

MBCT (*MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY*): ORIGEN, ALCANCE Y EFICACIA

MBCT (*MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY*): ORIGIN, SCOPE, AND EFFECTIVENESS

Estrella Fernández

Universidad de Bangor (UK)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández, F. (2016). MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origen, Alcance y Eficacia. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 71-88.

Resumen

El programa Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) nace de la integración de Mindfulness y la Terapia Cognitivo-Conductual para la depresión. Inicialmente concebido para prevenir recaídas en pacientes con depresiones recurrentes, su ámbito de aplicación ha evolucionado para impartirse a un rango mucho más amplio de personas y entornos. El primer objetivo de este artículo es proporcionar una comprensión del contexto en que se desarrolla el programa –el modelo cognitivo de la depresión– y sus premisas teóricas de funcionamiento. El segundo objetivo es revisar su eficacia empírica y los mecanismos de acción y cambio. Finalmente, se exploran los distintos ámbitos de aplicación del programa en los que ha mostrado ser efectivo, más allá de los trastornos del estado de ánimo. La investigación muestra consistentemente cómo la intervención con MBCT mejora el bienestar en población clínica y un creciente número de estudios revelan los mismos efectos positivos en adultos sanos. En línea con las predicciones teóricas, los mecanismos que median el cambio tras una intervención con MBCT son los incrementos en habilidades de Mindfulness, en metaconsciencia y autocompasión y la reducción de preocupaciones y ruminaciones

Palabras clave: *mindfulness*, MBCT, terapia cognitiva, depresión

Abstract

Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) is the result of the integration of Mindfulness and the cognitive-behavioral therapy for depression. Initially conceived as an intervention to prevent relapses in patients with recurrent depression, its scope has evolved to be taught to a much wider range of people and environments. The first objective of this article is to provide an understanding of the context in which the program develops –the cognitive model of depression– and its theoretical premises. The second objective is to review the research on its efficacy and the action mechanisms of change. Finally, different areas where the program has proved to be effective are reviewed, beyond mood disorders. Research consistently shows how the MBCT intervention improves well-being in clinical population and a growing number of studies reveal the same positive effects in healthy adults. In line with theoretical predictions, increases in Mindfulness skills, awareness and self-compassion and decreases in worry and ruminations are the mechanisms that mediate the change after an intervention with MBCT.

Keywords: *mindfulness*, MBCT, cognitive therapy, depression

Fecha de recepción: 01/12/2015. Fecha de aceptación: 03/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: estrella.fernandez@insel.es

Dirección postal: Estrella Fernández. C/ Conde de Salvatierra 8, pral. 1ª – Barcelona 08006.

© 2016 Revista de Psicoterapia



El programa *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) es una intervención psicoterapéutica basada en la evidencia, que integra elementos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión con la aplicación clínica de la meditación *mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002, 2013). Desarrollado por Williams, Teasdale y Segal, fue diseñado partiendo del programa MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) de Kabat-Zinn (1984), específicamente como un enfoque para personas con historias de depresión y que eran vulnerables a recaer en episodios futuros (Crane, 2009). El propósito era enseñar a estas personas que estaban en fase de remisión a darse cuenta de las sensaciones corporales, pensamientos y emociones y responder de forma adaptativa a los primeros signos de recaída (Crane, 2009; véase una revisión en Pérez y Botella, 2006).

La MBCT es un programa vivencial, incluye ocho sesiones semanales en grupo, de dos horas y media de duración, un día de retiro en silencio y práctica diaria en casa.

Las sesiones en grupo incluyen meditaciones guiadas, un proceso de indagación dirigido por el instructor para explorar en profundidad las experiencias personales, psicoeducación general sobre el funcionamiento de los procesos mentales, ejercicios de terapia cognitivo-conductual y psicoeducación específica para la depresión. El contenido psicoeducativo es adaptable a las características del grupo de participantes (por ejemplo ansiedad, etc.)

A través de las prácticas en casa y en grupo los participantes desarrollan diferentes habilidades y actitudes, como orientar, mantener y desenganchar la atención y aceptación de la experiencia sin evitarla ni perderse en elaboraciones mentales.

Un rasgo distintivo del programa MBCT es la firmeza de los autores en establecer unos requisitos para la enseñanza del programa tanto en ámbito clínico como en población general. Los requisitos para los profesores de MBCT incluyen una práctica personal de meditación *mindfulness* establecida, entrenamiento profesional acreditado, supervisión regular, asistencia a retiros de meditación en silencio guiados por un profesor con probada experiencia y un desarrollo profesional continuo (*Center for Mindfulness Research and Practice, 2009*).

Marco Teórico: Modelo Cognitivo de Vulnerabilidad a la Depresión

El programa MBCT fue creado en un contexto muy explícito, después de analizar los procesos involucrados en la recaída de depresiones y en la relevancia de las prácticas de *mindfulness* para cambiar estos procesos (Teasdale, 2003).

El programa se basa en la investigación sobre la vulnerabilidad, que vincula las recaídas con la reactivación de patrones de pensamientos negativos en momentos de fluctuaciones de estados de ánimo y con formas desadaptativas de responder a cogniciones y emociones negativas, como la rumiación o la supresión de pensamientos y evitación experiencial (Barnhofer et al., 2009, 2015).

