



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TRABAJO FIN DE GRADO

**Revisión teórica sobre la Terapia Cognitiva
basada en Atención Plena**

Isabel Rodríguez Martín

Tutora: María del Carmen Rodríguez Naranjo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

Junio-2017

Resumen

Las terapias de tercera generación aparecen para superar las limitaciones respecto a las terapias de primera y segunda generación. Desde un enfoque novedoso en el que la perspectiva funcional y contextual adquiere gran relevancia, destaca la importancia de la aceptación de los síntomas en lugar de la eliminación y control sobre ellos. El objetivo de este estudio es realizar una revisión teórica sobre la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (TCAP), que si bien ya es conocida su eficacia sobre la depresión con sus favorables resultados en la prevención de recaídas, en esta revisión también evidencia su eficacia en otros tipos de problemas como son: Trastorno Bipolar, Ansiedad y Obsesiones, Síntomas Psicóticos y Somatizaciones. Los resultados encontrados muestran que la TCAP arroja beneficios en la reducción y gravedad de los síntomas, así como en el aumento y mejora de la calidad de vida.

Palabras-clave: Tercera generación, Terapia Cognitiva basada en Atención Plena, Eficacia, Depresión.

Abstract

Third-generation therapies appear to overcome the limitations of first and second generation therapies. From a novel approach in which the functional and contextual perspective acquires great relevance, it emphasizes the importance of the acceptance of the symptoms in the place of the elimination and the control over them. The objective of this study is to carry out a theoretical review on Cognitive Therapy Based on Mindfulness (MBCT). Although its efficacy on depression with favorable results in the prevention of relapses is well known, this review shows its efficacy in other types of problems such as: Bipolar Disorder, Anxiety and Obsessions, Psychotic Symptoms and Somatizations. The results found that MBCT provides benefits in the reduction and severity of symptoms, as in well as the increase and improvement of the quality of life.

Key words: Third generation, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Efficacy, Depression.

Índice

Introducción	4
Atención Plena	6
Historia y enfoque terapéutico.....	6
Componentes esenciales de la Atención Plena.....	7
Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (TCAP).....	9
Método	12
Método sistematizado de búsqueda de artículos.....	12
Eficacia de la Atención Plena	13
Eficacia de la TCAP en Depresión.....	13
Eficacia de TCAP en Trastorno Bipolar.....	14
Eficacia de TCAP en Ansiedad y Obsesiones.....	15
Eficacia de TCAP en Síntomas Psicóticos.....	16
Eficacia de TCAP en problemas de Somatización.....	17
Conclusiones	18
Referencias	22
Anexos	29

Introducción

Siguiendo la evolución de las terapias de tercera generación, hay que destacar la existencia de dos terapias anteriores en la historia de la psicología. Las terapias de primera generación, también denominadas “Primera Ola” y las terapias de segunda generación o “Segunda Ola”. Las terapias de primera generación se encuentran situadas en la década de 1950. Caracterizadas por su carácter experimental y empírico, se centran principalmente en producir un cambio de conducta. Dentro de ellas podemos encontrar desde el condicionamiento clásico de Pávlov en el que un estímulo neutro provoca la misma respuesta que otro, por el hecho de producirse simultáneamente, hasta el condicionamiento operante de Skinner en el que las consecuencias que siguen a una conducta modifican la posibilidad de que la conducta se vuelva a producir en un futuro. La aparición de esta generación de terapias busca cubrir un objetivo, superar las limitaciones del modelo psicoanalítico, cuya teoría se basa en considerar que los trastornos del comportamiento son la expresión de la mala resolución de conflictos inconscientes relacionados con la represión de los instintos, careciendo este modelo de leyes del comportamiento establecidas de manera científica. A pesar de ello, esta “Primera Ola” de terapias presenta algunos inconvenientes, ya que no atienden a los procesos cognitivos ni al procesamiento de información. Fue así como unos años más tarde aparecen para lidiar con estas limitaciones las terapias de segunda generación.

Las terapias de segunda generación, también llamadas “Segunda Ola”, aparecen en torno a 1970; dentro de ellas podemos encontrar la terapia cognitiva de Beck y su tríada cognitiva caracterizada por la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, o la terapia racional-emotiva de Ellis y la importancia de las creencias irracionales, ambas con un papel primordial en el desarrollo de la depresión. La nueva aportación que realizan este tipo de terapias es que se centran en la importancia de las cogniciones como causa de los problemas. Desde esta generación se considera que los patrones anómalos de conducta son debidos a la existencia de una serie de esquemas, estructuras y procesos de pensamiento distorsionados y disfuncionales, constituyendo los eventos cognitivos y el pensamiento las variables fundamentales de intervención. Superadas las limitaciones que presentan las terapias de primera generación, esta nueva generación de terapias no se exime de inconvenientes; la tendencia a estandarizar los casos o el desmerecimiento de los factores ambientales y contextuales en la aparición del problema suponen un gran inconveniente para esta generación

de terapias, haciendo que unos años más tarde aparezca una nueva generación de terapias, las llamadas terapias de tercera generación o “Tercera Ola”.

