stress Reduction CDs and Tapes. ISBN, 1, 59179-359*.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.
- Kanter, J. W., Callahan, G. M., Landes, S. J., Bush, A. M., & Brown, K. R. (2004). Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5, 255-274.
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 101-116.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771.
- Klainin-Yobas, P., Cho, M. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta- analysis. *International Journal of Nursery Studies*, 49(1), 109-121.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Jama*, 261(15), 2229-2235.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... & Segal, Z. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565-574.

- Lam, D.H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. y Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness-A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lampe, L., Coulston, C. M., & Berk, L. (2013). Psychological management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(443), 24-37.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-72.
- Lewinsohn, P. M. (1979). Activity schedules in the treatment of depression. En C. E. Thoresen y J. D. Krumboltz (Eds.), *Counselling methods* (pp. 74-83). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham y W. R. Leber (Eds.), *Handbook depression* (pp. 352-375). New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*, 130(1), 138-144.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 116(533), 377-386.
- Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). Finding the action in behavioral activation. The search for empirically supported interventions and mechanisms of change. En S. C. Hayes, V. M. Follete y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 152-167). Nueva York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M., & Gross, J. J. (2013). United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 44(2), 234-248.
- Miró, M. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Moreno, A. C. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depresión and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- O'Leary, K. D. & Beach, S. R. (1990). Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.
- Omidi, A., Mohammadkhani, P., Mohammadi, A., & Zargar, F. (2013). Comparing Mindfulness Based Cognitive Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy With Treatments as Usual on Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(2), 142-146.
- Organización Muncial de la Salud. (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.
- Ortiz-Tallo, M. (Coord.) (2013). *Psicopatología clínica*. Madrid, España: Pirámide.
- Ostergaard, S. D., Rothschild, A. J., Uggerby, P., Munk-Jørgensen, P., Bech, P., & Mors, O. (2012). Considerations on the ICD-11 classification of psychotic depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(3), 135-144.
- Parikh, S. V., Kusumakar, V., Haslam, D. R. S., Matte, R., Sharma, V., & Yatham, L. N. (1997). Psycho-social interventions as an adjunct to pharmacotherapy for bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(2), 74-78.
- Pérez, A. M., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77-120.

- Pérez, A. M., & García, M. J. M. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En A. M. Pérez, H. J. R. Fernández, R. C. Fernández y V. I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 161-195). Madrid, España: Pirámide.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333-343.
- Prince, S. E., & Jacobson, N. S. (1995). Couple and family therapy for depression. En E. E. Beckham y W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 404-424). New York: Guilford.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P., Fuchs, C. Z., Roth, D. M., Kornblith, S. J., & Romano, J. M. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatment for depression. *Behavior Therapy*, 10, 429-442.
- Rodríguez Martín, I. (2017). *Revisión teórica sobre la terapia cognitiva basada en atención plena* (Trabajo fin de grado, Universidad de Málaga, España). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10630/14649>.
- Rothman, B. O., & Astin, M. C. (2000). Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(9), 68-75
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T. & Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: current state of the research. *Journal of affective disorders*, 201, 203-214.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología. Vol. 2.* (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.
- Schulberg, H., Pilkonis, P. A., & Houck, P. (1998). The severity of major depression and choice of treatment in primary care practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6(6), 932-938.
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training*. Deutschland, Leipzig: Thieme.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., ... & Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256-1264.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Shapiro, S.L., Carlson, L., Astin, J.A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62, 373-386.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 5-30.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18(8), 503-515.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D., & Ma, S. H. (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.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., 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.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Varela, F. J., Rosch, E. & Thompson, E. (1992). *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. España: Gedisa.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: LEA.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, 82(1), 1-8.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*, 25(6), 334-337.
- Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., ... & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1), 275-279.

- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234-240.
- Zaretsky, A. E., & Segal, Z. V. (1995). Psychosocial interventions in bipolar disorder. *Depression*, 2, 179-188.

