

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Universidad Francisco de Vitoria



**Eficacia de la terapia cognitiva basada en
mindfulness para el tratamiento de la depresión
en población adulta: una revisión sistemática.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Miriam Domínguez Mascaraque

Madrid, a 6 de marzo de 2025



Universidad
Francisco de
Vitoria

Postgrado
y Consultoría

UFV Madrid

D. / Dña. Ángela Osuna Benavides, tutor/a del Trabajo de Fin de Master titulado Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en población adulta: una revisión sistemática, realizado por Miriam Domínguez Mascaraque

Recomienda X

No recomienda ____

que el trabajo sea presentado y defendido ante el tribunal evaluador correspondiente para la obtención del título de Master en Psicología General Sanitaria.

En Madrid, a 5 de marzo de 2025

Fdo.: Ángela Osuna Benavides

Índice de contenido

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Depresión.	7
<i>Qué es la depresión.</i>	7
<i>En qué consiste el trastorno de depresión mayor:</i>	7
<i>Comorbilidad con otros trastornos.</i>	8
<i>Abordajes terapéuticos:</i>	9
Mindfulness o atención plena	11
<i>Que es el Mindfulness o atención plena.</i>	11
<i>Intervenciones en la atención plena</i>	11
<i>Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT).</i>	12
<i>Mindfulness y aplicaciones Web.</i>	13
Objetivos.	14
Metodología.	14
Bases de datos.	14
Términos de búsqueda.	14
Cadenas de búsqueda.	15
Criterios de elegibilidad.	15
Proceso de cribado.....	15
Criterios de calidad metodológica y análisis de sesgos.....	16
Criterios de los análisis de los artículos.....	19
Resultados	19
Discusión.	24
Conclusiones.....	26
Limitaciones.....	27

Prospectiva.....	27
Referencias.....	28

índice de tablas

Tabla 1: <i>Componentes de la pregunta PICO</i>	14
Tabla 2: <i>Análisis de calidad metodológica</i>	16
Tabla 3: <i>Análisis de riesgo de sesgos</i>	18
Tabla 4: <i>Resultados</i>	20

índice de figuras:

Figura 1: <i>Diagrama de flujo PRISMA 2021</i>	19
--	----

Resumen

La depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Los tratamientos convencionales como los antidepresivos y la terapia cognitivo conductual no son efectivos en todos los casos, suponiendo elevados costes a nivel personal y social. Por ello, es necesario investigar sobre la efectividad de terapias alternativas como la Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), la cual se desarrolló para la reducción de los síntomas depresivos y la prevención de recaídas en la depresión. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de la MBCT en el tratamiento de la depresión en población adulta. Además, explora la efectividad de ésta en casos de depresión comórbida y la efectividad de su formato online. Para ello se realizó una revisión sistemática de la literatura científica actual mediante la búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science. Se seleccionaron estudios empíricos publicados entre 2014 y 2024 que trataran sobre la efectividad de la MBCT en el tratamiento de la depresión en adultos. Se incluyeron como criterios de análisis objetivos, muestra, edad, variables analizadas, instrumentos, tipo de tratamiento y resultados de cada artículo. Se localizó un total de 3.852 artículos, de los cuales se seleccionaron un total de 22 artículos; de éstos se excluyeron, por criterios de calidad metodológica y no tener acceso al texto completo, un total de 8 artículos quedando una muestra total de 14 artículos. Se concluye que La MBCT es una alternativa válida para el abordaje a la depresión, aunque se requieren más estudios para determinar su eficacia en comparación con tratamientos como la medicación antidepresiva, así como en distintos subgrupos clínicos.

Palabras clave: Depresión mayor, Terapia cognitiva basada en mindfulness, MBCT online, comorbilidad psicológica.

Abstract

Depression is one of the main causes of disability worldwide. Conventional treatments such as antidepressants and cognitive behavioral therapy are not effective in all cases, resulting in high personal and social costs. For this reason, it is necessary to research the effectiveness of alternative therapies such as mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), which was developed to reduce depressive symptoms and prevent relapses in depression. The present study aims to evaluate the efficacy of MBCT in the treatment depression in the adult population. In addition, it explores its effectiveness in cases of comorbid depression and the effectiveness of its online format. To this end, a systematic review of the current scientific literature was carried out by searching the PubMed, Scopus and Web of Science databases. Empirical studies published between 2014 and 2024 dealing with the effectiveness of MBCT in the treatment of depression in adults were selected. The criteria for analysis included objective, sample, age, variables analyzed, instruments, type of treatment and results of each article. A total of 3,852 articles were located, of which a total of 22 articles were selected. Of these, a total of 8 articles were excluded based on methodological quality criteria and not having access to the full text, leaving a total sample of 14 articles. It is concluded that MBTC is a valid alternative for tackling depression, although more studies are required to determine its effectiveness in comparison with treatments such as antidepressant medication, as well as in different clinical subgroups.

Keywords: Major depression, mindfulness-based cognitive therapy, online MBCT, psychological comorbidity.

Introducción

Depresión.

Qué es la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud, 280 millones de personas sufren depresión en el mundo, representando aproximadamente el 3,8% de la población mundial. Esta cifra se eleva al 5% en población adulta, siendo más prevalente en mujeres que en hombres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). En España, se da una prevalencia del 5,4% de la población, en donde casi un millón de personas presentan cuadros depresivos mayores y algo más de un millón, cuadros de menor intensidad (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021).

A pesar de que se suele hablar de la depresión como un constructo único, la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) elaborada por la Asociación de psiquiatría americana (APA, 2013) define los trastornos depresivos como aquéllos caracterizados por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios a nivel somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la funcionalidad del individuo.

Dentro de los trastornos depresivos, se encuentran el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otros trastornos depresivos especificados y trastornos depresivos no especificados (APA, 2013).

En qué consiste el trastorno de depresión mayor:

Dentro de los trastornos depresivos resulta especialmente relevante el trastorno depresivo mayor (TDM), a menudo llamado depresión, trastorno unipolar, trastorno depresivo mayor o depresión clínica (Madero et al., 2021). Motivo por el que se utilizarán los términos depresión y TDM como sinónimos.

El TDM se caracteriza por episodios de al menos 2 semanas de duración con cambios en el afecto, en las funciones neurovegetativas, en la cognición y remisiones interepisódicas. En la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente (APA, 2013), aumentando la probabilidad de recaída tras cada episodio depresivo, siendo alrededor del 50% tras un episodio depresivo, del 70% tras dos episodios depresivos y del 90% después de tres episodios depresivos (Williams

et al., 2022; Zhang et al., 2021).

El DSM-5 (APA, 2013) establece la clasificación de la gravedad del TDM en tres categorías: Leve, moderada y grave. La asignación de los sujetos a cada grupo diagnóstico dependerá del número de síntomas, la intensidad del malestar y el grado de interferencia sobre el funcionamiento social y laboral.

Esta enfermedad puede afectar a cualquier persona (OMS, 2017). Aunque su desarrollo depende de múltiples factores de riesgo, hasta el momento no se ha podido establecer la totalidad de estos factores ni las interacciones entre los mismos (Tenahua et al., 2022). Los factores de riesgo más comunes son: Enfermedades médicas concomitantes, dolor crónico, medicamentos glucocorticoides, enfermedad psiquiátrica concomitante, eventos de vida adversos o situaciones estresantes, rasgos de la personalidad, estatus económico bajo, estado civil separado, viudo o divorciado, fumador o exfumador, antecedentes de enfermedad mental y conflictos en la infancia o con los cuidadores (Sancho et al., 2020).

Comorbilidad con otros trastornos.

La comorbilidad ha sido definida por la Real Academia Española (RAE, 2024) como la coexistencia en una misma persona de una o varias enfermedades o trastornos asociados, siendo un término ampliamente utilizado en la literatura médica internacional (Palomo et al., 2006). En el presente trabajo se utilizará el término comorbilidad siguiendo el planteamiento de Palomo et al. (2006) sin hacer diferenciación jerárquica entre enfermedades.

El TDM frecuentemente coexiste con otros trastornos; los estudios han encontrado una prevalencia de esta relación entre el 69% y el 75%; los más comunes son: Los trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastornos de estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (APA, 2013, Bui y Fava, 2017; Sancho et al., 2020).

La comorbilidad de la depresión dificulta el manejo clínico, empeora el pronóstico, aumenta las probabilidades de recaída, de resistencia al tratamiento, el riesgo de suicidio y supone una mayor utilización de recursos sanitarios (Aragón et al., 2009), además de incrementar la dificultad en la detección y el diagnóstico de la enfermedad (Sancho et al., 2020). Sin embargo, las comorbilidades psiquiátricas en general y la depresión en particular suelen ser poco reconocidas y tratadas debido a factores como la falta de reconocimiento o subestimación de los síntomas

por parte de los pacientes, el acceso limitado al tratamiento, la falta de especialistas, la falta de colaboración entre profesionales y la formación limitada de los profesionales en depresión, entre otros (Gupta et al., 2022).