Las terapias de tercera generación aparecen en torno los años 90, aunque no es hasta alrededor del año 2000 cuando empiezan a cobrar importancia. La gran aportación de estas terapias se basa en destacar la importancia que conceden a los aspectos contextuales y en el énfasis que prestan al análisis funcional de la conducta; además, toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas, en vez de centrarse en la desaparición del síntoma. No se centran en la modificación de conducta, sino en provocar una alteración de la función psicológica concediendo una gran relevancia a la influencia del contexto. Las principales contribuciones que origina esta tercera generación de terapias en la trayectoria de la psicología se pueden sintetizar en las siguientes (Hayes, 2004):

- Dejar de usar de manera exclusiva las terapias de primer orden o directas y centrarse en una intervención más indirecta.
- Dar relevancia a la perspectiva contextual, teniendo en consideración la influencia del ambiente/contexto en el que se desarrolla la persona.
- Mostar una perspectiva funcional centrada en la importancia de para qué sirve la conducta, más que centrarse en su forma o el modo en que se presenta.
- No centrarse en la eliminación de conductas o pensamientos, sino en la aceptación de los mismos. Los intentos de control no solucionan el problema, sino que los mantienen.

Las terapias de tercera generación poseen evidentes puntos de unión, pero también es cierto que a la hora de ponerlas en práctica cada una presenta sus propias dinámicas de intervención. Dentro de las terapias de tercera generación podemos encontrar:

- La Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes y Strosahl, 2004).
- La Terapia de Conducta Dialéctica (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT, Linehan, 1993).
- La Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991).

- La Terapia Integral de Parejas (*Integrative Behavioral Couples Therapy* o IBCT, Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000).
- La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT, Segal, Williams, y Teasdale, 2002).

Atención Plena

Historia y enfoque terapéutico

Fue desde los años sesenta cuando se empezó a incorporar técnicas de meditación a la psicoterapia, produciéndose así una integración de distintas técnicas de relajación en la intervención clínica. Tres fueron los factores que generaron la aparición de estas técnicas (Simon, 2007):

1. La divulgación en occidente de técnicas y prácticas orientales de meditación.
2. La maduración de la psicología cognitiva actuando como terreno fecundo en el que las técnicas relacionadas con la Atención Plena pueden implantarse y fructificar.
3. Los avances de la neurociencia, y en particular de la neurociencia cognitiva y neurociencia afectiva, permitiendo mediante técnicas de neuroimagen conocer la relación existente entre mente-cerebro.

Fue así como dentro de las terapias de tercera generación, en las cuales se encuentra las técnicas relacionadas con la Atención Plena, aparece el *Mindfulness*, y la enormes posibilidades terapéuticas que añade. *Mindfulness*, como menciona Vallejo (2006), es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano; normalmente la traducción más aceptada suele ser la de *Atención Plena*⁽¹⁾ y consiste en la capacidad universal y básica de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Según Jon Kabat-Zinn (2003), Atención Plena consiste en prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella. Su práctica repetida permite eliminar los patrones negativos de pensamientos en las preocupaciones, generando una aceptación de la propia experiencia, además de facilitar la profundización del autoconocimiento y la autoaceptación.

(1) Nota: El término *Mindfulness* será sustituido a lo largo del texto por su traducción en castellano Atención Plena.

La aportación de la Atención Plena, y su incorporación dentro de las terapias contextuales, se basa en considerar el contexto como elemento principal en la explicación e intervención del problema. La relevancia que otorga la Atención Plena al contexto permite modificar la función del evento psicológico a través de la modificación de su entorno, pues el foco de atención se dirige hacia todo el evento en su conjunto, no solo hacia los estímulos o las respuestas de forma discreta. El comportamiento no puede ser entendido sin tener en cuenta la interacción que mantiene con el contexto (Hayes, 2004). Otra gran aportación es la importancia que concede a la función psicológica; así, no se focaliza en el cambio o la eliminación de una conducta que paradójicamente es lo que mantiene el problema, sino en la alteración del evento cognitivo que resulta problemático (Hayes 1999). La práctica de la Atención Plena incluye elementos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación o ejercicios centrados en las sensaciones corporales (Vallejo, 2006). Algunos de los procedimientos que utiliza son la práctica de *body scan*, que consiste en experimentar las sensaciones corporales asociadas al cuerpo o la práctica de la relajación (Kabat-Zinn, 2002).

Componentes esenciales de la Atención Plena

Para entender en qué consiste la Atención Plena es necesario comprender cada uno de sus componentes (Baer, Smith y Allen, 2004). Proviene de la filosofía budista y se pueden resumir en cinco que son interdependientes entre sí: (1) aceptación, (2) atención al momento presente, (3) apertura a la experiencia, (4) dejar pasar e (5) intención.

- **Aceptación:** Actitud imprescindible y presente en todos los enfoques que utilizan la conciencia plena. Consiste en no juzgar los pensamientos y sentimientos que aparecen en la vida cotidiana, simplemente aceptarlos. Según Hayes (1994) se trata de “experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal como son”.
- **Atención al momento presente:** Consiste en atender a la vida diaria centrándose en el momento presente. Dejar a un lado el pasado evitando las rumiaciones y el futuro generando temores o expectativas hacia el porvenir; no obstante, hasta ahora no se ha alcanzado un consenso acerca de si la atención ha de dirigirse hacia la experiencia interna o hacia la actividad que se está realizando. Autores como Bishop (2004) apoyan que lo esencial es dirigir la atención hacia los procesos internos mientras que otros como Brown y Ryan (2004) apoyan centrarla en la vida diaria.