El trastorno depresivo mayor constituye un gran reto de salud mental. Se trata

de una enfermedad crónica y muy invalidante, con altas ratios de síntomas residuales y con un gran riesgo de recaídas o recurrencias. Aquellos que sufren un episodio depresivo “experimentarán un promedio de cuatro episodios de 20 semanas de duración cada uno” (Judd, 1997). Tiene una prevalencia estimada entre el 2.9 y 12.6% de la población y un riesgo estimado durante la vida de 17-19% (Kessler et al., 1994). La Organización Mundial de Salud (OMS, 2012), proyecta que para el 2030 que sea la primera causa de discapacidad en el mundo (Lau, Segal, & Williams, 2004).

El conocimiento de los factores de vulnerabilidad está íntimamente relacionado con la reducción de la amplia tasa de recaídas y recurrencias (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados son los de diátesis-estrés que proponen la interacción de dos factores: factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis) que están latentes en el individuo y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno (Vázquez et al., 2010).

Dentro de estos modelos de vulnerabilidad, los modelos cognitivos identifican los sesgos en el procesamiento de la información (memoria, atribuciones causales, atención e interpretación) como elementos fundamentales que favorecen las reacciones depresivas (Robins & Hayes, 1993). Por ejemplo, el modelo cognitivo de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush & Shaw, 1979) postula que las reacciones conductuales y emocionales de una persona a una determinada situación están mediadas a través de los pensamientos de esta persona y sus interpretaciones o significados atribuidos a la experiencia. En la depresión, el contenido de estos pensamientos es predominantemente negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos, a su vez, derivan de esquemas negativos o depresógenos, formados a menudo como resultado de experiencias negativas en la infancia y que se activan de nuevo ante un acontecimiento crítico o estresante y sirven como guía a los sesgos negativos de procesamiento (Lau et al., 2004).

La investigación en estas últimas décadas ha permitido ampliar aspectos del modelo de Beck (Vázquez et al., 2010). La contribución de Teasdale ha sido clave, con su teoría de la *activación diferencial* (Lau et al., 2004).

Teasdale construyó sobre el modelo de Beck proponiendo que:

...adicionalmente a cualquier esquema cognitivo idiosincrático que pueda ser activado por un tipo limitado de situación ambiental, la vulnerabilidad a la depresión persistente y severa está fuertemente relacionada con los diferentes patrones de pensamiento que son activados en el estado depresivo (Teasdale, 1988).

La teoría de la activación diferencial asume que durante los episodios de depresión se forma y se aprende la asociación entre los distintos elementos que constituyen la experiencia depresiva: estado de ánimo bajo, patrones de pensamiento negativo, evitación experiencial y sensaciones físicas de fatiga y pesadez (Segal

et al., 2002; Teasdale, 1988). Episodios repetidos de depresión refuerzan estas asociaciones entre los distintos componentes y dejan huella en la memoria de la persona. Después, en los periodos de remisión, una pequeña bajada o cambio de humor puede desembocar en la activación de todo el proceso, de todo el círculo vicioso asociado con la tristeza, especialmente los pensamientos negativos y los sesgos, también negativos, en el procesamiento de la información (Gotlib & MacLeod, 1997; Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997). Esta “activación diferencial” es la responsable de las recaídas (Lau et al. 2004; Segal et al., 2002; Teasdale, 1988).

Se produce un proceso de sensibilización progresiva: cuantas más experiencias depresivas previas, más fuertes son las redes asociativas entre los elementos y más disminuye el umbral de activación de los mismos, de forma que la importancia de los estresores vitales en las recaídas se reduce según aumenta la reactividad cognitiva. Esto explica que el riesgo de caer en un episodio depresivo aumente con cada episodio consecutivo y que los sucesivos episodios requieran cada vez de menos estresores externos para dispararse (Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Ma & Teasdale, 2004). Es decir, los procesos que median las recaídas se van haciendo más autónomos con las experiencias repetidas de depresión (Ma & Teasdale, 2004).

Pero no sólo el contenido del pensamiento, sino también un modo particular de procesamiento es responsable de la vulnerabilidad cognitiva: el estilo de procesamiento rumiativo (Vázquez et al., 2010) que Nolen-Hoeksema define como “pensamientos repetitivos sobre el hecho de que uno está deprimido, en los síntomas depresivos y en las causas, significados y consecuencias de estos síntomas” (Nolen-Hoeksema, 1991).

Este procesamiento rumiativo tiene dos subtipos o componentes: la rumiación reflexiva y el *brooding* (autoreproches o reproches a las situaciones). Este último es el componente más desadaptativo (Cova, Melipillán y Rincón, 2009; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Vázquez et al., 2010).

Por tanto, una bajada de estado de ánimo activa de forma significativa los pensamientos negativos, los sesgos negativos de atención e interpretación de experiencias y un estilo de procesamiento de la información autorreferente rumiativo, que propicia una espiral descendente hacia la depresión (Lau et al. 2004).

De todo lo anterior se deduce que el riesgo de recaídas en depresión se reducirá si los pacientes pueden aprender a darse cuenta de los patrones de pensamiento negativos reactivados durante los momentos de disforia o bajo estado de ánimo y son capaces de desengancharse de los ciclos de rumiación depresiva (Nolen-Hoeksema, 1991).

El programa MBCT fue diseñado para lograr estos objetivos (Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2002).