Abordajes terapéuticos:

El impacto del TDM en el funcionamiento de las personas adultas suele ser grave, lo que puede llevarlas a perder la capacidad de cumplir con sus responsabilidades familiares, sociales y laborales (Greenberg et al., 2023). De no ser tratado puede elevar el riesgo de comportamientos suicidas y producir alteraciones neurodegenerativas (Benavides, 2017).

Las consecuencias del TDM no sólo se producen sobre los sujetos deprimidos y sus familias, sino que también conllevan un elevado coste para la sociedad en gastos de atención médica, así como en la reducción o pérdidas de puestos de trabajo afectando a la productividad a nivel mundial (Johannsen et al., 2022, Linardon et al., 2024; Sverre, et al., 2023). Estas consecuencias hacen necesaria la investigación sobre la efectividad de los tratamientos actuales en población adulta.

Tratamiento habitual (TAU).

El tratamiento habitual (TAU) para el TDM suele ser la medicación antidepresiva, psicoterapia o la combinación de ambos tipos de tratamientos (Dimidjian et al., 2006). Respecto a la psicoterapia para el tratamiento de la depresión más empleada en la práctica habitual es la terapia cognitivo conductual (Álvarez-Mon et al., 2017).

Tratamientos farmacológicos (M-ADM).

Los antidepresivos más recetados son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), aunque también se emplean otros, como los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN). Tienen como objetivo corregir los desequilibrios químicos en los neurotransmisores del cerebro, alterados en el TDM (Dimidjian et al., 2006; Zakhour et al., 2020).

Entre el 30% y el 60% de los pacientes con TDM no logran una respuesta adecuada al tratamiento antidepresivo, lo que da lugar a la depresión resistente al tratamiento (TRD). Este diagnóstico se establece cuando los pacientes con TDM no alcanzan una respuesta terapéutica a pesar del tratamiento con uno o más fármacos, es decir cuando estos pacientes continúan con síntomas depresivos (Lin et al., 2019; Zakhour et al., 2020; Zhang et al., 2021).

Terapia cognitivo conductual.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) surgió de la combinación de dos teorías psicológicas: conductismo y cognitivismo; su objetivo consiste en la modificación de pensamientos distorsionados, emociones disfuncionales y conductas desadaptativas. Respecto al tratamiento de la depresión, consta aproximadamente de 14 sesiones y tiene como objetivo la modificación de la triada cognitiva de Aron Berck (visión negativa de uno mismo, visión negativa del entorno y la visión pesimista sobre el futuro), mediante técnicas como reestructuración cognitiva, psicoeducación y entrenamiento en asertividad, entre otras (Rodas y Gómez, 2022).

Este enfoque cuenta con una amplia evidencia científica que respalda su efectividad en el tratamiento de la depresión (Callesen et al., 2020). Según un metaanálisis realizado por Ciharova et al. (2021) la TCC demuestra ser eficaz tanto de manera integral como en cada uno de sus componentes para el tratamiento del TDM. Sin embargo, las intervenciones cognitivo-conductuales, tienen una efectividad de entre un 50-60% (DeRubeis et al., 2014).

Psicoeducación.

La Psicoeducación es una aproximación terapéutica, donde se proporciona al paciente y a sus familiares información sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en la evidencia científica actual. Busca abordar situaciones de la vida cotidiana de los pacientes, fomentar la autonomía del paciente, el autocuidado y la toma de decisiones (Aragonés et al., 2011; Godoy et al., 2020).

La estructura del programa depende de las necesidades de los pacientes. Pueden variar desde la entrega de materiales como folletos, correos electrónicos o sitios web con información, hasta intervenciones grupales activas con varias sesiones con ejercicios y orientación del terapeuta (Donker et al., 2009).

La psicoeducación para el TDM suele incluir información sobre la enfermedad, opciones terapéuticas, énfasis en la necesidad de adherencia terapéutica, autoayuda, dificultades asociadas y consejos para allegados (Aragonés et al., 2011).

Algunas investigaciones como la realizada por Donker et al. (2009) muestran cómo las intervenciones psicoeducativas pueden reducir los síntomas depresivos y el malestar psicológico de los pacientes con depresión. La investigación realizada por Casañas et al. (2012) muestra cómo una intervención psicoeducativa puede producir efectos a corto y largo plazo en pacientes con depresión leve y efectos a corto plazo en pacientes con depresión moderada.

Mindfulness o atención plena

Que es el Mindfulness o atención plena.

Mindfulness significa prestar atención en de manera consciente a la experiencia del momento presente, con interés, curiosidad y aceptación (Moñivas et al., 2012; Park et al., 2020). Este concepto tiene sus raíces en las religiones budista, islámica, cristiana y judía. Tiene como aspecto fundamental la no interferencia en los procesos cognitivos, por lo tanto, implica ser consciente de los pensamientos, las emociones y los eventos externos sin juzgarlos o interferir en ellos (Chmiel et al., 2024). Consiste en un enfoque estandarizado para el ejercicio mente-cuerpo, que puede disminuir las perturbaciones emocionales al reducir los juicios y desarrollar una conexión más estrecha entre la conciencia y el cuerpo (Liu et al., 2022).

Jhon Kabat-Zinn fue su creador y el primero en introducir su aplicación terapéutica en la Universidad de Massachussets en 1978 (Moñivas et al., 2012). Este autor describe varios procesos clave para la atención plena: adoptar una actitud de no juzgar, aceptar y no esforzarse, adoptar la mente del principiante (ver todo como si fuera la primera vez), paciencia, confianza y voluntad de “dejar ir” los pensamientos y estados emocionales (Vujanovic et al., 2016).

En la actualidad, la palabra Mindfulness se emplea para referirse al constructo teórico, a la práctica de técnicas para desarrollar la atención plena o para referirse al proceso psicológico que consiste en estar consciente y atento (Moñivas et al., 2012).

Intervenciones en la atención plena

Las MBI (por sus siglas en inglés, Mindfulness based interventions) forman parte de las denominadas terapias cognitivo-conductuales de tercera generación o terapias contextuales, las cuales surgieron debido a las limitaciones de la TCC y pretenden integrar dentro de la TCC los principios de aceptación, atención plena y conciencia, haciendo énfasis en la importancia del contexto y el análisis ideográfico de los problemas (Bianchi y Henao, 2015; Hong, et al., 2023).

Las MBI son un conjunto de intervenciones que enseñan una gran variedad de técnicas orientadas a centrar la atención en el momento presente, de forma no crítica, curiosa y tolerante, mediante meditación y prácticas informales como observar las actividades cotidianas sin evaluarlas (Linardon et al., 2024).

Las dos MBI más investigadas son la reducción del estrés basada en atención plena (MBSR) y la Terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT) (Sverre et al.,

2023). Aunque no existen diferencias sustanciales entre ambas, la MBCT incorpora el enfoque de la terapia cognitiva y psicoeducación más amplia sobre la relación entre el estado de ánimo, la cognición y el funcionamiento (Park et al., 2020).

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT).

La MBCT fue desarrollada por Segal, Williams, Tesade y Pontent (Segal et al., 2013) para la reducción del estrés y la prevención de recaídas depresivas, siendo un tratamiento indicado para personas que han sufrido tres o más episodios depresivos, (Shawyer, et al., 2016). Sin embargo, en la actualidad se ha extendido su uso a otros problemas de salud física y psicológica (Vujanovic et al., 2016).

Pretende integrar los elementos centrales del Mindfulness, con elementos de la terapia cognitivo conductual respecto al abordaje de la depresión. El objetivo es ayudar a los pacientes a reconocer y a desvincularse de patrones desadaptativos al tiempo que fomenta una actitud compasiva y sin prejuicios hacia sus pensamientos y sentimientos (Williams et al., 2022; Ye et al., 2024). De este modo los individuos desarrollan una mayor conciencia de todas las experiencias (pensamientos, emociones, sensaciones) incluidas las rumiaciones, la autocrítica y la evitación experiencial, además de desarrollar un sentido de la agencia y control personal, lo cual es un elemento clave para todos aquellos que padecen depresión y previamente han manifestado frustración o impotencia (Williams et al., 2022).

La MBCT se imparte en modalidad grupal, dirigida por un facilitador formado en MBCT y durante de 8 sesiones, en 8 semanas, incluyendo una práctica diaria de atención plena en el hogar (Linardon et al., 2024, Maloney et al., 2024).

La MBCT ha demostrado producir mejoras en procesos cognitivos como la memoria de trabajo o la conciencia metacognitiva. Reduce el estrés, disminuye las recaídas depresivas teniendo un impacto positivo en parámetros fisiológicos, como los niveles de cortisol y la calidad del sueño; además, contribuye a mitigar la rumiación, favoreciendo la mejora de los síntomas depresivos (Chiesa et al., 2011; Lenze et al., 2022; Ye et al., 2024).

Respecto a su efectividad, cabe señalar el estudio realizado por Teasdale, et al. (2000) en donde se observó que la MBCT produjo una reducción significativa en las tasas de recaída y recurrencia en personas que presentaban 3 o más episodios previos. Sin embargo, estos resultados no se replicaron en pacientes con 2 episodios previos. Así como el estudio realizado por Goldberg et al. (2019) que sugiere que la efectividad de la MBCT en el tratamiento de pacientes adultos con

síntomas depresivos es superior a aquellos estudios en donde se utilizaban controles no activos, no existiendo diferencias con otras terapias.

