

Universidad de Lima  
Facultad de Psicología  
Carrera de Psicología



# **EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN EL MINDFULNESS (MBCT) EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS: REVISIÓN APLICADA**

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en  
Psicología

**Ana Maria Blair Sarmiento**

**20150174**

**Carmen Lizeth Tirado Ruiz**

**20101116**

**Melanie Priscilla Vilchez del Aguila**

**20151444**

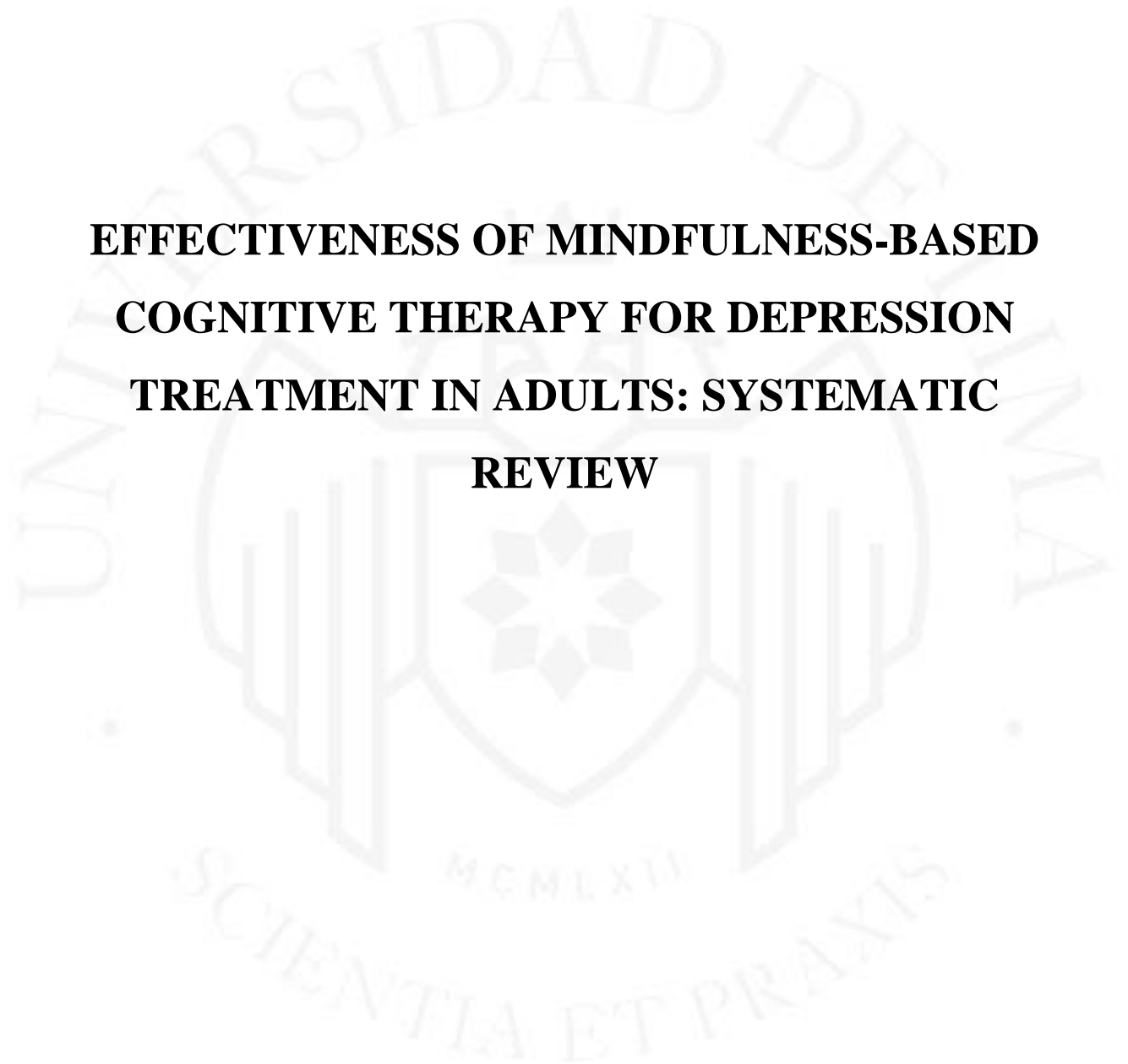
**Asesor**

**Zoila Magaly Flores Giles**

Lima – Perú

Marzo de 2023





**EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED  
COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSION  
TREATMENT IN ADULTS: SYSTEMATIC  
REVIEW**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODO.....	5
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	5
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	18
REFERENCIAS.....	19

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis de estudios seleccionados.....8



# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de flujo.....7



# Efectividad de la Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT) en el tratamiento de la depresión en adultos: Revisión aplicada

Ana María Blair Sarmiento<sup>1</sup>, Carmen Tirado Ruiz<sup>2</sup>, Melanie Vilchez del Aguila<sup>3</sup>

[20150174@aloe.ulima.edu.pe](mailto:20150174@aloe.ulima.edu.pe)<sup>1</sup>, [20101116@aloe.ulima.edu.pe](mailto:20101116@aloe.ulima.edu.pe)<sup>2</sup>, [20151444@aloe.ulima.edu.pe](mailto:20151444@aloe.ulima.edu.pe)<sup>3</sup>

Universidad de Lima

**Resumen:** La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes afectando al 5% de la población adulta en el mundo. Por otro lado, la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) se muestra como una herramienta efectiva en el aumento de la flexibilidad cognitiva, mejoramiento de los déficits cognitivos, en la prevención de recaída y disminución de los síntomas depresivos, en personas con depresión crónica, recurrente o con resistencia al tratamiento. Por ese motivo, el objetivo principal de este reporte es investigar la efectividad de la MBCT en la disminución de los síntomas depresivos en adultos. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Web of Science, EBSCOhost, SCOPUS y Proquest, siguiendo los criterios PRISMA, donde se seleccionaron 10 artículos que investigaron la efectividad de la MBCT sobre la depresión; ya sea como terapia exclusiva o complementaria a otros tratamientos. En los resultados, se encontró que la MBCT tiene efectividad en la disminución de los síntomas depresivos; en personas con depresión mayor/crónica, recurrente, o resistentes al tratamiento. Como resultados secundarios, se encontró que la MBCT contribuye en mejores niveles de factores protectores como autocompasión y habilidades de mindfulness.

**Palabras clave:** Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), efectividad, depresión, adultos

## Introducción

Los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad en el mundo (Hernando-Merino, et al., 2022). En el 2019 se estimó que una de cada ocho personas (970 millones aproximadamente), padecían un trastorno mental. Dentro de los más comunes, se encuentran los trastornos depresivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022, 2021), en donde se estimó que afectaron a un 3,8% de la población, y de este, el 5% eran adultos, mientras que para el 2022, se estimó que la depresión aumentó en un 28% durante la pandemia, por el COVID-19, por lo que este trastorno es considerado como uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, con alto riesgo de recaída/recurrencia de los síntomas depresivos después del tratamiento (Kato, et al., 2021).

Existen diferencias epidemiológicas, las cuales ayudan a identificar las características principales de la población, en este caso sobre las

**Abstract:** Depression is one of the most common mental disorders affecting 5% of the adult population in the world. On the other hand, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is shown to be an effective tool in increasing cognitive flexibility, improving cognitive deficits, in the prevention of relapse and reduction of depressive symptoms, in people with chronic, recurrent depression or with resistance to treatment. For this reason, the main objective of this report is to investigate the effectiveness of MBCT in reducing depressive symptoms. A search was carried out in the Web of Science, EBSCOhost, SCOPUS and ProQuest databases, following the PRISMA criteria, where 10 articles that investigated the effectiveness of MBCT on depression were selected; either as exclusive therapy or complementary to other treatments. In the results, it was found that MBCT is effective in reducing depressive symptoms, both major and recurrent depression, in people with chronic, recurrent depression or with resistance to treatment. As secondary results, MBCT contributes to better levels of protective factors such as self-compassion and mindfulness skills.

**Keywords:** Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), effectiveness, depression, adults.

personas con trastornos depresivos. De acuerdo con el estudio de Stagnaro et al. (2018), según el sexo, la diferencia entre hombres y mujeres, no es significativa, y esto puede deberse a la mejora en la igualdad de género que ha habido en los últimos años. En contraparte, en el último estudio epidemiológico peruano de Saavedra (2018), se estima que las mujeres asisten el doble (63,2%) a centros de salud para ser atendidas frente a los hombres. Además, de todas las mujeres que participaron del estudio, más de un tercio ha padecido de un cuadro depresivo a lo largo de toda su vida, en comparación a un quinto de la población total. Cabe agregar, que muchas personas con depresión buscan ser atendidas, debido a que tienen mayores riesgos de enfermarse, por su lado, las personas con enfermedades físicas también tienen altas posibilidades de tener depresión (Saavedra, 2018).

Por otro lado, una de las consecuencias más graves de la depresión es el suicidio. En el Perú, el

80% de los suicidios están relacionados a la depresión severa (MINSA, 2019), se estima que hay 548 intentos de suicidio al año, siendo los meses con mayor frecuencia en julio y diciembre; además, se calcula que el 25% de los peruanos sufre de depresión y que de ese porcentaje el 15% es considerado dentro del grupo con riesgo suicida. (Contreras-Cordova, et al., 2021) Según la Organización Panamericana de Salud [OPS] (s.f.), alrededor del 79% de los suicidios en la región ocurren en hombres, siendo 3 veces superior al de las mujeres; además, es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 20 a 24 años y siendo las personas adultas de entre 45 a 59, la más alta tasa de suicidio de la región.