- Apertura a la experiencia: Capacidad de observar sin que se interpongan nuestras creencias, como si fuera la primera vez, implicando tanto la apertura a la experiencia de eventos negativos (Buchheld, Grossman y Walach, 2001) como observar todo lo que ocurre en el entorno con curiosidad (Bishop *et al.*, 2004).
- Dejar pasar: Consiste en no aferrarse ni identificarse con ningún pensamiento o emoción (Kabat-Zinn, 1990). Producir una descentralización de los pensamientos en lugar de verlos como la absoluta realidad. Este componente también se encuentra presente en otros enfoques psicoterapéuticos, como en la terapia de Aceptación y Compromiso, recibiendo el nombre de “defusión”.
- Intención: Tener propósito y motivación para emprender la práctica de conciencia plena. La intención sufre una evolución a lo largo de la intervención; en un principio se prima la autorregulación, después la auto-exploración y finalmente la auto-liberación (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006).

El entrenamiento en Atención Plena aplica el uso de determinados mecanismos de acción (Pérez y Botella, 2007) que podemos sintetizar en siete que son: (1) exposición, (2) cambios cognitivos, (3) auto-regulación, (4) aceptación, (5) integración, (6) clarificación de valores y (7) relajación.

- Exposición: Consiste en someterse de manera prolongada a las sensaciones sin que se produzca ninguna consecuencia negativa. El objetivo principal es producir la desensibilización y reducción de la respuesta emocional. Esta estrategia ha mostrado gran utilidad en trastornos de ansiedad, ya que permanecer con las sensaciones ansiógenas, sin intentar evitarlas, llega a producir una reducción de la reactividad emocional ante las mismas. En pacientes con depresión la exposición a los propios contenidos de sus pensamientos les permite experimentar las emociones de manera más objetiva y menos reactiva, percibiendo el malestar emocional como menos displacentero y amenazador (Segal, Williams y Teasdale 2002). La observación sostenida, sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin intentar evitarlas, puede reducir la reactividad emocional (Kabat-Zinn, 1990).
- Cambios cognitivos: Aunque más que una estrategia, es un efecto de la práctica de Atención Plena. Autores como Bishop *et al.* (2004) evidencian cambios en la mejora de la atención sostenida, y en la capacidad para cambiar de manera consciente y

deliberada el foco de atención. No se produce el procesamiento de pensamientos secundarios, y debido a la capacidad limitada de procesamiento de información, permite generar un mayor procesamiento de la información relevante a la que usualmente no se atiende.

- **Auto-regulación:** Consiste en la capacidad para reconocer sensaciones y acontecimientos cognitivos. Se ha demostrado que la conciencia de las sensaciones de dolor y de las respuestas de estrés pueden capacitar a los individuos para ejercer una respuesta de afrontamiento (Kabat-Zinn, 1990). Además, existe una relación positiva entre la conciencia plena y la actividad cotidiana autónoma, y una relación negativa de la conciencia plena con los niveles de afecto displacentero (Brown y Ryan, 2003).
- **Aceptación:** Además de formar parte de los componentes de la Atención Plena, también constituye una de las estrategias para su entrenamiento, la cual consiste en no temer a las reacciones privadas y tener a disposición diversas alternativas de respuesta cuando aparezcan los contenidos previamente evitados (Hayes, 2002).
- **Integración de aspectos disociados del *Self*:** El conflicto entre las necesidades biológicas y las restricciones sociales genera una disociación de una parte de las emociones que sigue influyendo en las conductas (Safran y Muran, 2005).
- **Clarificación de valores:** Se basa en actuar de manera congruente respecto a los valores, sin dejar actuar al procesamiento automático que a menudo no es congruente con los propios valores (Brown y Ryan, 2003).
- **Relajación:** Permite una facilitación de la autoexploración y conocimiento sobre el sí mismo. La práctica repetida de la meditación induce a una mayor relajación física y mental (Baer, 2003). Su aplicación consiste en centrar la atención sólo en la respiración abdominal, realizando espiraciones e inspiraciones completas. Cada vez que la mente se aleje de prestar atención a la respiración, se vuelve a ella sin importar el pensamiento en que se haya involucrado (Kabat-Zinn, 2003).

Terapia Cognitiva basada en Atención Plena

La Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (TCAP) consiste en un programa para la prevención de recaídas en depresión desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) que consta de ocho semanas de duración. La depresión en su sentido más amplio es un trastorno del humor caracterizado por un estado de ánimo bajo y persistente con signos de

pérdida. Sus síntomas se pueden clasificar en cinco tipos: (1) síntomas afectivos caracterizados por tristeza, abatimiento, desánimo, disminución de la capacidad de disfrute, apatía o indiferencia, etc.; (2) síntomas cognitivos, que consisten en la disminución de la capacidad de concentración, memoria y atención, y el incremento de las cogniciones negativas auto-referidas (auto-crítica, auto-culpa, etc.); (3) síntomas comportamentales dentro de los que se encuentran lentitud al hablar y andar, agitación motora, disminución del nivel de actividad, etc.; (4) síntomas fisiológicos constituidos por insomnio o hipersomnia, disminución del apetito, de la actividad y deseo sexual, dolores y molestias; (5) a nivel interpersonal, la disminución del interés por los demás y el deterioro de las relaciones sociales (Vallejo, 2012).