Mindfulness y aplicaciones Web.

A pesar de que existen tratamientos eficaces para el tratamiento de la depresión, más del 75% de las personas afectadas en países de bajo y medio ingreso no reciben tratamiento (OMS, 2023).

En los últimos años se han utilizado cada vez más los enfoques basados en intervenciones digitales de salud mental (*Digital mental health interventions*, DMHI), mostrando que pueden ser una alternativa eficaz y económica a los tratamientos tradicionales (Meyer et al., 2009). Las DMHI presentan grandes beneficios: Permiten a las personas tener acceso a breves ejercicios en cualquier momento y lugar, suponen un bajo costo y pueden reforzar la práctica sostenida, lo cual es fundamental para el éxito del tratamiento (Huberty et al., 2021).

A pesar de los beneficios de estas intervenciones una de las principales preocupaciones consiste en la pérdida de elementos clave de las intervenciones diseñadas en formato presencial, además de los desafíos para mantener la atención de los participantes y la calidad de la discusión grupal (Zaferanieg et al., 2024).

La evidencia sobre la efectividad de los DHMI para el tratamiento de la depresión es limitada (Huberty et al., 2021). Aunque metaanálisis como el realizado por Richards y Richardson (2012) muestran que estas intervenciones pueden ser efectivas para el abordaje de la depresión, también señalan que la mayoría de los estudios sobre los DHMI versan sobre la efectividad de las TCC en línea.

Por otro lado, las intervenciones web basadas en mindfulness (eMBI, por sus siglas en inglés) entre las cuales se encuentra la MBTC en formato online (eMBCT) enseñan a los participantes a ser más conscientes de la vida diaria mediante ejercicios de meditación, yoga, discusiones grupales y enseñanza didáctica (Compen et al., 2018). Las eMBCT traducen los elementos centrales de la MBTC a un formato web, mediante recursos como contenido didáctico, prácticas experienciales, preguntas reflexivas, vídeos, audios, ejercicios interactivos y contacto telefónico o vía email con personas de apoyo, entre otras (Boggs et al., 2014).

Su efectividad ha sido mostrada en estudios recientes como el realizado por Reangsing et al. (2024) en donde aplicó una eMBI a estudiantes universitarios con depresión, observando diferencias significativas en el nivel de estrés y depresión, en comparación con la lista de espera. O el estudio realizado por Liu et al. (2024) En

donde se aplicó un programa de MBCT en línea a 75 pacientes ambulatorios deprimidos observando una reducción significativa de las puntuaciones relativas a síntomas depresivos y de ansiedad.

Objetivos.

Los objetivos de este trabajo se han planteado siguiendo la herramienta PICO (Participantes- Intervención- Comparaciones- Outcome) (ver Tabla1).

Objetivo general: Estudiar la eficacia de la Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) como técnica de intervención sobre la depresión, en población adulta.

Objetivos específicos:

- Estudiar la eficacia de la MBCT sobre la depresión en comorbilidad con otra enfermedad mental respecto a síntomas depresivos y riesgo de recaída.
- Analizar la eficacia de la MBCT en el tratamiento de la depresión, en comparación con la psicoeducación, TAU y la medicación antidepresiva respecto a síntomas depresivos y riesgo de recaída.
- Investigar la eficacia de la MBCT online en comparación con TAU en pacientes adultos con TDM respecto síntomas depresivos.

Tabla 1

Componentes de la pregunta PICO

(P) Participantes	Estudios con población mayor de 18 años con depresión.
(I) Intervención	Estudios que versen sobre la efectividad de la MBCT o eMBCT
(C) Comparativa	Psicoeducación, TAU o medicación antidepresiva
(O) Resultados	Síntomas depresivos y riesgo de recaídas

Fuente: *Elaboración propia*

Metodología.

Este trabajo se ha llevado a cabo siguiendo las directrices de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) (Page et al., 2021)

Bases de datos.

Para la realización de este trabajo se consultaron las bases de datos: Web Of Science, PubMed y, Scopus.

Términos de búsqueda.

Para la realización de este estudio se utilizaron los siguientes términos: “Terapia cognitiva basada en mindfulness” / “Mindfulness based Cognitive Therapy”, “Depresión mayor” / “Major depression”, “Depresión” / “Depression”, “adultos” /

“adults”/ “adult”, “comórbida”/ “comorbid” “online”, “Web”, “internet”, tanto en español como en inglés y combinándolos con los operadores booleanos AND y OR.

Cadenas de búsqueda.

En español, las cadenas de búsqueda fueron: *“Terapia cognitiva basada en mindfulness AND depresión OR depresión mayor AND adultos”*, *“Terapia cognitiva basada en mindfulness AND depresión AND web OR online OR internet AND adultos”*, *“Terapia cognitiva basada en mindfulness AND depresión AND comórbida”*.

Dichas cadenas de búsqueda, en inglés fueron: *‘Mindfulness-based cognitive therapy AND depression OR major depression AND adult OR adults’*; *“Mindfulness-based cognitive therapy AND depression AND internet OR online OR web AND adult OR adults”*. *“Mindfulness-Based Cognitive Therapy AND depression AND comorbid”*.

Criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión: Se seleccionaron (a) artículos empíricos (b) publicaciones comprendidas entre 2014 – 2024 (este criterio se estableció para tener una visión lo más actualizada del conocimiento actual) (c) publicaciones escritas en inglés y español (d) publicaciones de acceso abierto (e) población adulta, mayor de 18 años (f) estudios relacionados con los objetivos del presente trabajo.

Criterios de exclusión: Fueron excluidos (a) revisiones sistemáticas, metaanálisis y protocolos de estudio (b) estudios anteriores a 2014 (c) estudios con población menor de 18 años (d) estudios centrados en personas mayores (e) estudios no relacionados con los objetivos del trabajo (f) artículos en idiomas distintos al español o el inglés (g) artículos que no estuvieran en acceso abierto.

Proceso de cribado.

De la búsqueda de los artículos en las bases de datos se obtuvo un total de 3.852 artículos de los cuales, 1275 fueron de Pubmed, 1486 de Web of Science y 1091 de Scopus. Tras la aplicación de los filtros de cada base de datos (año de publicación, estudios aleatorizados, idioma, artículos de acceso abierto) se obtuvo un total de 805 artículos, los cuales fueron introducidos en Zotero para la eliminación de duplicados obteniendo un total de 421 artículos. A partir de la lectura de los títulos y de los resúmenes, se aplicaron los criterios de elegibilidad obteniendo una muestra de 22 artículos, de los cuales 5 fueron eliminados por no contener el texto completo y 3 no superaron los criterios de calidad. Este proceso se detalla en la figura 1

Criterios de calidad metodológica y análisis de sesgos.

Tras finalizar el primer cribado se analizaron los criterios de calidad metodológica de los estudios seleccionados, para lo cual se utilizó la escala de valoración metodológica MINCIR (Moraga et al., 2014). En donde se establece como punto de corte para una calidad aceptable o buena una puntuación de 18

Tabla 2

Análisis de la calidad metodológica.

Autor y año de publicación	Tamaño de la muestra	Tipo de muestreo	Diseño	Análisis realizados	Calidad publicación	Puntuación MINCR
Asl y Barahmand, 2014	N= 33	No probabilístico por conveniencia aleatorizado entre grupos	ECA	ANCOVA y Prueba t	JCR Q2	19
Chiesa et al. 2015	N=43	No probabilístico por conveniencia, aleatorizado entre grupos.	ECA	Prueba chi cuadrado y la prueba de la t, ANOVA, d de Cohen y Método de última observación transportada (LOCF)	JCR Q1	21
Dimidjian et al., 2014	N=100	No probabilístico por conveniencia, aleatorizado entre grupos	Cuasi-experimental	Modelo lineal jerárquico (HLM), pruebas t, emparejamiento por puntuación de propensión, modelo de regresión logística, ANCOVA, d de Cohen	JCR Q1	22
Dunn et al. 2024	N= 424	No probabilístico por conveniencia, aleatorizado entre grupos.	ECA	Modelo de regresión de Cox, regresión lineal, Pruebas t para muestras relacionadas, análisis de medición causal y modelo de supervivencia acelerada (AFT).	JCR Q1	35
Huijbers et al. 2016	N=249	No probabilístico por conveniencia, aleatorizado por bloques	ECA	Modelo de regresión de Cox, modelo de curva de crecimiento latente, pruebas de χ^2 de Pearson, ANOVA	JCR Q1	36