Según un estudio epidemiológico que se hizo a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF; 2021) se obtuvo las características epidemiológicas de suicidios ocurridos en el Perú en el periodo de 2017-2021. El género con más prevalencia fue el masculino con un 69%, mientras que las mujeres con un 30.5%; la media de edad fue de 34 años, siendo los adultos y adultos jóvenes los que obtuvieron el mayor porcentaje. A su vez, Lima fue la provincia con más suicidios, teniendo un 20.3%, siguiéndole Arequipa y Cusco con un 19.2% y un 9.5% respectivamente. Es así que, dado el alto riesgo de suicidio en la población con depresión, es de suma importancia entender cómo se origina este trastorno y aumentar la calidad de los tratamientos psicológicos y farmacológicos.

En la presente investigación se abordará la depresión como variable dependiente. Esta se conceptualiza de forma transdiagnóstica, desde la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), bajo una clasificación de trastornos emocionales, entre los cuales se encuentran los rasgos disposicionales como la afectividad negativa o el neuroticismo, factores cognitivo-afectivos, factores de

mantenimiento interpersonales y conductuales (Harris y Norton, 2019).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales o DSM-V lo clasifica como Trastorno Depresivo Mayor (en adelante lo denominaremos depresión), asimismo establece como criterios diagnósticos la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante casi todos los días y durante 2 semanas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, placer reducidos en todas o casi todas las actividades, cambio del apetito o peso (aumento o disminución), alteración del sueño (insomnio o hipersomnia), agitación o retraso psicomotor, falta de energía, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte o ideación/intento de suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

Se estima que un tercio de las personas que alguna vez han tenido un cuadro depresivo, es muy probable que vuelvan a tener otro episodio en sus vidas (Moore, et al., 2022) lo cual genera la necesidad de identificar tratamientos que tengan efectividad en la reducción del riesgo de recaída, la cual consiste en volver a presentar síntomas depresivos dentro del mismo cuadro y la recurrencia, que implica presentar un nuevo episodio luego de la recuperación de uno previo (Moriarty, et al., 2021).

Adicionalmente a ello, se estima que un 60% de pacientes con el diagnóstico de depresión tienen una baja respuesta al tratamiento farmacológico antidepressivo; mientras que el 30% muestran poca eficacia a diversas formas de tratamiento para la depresión, entrando a la categoría de Depresión Resistente al Tratamiento (TRD) (Yang, et al., 2019).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, s.f.), la depresión es un trastorno

comórbido que dificulta la búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento, lo cual influye en la recuperación; asimismo, la depresión es causada por una amplia combinación e interacción compleja de factores psicológicos y sociales (OMS, 2021, párr. 8). Se estima que entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir algún episodio depresivo o de mantener la depresión anterior se encuentra el desempleo, recursos financieros limitados, bajo nivel educativo, estrés (Guan, et al., 2022) y el consumo de alcohol (McHugh & Weiss, 2019).

Por otro lado, existen teorías cognitivas que explican las causas de la depresión, las cuales explican que algunos factores cognitivos (p. ej., inferencias negativas sobre eventos estresantes y esquemas disfuncionales tempranos) los cuales aumentan el riesgo de desarrollar depresión, especialmente en respuesta al estrés (Mateos-Perez y Calveto, 2019). Dentro de esas teorías se encuentran la terapia centrada en los esquemas y la teoría de la desesperanza de la depresión (Hewitt, et al., 2023).

A lo largo de los años se han investigado las causas genéticas que pueden existir en la aparición de diversos trastornos mentales, incluida la depresión. De acuerdo al estudio realizado por Rafikova et al., (2022), existen genes que pueden poner en riesgo a una persona de padecer depresión recurrente, un episodio depresivo o depresión con ansiedad, tal es el caso del gen (SLC6A3) el cual estaría asociado a los tres diferentes tipos. Mientras que un estudio realizado en jóvenes universitarios chinos (Yue et al., 2022), encontró que el gen rs768705 en combinación con el gen rs35936514 modulan el riesgo de presentar un cuadro de trastorno depresivo crónico, en dicha población.

A nivel biológico existen muchos factores que pueden causar directa o indirectamente un cuadro de depresión. Algunos padecimientos que

cuentan con una relación estadísticamente significativa con la depresión son: diferentes tipos de cáncer (Hamdi et al., 2023), enfermedad renal avanzada (Jhamb, et al., 2019) diabetes (Jiang, 2023), Parkinson (Faivre, et al., 2019), dolor crónico (Roughan, et al., 2021), entre otros.

Además, existen factores hormonales que contribuyen al aumento de los síntomas depresivos, como es el caso del cortisol, que inhibe los procesos inflamatorios del cuerpo; creando un estado de alerta, el comúnmente conocido estrés. En tal sentido, a mayores niveles de cortisol, más riesgo de padecer depresión. Incluso, en situaciones estresantes de la infancia, como es el ser víctima de bullying, lo que genera que los niños sean más vulnerables frente a los trastornos de ánimo o a pasar por un cuadro de depresión en su edad adulta (Rojas, 2018).

Asimismo, otro factor muy importante es la crisis global que atraviesa el mundo desde el 2020. La pandemia por la COVID-19 fue un gran factor externo estresante que condujo a muchas personas a desarrollar estados depresivos. El miedo a contagiarse, la pérdida de seres queridos, enfermar gravemente o morir, deudas económicas, la ausencia de relaciones personales al dejar de ir al colegio, universidad o la pérdida del empleo, puede llevar a pensar que se está en una situación sin salida, aumentando el riesgo de padecer depresión. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022, párr. 5).

Un estudio realizado por Ma et al., (2020) encontró que el 43,1% de los pacientes clínicamente estables con COVID-19 tuvieron un episodio depresivo durante la enfermedad, mientras que quienes ya presentaban depresión antes de contagiarse con COVID-19 percibieron una disminución en la calidad de vida en comparación con aquellos que no tenían un cuadro de depresión previo, en tal sentido, se concluyó que las personas que se contagiaron de Covid, tuvieron un mayor

riesgo de padecer depresión y que, quienes venían con el trastorno, se agravó su situación.

Según Baysan et al., (2022), varios estudios han analizado la asociación entre la pandemia y la aparición de trastornos depresivos y ansiosos en la población general. Es cierto que aún no hay suficiente información pues la pandemia aún no ha terminado, pero también se debe considerar que muchas personas que ya tenían un trastorno emocional antes de la pandemia tuvieron que interrumpir su tratamiento y experimentaron una recaída en los síntomas debido a que las restricciones afectaron los servicios de salud mental.

En cuanto a los casos de depresión en el Perú, en el año 2017 se atendieron mil ochocientos noventa casos; el año 2018 se atendieron mil quinientos setenta y dos casos; el año 2019, mil ochocientos siete casos; el año 2020, mil seiscientos cuarenta y cinco casos; el año 2021, dos mil ciento treinta y un casos y en el primer trimestre del 2022 se atendieron seiscientos cincuenta y nueve casos de depresión. (MINSA, 2022, párr. 6). Cabe resaltar que un total de 313,455 casos de personas con depresión fueron atendidos a nivel nacional durante el 2021 a través de los diversos servicios de salud mental, reflejándose un incremento de 12 % de casos en relación con la etapa pre-pandemia, informó la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA, 2022, párr. 2).

Frente a este problema, muchos tratamientos psicológicos han agregado el mindfulness al tratamiento usual de la depresión, (Seshadri, et al., 2020). Actualmente existe una gran cantidad de evidencia científica que sostiene que la adición de mindfulness a la atención de salud mental habitual reduce el riesgo de recaídas en personas con depresión, demostrando una eficacia comparable con la medicación antidepressiva de mantenimiento (Tickell, et. al., 2020). Rojas (2018) sostiene que realizar actividades de meditación (práctica que se

realiza con frecuencia en el mindfulness) tiene efectos positivos a nivel de reducción de los niveles de cortisol (hormona asociada a la depresión) y aumento de los niveles de oxitocina y dopamina asociados al placer y felicidad en las actividades cotidianas.

Revisando las teorías actuales de mindfulness, se encontró que una de las terapias que tienen mayor evidencia científica es el programa grupal de ocho semanas de la terapia cognitiva basada en el mindfulness (en adelante MBCT por sus siglas en inglés) la cual, denominaremos como variable independiente. El MBCT es un programa desarrollado por Zindel, Williams y Teasdale (2017), el cual combina elementos de la terapia cognitiva para la depresión y un entrenamiento intensivo en atención plena. La atención plena está definida como una terapia basada en estar abierto y sin juicios a la experiencia del momento presente; en donde la atención se puede dirigir entre los pensamientos, sentimientos y sensaciones (Donald et al., 2018). Según Nazaribadie (2021) también contempla el poder entenderse a uno mismo y al entorno que lo rodea, es como una conciencia interna que nos ayuda a estar atentos a nuestros procesos internos, y saber regular nuestro comportamiento, a través del propio control cognitivo.

Es importante mencionar la diferencia que existe entre la efectividad de una terapia y la eficacia que tiene la misma. De acuerdo con el diccionario de psicología de APA, la eficacia es el resultado entre la comparación que tiene un grupo de control (o placebo) versus el grupo con el tratamiento. En cambio, la efectividad de un tratamiento es el resultado final de una revisión de artículos pasados en donde se determina si dicho tratamiento funciona y genera un beneficio de cuidado y mejoría para la población a la que va dirigida (APA Dictionary of Psychology, 2020).

Diversos estudios experimentales han encontrado que el MBCT es efectivo en términos de aumento de la flexibilidad cognitiva, mejoramiento de los déficit cognitivos, mejoramiento de los síntomas depresivos (Shapiro, et al., 2018), excitabilidad fisiológica reducida, mayor variabilidad en la frecuencia cardíaca (Kirschner, et al., 2022), sin embargo (Baer, et al., 2019) reconoce que algunos estudios no informan sobre “eventos adversos” ocurridos durante el ensayo, como el empeoramiento de los síntomas, la aparición de nuevos síntomas, o disminución general del funcionamiento, por lo que existe una necesidad de obtener informes más consistentes con los “eventos adversos”.

Por otro lado, otras dificultades como la ausencia de estudios longitudinales no permiten demostrar si los efectos observados son puramente correlacionales y no causales, por lo que se sugiere mayor rigor metodológico para mejorar la validación y estimar efectividad del MBCT (Vago, et al., 2020).