## Apéndices

### Apéndice A

**Tabla 3**

Eficacia de la MBCT para el tratamiento de la depresión unipolar en fase aguda

Autores y Título	N	Escalas y diseño	Análisis realizado	Resultados
Chiesa et al. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. Índice de impacto (IF): 2.25.	50	- <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II). - <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI). - <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i> (FFMQ). - <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS). - <i>Psychological General Well-Being Index</i> (PGWB-S).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo con Psicoeducación.	- Prueba $\chi^2$ - Prueba t de Student.	La MBCT resulta más eficaz que la Psicoeducación en la mejora de la calidad de vida y en la reducción de la sintomatología depresiva en pacientes con depresión mayor resistente al tratamiento psicofarmacológico, siendo la mayor eficacia más evidente en el seguimiento realizado hasta las 26 semanas.
Eisendrath et al. (2015). A preliminary study: efficacy of mindfulness-based cognitive therapy versus sertraline as first-line treatments for major depressive disorder. IF: 2.52.	80	- <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS). - <i>Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report</i> (QIDS-SR16). - <i>Five Facet Mindfulness Scale</i> (FFMQ). - <i>Self-Compassion Scale</i> (SCS). - <i>Experience Questionnaire</i> (EQ-20). - <i>Ruminative Response Scale</i> (RRS).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo con sertralina.	- Prueba $\chi^2$ . - Prueba t de Student.	Mayor eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva en el grupo de la MBCT cuando se comparan los resultados obtenidos con QIDS-SR16.  No se encuentran diferencias en las puntuaciones alcanzadas con el HDRS.
Eisendrath et al. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. IF: 0.08.	173	- <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS). - <i>Clinical Global Impression</i> (CGI). - <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i> (FFMQ). - <i>Compassion Scale</i> (SCS). - <i>Ruminative Response Scale</i> (RRS). - <i>Acceptance and Action Questionnaire</i> (AAQ).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT y tratamiento psicofarmacológico. 2. Grupo con el Programa de Mejora de Salud (HEP) y tratamiento psicofarmacológico.	- Correlación de Pearson. - Análisis multivariante (AM).	El grupo de la MBCT obtuvo mayor reducción en la gravedad de la depresión y mayor número de respuestas al tratamiento que el grupo del HEP.  La MBCT también obtuvo mayor remisión que el HEP, aunque la diferencia no fue significativa.  No se encontraron diferencias debidas al cambio de medicación.
Khoury et al. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. IF: 8.63.	-	Metaanálisis de resultados en diversos tratamientos: - MBCT. - Tratamiento con antidepressivos usual (TAU). - Terapia Cognitivo-Conductual (CBT).	Bases de datos consultadas: PubMed, PsycINFO. Filtro temporal: 0-2013.	La MBCT es eficaz en la reducción de los síntomas depresivos, no obstante no resulta más eficaz que la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) o la Psicofarmacología (TAU).  Se encontró mayor adherencia a MBCT que a TAU y CBT.
Manicavasgar, Parker y Perich (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. IF: 2.66.	45	- <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II). - <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI). - <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> (SCID-I). - <i>Social and Occupational Functioning Scale</i> (SOFAS).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo con CBT.	- Análisis de varianza (ANOVA). - Análisis multivariante de la varianza (MANOVA).	No se hallaron diferencias entre los grupos de MBCT y CBT, presentando ambos grupos mejorías en depresión y ansiedad.
Omidi, Mohammadkhani, Mohammadi y Zargar (2013). Comparing Mindfulness Based Cognitive Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy With Treatments as Usual on Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms. IF: 0.865.	90	- <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI). - <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> (SCID-I).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo con terapia cognitivo conductual (CBT). 3. Grupo con tratamiento con antidepressivos usual (TAU).	- Análisis de co-varianza (ANCOVA).	No se hallaron diferencias entre los grupos de MBCT y CBT, pero sí entre cada uno de ellos y TAU excepto en agresión y psicosis.