Kuyken et al., 2015	N=424	No probabilístico por conveniencia, aleatorizado.	ECA	Modelo de regresión de Cox, modelos de regresión mixta de medidas repetidas, prueba t, método de arranque no paramétrico corregido por sesgo	JCR Q2	36
Musa et al., 2021a	N= 101	No probabilístico por conveniencia, aleatorizado.	ECA	ANCOVA, ANOVA de medidas repetidas y prueba t	JCR Q1	26
Musa et. al., 2021b	N= 101	No probabilístico, posteriormente aleatorizado	ECA	ANOVA de medidas repetidas, efecto de la interacción con Wilks' Lambda y prueba t	JCR Q3	18
Powers et al., 2024	N= 46	No probabilístico, por conveniencia, aleatorizado	ECA	Prueba t de muestras relacionadas y estadísticos descriptivos	JCR Q1	18
Ritvo et al., 2021	N=45	No probabilístico por conveniencia aleatorizado	ECA	Modelo lineal de efectos mixtos en dos niveles	JCR Q1	18
Rodrigues et al., 2024	N= 39	No probabilístico por conveniencia aleatorizado.	ECA	Prueba chi cuadrado, Prueba Fisher o U de Mann-Whitney, ANOVA mixto de dos vías	JCR Q1	18
Segal et. al., 2020	N= 460	No probabilístico por conveniencia aleatorizado.	ECA	Pruebas t y prueba chi cuadrado, modelos lineales generalizados jerárquicos, modelos de regresión de Cox.	JCR Q1	20
Williams et al., 2014	N= 274	No probabilístico por conveniencia aleatorizado.	ECA	Modelos de regresión de Cox y Enfoque progresivo para derivar un modelo parsimonioso	JCR Q1	30
Zemestani y Fazeli, 2019	N=38	No probabilístico por conveniencia aleatorizado.	ECA	Pruebas t para muestras independientes, Prueba chi cuadrado, método mixto de medidas repetidas (MMRM), Análisis por intención por tratar (ITT).	JCR Q1	19

Nota: N (número de participantes) ECA (estudios controlados aleatorizados) JCR (nivel de impacto de la revista en la que aparece publicado el artículo) Q1 (calidad alta, dentro del 25% de más impacto) Q2 (buena calidad entre el 25 y el 50% de impacto) Q3 (calidad moderada entre 50-75% de impacto) Q4 (Calidad baja en el último 25% de impacto)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3:*Análisis del riesgo de sesgos*

	Sesgo de selección:	Sesgo de asignación:	Sesgo de desgaste:	Sesgo de detección:	Sesgo de información:	Sesgo de notificación:
	¿Se ha comprobado que no había diferencias previas entre los grupos?	¿Ha habido asignación aleatoria de los participantes?	¿Hay pérdida diferencial de participantes entre ambos grupos?	¿Se aplicó cegamiento para evitar sesgos en la evaluación de los resultados?	¿Se han respetado los aspectos éticos o está aprobada por una comisión ética?	¿Los resultados se presentan de forma clara y completa?
Asl y Barahmand., 2014	Bajo	Bajo	Bajo	ND	Bajo	Bajo
Chiesa et al., 2015	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Dimidjian et al., 2014	Bajo	Alto	Alto	ND	Bajo	Bajo
Dunn et al., 2024	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Huijbers et al., 2016	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo
Kuyken et al., 2015	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Musa et al., 2021a	Bajo	Bajo	Bajo	ND	Bajo	Bajo
Musa et al., 2021b	Bajo	Bajo	Bajo	ND	Bajo	Bajo
Powers et al., 2024	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
Ritvo et al., 2021	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
Rodrigues et al., 2024	Bajo	Bajo	Bajo	ND	Bajo	Bajo
Segal et al., 2020	Bajo	Bajo	Alto	ND	Bajo	Bajo
Williams et al., 2014	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Zemestani y Fazeli., 2019	Bajo	Bajo	Bajo	ND	Bajo	Bajo

Nota: ND (Datos no disponibles)

Fuente: elaboración propia

Criterios de los análisis de los artículos.

Para cada artículo se informará sobre, los objetivos del artículo, el tamaño de la muestra, edad de los participantes, variables medidas e instrumentos utilizados, tipo de tratamiento y los resultados obtenidos, teniendo en consideración los síntomas depresivos y el riesgo de recaídas.

Resultados

Diagrama de flujo

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA 2021

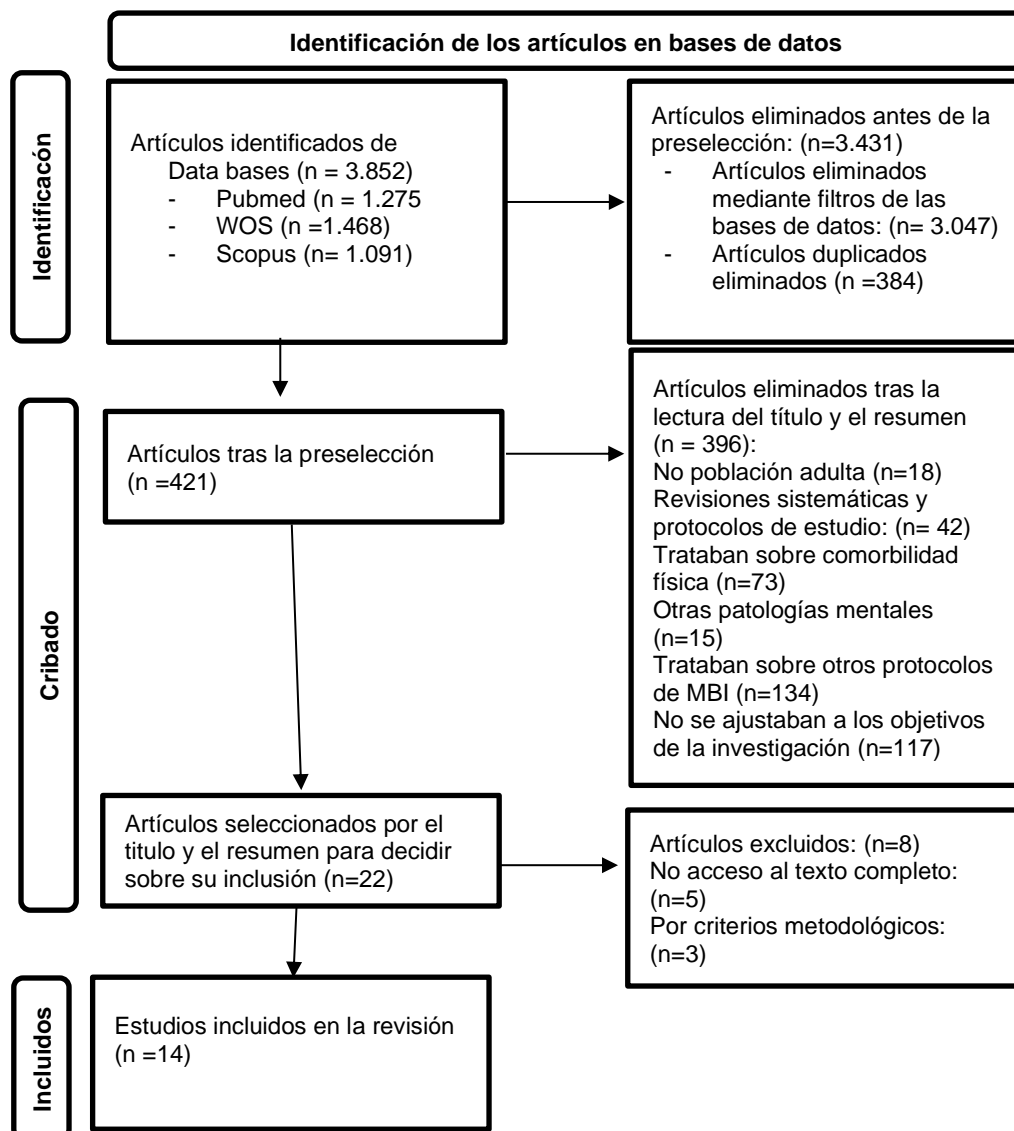


Tabla 4:
Resultados

Autores y año	Objetivo	N	Edad	Intervención	Evaluación (variables analizadas e instrumentos)	Resultados
Dunn et al. 2024	Observar si la MBCT reduce el riesgo de recaída al mejorar el afecto positivo, en comparación con la medicación antidepressiva de mantenimiento en el TDM.	N=424 MBCT n=212 M-ADM n=212	18 años o más	MBCT o M-ADM	Riesgo de recaída: Ocurrencia y tiempo transcurrido entre recaídas. Actividad física antes y después del tratamiento: DPES Depresión y síntomas residuales: GRID-HAM Atención plena: FFMQ	El riesgo de recaída fue menor en el grupo de MBCT que en el de M-ADM después del tratamiento. No hubo cambios en el riesgo de recaída a los 24 meses de seguimiento. El afecto positivo predice el riesgo de recaída.
Powers et al., 2024	Evaluar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención grupal virtual de MBCT para adultos negros con resultados positivos en TEPT y depresión.	N=46 eMBCT n=26 Grupo de control n= 20	18-65 años.	eMBCT.	Exposición a traumas a lo largo de la vida: TEI Síntomas actuales de TEPT y depresión: PC-PTSD-5 Y PHQ-9 Cambio de los síntomas: PCL-5 y BDI-II	Se observa una reducción significativa en la puntuación relativa TEPT tanto en el grupo de MBCT como en el grupo control y una reducción significativa en las puntuaciones relativas a la depresión en el grupo de MBCT, pero no en el grupo de control.
Rodrigues et al., 2024	Examinar la viabilidad de la eMBCT individual para disminuir los síntomas depresivos del trastorno depresivo resistente.	N=28 eMBCT n= 15 Grupo de control n=12	18 años o más.	eMBCT	Diagnóstico de TRD: MGH-ATRQ Síntomas depresivos: BDI Ansiedad: BAI Atención plena: MAAS	En el grupo de e MBCT se observaron menores síntomas depresivos, de ansiedad y mejoras en las impresiones clínicas globales en comparación con el grupo de control.
Musa et al. 2021a	Examinar la eficacia de la MBTC para disminuir los síntomas depresivos y la discapacidad intelectual entre personas en Nigeria.	N=357 MBTC n=50 TAU n=51	18-60 años	MBTC o TAU	Diagnóstico TDM: SCID Síntomas depresivos: BDI-II Discapacidad: SDS	Se observaron menores síntomas depresivos en el grupo de MBCT después del tratamiento y en el seguimiento posterior a los dos meses. Reducciones significativas en las puntuaciones relativas a la discapacidad inmediatamente después de la intervención y en el seguimiento a los dos meses.
Musa et al., 2021b	Examinar la eficacia de la MBCT para la reducción de	N=357 MBCT n=50	18 - 60 años.	MBCT	Diagnóstico de TDM: SCID-I Síntomas depresivos: BDI	No se observaron diferencias significativas en síntomas depresivos entre ambos grupos

	síntomas depresivos en pacientes deprimidos en Nigeria.	Grupo de control n=51				Depresión: BDI-II Síntomas depresivos: QIDS y HDRS-24 Confirmación diagnóstico psiquiátrico: MINI Ansiedad: BAI Dolor: BPI	tras la intervención. Sin embargo, se observó en el grupo MBTC una mayor reducción significativa de síntomas depresivos a los dos meses.
Ritvo et al., 2021	Comparar la eMBCT combinada con TAU, con la TAU en jóvenes diagnosticados con TDM.	N=45 eMBCT más TAU n=22 TAU n=23	18 - 30 años	eMBCT más TAU o TAU		Depresión: BDI-II Síntomas depresivos: QIDS y HDRS-24 Confirmación diagnóstico psiquiátrico: MINI Ansiedad: BAI Dolor: BPI	Se observaron beneficios significativos en el grupo eMBCT más TAU en las puntuaciones de síntomas depresivos y ansiedad tras la intervención en comparación con el grupo TAU.
Segal et al., 2020	Evaluar la efectividad de una eMBCT junto con la TAU, en comparación con la TAU en síntomas depresivos residuales.	N=460 eMBCT más TAU n=230 TAU n=230	18 años o más	eMBCT más TAU o TAU		Gravedad de los síntomas depresivos, tasas de recaída, y tasas de remisión: PHQ-9 Ansiedad: GAD-7 Estado funcional: SF-12.	Superioridad en reducción de síntomas depresivos en el grupo de eMBCT más TAU frente a el grupo TAU. Resultados se mantienen a los 3 y 12 meses. El grupo de eMBCT más TAU mostró más días sin depresión respecto al grupo TAU.
Zemestani y Fazeli, 2019	Examinar los efectos de una intervención de MBCT en mujeres embarazadas con depresión y ansiedad.	N=38 MBCT n=19 Grupo de control n= 19	26 – 30 años	MBCT		Depresión: BDI-II Ansiedad: BAI Regulación de emocional: ERQ Bienestar psicológico: SPWB	Mejoras significativas en síntomas depresivos, en el grupo MBCT en comparación con el grupo de control. Resultados mantenidos durante 1 mes.
Huijbers et al 2016	Investigar si la MBCT con interrupción de la M-ADM produce un riesgo de recaída menor que la MBCT más M-ADM de mantenimiento en el TDM.	N=249 MBCT n=128 MBCT y M-ADM n=121	18 años o más.	MBCT o MBCT y M-ADM		Riesgo de recaída: SCID-I Severidad de los síntomas depresivos: IDS-C	En ambos grupos se observaron reducciones en las tasas de recaída. El riesgo de recaída fue mayor en los pacientes a los que se les retiró la M-ADM tras la intervención. La gravedad del TDM a los 15 meses fue similar en ambos grupos.
Chiesa et al., 2015	Explorar los efectos MBCT a corto plazo y a largo plazo en comparación con un grupo de psicoeducación en pacientes con TDM.	N=43 MBCT n=26 Psicoeducación n=17	18-65 años	MBCT o psicoeducación		Depresión: HAM-D y BDI-II Ansiedad: BAI Atención plena: FFMQ Bien estar psicológico: PGWBI	Menores síntomas depresivos en el grupo MBCT respecto a la psicoeducación tanto tras la finalización de la intervención como en los seguimientos a las 4,8,17 y 24 semanas (6 meses). Sin embargo, no se observaron diferencias respecto a la ansiedad.
Kuyken et	Estudiar si la MBCT es más efectiva que el tratamiento con antidepressivos de	N=424 MBCT n=212 M-ADM n=212	18 años o	MBCT o M-ADM		Síntomas depresivos: GRID-HAMD y BDI Tiempo hasta siguiente recaída depresiva: SCID-I.	No se observó superioridad de la MBCT en comparación con M-ADM observándose reducciones significativas en síntomas

al., 2015	mantenimiento para la prevención de recaídas durante 24 meses.		más.		Comorbilidades: MSCL y SCID-I, Calidad de vida: WHOQOL-BREF y EQ-5D-3L	depresivos y riesgo de recaídas en ambos grupos. La MBCT proporcionó un mayor beneficio a los pacientes que habían sufrido abuso infantil respecto al riesgo de recaídas.
Asl y Barahmand, 2014	Examinar el efecto de MBCT en hombres con diagnóstico de abuso de sustancias y depresión.	N=33 MBCT,n=16 Grupo de control n=17	18-43 años	MBCT	Síntomas depresivos: BDI-II	Reducción significativa de las puntuaciones en el BDI-II en el grupo MBCT frente al grupo de control.
Dimidjian et al., 2014	Observar el beneficio clínico de una eMBCT y examinar los resultados de la eMBCT en la gravedad de los síntomas depresivos.	N=100	18 años o más.	eMBCT o TAU	Diagnóstico de TDM: SCID-I/P Síntomas depresivos: PHQ-9 Rumia: RSQ Atención plena: FFMQ	Reducción significativa en la gravedad de la depresión en el grupo de eMBCT, mantenida a los 6 meses. Se observaron niveles similares de eficacia con el TAU.
Williams et al., 2014	Comparar la efectividad MBCT con la psicoeducación y TAU en personas deprimidas que actualmente se encuentran en remisión.	N=274 MBCT n=99 Psicoeducación n= 103 TAU n=53	18 – 70 años.	MBCT, psicoeducación y TAU	Tasa de recaídas: Tiempo hasta la siguiente recaída. Estado actual del paciente: SCID, Síntomas residuales: HAM-D y BDI-II. Trauma infantil: CTQ	No se observaron diferencias significativas en el riesgo de recaída entre las tres condiciones en todo el grupo. En pacientes con mayor vulnerabilidad debido a trauma infantil el grupo MBCT tuvo un riesgo de recaída menor en comparación con el TAU, pero no respecto a la psicoeducación.

Significado de las siglas: eMBCT (Intervención MBCT en formato Web), N (Número de participantes),n (número de participantes por grupo de tratamiento), M-ADM (Medicación antidepresiva), MBCT(Terapia cognitiva basada en mindfulness, presencial), TAU (Tratamiento habitual), TDM (Trastorno depresivo mayor), TEPT (Trastorno de estrés postraumático). **Instrumentos:** BAI (Inventario de ansiedad de Beck), BDI-II (Inventario de depresión de Beck), BPI (Inventario breve de dolor), CSQ-8 (Cuestionario de satisfacción del cliente), CAPS-5 (Escala de TEPT administrada por médicos para el DSM-5) CTQ (Cuestionario de trauma infantil), DPES (escala de emociones positivas disposicionales) ERQ (Cuestionario de regulación de emocional), FFMQ (Cuestionario de atención plena de 5 facetas), GAD-7 (Cuestionario de trastorno de ansiedad generalizada), GRID-HAMD (Escala de Calificación GRID-Haliminton para la depresión), HAM-D (Escala de calificación de Haliminton para la depresión), HDRS-24 (Escala de Calificación de Depresión de Hamilton de 24 ítems), IDS-C (Inventario de sintomatología depresiva-Calificación del médico) MAAS (Escala de atención plena), MGH-ATRQ (Massachusetts General Hospital - Antidepressant Treatment Response Questionnaire) MINI (Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), MSCL (Lista de verificación de síntomas médicos), PCL-5 (Lista de verificación de TEPT para DSM-V), PC-PTSD-5 (Primary Care PTSD Screen para DSM-5), PGWBI (Psychological General Well Being Index), PHQ-9 (Cuestionario de Salud del paciente), QIDS (Inventario rápido de sintomatología depresiva), RSQ (Cuestionario de estilos de respuesta), SCS (Escala de autocompasión), SF-12 (Encuesta short form 12), SPWB (Escala de bienestar psicológico), TEI (Inventario de Eventos Traumáticos), WHOQOL-BREF (Cuestionario de calidad de vida)

Fuente: Elaboración propia

En relación con la Tabla 2, seis de los estudios seleccionados (Asl y Barahmand, 2014; Kuyken et al., 2015; Powers et al., 2024; Musa et al. 2021a; Williams et al., 2014; Zemestani y Fazeli, 2019) evaluaron la efectividad de la MBCT sobre la depresión en comorbilidad con otro trastorno. Cinco evaluaron la efectividad de la MBCT en comparación con otros tratamientos (Chiesa et al., 2015; Dunn et al., 2024; Huijbers et al., 2016; Kuyken et al., 2015; Musa et al., 2021b; Williams et al., 2014) y cinco de los artículos versaron sobre la efectividad de la eMBCT en el tratamiento de la depresión (Dimidjian et al., 2014; Rodrigues et al., 2024; Ritvo et al., 2021; Powers et al., 2024; Segal et al., 2020).