MBCT–Premisas Teóricas de Funcionamiento

Los autores del programa (Segal et al., 2002, 2013) proponen que la combinación del entrenamiento en *mindfulness* y los elementos de la terapia cognitivo-conductual que conforman la MBCT permitirían a los participantes (a) reconocer la activación automática de los procesos cognitivos disfuncionales, como la rumiación; (b) desengancharse de estos procesos disfuncionales redirigiendo la atención al flujo de la experiencia en el momento presente (sensaciones corporales, pensamientos, emociones); (c) desarrollar meta-consciencia: la capacidad de observar los pensamientos y las emociones como eventos mentales temporales y automáticos en la mente, en lugar de hechos o realidades y (d) desarrollar una actitud de aceptación y compasión, relacionándose de forma adaptativa con los pensamientos, emociones y experiencias que, de otra forma habrían disparado la recaída (Segal et al., 2002, 2013).

Estas habilidades reducirían la vulnerabilidad a las recaídas en depresión. Especialmente la metaconsciencia y la actitud compasiva inherente en el programa serían ingredientes claves para lograr el efecto terapéutico (Kuyken et al. 2010, 2015; Segal et al., 2013; van der Velden et al. 2015).

MBCT–Eficacia y Mecanismos de Acción

Eficacia en la Prevención de Recaídas en Depresiones Recurrentes

En la última década, numerosos estudios han examinado la eficacia del programa MBCT. Un meta-análisis de Piet (2011) de 6 ensayos controlados aleatorios (n=593) sugiere que la MBCT reduce significativamente los ratios de recaída comparado con tratamiento habitual o placebo, con un descenso en el porcentaje de riesgo de hasta 43% (Piet & Hougaard, 2011). Los resultados de este meta-análisis indican que la MBCT es una intervención efectiva para la prevención de recaídas en pacientes en remisión de una depresión recurrente al menos en el caso de tres o más episodios previos. Hay también evidencia acumulada de que la MBCT aporta el máximo beneficio a pacientes con mayor riesgo, por ejemplo a aquellos que reportan una infancia con adversidades (Williams et al., 2014) y en prevenir recaídas no precedidas por estresores vitales (Ma & Teasdale, 2004).

Kuyken et al. diseñan en el 2010 el estudio PREVENT, protocolo de investigación multicéntrico, controlado, aleatorio y ciego (n=424) para evaluar la eficacia del programa MBCT respecto a la terapia de mantenimiento con antidepresivos durante dos años de seguimiento, respecto a tres variables: prevención de recaídas, síntomas residuales y calidad de vida (Kuyken et al., 2010).

La muestra eran pacientes en remisión de un episodio depresivo mayor de acuerdo al DSM-IV, que hubieran tenido tres o más episodios depresivos, mayores de 18 años y con una dosis terapéutica de antidepresivos de mantenimiento acorde a las recomendaciones de la guía NICE (*National Institute for Clinical Excellence* –Reino Unido).

Los participantes fueron asignados de forma aleatoria para recibir o bien tratamiento farmacológico antidepresivo o un programa MBCT de 8 semanas que incluía soporte para dejar o discontinuar su medicación de mantenimiento (3 sesiones de refresco ofrecidas cada tres meses durante el año siguiente: MBCT-TS).

Los dos grupos de tratamiento mostraron resultados igualmente positivos y perdurables durante los dos años de seguimiento en términos de recaídas, síntomas residuales y calidad de vida. Se encontró evidencia de que la MBCT-TS es una alternativa igualmente eficaz al mantenimiento con antidepresivos a un coste similar, que permite a los pacientes estar bien y mantener una buena calidad de vida. Además, se encontró que en los pacientes que informaban de abuso infantil, la MBCT-TS aportaba mayor beneficio que la terapia de mantenimiento con antidepresivos (Kuyken et al., 2015). Esto es consistente con resultados de estudios anteriores: la intervención con el programa MBCT puede otorgar más beneficio a los pacientes con mayor riesgo de recaídas y a los que han sufrido más adversidades durante la infancia (Williams et al., 2014; Ma & Teasdale, 2004).

La evidencia de la eficacia del programa está reconocida por la guía NICE, que lo recomienda como tratamiento profiláctico para el trastorno depresivo mayor (*National Institute for Clinical Excellence*, 2009)

Eficacia en la Depresión Aguda y Crónica

Aunque el programa fue originalmente desarrollado como una intervención preventiva y la primera investigación sobre la MBCT se había hecho en pacientes en remisión, la evidencia sugiere que los procesos cognitivos que incrementan la vulnerabilidad a futuros episodios depresivos, la rumiación depresiva (Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins & Teasdale, 2004) y una alta reactividad cognitiva a los cambios de humor (Segal, Gemar, & Williams, 1999), son los mismos que mantienen la depresión.

En los pacientes con depresión crónica, los patrones de pensamiento desadaptado, como la rumiación y la evitación experiencial, han adquirido una naturaleza habitual (Barnhofer et al., 2009). El entrenamiento mental usado en la MBCT y los elementos a los que se dirige juegan un papel importante en el mantenimiento y persistencia del trastorno y estudios subsecuentes han reportado que también es una intervención efectiva para la fase aguda en trastorno depresivo mayor y para la reducción de sintomatología residual (Kenny & Williams, 2007; Barhofer et al. 2009; Van Aalderen et al. 2012).

En un estudio preliminar de viabilidad con pacientes con depresión resistente al tratamiento (n=50) Kenny y Williams encontraron una reducción significativa de los síntomas depresivos después de la intervención, con un alto grado de aceptación y una tasa muy baja de abandono, a pesar de los niveles de severidad y discapacidad de numerosos episodios previos de depresión (Kenny & Williams, 2007).