**Apéndice B**
**Tabla 4**  
 Eficacia de la MBCT para el tratamiento de la recurrencia en depresión unipolar

Autores y Título	N	Escala y diseño	Análisis realizado	Resultados
Bondolfi et al. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. IF: 2.66.	60	- <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)</i> . - <i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)</i> . - <i>Beck Depression Inventory II (BDI-II)</i> .  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo con MCBT y TAU.	- Test exacto de Fisher. - Prueba U de Mann-Whitney.	La MBCT junto al tratamiento con antidepresivos usual (TAU) resultó más eficaz que el TAU en la prevención de recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos.  El seguimiento fue de 14 meses.
Chiesa y Serretti (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. IF: 2.25.	-	Revisión y metaanálisis de estudios de MCBT aplicada a adultos que habían presentado episodios depresivos, sin presentar depresión aguda en el momento de la intervención.  Los estudios comparaban MCBT con TAU.	Bases de datos consultadas: MEDLINE, web of science, the Cochrane database, EMBASE y PsychINFO. Filtro temporal: 0-2010.	La MBCT junto al tratamiento con antidepresivos usual (TAU) resultó más eficaz que el TAU en la reducción de recaídas en pacientes con tres o más episodios depresivos. La retirada gradual de los psicofármacos en el grupo de MBCT no mostró más recaídas que el mantenimiento con TAU en el seguimiento a 18 meses. Por último, la MBCT parece reducir la sintomatología depresiva en personas con síntomas residuales.
Clarke, Mayo-Wilson, Kenny y Pilling (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. IF: 8.63.	-	Metaanálisis de resultados en diversos tratamientos: - MBCT. - CBT. - Terapia interpersonal (IPT).	Bases de datos consultadas: Embase, MEDLINE, PsycINFO, CENTRAL, ProQuest. Filtro temporal: 0-2013.	Las tres terapias redujeron las recaídas en comparación con grupos controles en un seguimiento de 12 meses. El efecto se mantiene a los 24 meses en CBT, pero no en IPT. Respecto a la MBCT, los autores no encontraron estudios que incorporaran una fase de seguimiento.
Kuyken et al. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. IF: 8.04.	424	- <i>Measure of Parenting Scale (MOPS)</i> . - <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)</i> . - <i>Beck Depression Inventory (BDI-II)</i> . - <i>European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)</i> . - <i>Medical Symptom Checklist (MSCL)</i> . - <i>WHO Quality of Life (WHOQOL)</i> . - <i>GRID Hamilton Rating Scale For Depression (GRID-HAMD)</i> .  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo de tratamiento con antidepresivos.	- Prueba $\chi^2$ . - Cociente de riesgos instantáneos ( <i>Hazard ratio</i> ). - Prueba t de Student.	No se encontraron diferencias en la reducción de la recurrencia en depresión en el seguimiento a 24 meses, ni en el coste. No obstante, MBCT y discontinuación de antidepresivos resultó más eficaz en personas con tres o más recaídas.  Se encontró mayor recurrencia en las personas con historia de abuso infantil.  Menor adherencia al tratamiento con antidepresivos que a la MBCT.
Kuyken et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. IF: 9.86.	-	Metaanálisis de resultados en diversos tratamientos: - MBCT. - Tratamiento con antidepresivos usual (TAU). - Terapia cognitivo-conductual (CBT).	Bases de datos consultadas: EMBASE, PubMed/Medline, PsycINFO, Web of Science, Scopus, and the Cochrane Controlled Trials Register. Filtro temporal: 2010-2014.	El grupo de MBCT presentó una mayor reducción en el riesgo de presentar recaídas en un seguimiento de 60 semanas comparado con quienes recibieron TAU. Este resultado fue comparable al alcanzado por la CBT, excepto en el caso de las personas con mayores niveles de síntomas depresivos residuales, quienes se beneficiaron más de la MBCT. No se hallaron diferencias según el número de recaídas anteriores. Debe señalarse que sólo se introdujo un estudio comparando MBCT con CBT.
Segal et al. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. IF: 6.78.	160	- <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)</i> . - <i>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</i> .  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT. 2. Grupo con TAU. 3. Grupo con placebo.	- Análisis de varianza (ANOVA). - Correlación de Pearson.	La MBCT y TAU reducen la recurrencia de los episodios depresivos en el mismo grado en un periodo de 18 meses, ambos con efectos superiores al placebo, presentándose este efecto en las personas que presentaban depresión en el momento de la intervención. En aquellos sin depresión no se encontraron diferencias entre las condiciones.