Hoy en día es uno de los problemas más acuciantes de la sociedad, ya que las cifras sobre la prevalencia de la depresión demuestran que afecta a un amplio porcentaje de personas. Los estudios epidemiológicos realizados en la década de los 80 habían estimado una prevalencia vital del 5%, sin embargo estudios más recientes muestran cifras muy superiores con una prevalencia vital entre el 6 y el 18% (Vallejo, 2012). Además, diversos estudios demuestran que las personas que han presentado un primer episodio de depresión tienen un 50% de probabilidades de volver a sufrir un segundo episodio. Además, para las personas que han presentado un segundo episodio el riesgo de recaída aumenta hasta alcanzar el 70-80% (Elkin *et al.*, 1989). Para explicar la recaída en la depresión Teasdale (1988) formula la hipótesis de la activación diferencial. La asociación entre el estado de ánimo bajo y los patrones de pensamiento negativos repetidos durante los episodios de depresión conduce a una mayor probabilidad de reactivación de los patrones de pensamiento disfuncionales en los momentos de estado de ánimo bajo. Esta hipótesis concuerda con los datos que muestran que el estilo de respuesta “rumiativa” puede perpetuar la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991).

La Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (TCAP) es un programa de entrenamiento en meditación y en terapia cognitiva, dentro del cual se encuentra incorporado el programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) desarrollado por Jon Kabat-Zinn (1990). Haciendo una pequeña definición, el MBSR se fundamenta en considerar que el sufrimiento humano está presente en todas las partes del cuerpo y, además, es consecuencia de los apegos, los cuáles impiden aceptar la impermanencia y crean la ilusión de identidad estática y separada del entorno. Mientras la mente intenta conseguir las metas planteadas no

está en el momento presente y la persona actúa como un piloto automático identificándose con sus pensamientos y sentimientos.

Incorporado el MBSR, la TCAP consiste en un tratamiento grupal que llega a admitir hasta 12 pacientes por grupos. La estructura consiste en una reunión semanal de aproximadamente dos horas de duración en la que se incorporan, meditaciones formales. Muestra una excelente relación coste-beneficio y avala su eficacia en la reducción de recaídas en sujetos con más de tres episodios depresivos (Segal *et al.*, 2000). Este programa reduce la probabilidad de que se produzcan ciclos rumiativos en los momentos en que la persona presenta un incremento de disforia llegando a provocar un *insight* metacognitivo. Los patrones de pensamientos rumiativos están motivados por el intento de evitar o escapar de los síntomas depresivos o momentos difíciles, de manera que la persona adquiere una rutina inútil caracterizada por el siguiente patrón cognitivo (Segal, Williams y Teasdale, 2002):

1. Activación del piloto automático responsable de desencadenar los pensamientos y juicios de valor.
2. Deseo primordial de deshacerse del estado de ánimo negativo, unido a un fuerte apego a la meta de sentirse feliz.
3. Comparación constante del estado actual y el estado deseado.
4. Confianza en que el problema se podrá resolver con el empleo de técnicas verbales.

El programa consta de 8 sesiones divididas en dos fases. Combina prácticas tradicionales de meditación, como el entrenamiento en respiración, y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva, como la psicoeducación, que posibilita la toma de conciencia de los pensamientos negativos y de la posibilidad de recaída. Su objetivo es producir una descentralización del pensamiento y facilitar la toma de perspectiva, así como adquirir la capacidad de afrontar los problemas de manera efectiva tras el reconocimiento de sus primeros indicios. Además, se encarga de llevar a cabo una prevención de recaídas en pacientes con episodios recurrentes de depresión (Segal, *et al.*, 2002).

La primera fase está formada por cuatro sesiones. Tiene como objetivo que los participantes aprendan a prestar atención de manera consciente y sin juzgar; para ello, en un principio los participantes toman conciencia de la escasa atención que suelen prestar a su vida cotidiana. Se les enseña a tomar conciencia de la rapidez con que la mente cambia de un tema a otro; primero centran la atención en las distintas partes de su cuerpo, para después llevarla

hacia su propia respiración. Sólo cuando se han dado cuenta de estos aspectos es cuando es posible estar alerta para los cambios de humor, para después pasar a ser capaz de controlarlos. Además, se les pide a los participantes hacer un registro de los momentos agradables del día, en el que no solo tienen que describir el suceso sino también cuáles fueron las sensaciones, pensamientos y emociones experimentadas.

La segunda fase comienza a partir de la quinta sesión constituida por tres sesiones más, hasta finalizar con la octava sesión. Los participantes aprenden a ser plenamente conscientes del pensamiento o sentimiento, y luego, habiéndolo reconocido, mover su atención a la respiración para manejar las dificultades del momento y disolver el pensamiento desagradable. Finalmente, se anima a los participantes a ser más conscientes de sus propias señales sobre el intento de evitación de los síntomas y a desarrollar planes de acción específicos para cuando esto ocurra.

Método

Método sistematizado de búsqueda de artículos

La estrategia de búsqueda se realizó mediante la introducción en bases de datos de palabras-clave acordes con el objetivo de la revisión. La primera búsqueda se realizó en inglés utilizando las siguientes palabras-clave: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Efficacy, Depression*. Las bases de datos a las que se accedió para realizar la búsqueda fueron WOS, Scopus, PsycINFO y Pubmed desde su web oficial. La única condición que se tuvo en cuenta durante la búsqueda es que se trataran de revistas que tuvieran un índice de impacto significativo en *Journal Citation Reports (JCR)* y en IN-RECS. Además no se realizó ninguna restricción temporal.