Un estudio de Barnhofer (2009) controlado y aleatorizado con pacientes con depresión crónica con al menos tres episodios previos (n=28) muestra cómo los

síntomas depresivos descienden desde niveles severos a leves en el grupo de MBCT, mientras permanecen inalterados en el grupo de tratamiento habitual. Asimismo, el número de pacientes que cumplía los criterios diagnósticos de depresión mayor se redujo en el grupo MBCT pero permaneció inalterado en el grupo de tratamiento habitual con informantes ciegos (Barnhofer et al., 2009).

En su estudio, van Aalderen et al. (2012) reportan que los pacientes (n=205) asignados al grupo MBCT en comparación con tratamiento habitual experimentan mayor reducción de síntomas depresivos, preocupación y rumiación e incremento de habilidades de *mindfulness*. Además, el nivel de reducción de los síntomas depresivos era similar en pacientes inmersos en un episodio depresivo o en remisión (van Aalderen et al. 2012).

A pesar de la prudencia inicial de los desarrolladores del programa sobre su aplicación en pacientes deprimidos, porque no tenían claro que las demandas cognitivas de la meditación regular superaran las capacidades de los pacientes, los ratios de asistencia a las clases y los datos sobre el cumplimiento de las tareas para casa sugieren que el tratamiento es aceptable y gestionable para estos pacientes. En el estudio de Banhofer (2009), solo un número reducido tuvo que usar las adaptaciones previstas –anclajes más tangibles, como las sensaciones corporales o posibilidad de abrir los ojos de vez en cuando, etc. (Banhofer et al. 2009).

Por otra parte, la investigación inicial en la eficacia de la MBCT informaba de efectos diferenciales relacionados con el número de episodios previos. El impacto en la prevención de futuros episodios parecía restringido a pacientes con tres o más episodios depresivos (Teasdale et al. 2000; Ma & Teasdale 2004) y basado en estos hechos, la subsecuente investigación en MBCT no incluía participantes con dos o menos episodios previos.

Sin embargo, un estudio más reciente (Geschwind et al., 2011) reporta la misma efectividad de la MBCT en reducir síntomas depresivos en pacientes con pocos (dos o menos) o múltiples (tres o más) episodios depresivos previos. Los autores proponen que estos resultados divergentes podrían ser explicados por la diferencia en el objetivo terapéutico: prevención de la recaída en depresión *versus* reducción de la actual sintomatología depresiva. Lanzan la hipótesis de que aunque la eficacia de la MBCT en reducir síntomas residuales de depresión puede ser independiente del número de episodios previos, una diferencia en los mecanismos que subyacen al cambio puede dar lugar a un riesgo diferencial en el curso y recaída de un trastorno por depresión (Batink, Peeters, Geschwind, van Os, & Wichers, 2013).

Eficacia en el Trastorno Bipolar

Los pacientes con trastorno bipolar tienen hasta un 73% de tasa de recaídas aun con tratamiento farmacológico de mantenimiento (Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) y hasta un 60% de comorbilidad con trastornos de ansiedad (Sasson, Chopra, Harrari, Amitai, & Zohar, 2003) que se asocia a riesgo de suicidio (Williams et al., 2008). Actualmente el trastorno bipolar se trata con una combina-

ción de medicación y psicoterapia.

La investigación sobre la aplicación del programa MBCT en pacientes bipolares no es extensa, pero los estudios realizados hasta el momento arrojan resultados muy positivos.

En un estudio de viabilidad, Williams (2008) informa de que el tratamiento con MBCT tiene un efecto inmediato en ansiedad y en síntomas depresivos en pacientes bipolares en remisión, en comparación con el grupo control. Este estudio sin embargo no tenía en cuenta resultados en manía (Williams et al., 2008).

Posteriormente Miklowitz et al. (2009) realizan un estudio pre-post (n=22) con una adaptación de la MBCT enfocada en ayudar a los pacientes a gestionar la emergencia de síntomas maníacos (con instrucciones para tomar consciencia de síntomas maníacos e hipomaníacos al mismo tiempo que depresivos, pensamientos suicidas y ansiedad). En consistencia con los resultados encontrados por Williams, estos pacientes mejoraron en depresión e ideación suicida sin que se incrementen la manía o la ansiedad (Miklowitz et al. 2009).

Similares resultados se encuentran en un estudio de Weber en 2010 en grupos compuestos exclusivamente por pacientes bipolares (tipos I y II) (Weber et al. 2010).

MBCT–Mecanismos de Acción y Cambio

Comprender los mecanismos de cambio es el primer paso para optimizar cualquier tratamiento (Kazdin, 2009) y es lo que puede ayudar a los terapeutas a mejorar los resultados de la MBCT, enfatizando los procesos clave (Williams & Kuyken 2012).

Por tanto, un importante primer paso en establecer los mecanismos de cambio en MBCT es identificar las variables que median sus efectos terapéuticos (Batink et al., 2013).

Basándose en las premisas teóricas se han investigado como potenciales mecanismos de cambio en la MBCT el incremento en habilidades de *mindfulness*, en meta-consciencia y en autocompasión y la reducción en rumiación, preocupación y reactividad cognitiva (van der Velden et al., 2015).

En consistencia con el modelo teórico de la MBCT un estudio de Kuyken (2010) que comparaba la intervención con MBCT con la terapia de mantenimiento con antidepresivos aporta evidencia empírica de que la eficacia de la intervención con MBCT está mediada por el incremento de habilidades de *mindfulness* y autocompasión y que las mejoras en estas habilidades eran precisamente lo que explicaba los cambios en los síntomas depresivos 15 meses más tarde (Kuyken et al. 2010). Kuyken, sin embargo, encuentra mayor reactividad cognitiva informada por los pacientes post-tratamiento, pero esta mayor reactividad no se relaciona con más recaídas y podría explicarse por un incremento de metaconsciencia.