Según lo revisado anteriormente, se considera plantear la siguiente pregunta: ¿La terapia cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT) es un tratamiento efectivo para reducir los síntomas depresivos en adultos? Siendo el objetivo del presente estudio identificar la efectividad de la MBCT para la reducción de los síntomas de la depresión en adultos.

## **Material y método**

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Con respecto a los criterios de inclusión, se establecieron los siguientes: En primer lugar, que los estudios pertenecieran a las bases de datos Web of Science, EBSCOhost, SCOPUS y Proquest; y también, que estos sean cuantitativos con diseños experimentales o cuasiexperimentales. Otro criterio fue el tamaño del efecto, pues estos debían de tener

un tamaño del efecto significativo (pequeño, medio o grande) (Avello, 2020). En tercer lugar, las investigaciones debían de tener origen en revistas de psicología o multidisciplinarias. Otro criterio a considerar fue la población, pues se incluyeron las investigaciones en adultos, debido a que solo se puede diagnosticar a personas en edad adulta (APA, 2013).

El idioma fue otro criterio a tomar en cuenta, ya que solo se seleccionaron los artículos en inglés. Esto debido a que la mayoría de las investigaciones de calidad y de revistas con prestigio se encuentran en ese idioma, de esta forma la búsqueda sería de calidad. Uno de los últimos criterios fue el tiempo, pues fueron incluidos estudios de los últimos 10 años, de tal forma que la información expuesta se encuentre actualizada y sea coherente con la forma de vida actual. Finalmente, se incluyeron estudios que permitan ampliar el conocimiento sobre la efectividad del MBCT en personas con depresión a fin de lograr el objetivo de la presente revisión.

Por otro lado, con respecto a los criterios de exclusión, se estableció que no se incluirían las revisiones sistemáticas o metaanálisis, los estudios cualitativos, los estudios sin datos concluyentes, las tesis, manuales, revistas de divulgación y capítulos de libros; de la misma forma se excluyeron resúmenes o artículos que estuvieran incompletos. Otro criterio de exclusión fue el tipo de población; es decir, las revisiones con una población diferente a los adultos (niños, adolescentes y adultos mayores).

Otro criterio de exclusión fue la calidad de las revistas donde estos artículos están publicados, pues se descartaron los que no pertenecían a revistas dentro de los 4 primeros percentiles según el ranking de calidad de los artículos científicos. Finalmente, el último criterio de exclusión fue que los estudios tuvieran variables diferentes a la depresión o a los

subtipos de depresión, por ejemplo, ansiedad, estrés, dolor crónico, TDAH, entre otros.

### **Estrategia de búsqueda**

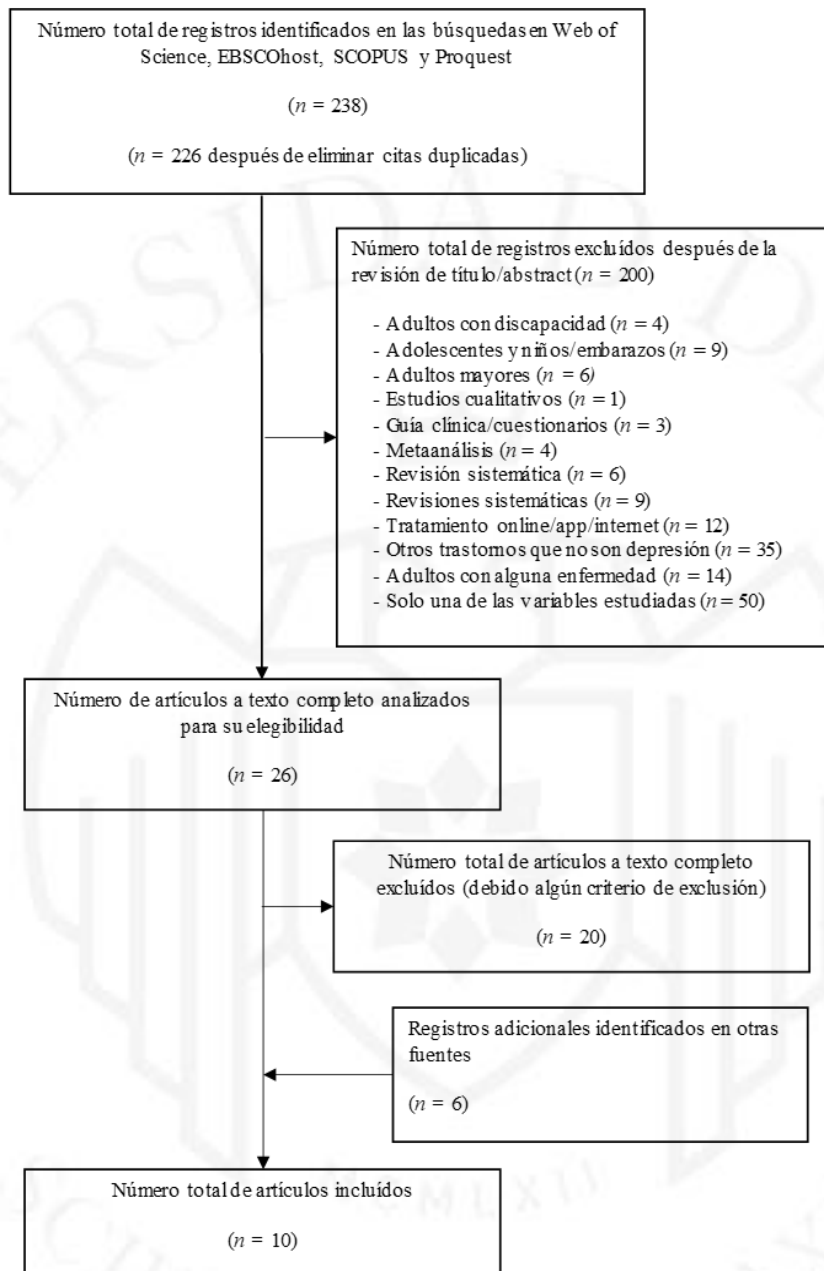
La búsqueda se realizó entre los meses de enero y febrero del 2023 mediante las bases de datos de Web of Science, EBSCOhost, SCOPUS y Proquest, utilizando las siguientes palabras clave: “MBCT”, “effectiveness”, “depression”, “adults”. Estas palabras se combinaron de la siguiente manera: (MBCT OR MINDFULNESS-BASED THERAPY) AND (EFFECTIVENESS) AND (DEPRESSION OR CHRONIC DEPRESSION) AND (ADULTS).

Asimismo, se utilizaron los filtros de búsqueda de cada base de datos, filtrando los últimos 10 años (2013-2023).

Para realizar el proceso de búsqueda se utilizaron los lineamientos de la guía PRISMA, por sus siglas en inglés de: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (Page et al., 2020), dando como resultado 60 referencias de las cuales se seleccionaron 10 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. En la Figura 1 se muestra el flujograma realizado en base al proceso de selección de los trabajos analizados.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo*



## Resultados

En la Tabla 1 se presentan el análisis de los 10 artículos, donde se destacan los aspectos más importantes: autor, año, diseño, instrumento de evaluación de la variable y eficacia.

**Tabla 1***Análisis de los estudios seleccionados*

<b>Autor y año</b>	<b>Título</b>	<b>Participantes (experimental / control)</b>	<b>Edad, diagnóstico</b>	<b>Instrumento de evaluación de depresión y habilidades de mindfulness/ confiabilidad</b>	<b>Diseño de investigación/ análisis</b>	<b>Resultados</b>
Cladder-Micus et al., 2018	Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial.	MBCT + TAU (n = 26) / TAU (n = 36)	47 años en promedio/106 pacientes de clínica mental con un cuadro depresivo actual.	IDS-SR/ $\alpha=.74$ BREF/ $\alpha=$ - FFMQ/ $\alpha=.28$ SCS/ $\alpha=$ - MINI/ $\alpha=.88$ . RRS-EXT/ $\alpha=.33$	RCT/ pre, post tratamiento y seguimiento (6 meses); medición correlacional	El MBCT contribuyó en la disminución de los síntomas depresivos de los participantes.
Dunn et al., 2022.	Increases in External Sensory Observing Cross-Sectionally Mediate the Repair of Positive Affect Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Individuals with Residual Depression Symptoms.	MBCT(n = 64) / (n = 66)	44 años en promedio /130 personas con signos residuales depresivos	Estudio 1: KIMS/ $\alpha=.89$ ESM (PA)/ $\alpha=$ - Estudio 2: DPES/ $\alpha=.90$ The 39-item FFMQ/ $\alpha=.76$	RCT/ pre, post tratamiento y seguimiento; medición correlacional.	El MBCT reduce la anhedonia (déficit en el afecto positivo [PA]) en los pacientes con depresión.
Forkman n et al., 2014	Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomized controlled trial in patients with residual depressive symptoms.	MBCT (n = 64) / (n = 66)	44 años en promedio/ 130 personas con signos residuales	KIMS/ $\alpha= .97$ HDRS/ $\alpha=-$ PSWQ/ $\alpha=.90$ RSS-EXT/ $\alpha=.90$	RCT wait-list /pre, post tratamiento; medición correlacional.	Las pruebas post-hoc mostraron una reducción significativa de la ideación suicida en el grupo MBCT
Cladder-Micus et al., 2019	Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on a Behavioral Measure of Rumination in Patients with Chronic, Treatment-Resistant Depression.	MBCT + TAU (n=49) /TAU (n=57)	46 años en promedio/106 personas con depresión crónica	RRS-EXT/ $\alpha=.87$ IDS-SR/ $\alpha=.78$ FFMQ/ $\alpha=.82$ MINI/ $\alpha=.88$	RCT/ pre, post tratamiento y seguimiento de 2 años; medición correlacional.	MBCT conduce a una disminución en la rumiación de los pacientes con depresión.