Los resultados de la búsqueda arrojaron que los principales problemas en los que Terapia Cognitiva basada en Atención Plena muestra eficacia son: Depresión, Trastorno Bipolar, Ansiedad y Obsesiones, Síntomas Psicóticos y Somatización. La elección de estos problemas se debe a la existencia de numerosos artículos que avalan la eficacia mostrada por la TCAP sobre ellos. Una vez determinados, la segunda búsqueda se especificó introduciendo

las siguientes palabras-clave: *Psychotic Symptoms, Anxiety and Obsessions, Bipolar Disorder y Somatization.*

Eficacia de la Atención Plena

Eficacia de la TCAP en Depresión

Tras la revisión de seis estudios (ver Tabla 1), dentro de los que se encuentran un meta-análisis, dos estudios de eficacia y tres estudios empíricos, los resultados obtenidos para la aplicación de la TCAP sobre la depresión se pueden sintetizar en los siguientes:

- El tratamiento en TCAP es más eficaz (en la población con BDI >18) que el tratamiento usual para la reducción de síntomas de Depresión (Cebolla y Miró, 2007).
- Reducción de la rumiación en el grupo TCAP tras terminar la intervención y su mantenimiento a los tres meses (Cebolla *et al.*, 2007).
- Disminución de las estrategias desadaptativas de afrontamiento y como consecuencia, aumento del afrontamiento efectivo generado por la función metacognitiva de descentramiento (Cebolla *et al.*, 2007).
- Reducción de la evitación experiencial y aumento de la autoconciencia. Además se muestra una educación del exceso de compromiso con las emociones y pensamientos perturbadores. (Kumar, Feldman y Hayes, 2008).
- Disminución de los síntomas depresivos. Dentro del grupo de sujetos que reciben TCAP el 44,7% reducen su puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) tras terminar la intervención. En el grupo de control solo el 22,5% de los sujetos reducen su puntuación (Cebolla *et al.*, 2007).
- Eficacia en la prevención de recaídas de aquellas personas que han tenido tres o más episodios depresivos. Los resultados obtenidos tras comparar un grupo placebo con un grupo al que se le aplicó la TCAP muestran que el 77% de los pacientes que han tenido tres o más episodios depresivos obtuvieron una mejora significativa, en comparación con un 23% de aquellos que han tenido solo dos episodios depresivos (Teasdale *et al.*, 2000).
- Para los pacientes que han experimentado tres o más episodios de depresión, la TCAP reduce a la mitad las tasas de recaída y recurrencia respecto al grupo control (Teasdale

et al., 2000). Estos resultados se mantienen durante un seguimiento de 12 meses (William *et al.*, 2008).

- La tasa de recaídas producida por la TCAP en personas con tres episodios depresivos o más es del 37%, similar a la tasa de recaída en aquellos con sólo dos episodios que recibieron el tratamiento típico de costumbre (31%) (Teasdale *et al.*, 2000).
- Aunque la TCAP muestra una ligera mayor eficacia para el tratamiento de la depresión, no hay diferencias significativas respecto a la aplicación de TCAP a nivel individual o grupal durante el seguimiento (Schroevens, Tovote, Sshippe y Fleer, 2016).

En conclusión, los resultados obtenidos han demostrado la eficacia terapéutica de la TCAP para los síntomas depresivos, aumentando la eficacia en prevención de recaídas en aquellas personas que han tenido más de dos episodios depresivos. También es eficaz en la reducción del pensamiento rumiativo, que constituye uno de los principales componentes relacionados con la recurrencia de la depresión. La TCAP para el tratamiento de la depresión está en línea con la gran cantidad de estudios que demuestran los beneficios de esta intervención en los síntomas de ansiedad y depresión, así como la mejora del bienestar de los pacientes.

Eficacia de TCAP en Trastorno Bipolar

Los resultados arrojados sobre la revisión de cuatro estudios dentro de los que se encuentran un meta-análisis y tres estudios empíricos sobre la eficacia de la TCAP en el Trastorno Bipolar (ver Tabla 2), han mostrado los siguientes resultados:

- Reducción del humor depresivo e hipomaníaco/maníaco tras la aplicación del tratamiento respecto al estado inicial. Se produjo además una reducción de las rumiaciones, preocupaciones y dificultades atencionales, así como un aumento significativo en las puntuaciones del YMRS, en las escalas que evalúan bienestar psicosocial (LIFE-RIFT), afectividad positiva (CPAS) y regulación emocional (PWBS) (Deckersbach *et al.*, 2012).
- Las habilidades de regulación emocional y las relaciones interpersonales positivas mostraron una mejora lineal desde el pretratamiento hasta el seguimiento, lo que puede sugerir que las habilidades mejoradas para regular las emociones tuvieron un

impacto positivo en las relaciones interpersonales de los participantes (Deckersbach *et al.*, 2012).

- Los resultados obtenidos tras el uso de la terapia mostraron puntuaciones de ansiedad más bajas (STAI), generando un efecto protector en los pacientes bipolares. Además permite tener un mayor control de la ansiedad estado (Perich, Manicavasagar, Mitchell Ball y Hadzi-Pavlovic, 2013).
- No ofrece beneficio protector en términos de retrasar el tiempo de recurrencia de un episodio de depresión o hipomanía para las personas con trastorno bipolar, pero limita el aumento de la ansiedad (William *et al.*, 2008).

A modo de síntesis, es evidente la eficacia de la TCAP para el Trastorno Bipolar ya que demuestra una mayor estabilidad emocional y mejora del funcionamiento neurocognitivo de los pacientes tras la aplicación del tratamiento respecto al pretratamiento. Además los pacientes a los que se les aplica TCAP muestran una buena adherencia al tratamiento.