Estos resultados fueron confirmados en otro estudio (Shahar, Britton, Sbarra, Figueredo, & Bootzin, 2010) que también reportaba que las habilidades de *mindfulness* y los descensos en rumiación (*brooding*) mediaban el efecto de la

MBCT en la reducción de los síntomas depresivos (Batink et al. 2013).

Van Aalderen et al. (2012) encontraron que la efectividad de la MBCT en reducir los niveles actuales de depresión estaba mediada por un descenso en preocupación, rumiación y un incremento en la habilidad de *mindfulness* “aceptación sin juicio” (van Aalderen et al., 2012).

Geschwind et al. (2011) informa de que el efecto de la MBCT estaba asociado con el incremento de experiencias positivas momentáneas, más apreciación y más respuesta a las actividades placenteras de la vida diaria. Estos cambios parecían independientes parcialmente de la disminución observada en preocupación y rumiación (Geschwind, Peeters, Drukker, van Os, & Wichers, 2011).

De manera conjunta, esto sugiere que ambos cambios en procesos cognitivos y afectivos contribuyen a la reducción de la sintomatología depresiva (Batink et al. 2013). Batink et al (2013) diseñan un estudio (n=130) para examinar el papel de las variables afectivas y cognitivas en los mecanismos de cambio de la MBCT para los síntomas depresivos residuales y ver hasta qué punto distintos mecanismos de cambio pueden subyacer al impacto de la MBCT en la reducción de la sintomatología en participantes con múltiples episodios depresivos (tres o más) comparados con los de menos episodios (dos o menos).

Sus resultados replican los de estudios anteriores, indicando que los efectos terapéuticos de la MBCT están mediados por cambios en habilidades *mindfulness* y un descenso en preocupación. Sin embargo, sugiere que los factores mediadores pueden ser diferentes para diferentes niveles de severidad en la depresión, dependiendo de la historia previa de episodios.

El programa MBCT reduce, por tanto, la sintomatología depresiva en ambos grupos, pero dependiendo de la historia de los pacientes, posiblemente por diferentes vías: en el grupo de pacientes con dos o menos episodios depresivos son predominantemente los cambios cognitivos los que median los efectos de la MBCT. Sin embargo, en pacientes con tres o más episodios depresivos, los cambios en afecto fueron los mediadores del efecto de la MBCT.

Sin embargo, aunque los cambios en los procesos cognitivos no son mediadores significantes en el grupo de pacientes con tres o más episodios, no se puede concluir que no jueguen un rol en la mejora de la sintomatología. Simplemente ilustra que cambios en cognición pueden ser importantes, pero que los cambios emocionales son el elemento crucial en la mejora tras la intervención MBCT (Batink et al. 2013).

La diferencia puede significar una sensibilización más avanzada en el grupo de tres o más episodios. Esto es consistente con un gran cuerpo de evidencia que indica que la experiencia de episodios previos incrementa la vulnerabilidad a episodios consecutivos y puede ocasionar más cambios permanentes e indeseables en los sistemas regulatorios biológicos y en patrones negativos del procesamiento de la información (Segal et al., 2002). Se podría hipotetizar que dependiendo del nivel de sensibilización, un papel más prominente se reserva para que los cambios

afectivos contrapesen las cogniciones disfuncionales más activadas y asentadas. Otro aspecto relacionado es la edad de aparición. Cuanto más temprana haya sido, más posibilidad de que haya sensibilización respecto a una aparición tardía cuando el desarrollo biológico y psicológico ha progresado hacia niveles estables en el adulto. Cuanta más adversidad infantil también los cambios emocionales más que cognitivos constituyen una pieza clave en la reducción de los síntomas depresivos en este grupo particular (Batink et al. 2013).

En línea con las predicciones teóricas, hay un cuerpo de investigación creciente que sugiere que los cambios en habilidades de *mindfulness*, preocupación, meta-consciencia y autocompasión median la reducción de los síntomas depresivos después de una intervención con MBCT (van der Velden et al. 2015).

Además, parecen existir relaciones recíprocas entre estados afectivos, procesos cognitivos y habilidades metacognitivas tal como se entrenan en la MBCT. Los cambios en afecto y especialmente en afecto positivo pueden resultar parcialmente de cambios en los procesos cognitivos, como el descenso de preocupaciones y son particularmente importantes en la reducción de los síntomas (Batink et al. 2013).

En conclusión, los cambios en la cognición y en el afecto operan conjuntamente durante un curso de MBCT y se puede hipotetizar que se impactan uno a otro de forma bidireccional.

Más Allá de los Trastornos del Estado de Ánimo

Aunque el programa MBCT fue desarrollado en el contexto de prevención de la depresión recurrente, existe una sólida base conceptual que sugiere que su aplicación puede ser útil para otros trastornos y condiciones. Los resultados de los estudios realizados hasta el momento así lo corroboran.

Es importante notar que aunque los valores y principios nucleares del programa permanecen constantes, las diferencias en la naturaleza del problema, especialmente los elementos que lo mantienen, son diferentes e influirán, por tanto, en la implementación del enfoque. Es necesario adaptar los procesos, temas específicos y aspectos psicoeducativos, relacionándolos con la comprensión clara y profunda de las causas y mantenimiento del trastorno o condición a tratar (Teasdale, 2003).