(Continúa)

(Continuación)

Autor y año	Título	Participantes (experimental / control)	Edad, diagnóstico	Instrumento de evaluación de depresión y habilidades de mindfulness/ confiabilidad	Diseño de investigación/ análisis	Resultados
Schanche et al., 2020	The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial.	MBCT (n=26) /TAU (n=33)	40 años en promedio/ 59 personas con 3 cuadros de depresión y síntomas de remisión actual.	RRQ-rum/ $\alpha = .91$ DERS/ $\alpha = .92$ STAI/ $\alpha = .90$ y una validez test-retest de $r = .88$ SCS/ $\alpha = .91$ FFMQ/ $\alpha = .85$ . BDI-II/ $\alpha = .88$ BAI/ $\alpha = .89$	RCT wait-list / pre, post tratamiento; medición correlacional.	El MBCT reduce la rumiación, dificultades en la regulación emocional y a la reactividad emocional frente al estrés.
Schroevrs et al., 2016	Group and Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Are Both Effective: a Pilot Randomized Controlled Trial in Depressed People with a Somatic Disease.	Cuasiexperiment al MBCT grupal (n=28)/ MBCT individual (n=28)	52 años en promedio/ 56 pacientes con enfermedades somáticas crónicas (dolor crónico, trastornos de las articulaciones, enfermedades cardíacas y diabetes) con síntomas depresivos	BDI-II/ $\alpha = .77-.95$ GAD-7/ $\alpha = .79-.90$ WHO-5/ $\alpha = .83-.92$ FFMQ/ $\alpha = .85-.94$ SCS-SF/ $\alpha = .85-.80$	RCT Pilot/ pre, post tratamiento y seguimiento de 3 meses.	Los MBCT grupales e individuales se asociaron con mejoras en síntomas depresivos, reducción de ansiedad y aumentos en el bienestar positivo, atención plena y autocompasión.
Moore et al., 2022	Association Between Decentering and Reductions in Relapse/Recurrence in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression in Adults: A Randomized Controlled Trial.	MBCT (n=74)/RGT (n=77)/TAU (n=76)	39 años en promedio/ 227 pacientes con depresión	BDI-II/ $\alpha = .31$ EQ/ $\alpha = .44$	RCT/ pre, post tratamiento y seguimiento de 12 meses.	El aumento del descentramiento durante el tratamiento MBCT disminuye la recaída/recurrencia de los pacientes con depresión

(Continua)

(Continuación)

Autor y año	Título	Participantes (experimental / control)	Edad, diagnóstico	Instrumento de evaluación de depresión y habilidades de mindfulness/ confiabilidad	Diseño de investigación/ análisis	Resultados
Foroughi et al., 2020	The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression	Cuasi-experimental MBCT + antidepresivos (n=15) /antidepresivos (n=15)	Entre 18-50 años/ 36 pacientes con depresión resistente al tratamiento	SCID/ $\alpha = .60$ BDI-II/ $\alpha = .91$ SCS-SF/ $\alpha = .65 - .91$ HDRS/ $\alpha = .86$ RRS-EXT/ $\alpha = -$ SMQ/ $\alpha = .89$	RCT pilot/ pre, post tratamiento y seguimiento de 1 mes	El MBCT redujo la depresión en el grupo experimental en comparación con el grupo de control.
Meadow et al., 2014	Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up.	MBCT (n=101)/ Monitoreo de recaídas de depresión (n=102)	47 años en promedio/ 203 pacientes con Trastorno depresivo Mayor (MDD) recurrente o Trastorno bipolar (BD) I o II	PHQ-9/ $\alpha = -$ PHQ-2/ $\alpha = -$ CEQ/ $\alpha = .22$ DARE MBCT/ $\alpha = -$ DRAM/ $\alpha = -$	Prospective, multi-site, single-blind trial based/ pre, post tratamiento y seguimiento de 2 años; medición correlacional.	El grupo MBCT registró menos recaídas en los dos años de seguimiento. Tendencia a favor del grupo MBCT en cuanto al mayor tiempo hasta la recaída.
Pots et al., 2014	The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Public Mental Health Intervention for Adults with Mild to Moderate Depressive Symptomatology: A Randomized Controlled Trial	MBCT (n=76) / Lista de espera (n=75)	47 años en promedio/ 151 pacientes con con sintomatología depresiva leve a moderada	CES-D/ $\alpha = .50$ HADS-A/ $\alpha = .56$ MHC-SF-EM/ $\alpha = .31$ MHC-SF-SOC/ $\alpha = .22$ MHC-SF-PSY/ $\alpha = .34$	RCT/ pre, post tratamiento y seguimiento de 3 meses	El MBCT reduce los síntomas depresivos y mejora la salud mental positiva y la flexibilidad psicológica.

**Nota:** TAU, Treatment as usual/tratamiento usual;RGT, Relaxation group therapy/grupo de relajación; RCT, randomized controlled trial/ensayos controlados aleatorizados; IDS-SR, Inventory of Depressive Symptomatology Self Report; BREF: World Health Organization Quality of Life; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; RRS-EXT, Extended version of the Rumiative Response Scale; KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; DPES, Subescalas from the Dispositional Positive Emotions Scale; PSWQ, Penn State Worry Questionnaire; RSS, rumination on Sadness Scale; RRQ-rum, Rumination-reflection questionnaire; DERS, difficulties in emotion regulation scale; STAI, State-trait anxiety inventory; SCS, Self-compassion scale; EQ, Experiences Questionnaire scale; BDI-II, Beck depression

inventory II; BAI, The Beck anxiety inventory; GAD-7, The Generalized Anxiety Disorder 7; WHO-5, SCID, The Well-Being Index; Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; SCS-SF, Self-Compassion Scale – Short Form; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; SMQ, Southampton Mindfulness Questionnaire; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; PHQ2, Patient Health Questionnaire-2; CEQ, The Credibility/Expectancy Questionnaire; DARE MBCT, instructor training program with advice from ZS; DRAM, Depression Relapse Active Monitoring; ES-D, Centre for Epidemiologic Studies - Depression; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety subscale; MHC-SF-EM, Mental Health Continuum - Short Form, Emotional; MHC-SF-PSY, Mental Health Continuum - Short Form, Psychological.



Analizando de manera más detallada cada artículo de los diez seleccionados, se puede destacar los siguientes aspectos.

Los artículos utilizados en el presente estudio están ubicados entre los años 2014-2022, de los cuales, seis tienen como país de origen los Países Bajos, uno de Estados Unidos, uno de Noruega, uno de Australia y uno de Irán. La totalidad de los trabajos pertenecen al modelo teórico cognitivo conductual; de estos, ocho son experimentales (RCT, Randomized Controlled Trial, Randomized wait list controlled trial, y Prospective multi-site simple blind trial based) y dos son cuasi experimentales (pilot RCT). Adicional a esto, todos ellos están en inglés y han sido sacados de las bases de datos mencionadas anteriormente.

La totalidad de investigaciones utilizaron el MBCT de ocho semanas con sesiones de entre dos a tres horas, la práctica de un día de silencio y actividades en casa. Para evaluar las habilidades mindfulness que esta brinda, cuatro de los estudios presentes (Cladder-Micus et al., 2018; Cladder-Micus et al., 2019; Schanche et al., 2020; Schroevers et al., 2016) utilizaron el FFMQ [Five Facets Mindfulness Questionnaire], mientras que dos (Forkmann et al., 2014; Dunn et al., 2020) utilizó KIMS [Kentucky Inventory of Mindfulness Skills], así también uno (Foroughi et al., 2020) utilizó SMQ [Southampton Mindfulness Questionnaire] y MAAS [Attention Awareness Scale]. Cabe resaltar que uno de los estudios (Dunn, et al., 2022) utilizó ambas pruebas para medir el MBCT, pues realizó dos estudios dentro de su investigación. A su vez, los trabajos también evalúan características del MBCT, como autocompasión (Cladder-Micus et al., 2018; Schanche et al., 2020; Schroevers et al., 2016; Foroughi et al., 2020), calidad de vida (Cladder-Micus et al., 2018), emociones positivas (Dunn, et al., 2022), bienestar (Schroevers et al., 2016),

descentración (Moore et al., 2022), salud (Meadow, et al., 2014; Cladder-Micus et al., 2018).

Por otro lado, en cuanto a la evaluación de la depresión, la mayoría de los estudios utilizó más de una prueba para evaluarla; debido a que, también evalúan la sintomatología propia del trastorno, teniendo variables como rumiación (Cladder-Micus et al., 2018; Forkmann, et al., 2014; Cladder-Micus et al., 2019; Schanche, et al., 2020; Foroughi et al., 2020), anhedonia (Dunn, et al., 2022) y ansiedad (Schanche, et al., 2020; Schroevers, et al., 2016; Pots, et al.; 2016). Sin embargo, en cuanto a la depresión en sí, cuatro estudios (Schanche, et al., 2020; Schroevers, et al., 2016; Moore, et al., 2022; Foroughi, et al., 2020) utilizaron BDI-II [Beck Depression Inventory-II]; dos (Cladder-Micus, et al., 2018; Cladder-Micus, et al., 2019), utilizaron el IDS-SR [Inventory of Depressive Symptomatology Self Report]; dos (Forkmann, et al., 2014; Foroughi, et al., 2020), el HDRS [Hamilton Depression Rating Scale], uno (Foroughi, et al., 2020), el SCID [Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders] y, finalmente, Pots, et al. (2014) usó el CES-D [Centre for Epidemiologic Studies-Depression]

A continuación, se indicarán los datos fundamentales de cada uno de los 10 artículos seleccionados para el presente estudio.

Dunn et al. (2022) realizó dos estudios dentro de su investigación. En el estudio 1 contó con un grupo experimental y un grupo de control que se generaron de manera aleatoria. El primero recibió el tratamiento MBCT, y el segundo estaba en una lista de espera controlada (participantes que no reciben el tratamiento). Dentro de los resultados se encontró que hubo mejoras significativas en los niveles de anhedonia postratamiento en los pacientes que recibieron MBCT ANCOVA  $F=14.10$ ,  $p<0.001$ ; también se observó, que los grupos no difieren en la línea base en ninguno de los factores del

mindfulness; sin embargo, en el postratamiento los valores del KIMS fueron mejores en el grupo que recibió el tratamiento MBCT ANCOVA  $F \geq 5.17$ ,  $p \leq 0.026$ ; además, se observó un mayor aumento en la observación sensorial y la aceptación, lo que se asoció con el incremento del afecto positivo (PA) en el grupo MBCT.