**Apéndice C**
**Tabla 5**  
 Eficacia de la MBCT para el tratamiento de la depresión bipolar

Autores y Título	N	Escalas y variables	Análisis realizado	Resultados
Bojic y Becerra (2017). Mindfulness-Based Treatment for Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. IF: 0.64.	-	Revisión de estudios de MCBT aplicada a adultos con trastorno bipolar: - Siete estudios sin grupo control. - Tres estudios con grupo control consistente en lista de espera recibiendo psicofármacos. - Dos estudios con grupo control consistente en sujetos sin trastornos psicológicos.	Bases de datos consultadas: PubMed, Medline, PsycARTICLES, Google Scholar y PsycINFO. Filtro temporal: 0-2015.	La MCBT resulta eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva, ansiosa y maniaca, además de mejorar el funcionamiento cognitivo y la regulación emocional. Estos efectos se mantenían un año después cuando la práctica de la atención plena se realizaba al menos tres días a la semana.
Chu et al. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. IF: 2.66.	-	Revisión y metanálisis de estudios de MCBT aplicada a adultos con trastorno bipolar: - Nueve estudios sin grupo control. - Tres estudios con grupo control consistente en lista de espera recibiendo psicofármacos.	Bases de datos consultadas: PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost-Medline, Psychology and Behavior Sciences Collection, Cochrane library, and ClinicalTrials.gov. Filtro temporal: 0-2016.	La MCBT resulta eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa en personas con trastorno bipolar.  No se encontraron diferencias significativas respecto a síntomas depresivos ni de ansiedad entre el grupo de tratamiento y el grupo control en los tres estudios que presentaban grupo control.
Deckersbach et al. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. IF: 3.919.	12	- <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS). - <i>Young Mania Rating Scale</i> (YMRS). - <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i> (FFMQ). - <i>Penn state Worry Questionnaire</i> (PSWQ). - <i>Response Style Questionnaire</i> (RSQ). - <i>Emotion Reactivity scale</i> (ERS). - <i>Adult ADHD Self-Report Scale</i> (ASRS). - <i>Clinical Positive Affective Scale</i> (CPAS). - <i>Psychological Well-Being Scale</i> (PWBS). - <i>Longitudinal Interval Follow-up Evaluation</i> - <i>Range of Impaired Functioning Tool</i> (LIFE-RIFT).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT y tratamiento psicofarmacológico. 2. Grupo con Psicoeducación y tratamiento psicofarmacológico.	- ANOVA.	El grupo de MBCT y farmacoterapia mostró una mayor reducción en los síntomas depresivos, rumiaciones y preocupaciones que el grupo con Psicoeducación y farmacoterapia. No se encontraron cambios significativos respecto al seguimiento.  También se hallaron mejoras en el grupo con MBCT en la auto-regulación emocional, bienestar subjetivo y afecto positivo.
Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball y Hadzi-Pavlovic (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. IF: 1.71.	95	- <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> (SCID-I). - <i>Young Mania Rating Scale</i> (YMRS). - <i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i> (MADRS). - <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI). - <i>Depression Anxiety Stress Scales</i> (DASS). - <i>State/Trait Anxiety Inventory</i> (STAI). - <i>Dysfunctional Attitudes Scale 24</i> (DAS-24). - <i>Response Style Questionnaire</i> (RSQ). - <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (MAAS).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT y tratamiento psicofarmacológico. 2. Grupo con tratamiento psicofarmacológico.	- Modelo lineal mixto.	Mayor reducción de síntomas ansiosos en la condición de MBCT en el seguimiento a 12 meses. También se redujeron las actitudes disfuncionales respecto a las ideas de logro.  No se encontraron diferencias en tiempo de recurrencia, número total de episodios o gravedad de la sintomatología depresiva o maniaca.
Salcedo et al. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: current state of the research. IF: 2.66.	-	Revisión de resultados en diversos tratamientos: - Psicoeducación. - CBT. - Terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT). - Terapia dialéctico-conductual (DBT). - MBCT. - Terapia familiar.	Bases de datos consultadas: PubMed y PsycINFO. Filtro temporal: 2007-2015.	Todos los tratamientos resultaron eficaces en la reducción de síntomas depresivos.  Destaca la asociación de la Psicoeducación y de la CBT con el mayor tiempo de eutimia entre episodios. MBCT muestra mayor efectividad respecto a los demás tratamientos en la mejora de síntomas de ansiedad.
Williams et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. IF: 2.66.	68	- <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI). - <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II). - <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI).  Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con MBCT y tratamiento psicofarmacológico. 2. Grupo en lista de espera y tratamiento psicofarmacológico.	- ANOVA.	La sintomatología depresiva se redujo en la condición de MBCT tanto en las personas con depresión unipolar como en aquellas con depresión bipolar.  La reducción en ansiedad también fue mayor en la condición de MCBT, especialmente en el grupo de personas con trastorno bipolar.

**Apéndice D**

**Tabla 6**  
Eficacia de la MBCT para el tratamiento de la depresión psicótica

Autores y Título	N	Escala y variables	Análisis realizado	Resultados
Gaudiano, Nowlan, Brown, Epstein-Lubow y Miller (2013). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. IF: 1.455.	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Quick Inventory of Depressive Symptomatology Clinician Rating (QIDS-C)</i>.</li> <li>- <i>Brief Psychiatric Rating Scale's (BPRS)</i>.</li> <li>- <i>Peters Delusions Inventory (PDI)</i>.</li> <li>- <i>Slade Hallucinations Scale-Revised (LSHS-R)</i>.</li> <li>- <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule-II (WHODAS-II)</i>.</li> <li>- <i>Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)</i>.</li> <li>- <i>Behavioral Activation for Depression Scale (BADs)</i>.</li> <li>- <i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)</i>.</li> </ul> Condiciones del tratamiento: 1. Grupo con ADAPT junto a tratamiento psicofarmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ANOVA de medidas repetidas.</li> <li>- Tamaño del efecto (estadístico <i>d</i> de Cohen).</li> <li>- Correlación de Pearson.</li> </ul>	Los pacientes mostraron menos síntomas depresivos y psicóticos. También mostraron un mejor funcionamiento psicosocial, mayor flexibilidad psicológica, valoración de la vida, activación conductual y atención plena.