MBCT y Ansiedad—Justificación y Eficacia

La interdependencia de la sintomatología ansiosa y depresiva ha sido destacada largamente por la investigación. Los modelos cognitivos conciben la ansiedad como fruto de una serie de sesgos o tendencias en la interpretación de la situación (Eysenk 1997).

Beck propuso un modelo que relacionaba la depresión y la ansiedad: las personas ansiosas y depresivas poseerían esquemas cognitivos inadaptados de un modo latente que constituirían la vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de sus patologías (Beck 1974; Beck, Emery, & Greenberg, 1985). La aparición de los cuadros ansioso y depresivo, según Beck, deriva de la interacción entre este factor

de vulnerabilidad cognitiva (los esquemas inadaptados) y formas específicas de estrés ambiental. La diferencia entre ambos trastornos radicaría en los diferentes contenidos de sus sesgos de procesamiento.

Las personas con predisposición al desarrollo de trastornos depresivos poseerían una vulnerabilidad cognitiva en forma de esquemas cognitivos negativos acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Las personas con vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad dispondrían de una serie de esquemas relativos a la amenaza, sobre todo en torno a tres temas: aceptación, competencia y control (Beck et al., 1985). La amenaza, en este sentido, es un factor clave en la ansiedad y la preocupación ha sido considerada el sello característico de este trastorno (APA 2003; Vindel, 1999).

Además, aunque los estudios sobre los efectos de la rumiación se han concentrado fundamentalmente en la depresión y los de preocupación en la ansiedad, la investigación que ha explorado las relaciones entre preocupación y rumiación (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005) indica que ambas juegan un papel relevante en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, contradiciendo el supuesto de que la rumiación sería más específica de la depresión (Calmes & Roberts, 2007). La preocupación y la rumiación comparten los mismos procesos, pero implican contenidos diferentes y co-ocurren en la misma persona (Watkins et al., 2005). Los pensamientos repetitivos están implicados en la vulnerabilidad tanto de la depresión como de la ansiedad (Calmes & Roberts, 2007).

En depresión, una bajada de estado de ánimo puede desencadenar una secuencia de simulaciones o narrativas mentales que son tratadas como pérdidas reales por los circuitos neuronales primitivos en el cerebro (Williams, 2010). Después la dificultad surge del modo de procesamiento que es aplicado para enfrentar esas simulaciones o narrativas mentales. Es el modo que Williams llama “modo hacer”, que esencialmente trata de “resolver” el problema emocional apelando a la memoria, a los recuerdos del pasado e imágenes sobre el futuro y estableciendo objetivos que ayuden a encontrar una solución. Este “modo hacer” cuando se aplica a los eventos mentales, solo sirve para incrementar los niveles de rumiación o supresión e incrementa el sentido de desamparo y estrés a la vez que reduce la capacidad atencional (Williams, 2010).

Este mismo modo de procesamiento se desencadena en la ansiedad cuando se produce una activación de los *scripts* o narrativas mentales ante estímulos considerados como amenazas reales. La preocupación es parte del “modo hacer” de resolución de problemas.

...”la cadena de pensamientos y de imágenes, cargadas de afectos negativos y relativamente incontrolables; representa una tentativa de entablar una solución mental de problemas en un asunto cuyo resultado es incierto pero que contienen la posibilidad de uno o más resultados negativos” (Borkovec, Robinson Pruzinsky, & Depree, 1983).

El entrenamiento en MBCT se propone enseñar el acceso al “modo ser”,

prestando atención al desarrollo de la experiencia momento a momento, de forma abierta y sin juzgarla. Esto permite a las personas ver más claramente la tendencia de la mente a elaborar y crear narrativas que después se toman por reales (Surawy, MacManus, Muse, & Williams, 2014).

Muchos de los mecanismos que se piensa que son responsables del mantenimiento de la ansiedad en los modelos cognitivo conductuales (Salkovskis & Warwick, 2001) son probablemente impactados por la MBCT. Estos incluyen preocupación, rumiación y evitación, hipervigilancia e intolerancia a la incertidumbre (Surawy et al. 2014).

La investigación que explora la eficacia del programa MBCT en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aunque no numerosa, arroja resultados positivos y prometedores (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; MacManus, Surawy, Muse, Vázquez-Montes, & Williams, 2012) habiéndose encontrado importantes mejorías en sintomatología en pacientes con trastorno por ansiedad generalizada (Evans et al., 2008; Kim et al., 2010), trastorno de pánico (Kim et al. 2010) y trastorno de ansiedad por la salud (Williams, MacManus, Muse, & Williams, 2011; MacManus et al., 2012; Surawy, MacManus, Muse, & Williams, 2014).

Semple, Lee, Rosa y Miller (2009) realizaron una adaptación manualizada de la MBCT para niños (MBCT-C) con problemas de ansiedad. Su estudio con niños de edades comprendidas entre los 9 y 13 años (n=25), muestra resultados positivos en la reducción de los síntomas de ansiedad comparados con grupo control (Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2009).

MBCT y TDAH–Justificación y Eficacia

En los últimos años ha surgido un creciente interés en la aplicación de intervenciones basadas en *mindfulness* a pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tanto niños como adultos.

Este trastorno se caracteriza por un conjunto de alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales y se manifiesta con síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad (Castellanos & Tannock, 2006; Pessoa 2008).

Por otra parte, numerosos estudios evidencian los efectos positivos que el entrenamiento en *mindfulness* tiene sobre las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales alteradas en el TDAH, especialmente sobre la atención (Jha, Krompinger, & Baime, 2007; Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008; Tang et al., 2007), control inhibitorio (Oberle, Schonert-Reichl, Lawlor, & Thomson, 2011), memoria de trabajo (Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong, & Gelfand, 2010) y regulación emocional (Chiesa, Calati, & Serreti, 2011; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Tang et al. 2007).