Siguiendo a esto, en el estudio 2 (Dunn et al., 2022), se dividió a los participantes en dos grupos aleatorios. El primer grupo recibió el tratamiento MBCT para depresión (MBCT-D), mientras que el segundo grupo estaba sólo con tratamiento farmacológico (M-ADM). A los participantes que entraban al grupo MBCT-D no se les permitía seguir con el tratamiento antidepresivo una vez que el tratamiento comenzaba. Dentro del estudio se les dió soporte terapéutico para poder hacer una discontinuación de los fármacos. En los resultados se observó un puntaje significativamente alto en la escala de emoción positiva en el grupo que recibió MBCT a comparación al grupo M-ADM ANCOVA  $F=4.90$ ,  $p=0.03$ . Además, los factores de observación sensorial, no-reacción y no-juzgar del FFMQ fueron mejores en el postratamiento del MBCT comparado con el grupo M-ADM ANCOVA  $F \geq 6.83$ ,  $p \leq 0.01$ .

Así también, en el estudio de Cladder-Micus et al. (2018), se realizó una investigación con pacientes con depresión crónica y resistentes al tratamiento. El objetivo de la investigación era evaluar el tratamiento del MBCT a través de un estudio experimental en donde se tuvieron dos grupos, un grupo control que recibía un tratamiento farmacológico y psicológico de base (TAU), y el segundo grupo que tenía, en adición a lo anterior, el programa de 8 semanas con sesiones de 2 horas del MBCT. De acuerdo con los resultados obtenidos se concluyó que el grupo que tuvo MBCT + TAU en comparación al grupo que recibió solo TAU obtuvo una disminución significativa en los síntomas

depresivos  $d = 0,45$ , siendo este último un tamaño del efecto pequeño. Sin embargo, en cuanto a la mejora de habilidades en atención plena y autocompasión, el tamaño del efecto fue medio ( $d = 0,73$  y  $d = 0,63$ ; respectivamente).

Además, en Cladder-Micus et al. (2019), se realizó una investigación con pacientes crónicos y resistentes al tratamiento antidepresivo. Las intervenciones fueron de MBCT + TAU o solo TAU (tratamiento usual). El TAU incluía antidepresivos, tratamiento psicológico o el soporte de una enfermera psiquiátrica. Dentro de los resultados, al comparar MBCT con TAU, una porción significativamente grande de MBCT+TAU alcanzaron la remisión (MBCT + TAU: 41.5%; TAU: 21.6%), sin embargo, la mayoría fue remisión parcial (MBCT + TAU: 39.0%; TAU: 17.65%) y una minoría fue remisión total (MBCT + TAU: 2.44%; TAU: 3.92%). Con respecto a la reducción de las características de la depresión, tanto el MBCT + TAU como el TAU mostraron reducir la intrusión de pensamientos en los pacientes depresivos post-test; sin embargo, esta reducción fue mayor en el tratamiento de MBCT + TAU; además, los participantes del MBCT + TAU redujeron los pensamientos intrusivos al hacer tareas centradas en la respiración.

En el estudio de Forkmann et al. (2014), realizó una investigación con pacientes con síntomas residuales de depresión. El objetivo de la investigación fue evaluar los efectos del tratamiento del MBCT en la ideación suicida en adultos a través de un estudio experimental de dos grupos, un grupo experimental, el cual recibió el MBCT+TAU (tratamiento usual) y un grupo de control el cual se encontraba en "lista de espera". La interacción entre los grupos de estudios TAU y MBCT+TAU en la ideación suicida fue significativa ( $n=0.05$ ). Las pruebas post-hoc test mostraron una reducción significativa de la ideación suicida en el grupo que

llevó el programa de MBCT+TAU ( $d = 0.42$ ). Teniendo así un tamaño del efecto significativo, pequeño.

El estudio de Schanche et al. (2020), tuvo como objetivo evaluar los efectos del tratamiento MBCT sobre los factores de riesgo y protección en la recaída de la depresión. De acuerdo con los resultados; quienes completaron el tratamiento MBCT mejoraron significativamente en los factores de riesgo y protectores frente al grupo de control. En cuanto al factor protector autocompasión, obtuvo un tamaño del efecto grande ( $d = 1.02$ ). En cambio, la rumiación, regulación emocional, y habilidades de mindfulness obtuvieron un tamaño del efecto medio ( $d = 0.59, 0.50$  y  $0.59$ ; respectivamente).

Un estudio de Foroughi et al. (2020), tuvo como objetivo determinar la efectividad de MBCT para la rumia, la atención plena y la autocompasión en personas con depresión resistente al tratamiento (TRD). Los resultados mostraron que el MBCT redujo la depresión en el grupo experimental mostrando un tamaño del efecto alto (BDI:  $\eta^2 = 0.79$ ; Hamilton:  $\eta^2 = 0.84$ ); así también se observaron cambios significativos con un tamaño del efecto alto en la autocompasión ( $\eta^2 = 0.93$ ); respuesta rumiativa ( $\eta^2 = 0.50$ ); Mindfulness ( $\eta^2 = 0.80$ ). Así también, los resultados obtenidos para depresión en el grupo experimental durante el periodo de seguimiento fue de (BDI =  $7.11 \pm 2.93$ ); durante el post-test (BDI =  $5.11 \pm 1.26$ ); en el pretest (BDI =  $33.78 \pm 9.41$ ), mientras que los resultados obtenidos para depresión en el grupo control durante el seguimiento fue de (BDI =  $23.77 \pm 7.27$ ); durante el post-test (BDI =  $17.11 \pm 1.53$ ); en el pretest (BDI =  $16.33 \pm 3.20$ ), lo cual indica que el MBCT redujo significativamente la depresión y el pensamiento rumiante en el grupo experimental y también mejoró mediadores como la atención plena y la autocompasión, lo cual fue mantenido durante el período de seguimiento de un mes ( $p < 0.01$ ).

El estudio de Moore et al. (2022), comparó el MBCT con la relajación en grupo (RGT) y con la terapia usual (TAU); además, se distribuyeron a los participantes de manera aleatoria. Dentro de los resultados de la investigación, se encontró diferencias entre el MBCT y RGT en el porcentaje de participantes que atendieron a más sesiones, con una cantidad significativamente más alta en el número de participantes del MBCT, sugiriendo que el MBCT fue más aceptado. Otro de sus resultados fue que la depresión aumentó desde antes de los tratamientos (MBCT, TAU, RGT) hasta la mitad de estos, excepto en el MBCT (MBCT:  $f = 0.21$ ; RGT:  $f = 0.53$ ; TAU:  $f = 0.83$ ); además, solo se observó una recaída significativa en la depresión en el grupo de MBCT (MBCT:  $f = .66$ ; RGT:  $f = .22$ ; TAU:  $f = .08$ ). Finalmente, el estudio hizo un seguimiento de 12 meses a los participantes para saber si recaerían luego de los tratamientos, ante esto se encontró que las tasas de recaída para los participantes del MBCT que experimentaron un aumento en el descentramiento (6/20), no fueron significativamente más bajas que la de los participantes que no experimentaron esto (7/12),  $\chi^2(df = 1, n = 32) = 2.50, p = .11$ . Sin embargo, este resultado,  $h = .57$ , corresponde a un efecto medio; siendo mayor a los efectos del TAU y RGT.

El estudio realizado por Meadows et al., (2014) tuvo como objetivo investigar la efectividad de MBCT en la recaída/recurrencia depresiva durante 2 años de seguimiento. Los participantes fueron adultos no deprimidos con antecedentes de tres o más episodios de depresión, los cuales se asignaron al azar a MBCT + monitoreo activo de recaída de depresión (DRAM) o control (DRAM solo). El número promedio de días con depresión mayor fue de 65 para los participantes de MBCT y de 112 para los del grupo de control, significativo con ANOVA de medidas repetidas ( $F(1, 164) = 4.56, p = 0.03$ ). En proporción, menos participantes de

MBCT recayeron en el año 1 y en el año 2 en comparación con los del grupo de control (odds ratio 0,45,  $p < 0,05$ ). El tamaño del efecto de Cohen ( $d = 0,22$ ) demuestra un tamaño del efecto pequeño,  $p = 0,09$ . Además, la calificación media de fidelidad para las 22 sesiones de MBCT evaluadas mediante el MBCT-AS fue de 1,84 (DE: 0,17), lo que indica una adherencia al tratamiento muy buena. Los análisis de subgrupos apoyaron la efectividad de la MBCT para las personas que reciben atención habitual en un ámbito especializado y para las personas que toman medicación antidepressiva/estabilizadora del estado de ánimo.

Un estudio piloto de predicción llevado a cabo por Schroevers et al., (2016), tuvo como objetivo examinar los efectos de la MBCT grupal y la MBCT individual para reducir los síntomas depresivos en adultos que padecen una o más enfermedades somáticas (dolor crónico [19], trastornos de las articulaciones [16], enfermedades cardíacas [8] y diabetes [7]). Se encontraron mejoras significativas dentro de ambos grupos ( $p < 0,001$ ), con tamaños del efecto que indican efectos mayormente grandes ( $> 0,8$ ) dentro de ambas condiciones. Estos resultados indican que los pacientes en ambas condiciones informaron reducciones significativas en los síntomas depresivos y ansiedad y aumentos en el bienestar, la atención plena y la autocompasión con el tiempo. Estos cambios se observaron antes y después de la intervención y las mejoras se mantuvieron durante 3 meses de seguimiento.