Doce estudios mostraron que la MBCT es eficaz en la reducción de síntomas depresivos en pacientes con depresión (Asl y Barahmand, 2014; Chiesa et al., 2015; Dimidjian et al., 2014; Huijbers et al. 2016; Musa et al., 2021a; Musa et al., 2021b; Powers et al., 2024; Rodrigues et al., 2024; Ritvo et al., 2021; Segal et al., 2020; Zemestani y Fazeli, 2019) y cinco mostraron que la MBCT es eficaz respecto a la reducción del riesgo de recaídas (Dunn et al., 2024; Kuyken et al., 2015; Huijbers et al. 2016; Segal et al., 2020; Williams et al., 2014).

Respecto a la eficacia de la MBCT en el tratamiento de la depresión cuando se presenta con otros trastornos comórbidos, todos los estudios muestran que la MBCT es eficaz en la reducción de síntomas depresivos, así como se observaron mejorías en los trastornos comórbidos (Asl y Barahmand, 2014; Powers et al., 2024; Musa et al. 2021a; Zemestani y Fazeli, 2019). Los trastornos comórbidos estudiados fueron trastorno por consumo de sustancias (Asl y Barahmand, 2014); trastorno de estrés postraumático (Powers et al., 2024), discapacidad intelectual (Musa et al. 2021a) y trastornos de ansiedad (Zemestani y Fazeli, 2019). También señalar los estudios de Kuyken et al. (2015) y Williams et al. (2014) donde se observó que los pacientes depresivos con trauma infantil son los que más se benefician de los efectos de la MBCT respecto al riesgo de recaída, mostrando diferencias significativas en comparación con el TAU.

Los resultados sobre la efectividad de la MBCT en la depresión comparada con psicoeducación (Chiesa et al., 2015; Williams et al., 2014) y con M-ADM en población adulta (Dunn et al., 2024; Kuyken et al., 2015; Huijbers et al., 2015) muestran que los grupos de MBCT tuvieron mayores beneficios en sintomatología depresiva frente a la psicoeducación y el grupo de control (Chiesa et al., 2015; Musa

et al., 2021b), sin diferencias significativas con la M-ADM (Kuyken et al., 2015).

Sin embargo, los estudios muestran una equivalencia de la MBTC respecto a la reducción del riesgo de recaídas en comparación con TAU y psicoeducación. (Williams et al., 2014). Así como resultados contradictorios en comparación con la M-ADM ya que algunos señalan un menor riesgo de recaída en el grupo de MBCT, manteniéndose estos resultados a los 24 meses (Dunn et al., 2024), mientras que otros indican la inexistencia de diferencias significativas entre ambos grupos tras la aplicación del tratamiento (Kuyken et al., 2015), Asimismo, Huijbers et al. (2015) observaron una mayor tasa de recaídas en el grupo MBTC tras la retirada de la medicación que en el grupo de MBTC que continuó con medicación.

Por último, de los resultados que muestran la efectividad de la eMBTC, cinco de los estudios mostraron mayores beneficios en cuanto a síntomas depresivos en comparación con los controles (Dimidjian et al., 2014; Powers et al., 2024, Ritvo et al., 2021; Rodrigues et al., 2024; Segal et al., 2020). Estos resultados se mantuvieron a los 3, 6 y 12 meses (Dimidjian et al., 2014; Segal et al., 2020).

Discusión.

El objetivo principal del presente estudio consistió en realizar una revisión sistemática de la literatura científica existente sobre la eficacia de la terapia cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento de la depresión en población adulta. Para ello, se plantearon tres objetivos secundarios: estudiar la eficacia de esta terapia respecto los síntomas depresivos y el riesgo de recaídas cuando existe algún tipo de patología mental comórbida, analizar la eficacia en síntomas depresivos y riesgo de recaídas de la MBCT en formato presencial en comparación con otras intervenciones e investigar la eficacia de la MBTC en su formato web en la reducción de síntomas depresivos en comparación con el TAU.

En relación con la eficacia de la MBCT en los casos de depresión con otra patología comórbida, los estudios revisados señalan que esta intervención resulta eficaz, produciendo mejoras tanto en los síntomas depresivos como en la sintomatología de los trastornos comórbidos, en comparación con los grupos de control (Asl y Barahmand, 2014; Powers et al., 2024; Musa et al. 2021a; Zemestani y Fazeli, 2019). Observándose mayores beneficios respecto al riesgo de recaídas en aquellos pacientes con TDM que habían sufrido trauma infantil en comparación con el TAU (Kuyken et al., 2015 y Williams et al., 2014). Nuestros hallazgos coinciden con los de Maneesang et al. (2022) donde se evidenció que la MBCT disminuía el

craving en mujeres adictas y también mejoraba los síntomas depresivos. Además, el grupo de MBCT presentó menor tasa de recaídas que el grupo de control.

No obstante, los resultados del presente estudio sugieren que la MBCT es eficaz en los casos donde la depresión coexiste con un TEPT (Powers et al., 2024); estos resultados difieren con los obtenidos por Au et al. (2024) donde tras la aplicación de la MBCT en un grupo de pacientes con TDM y TEPT comórbido, no se observaron diferencias significativas en el cambio total de síntomas de TDM y TEPT al comparar el grupo de MBCT con el grupo de control, observándose sólo beneficios en los síntomas de evitación del TEPT. Una posible explicación de estos resultados es la recuperación espontánea del grupo de control en lista de espera, ya que los participantes de este grupo continuaron recibiendo tratamiento hospitalario e información sobre su futura participación en el grupo MBCT.

Los resultados relativos a la efectividad de la MBCT en el tratamiento de la depresión en comparación con otros abordajes terapéuticos muestran que, con la MBCT se produce una mayor reducción de síntomas depresivos respecto a la psicoeducación y el grupo de control (Chiesa et al., 2015; Musa et al., 2021b), con resultados equivalentes en comparación con la M-ADM (Kuyken et al., 2015). Otros estudios también han mostrado resultados similares en comparación con el grupo de control en lista de espera (Szumska et al., 2021).

Sin embargo, la superioridad de la MBCT en comparación de otros tratamientos respecto a la reducción del riesgo de recaídas no está clara, ya que no se observaron diferencias significativas en comparación con la psicoeducación y el TAU (Williams et al., 2014). Los resultados fueron poco concluyentes al comparar la eficacia de la MBCT con la M-ADM, ya que algunos estudios muestran una mayor eficacia de la MBCT respecto a la M-ADM (Dunn et al., 2024), mientras que otros muestran una equivalencia en las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (Kuyken et al., 2015); por otro lado, otros estudios muestran una mayor tasa de recaídas en el grupo MBCT tras la retirada de la M-ADM, en comparación con el grupo que continuó con M-ADM de mantenimiento (Huijbers et al., 2015).

Esta falta de acuerdo se mantiene en la literatura científica ya que podemos encontrar estudios como metaanálisis realizado por Haller et al., (2019) que concluyó que la MBCT mostraba un efecto superior al tratamiento farmacológico estándar en la prevención de recaídas en la depresión. Y estudios como el metaanálisis realizado por McCartney et al. (2021) el cual concluyó que la MBCT produce ventajas

significativas respecto a la reducción de recaídas en comparación con la TAU, pero no se identificó ninguna ventaja de la MBTC en comparación con la medicación antidepresiva, aunque los estudios de seguimiento mostraron que tanto la MBTC como la medicación antidepresiva producen efectos positivos a largo plazo, pudiendo ser la MBTC una alternativa a los antidepresivos, en algunos casos.

En cuanto a la eficacia de la MBCT en formato Web podemos observar que la mayoría de los estudios obtuvieron mejoras significativas en comparación con el TAU (Ritvo et al., 2021; Segal et al., 2020) y con el grupo de control en lista de espera (Powers et al., 2024; Rodrigues et al., 2024), mientras que en uno se obtuvieron resultados similares a el TAU (Dimidjian et al., 2014). Estos resultados son acordes con los obtenidos por Yang et al. (2023) quienes concluyen, las intervenciones basadas en mindfulness en formato online fueron efectivas para la reducción de síntomas depresivos en comparación con el TAU.

Conclusiones.

En conclusión, los resultados de esta revisión sistemática respaldan la eficacia de la MBCT en el tratamiento de la depresión, siendo una intervención efectiva para el tratamiento de la depresión mayor.

En los casos donde la depresión aparece comórbida con otro trastorno mental, la MBTC no sólo reduce los síntomas depresivos, sino también mejora los síntomas de trastornos comórbidos como trastornos de ansiedad, TEPT, discapacidad intelectual y trastornos por abuso de sustancias. En los casos en que el TDM coexiste con trauma infantil se dan mayores beneficios respecto a la prevención de recaídas.

La MBCT presenta una mayor eficacia en la reducción de la sintomatología depresiva en comparación con la psicoeducación o el TAU y una eficacia similar a la M-ADM. Sin embargo, la evidencia respecto a la prevención de recaídas depresivas la MBTC muestra una eficacia equivalente frente al TAU y a la psicoeducación, siendo no concluyente en comparación con la M-ADM, lo que indica la necesidad de futuras investigaciones en este ámbito.

Por último, los resultados también sugieren que MBCT en formato online tiene una eficacia igual o superior a el TAU en la reducción de síntomas depresivos, lo que refuerza su potencial como alternativa accesible y efectiva al tratamiento de la depresión.

Limitaciones.

Los resultados de esta revisión sistemática deben de ser considerados con cautela debido a diversas limitaciones. Entre ellas destaca la heterogeneidad de los estudios incluidos, a causa de su variabilidad metodológica, lo que puede suponer dificultades para la comparación directa de los resultados. Además, varios estudios presentan una potencia estadística reducida y tamaños muestrales pequeños. Otro factor para considerar es la falta de uniformidad en el criterio de edad máxima, ya que no todos los estudios especifican este criterio, y en aquéllos que sí lo hacen presentan una gran variabilidad, oscilando entre los 30 a los 70 años, lo que contribuye a la diversidad de la muestra. Por otro lado, en varios estudios, la MBTC se aplicó en junto con el TAU, lo cual podría influir en la interpretación de los efectos específicos de la MBCT o de la eMBCT en su caso. Así como varios de los artículos empleados no reportaron información sobre si se aplicó cegamiento en la evaluación de los resultados, lo cual podría afectar a la objetividad de las mediciones y otros presentan un alto riesgo de sesgo de desgaste, lo cual podría afectar a la validez de los resultados y a la representatividad de la muestra. Finalmente señalar la ausencia de un protocolo estandarizado sobre los programas de eMBTC, lo cual puede traducirse en dificultades en la comparación de los resultados.

Prospectiva.

En definitiva, es fundamental continuar investigando sobre la eficacia de la MBTC, en el tratamiento de la depresión. Esto permitiría su consolidación como una alternativa viable al tratamiento habitual o a la medicación antidepresiva, además de facilitar el conocimiento sobre sus contraindicaciones y factores mediadores de su efectividad. Comprender estos aspectos aumentaría el éxito de los tratamientos y contribuiría a la reducción los costes sociales y personales asociados a la depresión.

En esta línea, resulta imprescindible continuar la investigación sobre la eficacia de la eMBCT, ya que la evidencia científica en este ámbito es limitada. Asimismo, sería relevante el desarrollo de un protocolo único de eMBTC y de estudios comparativos entre la MBTC presencial y la eMBTC, con el objetivo de observar su equivalencia terapéutica y poder aumentar su accesibilidad a poblaciones con dificultad de acceso a la terapia tradicional.

También resulta necesario continuar con la investigación sobre la efectividad de la MBCT en casos en los que la depresión se presenta junto con otro trastorno. Aunque los estudios revisados sugieren efectos positivos en estos casos, una mayor

evidencia nos permitiría establecer conclusiones más sólidas. Asimismo, futuras investigaciones deberían abordar la efectividad de la MBCT en la depresión cuando esta coexista con otros trastornos no contemplados en este estudio, ampliando su aplicabilidad clínica.

Referencias:

- Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V. y Ortuño, F. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2731–2742. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª ed.; Arango C., Ayuso J.L, Vieta E., Bagney A., Baeza I., Bobes T., López P. y Suarez P. Trads.). Editorial Médica Panamericana.
- Aragonés, E., Lopez-Cortacans, G., Badia, W., Moreso, J. L., Anguera, J. M., y Caballero, A. (2011). Abordaje psicoeducativo de la depresión en atención primaria. El modelo INDI. *Metas de Enfermería*, 14(4), 62-67.
- Aragonés, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670900190>
- * Asl, N. H. y Barahmand, U. (2014). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Co-Morbid Depression in Drug-Dependent Males. *Archives of psychiatric nursing*, 28(5), 314-318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.05.003>
- Au, M., Lipschutz, R., Mekawi, Y., Lathan, E. C., Dixon, H. D., Carter, S., Hinrichs, R., Bradley, B., Kaslow, N. J., Nugent, N. R., y Powers, A. (2024). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on PTSD and depression symptoms in trauma-exposed black adults: Pilot randomized controlled trial results. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2024.100092>

- Benavides E.P. (2017) La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista puce*, (105)
<https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Bianchi J y Henao A (2015) Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2) 69-80.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Boggs, J. M., Beck, A., Felder, J. N., Dimidjian, S., Metcalf, C. A. y Segal, Z. V. (2014). Web-based intervention in mindfulness meditation for reducing residual depressive symptoms and relapse prophylaxis: A qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.3129>
- Bui, E. y Fava, M. (2017). From depression to anxiety, and back. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(4), 341-342. <https://doi.org/10.1111/acps.12801>
- Callesen, P., Reeves, D., Heal, C. y Wells, A. (2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. *Scientific Reports*, 10(1).
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-64577-1>
- Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S. y Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-230>
- Chmiel, J., Malinowska, A., Rybakowski, F. y Leszek, J., (2024) The Effectiveness of Mindfulness in the Treatment of Methamphetamine Addiction Symptoms: Does Neuroplasticity Play a Role? *Brain Sciences* 14(4).
<https://doi.org/10.3390/brainsci14040320>
- Chiesa, A., Calati, R., y Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve

- cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449-464. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003>
- *Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S. y Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. Psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry research*, 226(2-3), 474-483. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.003>
- Ciharova, M., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Karyotaki, E., Miguel, C., Noma, H., Cipriani, A., Riper, H. y Cuijpers, P. (2021). Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(6), 563-574. <https://doi.org/10.1037/ccp0000654>
- Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., van der Lee, M., y Speckens, A. (2018). Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.5669>
- DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A. y Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PloS One*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083875>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of

behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>

*Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J., Boggs, J., Gallop, R. y Segal, Z. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behaviour research and therapy*, 63, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.004>

Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P. y Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>

*Dunn, B. D., Warbrick, L., Hayes, R., Montero-Marin, J., Reed, N., Dalgleish, T. y Kuyken, W. (2024). Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Tapering Support Reduce Risk of Relapse/Recurrence in Major Depressive Disorder by Enhancing Positive Affect? A Secondary Analysis of the PREVENT Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 92(9), 619-629. <https://doi.org/10.1037/ccp0000902>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.00>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene P. A., Davidson R. j., Kearney D. J. y Simpson T. L., (2019) Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis *Cogn Behav Ther* 48(6):445–462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>

- Greenberg, P., Chitnis, A., Louie, D., Suthoff, E., Chen, S.-Y., Maitland, J., Gagnon-Sanschagrin, P., Fournier, A. A. y Kessler, R. C. (2023). The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2019). *Advances in Therapy*, 40(10), 4460-4479. <https://doi.org/10.1007/s12325-023>
- Gupta, G., Kesri, R., Goyal, S. y Karia, S. (2022). Comorbid depression and anxiety in patients of epilepsy. *Annals of indian psychiatry*, 6(2), 137-141. https://doi.org/10.4103/aip.aip_97_21
- Haller, H., Anheyer, D., Cramer, H. y Dobos, G. (2019). Complementary therapies for clinical depression: An overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 9(8), e028527. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028527>
- Hong, B., Yang, S., Hyeon, S., Kim, S. y Lee, J. (2023). Third-wave cognitive behavioral therapies for caregivers of cancer patients: A scoping review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04186-3>
- Huberty, J., Puzia, M. E., Green, J., Vlisides-Henry, R. D., Larkey, L., Irwin, M. R. y Vranceanu, A.-M. (2021). A mindfulness meditation mobile app improves depression and anxiety in adults with sleep disturbance: Analysis from a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 73, 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.09.004>
- *Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhe, H. G., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., Nolen, W. A., Ormel, J., Kuyken, W., van der Wilt, G. J., Blom, M. B. J., Schene, A. H., Donders, A. R. T. y Speckens, A. E. M. (2016). Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *British journal of psychiatry*, 208(4).

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168971>

Instituto Nacional de Estadística (enero de 2021) Boletín informativo: Salud mental en la pandemia.

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE

Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M. y O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156>

*Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., ... 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. *LANCET*, 386(9988), 63-73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)

Lenze E., Vogletle M., Miller J.P., Ances B.M., Balota D.A., Barch D., Depp C.A., Diniz B.S., Eyler L.T., Foster E.R., Gettinger T.R., Head D., Hershey T., Klein S., Nichols J.F., Nicol E.G., Nishino T., Patterson B.W., Rodebaugh T.L., ...Wetherell J.L. (2022) Effects of Mindfulness Training and Exercise on Cognitive Function in Older Adults. *Jama* 328(22), 2218–2229

<https://doi.org/10.1001/jama.2022.21680>

Lin J, Szukis H, Sheehan J.J., Alphas L., Menges B.,Lingohr-Smith M. y Benson C.

- (2019) Economic Burden of Treatment-Resistant Depression Among Patients Hospitalized for Major Depressive Disorder in the United States. *Psychiatric Research & Clinical Practice* 1(2) <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190001>
- Linardon, J., Messer, M., Goldberg, S. B., y Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). The efficacy of mindfulness apps on symptoms of depression and anxiety: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102370>
- Liu, J., Duan, W., Xiao, Z., y Wu, Y. (2024). The effectiveness of online group mindfulness-based cognitive therapy for outpatients with depression in China. *Journal of Affective Disorders*, 351, 387-391. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.223>
- Liu, W., Liu, J., Ma, L. y Chen, J. (2022). Effect of mindfulness yoga on anxiety and depression in early breast cancer patients who received adjuvant chemotherapy: A randomized clinical trial. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 148(9), 2549-2560. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04167-y>
- Madero, M. G., Suárez, J. D., Mayancela, M. A., y Villegas, E. K. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41)
- Maloney, S., Kock, M., Slaghekke, Y., Radley, L., Lopez-Montoyo, A., Montero-Marin, J. y Kuyken, W. (2024). Target mechanisms of mindfulness-based programmes and practices: A scoping review. *BMJ Mental Health*, 27(1). <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300955>
- Maneesang, W., Hengpraprom, S. y Kalayasiri, R. (2022). Effectiveness of Mindfulness – Based Therapy and Counseling programs (MBTC) on relapses

- to methamphetamine dependence at a substance dependency treatment center. *Psychiatry Research*, 317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114>
- McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R., y Duarte, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(1), 6-21. <https://doi.org/10.1111/acps.13242>
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G. y Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.1151>
- Moñivas, A., García, G. y García, R. (2012). Mindfulness (atención plena): Concepto y teoría. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 12, 83-89. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3868103>
- *Musa, Z. A., Soh, K. L., Mukhtar, F., Soh, K. Y., Oladele, T. O. y Soh, K. G. (2021a). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy among depressed individuals with disabilities in Nigeria: A randomized controlled trial. *Psychiatry research*, 296, 113680-113680. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.11368>
- *Musa, Z. A., Soh, K. L., Mukhtar, F., Soh, K. Y., Oladele, T. O. y Soh, K. G. (2021b). Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms Reduction among Depressed Patients in Nigeria: A Randomized Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(7), 667-675. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1821139>
- Moraga C, J., Burgos D, M. E., Manterola D, C., Sanhueza C, A., Cartes-Velásquez V, R. y Urrutia V, S. (2013). Validation of a scale for assessing methodological quality of therapy studies. Pilot study. *Revista chilena de cirugía*, 65(3), 222-

227. <https://doi.org/10.4067/S0718-4026201300030000>

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo de 2023) *Depresión*. Organización mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones de salud a nivel mundial*, IRIS PAHO.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>

Palomo, L., Rubio, C. y Gérvas, J. (2006). La comorbilidad en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20, 182-191. <https://doi.org/10.1157/13086042>

Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T. y Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer-A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 381-389.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017>

Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D., Shamseer L., Tetzlaff J.M., Akl E.A, Brennan S.E., Roger C. Glanville J., Grimshaw J.M., Hrobjartsson A., Lalu M.M., Li T., Loder E.W., Mayo-wilson E.m MacDonald S., et al. (2021) Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas *Revista Española Cardiología*, 74(9),790–799 <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

*Powers, A., Lathan, E., McAfee, E., Mekawi, Y., Dixon, H., Lopez, E., Ali, S., Hinrichs, R., Bradley, B., Carter, S. y Kaslow, N. (2024). Feasibility and acceptability of a virtual mindfulness intervention for Black adults with PTSD

- and depression: Randomized controlled trial. *Journal of mood and anxiety disorders*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2024.100048>
- Reangsing, C., Moonpanane, K., Pittchalard, K. y Schneider, J. K. (2024). Efficacy of a Mind Space Application intervention on psychological outcomes in Thai university students with depression: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 362, 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.006>
- Real Academia Española. (22 de julio del 2024). Comorbilidad. <https://www.rae.es/dhle/comorbilidad>
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- *Ritvo, P., Knyahnytska, Y., Pirbaglou, M., Wang, W., Tomlinson, G., Zhao, H., Linklater, R., Bai, S., Kirk, M., Katz, J., Harber, L. y Daskalakis, Z. (2021). Online Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Youth With Major Depressive Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical internet research*, 23(3). <https://doi.org/10.2196/24380>
- Rodas, D. y Gómez, M. L. (2022). Terapia cognitivo conductual, diabetes y depresión: Una revisión bibliográfica. *Killkana sociales: Revista de Investigación Científica*, 6(2), 49-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8476709>
- *Rodrigues, M. F., Quagliato, L., Appolinario, J. C. y Nardi, A. E. (2024). Online mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A parallel-arm randomized controlled feasibility trial. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1412483>
- Sancho, G. P., Brenes, G. S., y Villalobos, N. D. L. C. (2020). Actualización sobre el

- trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), 1-16.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97477>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression, 2nd ed.* The Guilford Press.
- *Segal, Z., V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J. M., Vanderkruik, R., Metcalf, C. A., Gallop, R., Felder, J. N. y Levy, J. (2020). Outcomes of Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with residual depressive symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(6), 563-573.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4693>
- Shawyer, F., Enticott, J. C., Ozmen, M., Inder, B. y Meadows, G. N. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent major depression: A 'best buy' for health care? *Australian and new zealand journal of psychiatry*, 50(10).
<https://doi.org/10.1177/0004867416642847>
- Sverre, K. T., Nissen, E. R., Farver-Vestergaard, I., Johannsen, M. y Zachariae, R. (2023). Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clinical psychology review*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102234>
- Szumaska, I., Gola, M., Rusanowska M., Krajewska M., Zygierewicz, J., Krejtz I., Nezlek, J., y Krajewska, M., (2021) Mindfulness-bases cognitive therapy reduces clinical symptoms, but do not change frontal alpha asymetry in people with major deression disorder. *The international Journal of neuroscience* 131(5) 453-461 <https://doi.org/10.1080/00207454.2020.1748621>.
- Tenahua, I., De Avila, M. L., Torres, A., López, C., y Bonilla, A. B. (2022). Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería.

Enfermería Universitaria, 19(2).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9268939>

Teasdale, J.D., Segal Z. V., Williams, J.M., Ridgeway, V. A., Soulsby J.M. y Lau, M.A., (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>

Vujanovic, A. A., Meyer, T. D., Heads, A. M., Stotts, A. L., Villarreal, Y. R. y Schmitz, J. M. (2016). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402–415. doi:10.1080/00952990.2016.1199697

*Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., ... 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. <https://doi.org/10.1037/a0035036>

Williams, K., Hartley, S., Langer, S., Manandhar-Richardson, M., Sinha, M. y Taylor, P. (2022). A systematic review and meta-ethnographic synthesis of Mindfulness-based Cognitive Therapy for people with major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1494-1514. <https://doi.org/10.1002/cpp.2773>

Yang, J., Ye, H., Long, Y., Zhu, Q., Huang, H., Zhong, Y., Luo, Y., Yang, L. y Wang, M. (2023). Effects of Web-Based Mindfulness-Based Interventions on Anxiety,

- Depression, and Stress Among Frontline Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1). <https://doi.org/10.2196/44000>
- Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., Guo, J. y Xiao, A. (2024). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Late Life: A Meta-Analysis. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 1-8. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231379>
- *Zaferanieg, M.H., Shi, L., Jindal, M., Chen, L., Lopes, s ., Jones, K., Wang, Y., Meggett, k., Walker, C.B., Falgoust, G. y Zinzow, H. (2024) Web-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With a History of Depression: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 13. <https://doi.org/10.2196/53966>
- Zakhour, S., Nardi, A. E., Levitan, M. y Appolinario, J. C. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(1), 92-101. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>
- Zemestani, M. y Fazeli N. Z. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: A randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), 207-214. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8>
- Zhang, T., Wang, L., Bai. Y., Zaho, W., Wu., Jiang. W., Qing, A. y Jian Yin, Q., (2021) Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Major Depressive Disorder: A Study Protocol of a Randomized Control Trial and a Case–Control Study With Electroencephalogram *Frontiers of Psychiatry* 12 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.499633>