La investigación de la efectividad del entrenamiento en *mindfulness* para el TDAH está aún en sus inicios y principalmente se han realizado estudios con protocolos adaptados de la MBCT, que centran las prácticas y los elementos psicoeducativos en la especificidad del trastorno (Bogels, Hoogstad, van Dun, de

Schutter, & Restifo, 2008; Hepark et al., 2015; Mitchell et al., 2013; Schoenberg et al., 2014; Van der Oord, Bogels, & Peijnenburg, 2012). Los resultados consistentemente positivos en el tratamiento de la sintomatología y déficits nucleares del trastorno que se encontraban en los estudios preliminares están siendo corroborados con los subsecuentes estudios controlados y aleatorizados (Schoenberg et al., 2014; van de Weijers, Bergsma, Formsmma, de Bruin, & Bogels, 2012) y proporcionan una base sólida de apoyo para su utilización, aunque aún es necesario un cuerpo de investigación más amplio.

MBCT en Población Sana

Se postula que el papel de la psicología moderna debería ser mejorar e incrementar el afecto positivo (Snyder, López, & Pedrotti, 2010), puesto que es un potente predictor de sentido en la vida y protege contra el desarrollo de trastornos mentales (Davis & Suveg, 2014).

Dado que la investigación muestra consistentemente cómo la intervención con MBCT mejora significativamente el bienestar emocional (incremento del afecto positivo y/o disminución del afecto negativo) en población clínica (Evans et al, 2008; Goldin y Gross, 2009; Hofmann et al. 2010; McManus et al. 2012), se han comenzado a investigar los efectos de la MBCT en población adulta sana (Cousin & Crane, 2015), para evaluar su capacidad de restaurar y mejorar el bienestar emocional y también comprender los mecanismos mediadores en la mejora.

El estudio de Cousin y Crane (2015), con 75 adultos sanos (58 mujeres; 17 hombres) que aleatoriamente fueron asignados a grupo MBCT o grupo control, muestra mejoras significativas en afecto positivo en el grupo MBCT y también muestra cómo los cambios en las estrategias de afrontamiento de los problemas de cada día (más aproximación y aceptación y menos evitación o negación) son mediadores en la mejora e incremento del estado de ánimo positivo.

Este papel mediador de las estrategias de afrontamiento puede explicarse al entender cómo la evitación o negación reducen el afecto positivo. Lo hace por dos vías fundamentales: (a) no permite que las experiencias difíciles sean totalmente procesadas, lo que impide la restauración del estado de ánimo y limita la capacidad subsiguiente de la persona para experimentar emociones positivas (Barlow, Allen, & Choate, 2004) y (b) si las estrategias de evitación se tienden a generalizar y a ser aplicadas por la persona de forma indiscriminada no sólo a estímulos de valencia negativa, sino también a los estímulos de valencia mixta (Rossignol, Joassin, Fish, Philippot, & Maurage, 2012) la posibilidad de experimentar afecto positivo queda muy limitada (Heeren, Lievens, & Philippot, 2011).

Si, por el contrario, se estimula a las personas a involucrarse en las experiencias emocionales independientemente de su valencia (Segal et al., 2013), esto puede ayudarles a adquirir tanto lo bueno como lo malo cuando se encuentran en situaciones de valencia mixta o ambigua, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones sociales.

En definitiva, los individuos sanos se benefician de la MBCT en el incremento de afecto positivo después de la intervención y utilizan menos estrategias de evitación o negación cuando se enfrentan a dificultades en su vida diaria (Cousin & Crane, 2015).

Conclusiones

Un amplio y sólido cuerpo de investigación muestra que la MBCT es una intervención útil para evitar recaídas en depresión en pacientes con depresiones recurrentes, con una eficacia similar a la terapia de mantenimiento con antidepresivos. Así lo recoge en sus recomendaciones la guía de excelencia clínica NICE, del Reino Unido. La investigación también indica que el programa MBCT es una intervención útil en el tratamiento de la depresión aguda, incluida la forma de depresión resistente a tratamiento.

Adicionalmente, los estudios que evalúan la eficacia de la MBCT en trastorno bipolar, trastornos de ansiedad (crisis de pánico, TAG y ansiedad por la salud) y trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) indican resultados positivos en los déficits nucleares de cada trastorno. Estudios con población general (adultos sanos) muestran mejoras significativas en los índices de bienestar y afecto positivo.

Es de destacar la importancia de realizar una buena formulación del problema a tratar. De acuerdo a la recomendación de los autores, los valores nucleares y los principios de la MBCT han de permanecer constantes, pero la naturaleza del problema y su profunda comprensión tiene que guiar la implementación del enfoque: los procesos, temas específicos y los aspectos psicoeducativos deberán estar vinculados con los factores que causan y mantienen el trastorno o malestar específico a tratar.

Referencias bibliográficas

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-Based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373. doi:<http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019>
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., ... Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1013-1020. doi:<http://doi.org/10.1037/ccp0000027>
- Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How Does MBCT for Depression Work? Studying Cognitive and Affective Mediation Pathways. *PLoS ONE*, 8(8), e72778. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0072778>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (Vol. 32). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En R. Friedman, & M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach. *Basic, New York*, b58.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(02), 193-209.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.
- Calmes, C. A., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 343-356.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J. S., Milham, M. P., & Tannock, R. (s. f.). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3), 117-123. doi:http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011
- Centre for Mindfulness Research and Practice, Bangor University. (s. f.). Recuperado 20 de enero de 2016, a partir de <https://www.bangor.ac.uk/mindfulness/>
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449-464. doi:http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003
- Cousin, G., & Crane, C. (2015b). Changes in disengagement coping mediate changes in affect following mindfulness-Based cognitive therapy in a non-clinical sample. *British Journal of Psychology*, n/a-n/a. doi:http://doi.org/10.1111/bjop.12153
- Cova, F., Rincón, P., & Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia psicológica*, 27(2), 155-160.
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J. V., Silverton, S., Williams, J. M. G., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 17-24. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features* (1st edition). London/ ; New York: Routledge.
- Davis, M., & Suveg, C. (2014). Focusing on the positive: a review of the role of child positive affect in developmental psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 17(2), 97-124.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-Based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721. doi:http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(11), 1635.
- Goldin, P., Ramel, W., & Gross, J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242.
- Gotlib, I. H., & MacLeod, C. (1997). Information processing in anxiety and depression: A cognitive-developmental perspective. En J. Burack, & J. Enns (Eds.). *Attention, Development, and Psychopathology* (pp. 350-378). New York: Guilford Press.
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76-94.
- Heeren, A., Lievens, L., & Philippot, P. (2011). How does attention training work in social phobia: disengagement from threat or re-engagement to non-threat? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1108-1115.
- Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 403-409. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.017

- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L. A., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. M. (2015). The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*. doi:http://doi.org/10.1177/1087054715613587
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183. doi:http://doi.org/10.1037/a0018555
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.
- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(1), 54-64. doi:http://doi.org/10.1037/a0018438
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-991.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kim, B., Lee, S.-H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., ... Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-Based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590-595.
- Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., ... Kessler, D. (2010). Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-Based cognitive therapy with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials*, 11(1), 99.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-Based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73. doi:http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-Based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Lau, M. A., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.003
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. doi:http://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004a). Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31.
- McManus, F., Muse, K., & Surawy, C. (2011). Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) for severe health anxiety. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 11(1), 19-23.
- 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(4), 788-796. doi:http://doi.org/10.1007/s12671-014-0318-y
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vázquez-Montes, M., & Williams, J. M. G. (2012a). A randomized clinical trial of mindfulness-Based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 817.

- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Fennell, M. J., Dimidjian, S., ... Williams, J. M. G. (2009). A pilot study of mindfulness-Based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-382.
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2013). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal of Attention Disorders*. doi:http://doi.org/10.1177/1087054713513328
- NICE | The National Institute for Health and Care Excellence. (s. f.). [CorporatePage]. Recuperado 20 de enero de 2016, a partir de <https://www.nice.org.uk/>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008a). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., Lawlor, M. S., & Thomson, K. C. (2011). Mindfulness and inhibitory control in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*. doi: 10.1177/0272431611403741
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(2), 148-158. doi:http://doi.org/10.1038/nrn2317
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032-1040.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 205.
- Rossignol, M., Joassin, F., Fisch, S.-A., Philippot, P., & Maurage, P. (2012). In doubt, let's avoid! General avoidance of faces, postures and neutral objects in social anxiety. *International Journal of Psychophysiology*, 85(3), 423.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: a cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Sasson, Y., Chopra, M., Harrari, E., Amitai, K., & Zohar, J. (2003). Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(02), 139-144.
- Schoenberg, P. L. A., Heparik, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. M. (2014). Effects of mindfulness-Based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 125(7), 1407-1416. doi:http://doi.org/10.1016/j.clinph.2013.11.031
- Segal, Z. V., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 108(1), 3.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. New York: Guilford.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-Based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.
- Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-Based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402-418.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862. doi:http://doi.org/10.1002/jclp.20491
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Pedrotti, J. T. (2010a). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications.
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2015b). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case Illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392. doi:http://doi.org/10.1007/s12671-013-0271-1

- Tang, Y.-Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *104*(43), 17152-17156. doi:<http://doi.org/10.1073/pnas.0707678104>
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, *2*(3), 247-274.
- Teasdale, J. D. (2003). Mindfulness Training and Problem Formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 157-160. doi:<http://doi.org/10.1093/clipsy/bpg017>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000b). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-Based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 615-623. doi:<http://doi.org/10.1037//0022-006X.68.4.615>
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-Based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, *42*(05), 989-1001.
- van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(1), 139-147. doi:<http://doi.org/10.1007/s10826-011-9457-0>
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgard, J., ... Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-Based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, *37*, 26-39. doi:<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsa, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(5), 775-787. doi:<http://doi.org/10.1007/s10826-011-9531-7>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, *18*(1), 139-165.
- Vindel, A. C. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicología.com [Online]*, *3*(1), 145 párrafos. Available: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol143num141/art_146.htm.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour research and therapy*, *43*(12), 1577-1585.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, *82*(1), 1-8.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-Based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry*, *25*(6), 334-337.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(6), 721-733. doi:<http://doi.org/10.1007/s10608-008-9204-z>
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, *10*(1), 1-7. doi: 10.1037/a0018360
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1-3), 275-279. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(2), 275-286. doi:<http://doi.org/10.1037/a0035036>
- Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-Based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(5), 359-360.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(1), 150-155. <http://doi.org/10.1037//0021-843X.109.1.150>
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. John Wiley & Sons.
- Williams, M. J., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2011a). Mindfulness based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*(4), 379-397.