Mientras que Pots, et al., (2014) encontraron reducciones significativas en la depresión, la ansiedad y la evitación experiencial y mejoras en la atención plena y la salud mental emocional y psicológica en comparación con la lista de espera (tamaños del efecto  $d = 0,31 - 0,56$  de Cohen). Estos efectos fueron moderados en el postratamiento ( $d = 0,50$ ) y el seguimiento ( $d = 0,40$ ).

La probabilidad de un cambio clínicamente significativo en los síntomas depresivos fue significativamente mayor para el grupo MBCT [relación de probabilidades 3,026,  $p < 0,01$  después del tratamiento; y el número necesario a tratar = 5.10]

## Discusión

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y que causan mayor discapacidad en personas de todo el mundo. Debido a esto, el objetivo de esta revisión es identificar la efectividad de la MBCT para la reducción de los síntomas de la depresión en adultos. Se llevó a cabo una revisión de 10 estudios sacados de las bases de datos Web of Science, EBSCOhost, SCOPUS y ProQuest. Según los estudios revisados, la intervención del MBCT es efectiva en la reducción de los síntomas depresivos en adultos. Esto se observa en los tamaños del efecto presentes en esta revisión. No obstante, estos estudios presentan limitaciones, las cuales se ahondará a continuación.

En primera instancia, con respecto al objetivo de la presente investigación, se encontró que la MBCT tiene efectividad para reducir los síntomas de depresión, tanto en la forma crónica (Cladder-Micus, et al., 2019), recurrente (Meadow et al., 2014), moderada (Pots et al., 2014) y mayor (Meadow et al., 2014). Así también, en síntomas de depresión presentes en enfermedades somáticas como dolor crónico, trastorno de articulaciones, enfermedades cardíacas y diabetes (Pots et. al, 2014). Por otro lado, la MBCT también tuvo efecto en reducir los niveles de ansiedad de los participantes (Schroevers et al., 2016; Pots et al., 2014).

Los hallazgos encontrados permiten determinar que la MBCT como tratamiento único o complementario a la farmacología y/o terapia, tiene efectividad para reducir los síntomas depresivos.

Los resultados mostraron tamaños del efecto diversos, como un efecto pequeño (segundo estudio de Dunn et al., 2022; Meadow et al., 2014), pequeño a moderado (Forkmann et al., 2014; Schanche et al., 2020; Cladder-Micus et al., 2018), moderado (Moore et al., 2022; Dunn et al., 2022; Pots et al., 2014) y un efecto grande (Foroughi et al., 2020; Schroevers et al., 2016); sin embargo, se puede observar que al menos la mitad de las investigaciones tienen un efecto de moderado, evidenciando la efectividad de la MBCT.

Mientras que los efectos de los estudios de diseño experimental revisados varían de pequeño, pequeño a moderado y moderado (Cladder-Micus et al., 2019; Dunn et al., 2022; Meadow et al., 2014; Cladder-Micus et al., 2018; Forkmann et al., 2014; Schanche et al., 2020; Moore et al., 2022; Pots et al., 2014), los estudios de diseño cuasiexperimentales tuvieron un efecto grande (Foroughi et al., 2020; Schroevers et al., 2016). Esto podría deberse a que ambos estudios tuvieron muestras pequeñas y no tuvieron un grupo experimental y de control para comparar los resultados y así poder determinar la efectividad del tratamiento, por lo que estos resultados no se consideran representativos.

Con respecto a la medición de las variables, cuatro de los estudios seleccionados evaluaron el mindfulness con el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), siendo el cuestionario más usado de todos posiblemente por su alta confiabilidad y validez ( $\alpha > 0.80$ ). Tres de estos cuatro estudios obtuvieron un tamaño moderado, y uno grande, esta diferencia podría deberse a que los tres primeros tuvieron un diseño experimental en comparación al último. Asimismo, la diferencia en comparación con los demás estudios podría deberse a los diferentes instrumentos de evaluación utilizados. De la misma manera, en el caso de la evaluación de la depresión, el instrumento más utilizado (en cuatro investigaciones), fue el Beck

depression inventory II, probablemente por su alta validez y confiabilidad (BDI-II,  $\alpha > 0.77$ ), los cuales obtuvieron en tres de cuatro un tamaño medio, y uno grande (estudio cuasiexperimental), en diferencia a los tamaños pequeño, pequeño a moderado y moderado obtenido por la mayoría de instrumentos de medición utilizados. Esto sugiere, en futuras revisiones, tomar en consideración en los criterios de inclusión/exclusión los instrumentos de medición, y así reducir las probabilidades de sesgo en los resultados.

Así mismo, se encontraron tamaños del efecto grandes en los grupos experimentales que usaron MBCT, en comparación con los grupos de control, esto significa que este tratamiento permite aumentar significativamente las habilidades de Mindfulness, como el afecto positivo, el aumento del reconocimiento e identificación de emociones agradables como la alegría y el aumento de la conciencia de los procesos internos mediante la observación sensorial y la aceptación de las situaciones difíciles (Dunn et al., 2022; Schroevers et al., 2016; Foroughi et al., 2020; Meadow et al., 2014) y reducir significativamente los síntomas de depresión, como la reducción de los pensamientos intrusivos, la anhedonia y rumiación e ideación suicida (Cladder-Micus et al., 2019; Dunn et al., 2022; Cladder-Micus et al., 2018; Schanche et al., 2020; Forkmann et al., 2014). Estos resultados son de gran relevancia ya que aportan nuevas soluciones efectivas para el tratamiento de la depresión.

De acuerdo a la revisión sistemática de Van der Veldel et al. (2015) de los 23 artículos que revisaron, llegaron a la conclusión de que algunos mecanismos funcionan como mediadores para el éxito del tratamiento, dentro de los más importantes están la reducción de la rumiación, la reducción de la preocupación y la autocompasión; siendo esta última, predictora de la disminución de recaídas

futuras. Lo cual, tiene coherencia con los resultados encontrados en los artículos revisados.

El número de investigaciones sobre los tratamientos basados en mindfulness ha aumentado considerablemente en los últimos años. (Pizarro y Espinoza, 2020). Sin embargo, es importante destacar el bajo número de estudios que realizan monitoreo de los resultados post tratamiento por más de 1 año, siendo el tiempo promedio de monitoreo 3 meses. En esta revisión sólo se encontró dos estudios que realizaron monitoreo 2 años y una de 12 meses, lo cual implicaría una limitación para determinar la efectividad de la MBCT a largo plazo.

Dentro de los resultados de monitoreo de algunas investigaciones del presente estudio, se encontraron resultados inconclusos de si el MBCT era más eficaz para evitar las recaídas. Según Cladder-Micus et al. (2019), una porción significativamente grande de MBCT + TAU alcanzó la remisión (MBCT + TAU: 41.5%; TAU: 21.6%); aunque esta fue parcial y una minoría total. Por otra parte, Moore, et al. (2022) observó que las recaídas luego de 12 meses de seguimiento fueron del 41% en el MBCT, 26% en la terapia RGT y 45% en TAU. A partir de esto, no queda claro si el MBCT es más eficaz por sí solo o acompañado de otro tratamiento para evitar las recaídas y poder llegar a la remisión.

Así mismo, la depresión se está considerando cada vez más como una condición crónica con periodos de recaídas y recuperación, con pacientes que entran y salen de episodios de depresión, esto implica que los estudios que se realizan con un tiempo de seguimiento corto o de pocas evaluaciones tienden a subestimar el pronóstico de la depresión (Matcham et al., 2022) por lo que se sugiere tener un seguimiento continuo de los síntomas y realizar investigaciones longitudinales para evaluar los efectos del MBCT a largo plazo para conocer si realmente tiene efectividad para evitar las recaídas.

En cuanto a las limitaciones de los estudios, estos tuvieron un tiempo corto de seguimiento a sus participantes, lo cual impide conocer la duración de los efectos; así mismo, un estudio careció de grupo de control para poder evaluar los efectos antes y después del tratamiento. Por otro lado, en la mayoría de los estudios hubo un porcentaje alto de mujeres, lo cual puede interferir en la generalización de los resultados.

Además, las diferencias en los resultados, podrían deberse a factores específicos de la causa de la depresión, de acuerdo con Van der Velden et al. (2015), el MBCT tiene mayor efectividad en las personas que han pasado por un trauma en su infancia, en comparación a las personas cuya depresión ha sido como consecuencia a factores de estrés en su vida diaria. Esto hace que sea necesario que en investigaciones futuras sea importante tener en cuenta o especificar mejor, factores sociales, genéticos, psicológicos entre otros, para así evitar sesgos en los resultados. Asimismo, se considera importante tener en cuenta en futuras investigaciones evaluar la efectividad de la MBCT en intervenciones sin medicación, pues este puede ser un factor que también influya en los resultados.

Por otro lado, se sugiere que los estudios que se hagan de aquí en adelante tengan un diseño experimental que permita asegurar la confiabilidad del tamaño del efecto y así poder generalizar la efectividad del MBCT. Por otro lado, se recomienda realizar una investigación con un número equitativo de tanto mujeres como hombres. Asimismo, se cree conveniente que haya más estudios sobre la MBCT en otros países o contextos culturales para saber si esta variable (cultura) podría tener variaciones en el resultado de la efectividad. También se considera importante aumentar el número de investigaciones sobre la eficacia del MBCT y sus comorbilidades.

En cuanto a la aplicabilidad de los hallazgos, la MBCT tiene la posibilidad de llegar a

más personas que no cuentan con los recursos necesarios o el tiempo requerido de un tratamiento más largo, según la OMS (2021) se estima que, en los países más pobres, más del 75% de las personas con algún trastorno de salud mental no recibe tratamiento. La MBCT tiene una duración de 8 semanas y 2 horas (2 meses y medio) favoreciendo a esta población. Además, esta les brinda herramientas cognitivas basadas en las habilidades MBCT para poder tener una mejor calidad de vida emocional y así más adelante complementar este tratamiento con algún otro.