Eficacia de TCAP en Ansiedad y Obsesiones

Por una parte, respecto los problemas de ansiedad, la revisión de artículos sobre la eficacia de la TCAP está constituida por dos estudios empíricos y una revisión sistemática (ver Tabla 3). Los resultados encontrados muestran:

- Disminución significativa de la ansiedad, tensión, preocupación y síntomas depresivos después del transcurso de 8 semanas desde la aplicación de la terapia. Se obtuvo una reducción significativa de las puntuaciones obtenidas en el *Symptom Checklist Review* (Evans *et al.*, 2008).
- Aumento del nivel de conciencia en la vida cotidiana de los pacientes, además de una mayor disposición a experimentar pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales difíciles, sin intentar evitarlas ni enfrentarse a ellas (Evans *et al.*, 2008).
- Aunque los pacientes mejoran en los grupos de tratamiento con TCAP y en el grupo de psicoeducación, en los síntomas de ansiedad los pacientes que recibieron TCAP tuvieron una reducción significativamente mayor (Wong *et al.*, 2016).

En resumen, el enfoque terapéutico basado en la TCAP es un tratamiento factible para las personas que presentan síntomas de ansiedad. Produce una reducción estadísticamente

significativa en sus puntuaciones, además de un aumento del nivel de autoconciencia respecto al pretratamiento.

Por otra parte, respecto a los problemas relacionados con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), los artículos revisados han sido un estudio empírico y un estudio de eficacia. Los resultados obtenidos muestran:

- Mejora de las habilidades de regulación emocional en pacientes que presentan Fobia Social, factor común que presenta con los pacientes de TOC (Kulz *et al.*, 2014).
- Muestra utilidad para cuestionar los estilos y creencias metacognitivas que mantienen al TOC como la fusión y el control del pensamiento, además de una reducción significativa en la gravedad de las obsesiones, la gravedad global de la enfermedad y la gravedad de la ansiedad y la depresión (Kulz *et al.*, 2014).
- La autocompasión es uno de los principales predictores de la calidad de vida y atención plena (Wong *et al.*, 2016). Los pacientes que presentan TOC tienen un nivel de autocompasión inferior al de la media. Aumentar los niveles de autocompasión permitiría obtener una liberación de la lucha con las obsesiones como intrusiones violentas y tratar con ellas de manera que se acepten y no se juzguen.
- Los resultados tras aplicar TCAP en el TOC muestran que no hay recaída tras pasar tres meses y el 67% de los participantes lograron la remisión (Wong *et al.*, 2016).

A modo de conclusión podemos decir que la TCAP muestra eficacia en el tratamiento de obsesiones ya que permite alcanzar un manejo consciente de las mismas mediante la reestructuración cognitiva de las creencias obsesivas. Demuestra una reducción significativa en la gravedad de las obsesiones y en la gravedad global de la enfermedad.

Eficacia de TCAP en Síntomas Psicóticos

La revisión de artículos sobre la eficacia de la TCAP en síntomas psicóticos consta de una revisión sistemática formada por once estudios y tres estudios empíricos (ver Tabla 4). Los resultados obtenidos presentan lo siguiente:

- Aceptación por parte de los pacientes de las voces, pensamientos e imágenes como sensaciones transitorias y desagradables, considerándolas como que sólo forman parte de la propia experiencia (Abba, Chadwick y Stevenson, 2008).
- Mejora en el funcionamiento psicosocial, la percepción y la duración de los reingresos hospitalarios. Mejoras significativas en los diferentes aspectos del funcionamiento del paciente (incluyendo el auto-mantenimiento, las interacciones sociales y las habilidades de vida), tanto para los síntomas positivos como para los negativos (Aust y Bradshaw, 2017).
- Disminución de la angustia y perturbación producida por las voces, lo que se plasma en una reducción de las puntuaciones obtenidas en el AHRs (Chadwick *et al.*, 2016).
- Cambio significativo en las puntuaciones medidas por el CHOICE, una medida generada por el paciente de trastornos del comportamiento y acción positiva (Chadwick *et al.*, 2016).
- Disminución del número promedio de rehospitalizaciones, además de mantener la mejora de los síntomas tras el transcurso de seis meses (Wang, Chien, Yip y Karatzias, 2016).

En general podemos decir que el tratamiento con TCAP muestra gran eficacia sobre los síntomas negativos presentes en los estados psicóticos. La aceptación de los síntomas produce una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Eficacia de TCAP en Problemas de Somatización

Tras la revisión de tres artículos dentro de los que se encuentran un meta-análisis constituido a su vez por trece artículos, un estudio de eficacia y un estudio empírico (ver Tabla 5), la TCAP muestra favorables resultados en los problemas relacionados con la somatización, concretamente en los tres siguientes: (1) fibromialgia, (2) síndrome de intestino irritable y (3) síndrome de fatiga crónica. Los resultados obtenidos muestran:

- Aceptación del dolor crónico y eliminación del intento de oponerse. Mejora significativa y sostenida en los niveles subjetivos de fatiga, ansiedad, depresión, calidad de vida y funcionamiento físico (Fjorback *et al.*, 2013).

- Mejora de un 51% de los pacientes con fibromialgia en el grupo TCAP respecto al grupo de control (Lakhan y Schofield, 2013).
- Tras la aplicación de TCAP hay una evidente eficacia de la aceptación en la reducción de la gravedad de los síntomas en pacientes con síndrome de fatiga crónica (Lakhan *et al.*, 2013).
- Mejora sostenida de los síntomas después de la TCAP en pacientes con síndrome de intestino irritable (Lakhan *et al.*, 2013).

En conclusión, la TCAP muestra eficacia en la reducción del dolor y de los síntomas depresivos y ansiógenos. Además permite una mejora en el bienestar y en la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados recogidos en diversos artículos, podemos afirmar la eficacia de la TCAP respecto a los datos recogidos en esta revisión teórica para el tratamiento de Depresión, Trastorno Bipolar, Ansiedad y Obsesiones, Síntomas psicóticos y Problemas de Somatización. En primer lugar, es clara la evidencia empírica que presenta la TCAP para el tratamiento de la depresión, uno de los problemas más acuciantes en la sociedad de hoy en día. Sus favorables resultados para la prevención de recaídas, en pacientes con tres o más episodios depresivos, hacen a la TCAP un tratamiento factible para la depresión con episodios recurrentes. Prueba de ello está en los múltiples resultados encontrados que muestran cómo, tras su aplicación, se produce una reducción de los síntomas depresivos, una disminución de las rumiaciones y un aumento de habilidades de afrontamiento eficaces. Está demostrado que el aumento de la función metacognitiva de descentramiento permite a las personas con episodios recurrentes de depresión reducir los pensamientos perturbadores y el compromiso constante con las emociones. Además, sus resultados persisten tras el transcurso de tres meses, produciendo una gran mejora en el bienestar y calidad de vida de los pacientes.

El trastorno bipolar también evidencia resultados significativos con el tratamiento de TCAP. Son bien conocidos los cambios de ánimo que se presentan en este trastorno, caracterizado por el transcurso de episodios de manía, o hipomanía, a episodios de depresión. Los hallazgos encontrados tras la aplicación de la TCAP muestran una reducción del humor depresivo y las rumiaciones, provocando una disminución significativa en las puntuaciones de

los síntomas depresivos. No produce una disminución en las puntuaciones de ansiedad, pero sí detiene su incremento. Favorece la correcta gestión de la ansiedad estado, produciendo una mejora significativa tras el transcurso de doce meses. Además, muestra un aumento en la capacidad de regulación emocional, facilitando una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

En problemas de ansiedad ha obtenido resultados favorables. El tratamiento con TCAP es capaz de reducir los niveles de ansiedad de manera significativa al cabo de ocho semanas, mostrando ser un tratamiento factible y aceptable para las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Además, los resultados demuestran que no hay recaída tras el transcurso de tres meses. Dentro de los trastornos de ansiedad, la aplicación de la TCAP sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo obtiene óptimos resultados. Reduce la gravedad de las obsesiones, incrementa la aceptación de los pensamientos intrusivos y disminuye los niveles de ansiedad. Permite cuestionar las creencias metacognitivas como la fusión o el control del pensamiento, además de provocar una mayor aceptación y experimentación de las sensaciones corporales difíciles. Los resultados no muestran recaídas tras el transcurso de tres meses.

La eficacia de la TCAP no está sólo relacionada con los síntomas depresivos, sino que sus resultados van más allá. Su tratamiento para los síntomas psicóticos ha evidenciado la aceptación de las voces y la disminución de la angustia y perturbación producida por las mismas. Una de las ventajas de aplicar la TCAP sobre los síntomas psicóticos es que permite dejar que los pensamientos e imágenes vengan, sin oponerse a ellos, mostrando la mejora del funcionamiento del paciente tanto en los síntomas positivos como negativos. Mejora las relaciones psicosociales y el propio funcionamiento, favoreciendo el bienestar del paciente. Además, al igual que muestra eficacia en la prevención de recaídas para la depresión, también produce una mejora en el progreso de recuperación de los síntomas psicóticos gracias a que permite alcanzar mayor nivel de autoconciencia y permite adquirir un aprendizaje ante las sensaciones psicóticas. Los resultados se mantienen tras el transcurso de seis meses y el número promedio de rehospitalizaciones disminuye progresivamente

Dentro de las somatizaciones, la TCAP muestra eficacia para las quejas crónicas y persistentes de síntomas físicos. En pacientes con fibromialgia permite alcanzar una aceptación y reducción del dolor. En pacientes con síndrome de intestino irritable permite una mejora en su calidad de vida y funcionamiento físico, y en pacientes con síndrome de fatiga

crónica evidencia una reducción significativa en la gravedad de los síntomas. El entrenamiento de la atención plena en problemas de somatización puede mejorar la regulación del estrés y la emoción. Los síntomas corporales pueden ser experimentados debido a las emociones destructivas como resultado de la angustia y la alteración en la regulación de emociones, lo que produce los síntomas y el dolor. Considerando la mejoría después de la intervención en atención plena, la TCAP puede ser potencialmente útil en pacientes con problemas de somatización.

Todos estos datos permiten concluir que la TCAP muestra evidente eficacia en diversos problemas, no solo en problemas como la depresión o el trastorno bipolar, sino también en problemas como la ansiedad generalizada o el trastorno obsesivo compulsivo. Su eficacia también se ha demostrado ante los síntomas físicos favoreciendo la reducción del dolor, la reducción de la gravedad de los síntomas y favoreciendo la mejora de la calidad de vida de los pacientes con los que se interviene. Al realizar una comparación de tratamientos se ha evidenciado que para la depresión, la TCAP ha demostrado una eficacia superior a los propios antidepresivos como muestra Kuyke *et al.* (2008) en su estudio. Además, al compararla con un grupo psicoeducativo y un grupo control, la TCAP muestra menor porcentaje de recaídas en personas con episodios recurrentes de depresión (Williams *et al.*, 2014). En el Trastorno Bipolar la TCAP ha mostrado más eficacia que el grupo control, y al compararla con el tratamiento habitual basado en el uso de medicamentos sus resultados también son superiores, mostrando una mayor reducción de los síntomas depresivos (Perich, *et al.*, 2012). Para el tratamiento de la Ansiedad Generalizada la TCAP ha demostrado una mayor eficacia en sus resultados respecto al grupo control y al grupo de psicoeducación (Kim *et al.*, 2009), y en el tratamiento de las obsesiones también obtiene resultados superiores respecto al grupo control y al programa de educación (Kumar *et al.*, 2008). En los síntomas psicóticos, la aplicación de la TCAP obtiene mejoras significativas por encima del grupo de control, el grupo de psicoeducación y el tratamiento habitual basado en el uso de medicamentos (Chadwick *et al.*, 2016). Por último, en los problemas de somatización la TCAP muestra una mayor eficacia que el tratamiento basado en atención médica y el tratamiento basado en terapia cognitiva breve, además de mostrar una eficacia superior para el tratamiento del dolor en comparación con la lista de espera y distintas técnicas de masajes (Fjorback *et al.*, 2013). Cabe destacar que dentro de los tipos de problemas sobre los que se revisa la eficacia de la TCAP, su aplicación en Depresión y Trastorno Bipolar supone un gran

avance, obteniendo resultados favorables y mejoras significativas sobre los pacientes tras su aplicación.

Para finalizar, añadir como valoración que, aunque las terapias de tercera generación no emergieran hasta hace poco, la Atención Plena no es algo novedoso, ya que se trata de una práctica que apareció hace más de 2.500 años en el contexto budista. Su inclusión con técnicas de meditación para gestionar de manera diferente los eventos cognitivos y la relevancia que otorga a las variables contextuales en la explicación e intervención del problema hace que su uso en psicoterapia aporte grandes beneficios, no solo en problemas psicológicos, sino también en problemas físicos, favoreciendo la aceptación de los síntomas sin el intento de controlar o eliminar los mismos. Por esto, las terapias de tercera generación dentro de las que se incluyen la TCAP constituyen una adecuada herramienta con evidente sustento empírico y favorables resultados tras su aplicación, que permiten obtener una mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas.

Referencias

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research, 18*, 77-87.
- Aust, J., & Bradshaw, T. (2016). Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.*
- 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.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, n. D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: science and practice, 11*, 230-241.
- 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.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research, 1*, 11-34.
- Cebolla, A. y Miró, M.T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia, 66/67*, 133-154.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy, 37*, 403.
- Chadwick, Paul Strauss, Clara Jones, Anna-Marie Kingdon, David Ellett, Lyn Dannahy, Laura & Hayward, Mark (2016). Group mindfulness-based intervention for

distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 175, p. 168.

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, 133-141.

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, 716-721.

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.

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes—Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of psychosomatic research*, 74, 31-40.

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., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S.C. (2004). *Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies*. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition. *Guilford Press*, 1-29.

- Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer-Verlag.
- Hollon, S. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891-932.
- 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.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Piadkus.
- Kabat-Zinn, J (2002). Guided mindfulness meditation: Body scan meditation.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kearns, N. P., Shawyer, F., Brooker, J. E., Graham, A. L., Enticott, J. C., Martin, P. R., & Meadows, G. N. (2016). Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89, 33-49.
- Kim, Y.W., Lee, S.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., & Kim, C.M. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26, 601-606.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(6), 966.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., & Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry, 14*, 314.
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 734.
- Kumar, A., Sharma, M. P., Narayanaswamy, J. C., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2016). Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian Journal of Psychiatry, 58*, 366.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 966-978
- Lahera, G., Bayón, C., Bravo-Ortiz, M. F., Rodríguez-Vega, B., Barbeito, S., Sáenz, M., & de Dios, C. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients with sub-threshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry, 14*, 215.
- Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one, 8*(8).
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford.
- Mañas, I. Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o de tercera generación. *Gaceta de psicología, 40*, 26-34.

- McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J. M. G. (2015). Relating Differently to Intrusive Images: the Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Intrusive Images in Patients with Severe Health Anxiety (Hypochondriasis). *Mindfulness*, 6, 788-796.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17, 31-76.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depresión and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5, 159-172.
- Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17, 77-120.
- 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, 333-343.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao:Desclée de Brouwer.
- Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E., & Flier, J. (2016). Group and individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7, 1339-1346.
- Segal, Z. Williams, M. & Teasdale, J. (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.
- Shawyer, F., Enticott, J. C., Özmen, M., Inder, B., & Meadows, G. N. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent major depression: A 'best buy' for health care?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*, 1001-1013.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, *66*, 5-30.
- Soto, R. L. (2016). Efectividad del MBCT Para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática. *Revista de psicoterapia*, *27*, 231-249.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, *2*, 247-274.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*, 615.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, *27*, 92-99.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (2012). Depresión. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta (605-683)*. Madrid: Dykinson.
- Wang, L. Q., Chien, W. T., Yip, L. K., & Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 3097.
- Williams, J. M. G., 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*, 275-279.

Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Mak, W. W. S., Mercer, S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y. M., & Lee, T. M. C. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 68-75.