La terapia se puede realizar en instituciones de salud, instituciones estatales, hospitales, centros de salud mental, instituciones educativas y empresas, con el fin de incrementar las campañas de prevención, pues como se mencionó anteriormente, se calcula que el 5% de la población adulta a nivel mundial padece de depresión. Además, brindar

## Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática de artículos de investigación que buscó demostrar la efectividad del MBCT en la reducción de síntomas depresivos. Según lo encontrado se puede concluir lo siguiente:

La MBCT tiene una efectividad estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas depresivos, con un tamaño del efecto moderado, lo cual significa que los grupos experimentales obtuvieron mejoras en síntomas depresivos, entre los cuales resaltan la rumiación, preocupación, anhedonia, pensamientos intrusivos, ideación suicida, así también se observó una disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes con depresión.

## Referencias

American Psychological Association. (2020). APA dictionary of psychology: Efficacy. <https://dictionary.apa.org/efficacy-research>

herramientas y desarrollar habilidades, lo cual incrementaría los factores protectores de cada una de las personas que participen,

Por tanto, el MBCT tiene múltiples beneficios, se puede aplicar grupal o individualmente (Schroevers, et al., 2016), de forma virtual o presencial. Esto reduce los costos de implementación, siendo una terapia más económica; y a su vez, con más alcance al poder llegar a más lugares del mundo. Adicionalmente a ello, al ser un protocolo de intervención y tener buenos niveles de efectividad, tiene un beneficio costo-efectividad (Zhang, 2022). Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 la depresión aumentó un 28% según la OMS (2022, párr. 2), lo cual genera una demanda de especialistas de salud mental que traten este problema, por lo que la MBCT se presenta como una opción viable a esta problemática.

MBCT contribuye al aumento de factores protectores y herramientas en los pacientes, entre los cuales destacan el aumento de emociones positivas, las habilidades de mindfulness; tales como observación corporal, autocompasión, no-juzgar, descentración, entre otras.

La MBCT muestra efectividad en las personas con depresión, depresión recurrente y resistentes al tratamiento, lo que aumenta las probabilidades de que se mantengan en el tratamiento; asimismo reduce el riesgo a presentar recaídas en dichos cuadros depresivos.

Este tratamiento se presenta como una opción con mayores beneficios costo-efectividad, al tener poca duración y poder ser aplicado en diversos contextos, de forma presencial u online.

Avello Martínez, R. (2020). ¿Por qué reportar el tamaño del efecto? Escuela de autores [Página web]. <https://doi.org/10.3916/escuela-de-autores-137>

- Bakker, A., Cai, J., English, L., Kaiser, G., Mesa, V., & Wim, V. D. (2019). Beyond small, medium, or large: Points of consideration when interpreting effect sizes [Más allá de pequeño, mediano o grande: puntos a considerar cuando se interpreta los tamaños del efecto]. *Educational Studies in Mathematics*, 102(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10649-019-09908-4>
- Baysan, C., Palanbek-Yavaş, S., & Emel-Önal, A. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health (anxiety and depression symptoms) in the United States of America. [Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental (síntomas de ansiedad y depresión) en Estados Unidos de América] *Revista De La Facultad De Medicina*, 70(4) <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n4.95387>
- Baer, R., Crane, C., Miller, E. & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings [Programas basados en mindfulness no hacen daño: problemas conceptuales y resultados empíricos]. *Clinical Psychology Review*, 71, 101-114 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Cladder-Micus, M. B., Becker, E. S., Spijker, J., Speckens, A. E., & Vrijzen, J. N. (2019). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression [Efectos de la terapia cognitiva basada en mindfulness en la medición de la conducta de rumiación en pacientes con depresión crónica, resistentes al tratamiento]. *Cognitive Therapy and Research*, 43(4). <https://doi.org/10.1007/s10608-019-09997-8>
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijzen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial [Terapia basada en mindfulness en pacientes con depresión crónica, resistentes al tratamiento: un ensayo controlado, aleatorizado, pragmático]. *Depression and anxiety*, 35(10), 914-924. <https://doi.org/10.1002/da.22788>
- Contreras-Cordova, C.; Atencio-Paulino, J.; Sedano, C., Ccoicca-Hinojosa, F., & Paucar Huaman, W. (2022). Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1). 19-28. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
- Donald, J. N., Sahdra, B. K., Van Zanden, B., Duineveld, J. J., Atkins, P. W., Marshall, S. L., & Ciarrochi, J. (2019). Does your mindfulness benefit others? A systematic review and meta-analysis of the link between mindfulness and prosocial behaviour [¿Tu mindfulness beneficia a otros? Revisión sistemática y metaanálisis de la relación entre mindfulness y conducta pro social]. *British Journal of Psychology*, 110(1), 101-125. <https://doi.org/10.1111/bjop.12338>
- Dunn, B. D., Wiedemann, H., Kock, M., Peeters, F., Wichers, M., Hayes, R., Kuyken, W. & Geschwind, N. (2022). Increases in External Sensory Observing Cross-Sectionally Mediate the Repair of Positive Affect Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Individuals with Residual Depression Symptoms [Los aumentos en la observación sensorial externa intervienen transversalmente en la reparación del afecto positivo después de la terapia cognitiva basada en la atención plena en individuos con síntomas de depresión residual]. *Mindfulness*, 14, 113–127. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02032-0>
- Faivre, F., Joshi, A, Bezaud, E. & Barrot, M. (2019). The hidden side of Parkinson's disease: Studying pain, anxiety and depression in animal models [El lado oculto de la enfermedad de Parkinson: Estudiando el dolor, la ansiedad y la depresión en modelos animales]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 96, 335-352 <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.10.004>
- Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms [Efectos de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la ideación suicida: resultados de un ensayo controlado aleatorizado en pacientes con síntomas depresivos residuales]. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1883-1890. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.043>
- Foroughi, A., Sadeghi, K., Parvizifard, A., Parsa Moghadam, A., Davarnejad, O., Farnia, V., & Azar, G. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression [La efectividad de la terapia cognitiva basada en mindfulness para reducir la rumiación y mejorar el mindfulness y la autocompasión en pacientes con depresión resistentes al tratamiento]. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42, 138-146. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0016>
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review [Estrés financiero y depresión en adultos: revisión sistemática]. *PLoS ONE*, 17(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>
- Hamdi, T., Syarifah, S., Musba, A., & Nasution, I. (2023). The association of pain with depression and quality of sleep in Indonesian cancer patients [La relación del dolor y la depresión en la calidad del sueño en pacientes con cancer de Indonesia]. *Journal of Medicinal and Chemical Sciences*, 6(6), 1204-1216. <https://doi.org/10.26655/JMCHEMSCI.2023.6.1>
- Harris, K. & Norton, P. (2019). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for the treatment of emotional disorders: A preliminary open trial [Terapia cognitiva conductual transdiagnóstica para el tratamiento de trastornos emocionales: un ensayo preliminar abierto]. *Journal of Behavior Therapy an Experimental Psychiatry*, 65, 101487. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101487>
- Hernando-Merino, E., Baca-García, E. & Barrigón, M. (2022). Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(3), 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.004>
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Ge, S., Mössler, M., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2023). Perfectionism: treatment of psychosocial risk factors in depression [Perfeccionismo: tratamiento de los factores de riesgo psicológicos en la depresión]. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/0000332-013>
- Jhamb, M., Abdel-Kader, K., Yabes, J., Wang, Y., Weisbord, S., Unruh, M., & Steel, J. (2021). Comparison of Fatigue, Pain, and Depression in Patients With Advanced Kidney Disease an Cancer-Symptom Burden and Clusters [Comparación de la fatiga, dolor y depresión en pacientes con la enfermedad Kidney en nivel avanzado y carga de síntomas de cáncer]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(3). 566-575 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.006>
- Jiang, G., Wang, Y., Wang, L., Chen, M., & Li, W. (2023). The mediating effect of depression on new-onset stroke in diabetic population: Evidence from the china health and retirement longitudinal study [El efecto mediador de la depresión en el accidente cerebrovascular de nueva aparición en la población diabética: evidencia del estudio longitudinal de salud y jubilación de China]. *Journal of Affective Disorders*, 321, 208-216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.046>
- Kato, M., Hori, H., Inoue, T., Iga, J., Iwata, M., Inagaki, T., Shinohara, K., Imai, H., Murata, A., Mishima, K., & Tajika, A. (2021). Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis [Interrupción de los antidepresivos después de la remisión con medicación antidepresiva en el trastorno depresivo mayor: una revisión sistemática y un metaanálisis]. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 118-133. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0843-0>
- Kirschner, H., Kuyken, W., & Karl, A. (2022). A biobehavioural approach to understand how mindfulness-based cognitive therapy reduces dispositional negative self-bias in recurrent depression [Un enfoque bioconductual para comprender cómo la terapia cognitiva basada en la atención plena reduce el sesgo propio negativo disposicional en la depresión recurrente]. *Mindfulness*, 13(4), 928-941. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01845-3>

- Ma, Y. F., Li, W., Deng, H. B., Wang, L., Wang, Y., Wang, P. H., Bo, H. X., Cao, J., Wang, Y., Zhu, L. Y., Yang, Y., Cheung, T., Ng, C. H., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *Journal of affective disorders*, 275, 145-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.033>
- Matcham, F., Leightley, D., Siddi, S., Lamers, F., White, K. M., Annas, P., ... Germeys, I. M. (2022). Remote Assessment of Disease and Relapse in Major Depressive Disorder (RADAR-MDD): recruitment, retention, and data availability in a longitudinal remote measurement study [Evaluación remota de la enfermedad y la recaída en el trastorno depresivo mayor (RADAR-MDD): reclutamiento, retención y disponibilidad de datos en un estudio longitudinal de medición remota]. *BMC psychiatry*, 22(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03753-1>
- Mateos-Pérez, E., & Calvete, E. (2019). Interacción entre diferentes factores cognitivos en la predicción de los síntomas de depresión. *Psicología Conductual*, 27(1), 21-39. <http://bit.ly/3m4JD8V>
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders [Desorden del uso del alcohol y depresión]. *Alcohol research: current reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.35946%2Farcr.v40.1.01>
- Meadows, G. N., Sawyer, F., Enticott, J. C., Graham, A. L., Judd, F., Martin, P. R., ... & Segal, Z. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up [Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión recurrente: un estudio de investigación traslacional con seguimiento de 2 años]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(8). <https://doi.org/10.1177/0004867414525841>
- Ministerio de Salud. (6 de octubre del 2019). Depresión severa es la principal causa de muerte por suicidio. [Página web]. <http://bit.ly/3kmmWAQ>
- Ministerio de Salud. (13 de enero del 2022). Minsa: Mas de 300 mil casos de depresion fueron atendidos en el 2021. [Página web]. <http://bit.ly/3Zduykt>
- Ministerio de Salud. (3 de mayo del 2022). Trastornos de ansiedad y depresión se disparan durante la pandemia.[Página web]. <http://bit.ly/3Izz6KS>
- Moore, M. T., Lau, M. A., Haigh, E. A., Willett, B. R., Bosma, C. M., & Fresco, D. M. (2022). Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial [Asociación entre el descentramiento y las reducciones en la recaída/recurrencia en la terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión en adultos: un ensayo controlado aleatorizado]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 137. <https://doi.org/10.1037/ccp0000718>
- Moriarty, A. S., Meader, N., Snell, K. I., Riley, R. D., Paton, L. W., Chew-Graham, C. A., Gilbody, S., Churchill, R., Phillips, R. S., Ali, S., & McMillan, D. (2021). Prognostic models for predicting relapse or recurrence of major depressive disorder in adults [Modelos de pronósticos para predecir la recaída o recurrencia del trastorno depresivo mayor en adultos]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1465-1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013491.pub2>
- Nazaribadie, M., Ghaleiha, A., Ahmadpanah, M., Mazdeh, M., Matinnia, N., Zarabian, M. K., & Ostovar, N. (2021). Effectiveness of Mindfulness Intervention on Cognitive Functions: A Meta-Analysis of Mindfulness Studies [Efectividad de la intervención del mindfulness en las funciones cognitivas: metaanálisis de estudios de mindfulness]. *Journal of Educational Psychology-Propósitos y Representaciones*, 9. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2021.v9nSPE3.1200>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio del 2022). Trastornos mentales. [Página web]. <https://bit.ly/3ksyA9l>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre del 2021). Depresión. [Página web]. <http://bit.ly/3xNqtan>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Depresión. [Página web]. <http://bit.ly/3kMAOah>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Prevención del Suicidio. [Página web]. <http://bit.ly/3IPEASZ>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pizarro, C. L. & Espinoza, A. E. (2020). Tratamientos basados en mindfulness en la población infanto-juvenil con sintomatología ansiosa. Una revisión sistemática. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(2), 123-142. <http://bit.ly/3SpnFy>
- Pots, W. T., Meulenbeek, P. A., Veehof, M. M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial [La eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness como intervención del cuidado público de salud mental para adultos con síntomas de depresión moderada: ensayo de control randomizado]. *PLoS one*, 9(10), 109789. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109789>
- Rafikova, E. I., Shibalev, D. V., Shadrina, M. I., Slominsky, P. A., Guekht, A. B., Ryskov, A. P., & Vasilyev, V. A. (2022). Common and Specific Genetic Risk Factors for Three Disorders with Depressive Symptoms [Factores de riesgo genéticos comunes y específicos para tres trastornos con síntomas depresivos]. *Russian Journal of Genetics*, 58(1), 65-72. <https://doi.org/10.1134/S1022795422010100>
- Rojas, M. (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. ESPASA, 2018.
- Roughan, W. H., Campos, A. I., García-Marín, L. M., Cuéllar-Partida, G., Lupton, M. K., Hickie, I. B., Medland, S., Wray, N., Byrne, E. M., Thang Ngo, T., Martin, N., & Rentería, M. E. (2021). Comorbid chronic pain and depression: shared risk factors and differential antidepressant effectiveness [Dolor crónico y depresión comórbidos: factores de riesgo compartidos y eficacia antidepressiva diferencial]. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643609. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643609>
- Saavedra, J. (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana 2015. *In Anales de Salud Mental* 34(1). <http://bit.ly/3XXjt5m>
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., Franer, P., & Sørensen, L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse—a randomized wait-list controlled trial [Los efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena sobre los factores de riesgo y protección de la recaída depresiva: un ensayo controlado aleatorio en lista de espera]. *BMC psychology*, 8(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00417-1>
- Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E., & Fleer, 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 [La terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) grupal e individual es efectiva: un ensayo piloto controlado aleatorio en personas deprimidas con una enfermedad somática]. *Mindfulness*, 7, 1339-1346. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0575-z>
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and positive psychotherapy for major depression [Terapia cognitiva basada en mindfulness, aceptación y terapia de compromiso, y psicoterapia positiva para depresión mayor]. *American journal of psychotherapy*, 74(1), 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>
- Shapiro, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Pedrelli, P., Meade, K., & Lazar, S. W. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy improves cognitive functioning and flexibility among individuals with elevated depressive symptoms [Terapia cognitiva basada en mindfulness aumenta la funcionalidad y flexibilidad en individuos con síntomas elevados de depresión]. *Mindfulness*, 9, 1457-1469. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0889-0>
- Stagnaró, J. C., Cía, A., Vázquez, N. R., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Sustas, S. E., Serfaty, E., Medina, M. E., Benjet, C.,

- Aguilar, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176579>
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., Strauss, C., Sweeney, T., & Crane, C. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services [La efectividad de la terapia cognitiva basada en mindfulness en los servicios de cuidado en el mundo real]. *Mindfulness*, 11, 279-290. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1087-9>
- Vago, D. R., Gupta, R. S., & Lazar, S. W. (2019). Measuring cognitive outcomes in mindfulness-based intervention research: a reflection on confounding factors and methodological limitations [Medición de los resultados cognitivos en la investigación de intervenciones basadas en la atención plena: una reflexión sobre los factores de confusión y las limitaciones metodológicas]. *Current opinion in psychology*, 28, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.015>
- Van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder [Revisión sistemática de los mecanismos de cambio en la terapia cognitiva basada en mindfulness en el tratamiento de la depresión recurrente]. *Clinical psychology review*, 37, 26-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>
- Yang, C., Wardenaar, K. J., Bosker, F. J., Li, J., & Schoevers, R. A. (2019). Inflammatory markers and treatment outcome in treatment resistant depression: a systematic review [Marcadores inflamatorios y resultado del tratamiento en la depresión resistente al tratamiento: una revisión sistemática]. *Journal of affective disorders*, 257, 640-649. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.045>
- Yue, S., Luo, L., Feng, Y., Liu, D., Wang, F., Che, R., Zhu, J., Duan, X., Tang, Y., Wang, J., & Liu, Y. (2022). Gene-gene interaction and new onset of major depressive disorder: Findings from a Chinese freshmen nested case-control study [Interacción gen-gen y nueva aparición del trastorno depresivo mayor: hallazgos de un estudio de casos y controles anidado de estudiantes chinos de primer año]. *Journal of Affective Disorders*, 300, 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.138>
- Zhang, L., Lopes, S., Lavelle, T., Jones, K. O., Chen, L., Jindal, M., Zinzow, H., & Shi, L. (2022). Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review [Evaluaciones económicas de las intervenciones basadas en mindfulness: revisión sistemática]. *Mindfulness*, 13(10), 2359-2378. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01960-1>
- Zindel, S., Williams, M. & Teasdale, J. (2017). *MBCT: Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión (ed. rev.)*. Kairós.

# CLÍNICA VILCHEZ BLAIR TIRADO (E FINAL)

## INFORME DE ORIGINALIDAD

12%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad de Lima Trabajo del estudiante	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	sifp.psico.edu.uy Fuente de Internet	1%
4	ensayosdemeu2.blogspot.com Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	1%
6	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
9	www.researchgate.net Fuente de Internet	

<1 %

10

[www.scielo.org.pe](http://www.scielo.org.pe)

Fuente de Internet

<1 %

11

[www.gob.pe](http://www.gob.pe)

Fuente de Internet

<1 %

12

Submitted to University of Wales Swansea

Trabajo del estudiante

<1 %

13

[cris.maastrichtuniversity.nl](http://cris.maastrichtuniversity.nl)

Fuente de Internet

<1 %

14

[www.kerwa.ucr.ac.cr](http://www.kerwa.ucr.ac.cr)

Fuente de Internet

<1 %

15

Submitted to Wilkes University

Trabajo del estudiante

<1 %

16

[www.dykinson.com](http://www.dykinson.com)

Fuente de Internet

<1 %

17

Submitted to Sigmund Freud Privatuniversitat

Trabajo del estudiante

<1 %

18

[dspace.uib.es](http://dspace.uib.es)

Fuente de Internet

<1 %

19

[repository.poltekkes-denpasar.ac.id](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id)

Fuente de Internet

<1 %

20

[tesi.supsi.ch](http://tesi.supsi.ch)

Fuente de Internet

<1 %

21	<a href="http://er.ucu.edu.ua">er.ucu.edu.ua</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://link.springer.com">link.springer.com</a> Fuente de Internet	<1 %
23	<a href="http://www.psicologosmadrid-acm.com">www.psicologosmadrid-acm.com</a> Fuente de Internet	<1 %
24	Neus Miquel-Giner, Muriel Vicent-Gil, Ignacio Martínez-Zalacaín, Daniel Porta-Casteras et al. "Terapia cognitiva basada en mindfulness: eficacia y predictores de respuesta con RM-funcional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Protocolo de estudio para un ensayo clínico aleatorizado", Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2022 Publicación	<1 %
25	<a href="http://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
26	<a href="http://ojs.psicoeureka.com.py">ojs.psicoeureka.com.py</a> Fuente de Internet	<1 %
27	<a href="http://ris.utwente.nl">ris.utwente.nl</a> Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	<1 %
29	<a href="http://brain.unboundmedicine.com">brain.unboundmedicine.com</a> Fuente de Internet	<1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo