

Original

Valoración de la eficacia de la Terapia Basada en Mindfulness para el trastorno obsesivo compulsivo. Una revisión sistemática

Silvia Ruiz Usero y Juan Antonio Cruzado

Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Campus Somosaguas, Madrid

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de abril de 2020
Aceptado el 17 de octubre de 2020
Online el 7 de junio de 2021

Palabras clave:

Trastorno Obsesivo Compulsivo
TOC
Mindfulness
Intervención Basada en Mindfulness
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness
TCBM

R E S U M E N

Antecedentes y objetivos: Las intervenciones basadas en Mindfulness podrían ser tan útiles para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), con igual o mejores resultados que los tratamientos actuales. El objetivo es revisar la investigación reciente sobre la eficacia y aplicabilidad de una Intervención Basada en Mindfulness (IBM) para el tratamiento del TOC.

Material y Métodos: Se seleccionaron 13 estudios (2008-2020), de las bases PsycINFO, Scopus, EBSCO, Web of Knowledge, CINAHL y PSICODOC.

Resultados: Siete estudios obtuvieron una mejora de síntomas en comparación con el grupo control, pero tan solo en 3 dicho cambio se relacionaba con diferencias en Mindfulness. Se hace un análisis de los problemas metodológicos y del estado de la investigación sobre los procesos activados por Mindfulness.

Conclusiones: Los resultados no indican superioridad de una IBM. No obstante, existen multitud de razones metodológicas y teóricas por las que estos hallazgos deben ser tomados con cautela y se necesita más investigación.

Mindfulness Based Therapy efficacy assessment for Obsessive Compulsive Disorder. A Systematic Review

A B S T R A C T

Keywords:

Obsessive Compulsive Disorder
OCD
Mindfulness
Mindfulness Based Intervention
Mindfulness Based Cognitive
Therapy MBCT

Introduction and Objectives: Mindfulness-based interventions might be equally helpful for obsessive compulsive disorder (OCD), with equal or better results than standard treatments. A systematic review is conducted to assess the efficacy and applicability of a Mindfulness Intervention for OCD symptoms.

Materials and Method: Thirteen studies (2008-2020) were selected, from the bases PsycINFO, Scopus, EBSCO, Web of Knowledge, CINAHL and PSICODOC.

Results: Seven studies obtained an improvement in symptoms compared to the control group, but only in 3 was this change related to differences in Mindfulness.

Conclusions: The amount of methodological problems and the Mindfulness research premature state makes the exhibited results as inconclusive. Better methodological and clinical standards are necessary for future research, which include better methodological and clinical standards, is necessary.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sruiz@ucm.es (S. Ruiz Usero).

Correo electrónico: jacruzado@psi.ucm.es (J. Antonio Cruzado).

Planteamiento del problema

El Trastorno Obsesivo Compulsivo se caracteriza por pensamientos intrusivos y/o compulsiones que producen un nivel elevado de malestar, son demandantes en cuanto al tiempo a invertir e interfieren significativamente en el día a día del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En la actualidad, la Terapia Cognitivo Conductual basada en la Exposición con Prevención de Respuesta, en adelante EPR, ha demostrado ser la más eficaz (National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa y Marín-Martínez, 2008; Skapinakis et al., 2016). Sin embargo, y a pesar de su superioridad, este tipo de intervenciones parece no alcanzar los resultados óptimos. En la revisión de (Fisher, Cherry, Stuart, Rigby y Temple (2020) las mejorías al finalizar el tratamiento alcanzaban porcentajes del 42% al 70%; pero el 80% de los casos tratados seguía mostrando síntomas obsesivos compulsivos, y solo el 50% mantenía una mejoría clínica en el seguimiento. Esto supone un margen para la investigación en intervenciones innovadoras para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, en adelante TOC.

Las Intervenciones Basadas en Mindfulness, en adelante IBM, se basan en la tradición budista de la meditación adaptadas al contexto occidental (Hervás, Cebolla y Soler, 2016) en las que constructos como la aceptación y la re-orientación cognitiva y conductual adoptan una posición central (Vallejo, 2006). Aunque la investigación experimental sobre la eficacia de una IBM en sintomatología TOC se encuentra poco desarrollada en la actualidad, a nivel teórico se han hecho esfuerzos por plantear cuáles son los potenciales mecanismos de acción. En concreto, Didonna (2009) especifica seis características clínicas centrales de estos pacientes que se verían beneficiadas a través de una IBM. En primer lugar, el autor explica que la tendencia a la rumiación como estrategia de solución de problemas desadaptativa que forma parte del cuadro clínico (De Silva, 2003) mejoraría al desarrollar una forma de procesamiento de la información incompatible con procesos rumiativos. Así, se utilizaría el control atencional desarrollado tras un entrenamiento en Mindfulness como forma de "anclaje" al momento presente.

Por otro lado, los procesos de Fusión Pensamiento-Acción (Shafraan, Radomsky, Coughtrey, y Rachman, 2013) y la falta de aceptación de la experiencia interna, mejorarían a través del fenómeno de "desapego" (Hussain, 2015) o descentramiento de los eventos privados, de forma que la no involucración del yo en la experiencia interna facilitarían la aceptación por parte del individuo de la misma (Hervás et al., 2016). Numerosos estudios han encontrado un marcado rasgo de hiperresponsabilidad en pacientes TOC (Shafraan et al., 2013). Según Didonna (2009) la "duda obsesiva" sobre el potencial peligro que desencadena el comportamiento compulsivo podría no deberse tanto a déficits en la confianza hacia su memoria (Moritz y Jaeger, 2018), sino a la tendencia a tomar el recuerdo de la conducta compulsiva como no válido. Estos individuos valorarían los resultados de su no-acción en cuanto a criterios de gravedad y no de probabilidad, con lo que la mínima duda sería interpretada como riesgo suficiente para realizar la acción neutralizadora de nuevo. El entrenamiento en Mindfulness permitiría la validación de la información perceptiva de que disponen, aceptando el malestar producido y ajustando la percepción de su involucración en el acontecimiento temido.

Cabe destacar que existe bibliografía escasa hasta el momento que cuente con ensayos clínicos controlados sobre la reducción de sintomatología TOC a través de una IBM. La misma cuenta con ciertos estudios de caso, como son los estudios de Patel, Carmody y Simpson (2007) y Singh, Robert, Wahler, Winton y Adkins (2004) con resultados a favor de una IBM.

La presente revisión sistemática pone en común las conclusiones obtenidas por la investigación actual con los objetivos de

(1) valorar la eficacia de la terapia basada en Mindfulness frente a otras terapias en la reducción de sintomatología TOC, (2), identificar qué procesos básicos subyacentes a la sintomatología son sobre los que se está actuando y (3) explorar qué aplicaciones tiene dicha terapia en la práctica clínica, valorándola como terapia independiente y aislada, en combinación con otras terapias o como prevención de recaídas.

Desarrollo del tema

Con el fin de repasar todos los resultados empíricos existentes en el momento actual que valoren de manera objetiva y válida la eficacia de una terapia psicológica basada en Mindfulness, se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010). Las bases de datos consultadas fueron: PsycINFO, Scopus, TeSEO, EBSCO, Web of Knowledge, CINAHL y PSICODOC. La búsqueda fue realizada en los meses de agosto y septiembre de 2020.

Criterios de inclusión y exclusión. Con vistas a acotar la revisión, los criterios de inclusión fueron (1) Terapia en Mindfulness, (2) estudios publicados desde 2005 hasta julio de 2020, (3) lengua inglesa o española, (4) muestra clínica con diagnóstico principal de TOC y (5) participantes con y sin tratamiento psicológico previo y (6) con y sin tratamiento farmacológico previo o actual. En cuanto a los criterios de exclusión, se establecieron dos: (1) cualquier terapia psicológica en la que no se pueda aislar el efecto de la IBM y (2) valoración de síntomas sin medidas válidas y fiables.

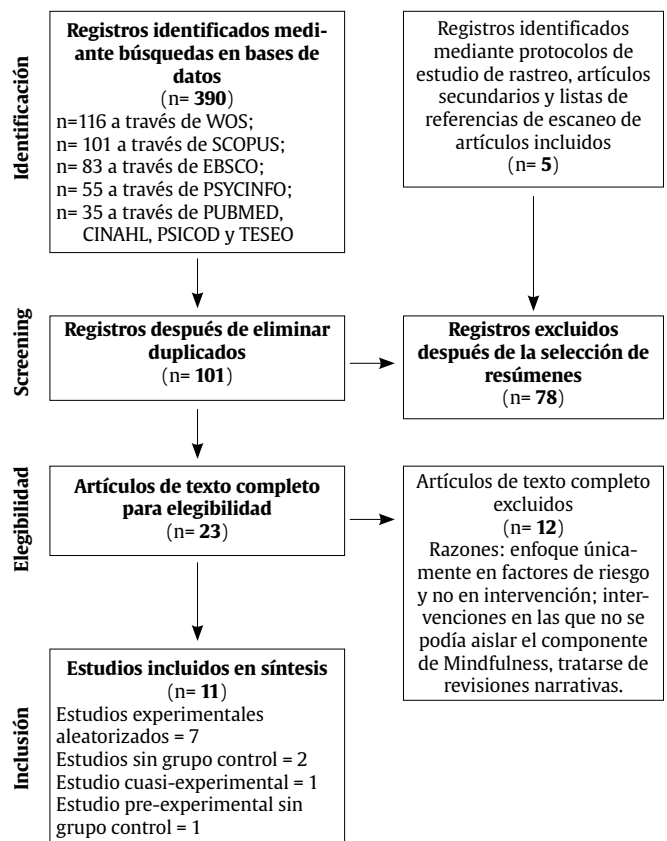


Figura 1. Diagrama PRISMA de artículos seleccionados y excluidos.

Estrategia de búsqueda: Con la finalidad de garantizar la réplica de los hallazgos encontrados en la presente investigación se describe el proceso de búsqueda seguido. En primer lugar, se utilizó

la base de datos PubMed bajo la clave de búsqueda de (“Mindfulness”[Mesh]) AND “Obsessive-Compulsive Disorder”[Majr:NoExp]. Los criterios de búsqueda específicos fueron “Clinical Trial, Clinical Study, Controlled Clinical Trial, Randomised Controlled Clinical Trial” e idioma español o inglés. Para la base de datos PsycINFO, Scopus, Teseo, EBSCO, Web of Knowledge, CINAHL y PSICODOC se siguieron procedimientos similares (ver fig. 1).

Resultados de búsqueda. El grueso de la revisión lo conforman 9 estudios experimentales, en los cuales se compara una terapia basada en Mindfulness con una condición de control, lista de espera u otro tratamiento (Cludius et al., 2015; Cludius et al., 2020; Hanstede et al., 2008; Key, Rowa, Bieling, McCabe y Pawluk, 2017; Külz et al., 2019; Madani, Kananifar, Atashpour y Habil, 2013; Rupp, Jürgens, Doebler, Andor y Buhlmann, 2019; Selchen, Hawley, Regev, Richter y Rector, 2018; Strauss et al., 2018). Todos los mencionados son estudios experimentales aleatorizados, a excepción de los estudios de Hanstede et al. (2008) y el de Selchen et al. (2018) que son cuasi-experimentales. Otros 2 estudios (Didonna et al., 2019; Kumar, Sharma, Narayanaswamy, Kandavel y Reddy, 2019) son pre-experimentales, no comparan su intervención con un grupo control.

Resultados y discusión

Los artículos escogidos para esta revisión estudian la diferencia en sintomatología TOC, medida a través de la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS, Goodman et al., 1989) y/o el Inventario de Obsesiones y Compulsiones revisado (OCI-R, Foa et al., 2002) tras la participación en una IBM (ver Tabla 1). El estudio de Cludius et al. (2020) es un seguimiento a 12 meses del trabajo de Külz et al. (2019). La media de edades de los estudios es de 32,58 y la media en porcentaje de mujeres de 54,3%. Las IBM a las que se prestan los participantes son adaptaciones creadas para los estudios y en 3 de ellos no utilizan instrumentos de medida de las habilidades de Mindfulness. Los que sí lo hacen, utilizan en su mayoría el Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney, 2006) y en menor medida el Cuestionario de Mindfulness de Toronto (TMS, Lau et al., 2006), el Cuestionario de Mindfulness de Southampton (SMQ, Chadwick et al., 2008) y el Inventario de Mindfulness de Kentucky (KIMS, Baer, Smith y Allen, 2004) (ver Tabla 1).

La evaluación de los criterios de calidad y de riesgo de sesgo de los estudios se llevó a cabo aplicando los indicadores Cochrane para revisiones sistemáticas, versión 6.0 (Higgings et al., 2019). Los resultados para cada estudio se exponen en la Tabla 2, mientras que

Tabla 1
Características de diseño, tiempos de medida e instrumentos de evaluación de los estudios

Estudio. País	Edad: Media años (DT)	% mujer	Diseño (n)	Tiempos de medida	Instrumento de medida
Cludius et al. (2015). Alemania	40,62	67		Pre; Post	OCI-R; Cuestionario web; Veracidad de las respuestas; valoración subjetiva de cada manual (Likert); nº días practicados
Cludius et al. (2019). Alemania	38,6 (12)	61	2 grupos (48) GM (49) RMP (50)	Seguimiento 12 meses	Y-BOCS; OCI-R; WHOQOL-BREF; BDI-II; BSI; OBQ-44; MCQ-30
Didonna et al., 2019. Italia	37,2	43	MBCT (35)	Pre; Med; Post	Y-BOCS; FFMQ
Hanstede et al. (2008). Países Bajos.	25,7	No informado	2 Grupos (17) WL (9) y GM(8)	Pre; Post	OCI-R; SMQ
Key et al. (2017). Canada	43,29	48	2 grupos (36) MBCT (18) vs WL (18)	Pre; Post	Y-BOCS; experiencia anterior en Mindfulness; FFMQ; OBQ-20; satisfacción con la terapia (Likert); tareas para casa
Külz et al. (2019). Alemania	38,72	62	2 grupos (125) MBCT (61) vs OCD-EP (64)	Pre; Post; FU 6 Meses	Y-BOCS; KIMS; OBQ-44; Cuestionario de satisfacción; escala de Adherencia MBCT y adaptación para PE-TOC; cuestionario de competencia en dar MBCT y adaptación para PE-TOC
Kumar et al. (2019). India	29,67	23	MCBT (30)	Pre; Med; Post; FU 3 meses	Y-BOCS; TMS; HCS
Madani et al. (2013). Iran	No informado	100	2 grupos (24) Exp (12) y control (12)	Pre; Post; FU 2 meses	Y-BOCS
Rupp et al. (2019). Alemania	30,67	58%	2 x 2 (40) NWL (22) vs WL (21) x CR(22) vs DM (21)	Pre 1; Pre 2; Post; FU 4 semanas	YBOCS; tareas para casa; fidelidad del tratamiento.
Selchen et al. (2018). Canada.	42	60	2 Grupos (37) MBCT (19) y TCC-MBCT (18)	Pre; Post	Y-BOCS; FFMQ; OBQ
Strauss et al. (2018). Reino Unido.	30	65	2 grupos (37) ERP (18) vs MB-ERP (19)	Pre; Post; FU 6 meses	YBOCS-II; FFMQ; OBQ; escala de sesiones a las que asistió; escala de tareas realizadas para casa; fidelidad del protocolo.

Solo están incluidas las medidas relacionadas con el objeto de estudio de la presente revisión

Tamaño muestral (n); Inventario de Obsesiones y Compulsiones revisado (OCI-R); Grupo Mindfulness (GM); Relajación Muscular Progresiva (RMP); medida Pre-tratamiento (Pre); medida Post-tratamiento (Post); medida en Seguimiento (FU); Cuestionario de Mindfulness de Southampton, por sus siglas en inglés (SMQ); Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones Segunda Edición (YBOCS-II); Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ); Grupo Lista de Espera (WL); Grupo de No Lista de Espera (NWL); Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT); Cuestionario de Cinco Factores de Mindfulness (FFMQ); Cuestionario de Mindfulness de Toronto (TMS); El Inventario de Mindfulness de Kentucky (KIMS); Grupo de Psicoeducación de TOC (PE-TOC); Escala de Cumplimentación de Deberes (HCS, Primakoff, Epstein, Covi, 1986); Reestructuración Cognitiva (CR); Mindfulness de Desapego (DM); Exposición con Prevención de Respuesta (EPR); Basado en Mindfulness (MB)

Tabla 2

Evaluación de la calidad y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática, según los indicadores Cochrane para revisiones sistemáticas, versión 6.0

	Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)	Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)	Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección) (mortalidad)	Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a corto plazo: 2-6 semanas)	Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a largo plazo: > 6 semanas)	Informes selectivos (sesgo de informes)
Cludius et al. (2015)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Cludius et al. (2020)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Didonna et al. (2019)	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Hanstede et al. (2008)	Alto riesgo	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Poco claro
Key et al. (2015)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Poco claro	Poco claro	Poco claro
Külz et al. (2019)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Kumar et al. (2019)	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Madani et al. (2013)	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Rupp et al. (2019)	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Selchen et al. (2018)	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Strauss et al. (2019)	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo

el resumen de la calidad y riesgo, en la [Tabla 3](#). La calidad de cinco de los trabajos es muy satisfactoria y los otros seis presentan sesgos importantes.

Aunque se ha encontrado una reducción significativa en los síntomas clínicos en 7 de los 11 estudios, en tan solo 3 de los mismos ([Didonna et al., 2019](#); [Hanstede et al., 2008](#); y [Key et al., 2017](#)) se ha puesto de manifiesto que la mejora esté relacionada con el efecto de la IBM utilizada (ver [Tabla 4](#) y [5](#)). Merece especial atención el estudio de [Key et al. \(2017\)](#), en el que una mejora en las habilidades de Mindfulness, medidas a través FFMQ no estaba relacionada con diferencias en sintomatología clínica, medida a través del cuestionario Y-BOCS pero sí con menores puntuaciones en el Cuestionario de Obsesiones y Compulsiones (OBQ-20) del Grupo de Trabajo de Cogniciones Obsesivas Compulsivas (OCCWG, por sus siglas en inglés) de 2005 (ver [Tabla 5](#)). Este último cuestionario es un autoinforme de formato Likert diseñado para la evaluación de creencias cognitivas. De ahí lo contraintuitivo de los resultados, puesto que cabría esperar que una IBM hiciera efecto, en un primer momento al menos, en síntomas más superficiales como pudiesen ser las compulsiones o pensamientos concretos relacionados con las obsesiones y no tanto en las creencias obsesivas que se presuponen constituyen la base del cuadro sintomático ([OCCWG, 2005](#)).

Siguiendo esta línea, otros 3 estudios ([Külz et al., 2019](#); [Selchen et al., 2018](#); [Strauss et al., 2018](#);) recogidos en esta revisión incluyeron el OBQ entre sus instrumentos de medida. De estos, tan solo el estudio de Külz et al. encontró mejoras significativas en el OBQ en el grupo experimental, aunque no se realizaron análisis correlacionales de OBQ y Mindfulness (ver [Tabla 5](#)). Es necesario investigar más para esclarecer la posible relación entre una IBM y las creencias cognitivas de pacientes TOC. Si estos resultados se replicasen, supondrían un hito de gran importancia en lo que a investigación se refiere, puesto que se podría concluir que las habilidades de Mindfulness actúan directamente sobre el sustento (primacía de síntomas) del trastorno.

La posibilidad de extraer conclusiones de los escasos estudios con resultados relevantes se hace aún más complicada al analizar minuciosamente el diseño experimental de cada uno. Las muestras de la mayoría son relativamente pequeñas, llegando a contar con

solamente 17 participantes en un estudio de dos grupos ([Hanstede et al., 2008](#)) (ver [Tabla 1](#)). Además, muy pocos ensayos llevaron a cabo un cálculo de la potencia estadística y los que lo hicieron no aportaron todos los datos necesarios para su replicación. Mediante el análisis a través del programa *Gpower* llevado a cabo para esta revisión, para una potencia estadística del 80%, un tamaño del efecto de 0,5 y un nivel de significación menor a 0,05, el número de participantes mínimo por grupo debía ser de 51, con lo que únicamente el estudio de [Külz et al. \(2019\)](#) alcanzaría dicha potencia estadística. Además, existen variables cuya falta de control supone riesgo de sesgo para los resultados como las variables de medicación, psicoterapia simultánea o la experiencia en Mindfulness. En este sentido, numerosos estudios concluyen que la experiencia previa en meditación influye tanto en la forma de entender los ítems de los cuestionarios de Mindfulness como en los beneficios aportados por una IBM en sintomatología clínica ([Quintana, 2016](#)).

Es de destacar, que 4 de los 5 los trabajos con mejores criterios de calidad ([Cludius et al., 2020](#); [Key et al., 2015](#); [Külz et al., 2019](#); [Rupp et al., 2019](#);) resultados positivos del IBM, solo el estudio de Cludius et al. muestra resultados de ineficacia, pero se debe a) que muestran resultados el tratamiento consiste en un manual de ayuda.

En cuanto a los efectos a largo plazo, mantenimiento de las mejorías y posibles recaídas tras la IBM, no hay suficiente información para extraer conclusiones, ya que solo hay un estudio, el de [Cludius et al. \(2020\)](#) que lleva a cabo un seguimiento a largo plazo (12 meses) del trabajo realizado anteriormente por Külz y que ha sido incluido en este artículo. En él, se muestra el mantenimiento de las mejorías y la superioridad de IBM sobre un programa psicoeducativo.

Parece importante, además, tomar en cuenta el tiempo que se dedica al entrenamiento en Mindfulness en cada intervención. En el protocolo de tratamiento de [Selchen et al. \(2018\)](#), que es el más detallado, las técnicas de Mindfulness no comienzan a ser aplicadas hasta la sesión 4. Es más, no es hasta la sesión 6 (de 8) cuando se les anima a practicar técnicas concretas para pensamientos obsesivos. Esto viene a decir que las técnicas de Mindfulness se aplicarían a los síntomas TOC específicamente tan solo en 3 sesiones (3 semanas). Pudiera ser, que la falta de relación entre habilidades de Mindfulness y sintomatología TOC de la mayoría de los estudios no se de-

biese a la ineficacia de una IBM para este tipo de cuadro sintomático sino a la falta de asimilación y automatización de los procedimientos de Mindfulness. Es más, si se tiene en cuenta el acusado estado de cronificación de éstos individuos con sintomatología TOC y la rigidez y la rigidez tan marcada que los caracteriza (Didonna, 2019), no sería de extrañar que necesitasen más tiempo para producir cambios reales y frenar y modificar procesos relacionados con unas estrategias de afrontamiento y una forma de relacionarse con su experiencia interna tan consolidada. Además, en 2016, Quintana afirmaba que los cambios en la capacidad de Mindfulness estarían más asociados a la calidad de la meditación que al tiempo invertido en la misma. Esto, que a priori puede parecer contradictorio con lo expuesto anteriormente, indicaría que es posible que no dedicar el tiempo suficiente en las primeras sesiones de entrenamiento a entender en qué consiste y para qué sirve el cambio de actitudes requerido implique la incorrecta realización posterior de las prácticas y, por tanto, la ausencia de respuesta en los participantes. Es más, no en todos los estudios se hace un control de la realización de las tareas en casa y ninguno lo continúa durante el seguimiento, con lo que es posible que las técnicas de Mindfulness, en muchos casos, hayan sido aplicadas únicamente tres semanas.

Tabla 3.

Resumen de calidad y riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática, según los indicadores Cochrane para revisiones sistemáticas, versión 6.0

	Bajo riesgo	Poco claro	Alto riesgo
Generación de secuencia aleatoria (sesgo de selección)	5 (46%)	3 (27%)	3 (27%)
Ocultamiento de la asignación (sesgo de selección)	5 (46%)	4 (36%)	2 (18%)
Cegamiento de participantes y personal (sesgo de realización)	7 (64%)	2 (18%)	2 (18%)
Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección)	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)
Cegamiento de la evaluación de resultados (sesgo de detección) (mortalidad)	7 (64%)	3 (27%)	1 (9%)
Datos de resultados incompletos (sesgo de abandono) (a corto plazo: 2-6 semanas)	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)
Datos de resultado incompletos (sesgo de abandono) (a largo plazo: > 6 semanas)	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)

A estas proposiciones se debe añadir la constatación de los sesgos que implica la utilización del autoinforme como medida de Mindfulness (ver Tabla 5). Quintana y Rivera (2012) señalan la necesidad de utilizar medidas alternativas al autoinforme que incluyan una monitorización objetiva de la práctica. Sin ella, podría ser que los participantes estuviesen contestando los inventarios en base a la "teoría" aprendida o lo que intuyen se espera de ellos, y no tanto al cambio real que experimentan en el momento de las "cri-

sis". Es más, algunos estudios afirman que en el momento de crisis obsesivas disminuye el insight (Hooda et al., 2019), por lo que sería aún más complicada no solo la aplicación de procedimientos de Mindfulness si estos no están automatizados, sino la identificación a posteriori por parte del individuo de si ha utilizado correctamente las estrategias aprendidas.

De cara a investigaciones futuras, aparte de lo mencionado anteriormente, deberían estudiarse características clínicas pretratamiento específicas del cuadro sintomático que se viesen más beneficiadas de una IBM que otras, a fin de determinar para qué pacientes y por qué motivos se utilizaría eficazmente un entrenamiento en Mindfulness. Podría ser que perfiles más impulsivos se encontrasen con mayores dificultades a la hora de aprovecharse de una IBM mientras que mayores niveles de neuroticismo o responsabilidad conseguirían mayores beneficios (Hervás et al., 2016).

En cuanto al segundo de los objetivos de esta revisión, el de averiguar qué mecanismos de cambio estarían siendo activados, parece que ciertas facetas de Mindfulness podrían estar más relacionadas con la disminución de sintomatología que otras (Emerson, Heapy y García-Soriano, 2018). Tan solo 3 artículos de esta revisión estudiaron los cambios producidos en las facetas de Mindfulness (ver Tabla 5). Así, el artículo de Key et al. (2017) obtuvo resultados significativos solo para las sub-escalas de *no-reaccionar* y *no-juzgar*, consistente con los resultados de Didonna et al. (2019) quienes, además encontraron un cambio significativo en *actuar con conciencia*. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por el estudio de Emerson et al. (2018), en el que las facetas de *no-reaccionar*, *no-juzgar* y *actuar con conciencia* predecían una frecuencia menor de aparición de pensamientos intrusivos, menos dificultad percibida en controlarlos y un menor uso de estrategias de control. Estos autores encontraron, además, que mayores puntuaciones en la faceta de *observar* suponían un aumento de las reacciones negativas asociadas a los pensamientos intrusivos, probablemente por el aumento de mecanismos de hipervigilancia hacia sus estímulos internos, elevada en estos individuos de por sí. Esto concuerda con la no reducción de sintomatología hallada en el estudio de Külz et al. (2019), que encontraron un aumento de puntuación en la sub-escala de *observar*. Existe, por tanto, la necesidad de ajustar e incidir en las habilidades y actitudes de actuar con conciencia sin juzgar ni reaccionar ante la experiencia interna, dejando de lado e incluso insistiendo en las consecuencias contraproducentes de llevar conscientemente la atención hacia estímulos internos relacionados con las obsesiones.

Por último y en consonancia con el tercer objetivo, en la mayoría de los estudios se ha medido la eficacia de una IBM como sustituta de la Terapia Cognitivo Conductual (ver Tabla 1). Tan solo 2 estudios de los recogidos en esta revisión han utilizado una IBM combinada con una EPR (Strauss et al., 2018) o como prevención de recaídas (Selchen et al., 2018). Puesto que los resultados de investigación más firmes sobre eficacia de las IBM para sintomatología clínica lo son en cuanto a la prevención de recaídas en cuadros depresivos (Kuyken et al., 2015) y dada la abundante investigación que acumula la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para TOC, no parece inverosímil suponer que mayores tasas de eficacia se obtendrían a través de una IBM como terapia complementaria en lugar de como sustituta.

Esta revisión cuenta con una serie de limitaciones. Por un lado, se incluyen estudios con distinto tipo de diseño experimental lo que dificulta la generalización de resultados. Además, no se ha podido acceder a muchos de los protocolos de tratamiento de los estudios, con lo que no se han podido sacar conclusiones sobre las terapias más precisas o sobre los mecanismos concretos que pudiesen estar contribuyendo a la mejora (o empeoramiento) de sintomatología clínica. Otra de las limitaciones se encuentra en la escasez de artículos revisados (11) o de criterios de inclusión

Tabla 4
Media y desviación estándar de severidad de síntomas, junto a los estadísticos y tamaños del efecto entre grupos, entre momentos de medida y la interacción de ambos.

Estudio (instrumento)	Puntuaciones M (DE)									Efectos principales		
	En Grupo MINDFULNESS				En grupo comparación			En grupo control		Grupo	Tiempo	Interacción
	Pre	Mid	Post	FU	Pre	Post	FU	Pre	Post			
Claudius et al. (2015) (OCI-R)	14,65 (7,94)		14,59 (7,80)					17,00 (8,75)	17,27 (9,07)	$F(1,30) = ,77 (.39)$ $\eta_{\text{parcial}}^2 = ,03$	$F(1,30) = ,02 (.89)$ $\eta_{\text{parcial}}^2 = ,001$	$F(1,30) = ,05 (.83)$ $\eta_{\text{parcial}}^2 = ,002$
Claudius et al. (2020) (Y-BOCS)	20,8 (6,5)		17,1 (7,4)	15,8 (7,8)	23,1 (5,8)	20,1 (7,7)	14,35 (7,80)			Post: $F(1, 108) = 0,871$ (,353) $\eta_{\text{parcial}}^2 = 0,008$ FU: $F(1,95) = 0,50, p = ,48; \eta_{\text{parcial}}^2 = ,05$		
Didonna et al. (2020) (Y-BOCS)	20,7 (8,6)	16,3 (8,7)	16,4 (9)								(0,001*) $d = - ,72$	
Hanstede et al. (2008) (OCI-R)	31,13 (7,70)		17,13 (7,47)					22,67 (11,02)	21,67 (8,0256)			$F = 12,48^*$
Key et al. (2019) (Y-BOCS)	24,18 (7,10)		21,69 (7,45)					25,35 (7,45)	26,76 (7,12)	$F(1, 28) = 1,44$ (,24)	$F(1, 28) = 1,14$ (,30)	$F(1, 28) = 15,07$ (,001) $d = 1,38$ (G)
Külz et al. (2019) (Y-BOCS)	20,8 (6,5)		17,1 (7,4)	15,8 (7,8)	23,1 (5,8)	20,1 (7,7)	18,6 (7,4)			Post $F(1, 108) = 0,871$ (,353) $\eta_{\text{p}}^2 = 0,008$ (P) FU $F(1, 95) = 1,268,$ (,263) $\eta_{\text{p}}^2 = 0,013$ (,570) (G)		
Kumar et al. (2019) (Y-BOCS)	12,41 (4,85)		5,11 (2,81)	4,67 (3,35)							$F = 15,84$ (0,001*) $\eta_{\text{p}}^2 = 0,41$ (M)	
Rupp et al. (2019) (Y-BOCS)	24,30 (4,00)		19,05 (6,30)	17,05 (7,92)	25,05 (2,69)	19,40 (5,38)	16,35 (9,11)	NWL 25,50 (3,82)	NWL 20,40 (6,71)	$F = (1,36) 0,26$ (0,611)	$F(1,36) = 15,82$ (0,001*)	$F(1,36) = 0,001$ (0,979)
							WL 23,85 (2,74)	WL 23,60 (2,39)		$\eta_{\text{c}}^2 = 0,005$ (P)	$\eta_{\text{c}}^2 = 0,097$ (P)	$\eta_{\text{c}}^2 = 0,001$ (P)
Selchen et al. (2018) (Y-BOCS)	21,56 (6,13)		13,56 (5,84)		22,1 (5,03)	18,37 (5,32)				$F(1, 35) = 5,01$ (,03)	$F(1, 35) = 81,08$ (,001*) $d = 1,18$	
Strauss et al. (2018) (Y-BOCS)	29,11 (6,02)		22,93 (8,15)	17,27 (13,57)	29,83 (7,59)	21,12 (9,78)	18,17 (11,82)				Post: $d = 0,36$ a favor de EPR FU: $d = -0,04$ a favor de MB-ERP	

El estudio de Madani et al. (2013) no ha sido introducido en la tabla por ausencia de datos estadísticos publicados. Media (M); Desviación estándar (DE); Medida en Pre-tratamiento (Pre); Medida en mitad de tratamiento (Mid); Medida en Post-tratamiento (Post); Medida en Seguimiento (FU); Valor de la prueba F de Fisher (F); probabilidad asociada al estadístico (p=); Inventario de Obsesiones y Compulsiones revisado (OCI-R); Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS); valor estadísticamente significativo (*); tamaño del efecto d de Cohen (d=); grupo en Lista de Espera (WL); grupo en No Lista de Espera (NWL); medida del tamaño del efecto eta cuadrado (η^2); Tamaño del efecto grande (G); Tamaño del efecto mediano (M); Tamaño del efecto pequeño (P); Exposición con Prevención de Respuesta (EPR); Basado en Mindfulness (MB).

utilizados (idioma y estudio cuantitativo) a la que se recurrió dada la falta de un número suficiente de estudios publicados sobre el tema. Precisamente a causa de esto, los estudios difieren mucho entre sí en cuanto a las características de los procedimientos terapéuticos, en las medidas utilizadas para síntomas clínicos (VD) y para habilidades de Mindfulness (VI) o en la población diana (tipos de obsesiones, severidad de síntomas, etc.).

Conclusiones

De manera general y a la luz de los resultados de la investigación actual, no se puede afirmar la superioridad de las intervenciones basadas en Mindfulness en comparación con la Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta para la reducción de síntomas de TOC (objetivo 1). Así como en la mayoría de ellos se

Tabla 5

Significación estadística en diferencia pre-post en severidad de síntomas y habilidades de Mindfulness y tasas de abandono de los estudios seleccionados.

Estudio	Síntomas TOC	Mindfulness	Abandono	Datos secundarios
Claudius et al. (2015)	Diferencia no significativa (tampoco efecto grupo)	-	28,6% MB y 23,7% RMP	+ OCI-R en Pre predecía mayor disminución en OCI-R
Claudius et al. (2020)	Diferencia no significativa (tampoco efecto grupo)	-	28,6% MB y 23,7% RMP	+ OCI-R en Pre predecía mayor disminución en OCI-R
Didonna et al. (2020)	Diferencia significativa (d = 0,72)	Diferencia significativa (d = 0,94)	0% (muy bajo)	
Hanstede et al. (2008)	Diferencia significativa	Diferencia significativa	-	
Key et al. (2019)	Diferencia significativa (d = 1,38)	Diferencia significativa en No-juzgar y No-reaccionar	27,7% MBCT y 16,7% WL (bajo)	Y-BOCS y FFMQ no correlacionaron entre sí. Y-BOCS y OBQ no. FFMQ y OBQ sí
Külz et al. (2019)	Diferencia no significativa	Diferencia Significativa en Describir	3,2% MBCT y 4,8% PE-TOC (bajo)	MBCT mejoró en OCI-R y OBQ No respuesta asociada a +Y-BOCS en PE-TOC +OCI-R en MBCT Terapia simultánea predecía Y-BOCS en EP-ÓCD
Kumar et al. (2019)	Diferencia significativa ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,41, M$).	Diferencia no significativa	10% en Pre, 3,3% en Post, 3,3% en FU	Significativo en la escala de Obsesiones de Y-BOCS ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,56, M$)
Madani et al. (2013)	Diferencia significativa	-	-	-
Rupp et al. (2019)	Diferencia significativa	-	7,5% DM y 7,5% CR	El grupo de NWL mejoró significativamente más en el tiempo que WL
Selchen et al. (2018)	Diferencia significativa	Diferencia significativa	5% en MBCT y 5% MBCT-TCC	No hubo diferencias entre ambos grupos
Strauss et al. (2018)	Diferencia no significativa	Diferencia no significativa (aunque tamaño del efecto grande)	29,72% MB-ERP 18,91% ERP(alto)	Mejoras en OBQ, depresión y bienestar mayores en ERP

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC); terapia Basada en Mindfulness (MB); Relajación Muscular Progresiva (RMP); Inventario de Obsesiones y Compulsiones (OCI-R); tamaño del efecto d de Cohen (d=); Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, por sus siglas en inglés); Grupo en Lista de Espera (WL, por sus siglas en inglés); Escala de Yale-Brown sobre Obsesiones y Compulsiones (Y-BOCS); Cuestionario de Cinco Factores de Mindfulness (FFMQ); Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ); Grupo de Psicoterapia Cognitiva (PE-); Terapia Cognitivo Conductual (TCC); Mindfulness de Desapego (DM); Reestructuración Cognitiva (RC); grupo de No Lista de Espera (NWL, por sus siglas en inglés); medida Pre-tratamiento (Pre); medida en Post-tratamiento (Post); Medida de seguimiento, por sus siglas en inglés (FU); Tamaño del efecto Medio (M); Ritual neutralizador (Neutlz.)

consigue una diferencia significativa para el grupo Mindfulness, estos resultados no se relacionan con diferencias en las habilidades adquiridas. Por otro lado, aunque no todos los estudios relacionan sus resultados con las diferentes facetas de Mindfulness (objetivo 2), los resultados, si se replicasen, indicarían que “no juzgar”, “no reaccionar” y “actuar con conciencia” favorecen la reducción de síntomas mientras que “observar” la perjudica. Por último, parece verosímil investigar las IBM como terapias complementarias a la EPR en lugar de como sustitutas (objetivo 3) para el tratamiento de TOC. Los estudios existentes a día de hoy ofrecen datos contradictorios, con lo que es prematuro valorar su eficacia. Es preciso una mayor investigación en el área dado que a nivel teórico existen modelos consistentes en cuanto a los mecanismos de cambio basados en Mindfulness involucrados en la reducción de sintomatología TOC.

Fuentes de financiación: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC, EEUU: American Psychiatric Association.
- Baer, R. A., Smith, G. T. y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191–206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45. doi: 10.1177/1073191105283504.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. y Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47(4), 451–5. doi: 10.1348/014466508X314891
- Cludius, B., Hottenrott, B., Alsheben, H., Peter, U., Schröder y J., Moritz, S. (2015). Mindfulness for OCD? No evidence for a direct effect of a self-help treatment approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 59–65.
- Cludius, B., Landmann, S., Rose, N., Heidenreich, T., Hottenrott, B., Schroder, J., Jelinek, L., Voderholzer, U., Katrin Kulz, A., Moritz, S. (2020). Long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder and residual symptoms after cognitive behavioral therapy: Twelve-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 291, 113–119.
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. Springer Science y Business Media. New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-0-387-09593-6
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R. y Pedrini, L. (2019). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156–170. doi: 10.1097/PRA.0000000000000377
- De Silva, P. (2003). Obsessions, ruminations and covert compulsions. In R. G. Menzies y P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. (pp. 195–209) New York: Wiley.
- Emerson, L.M., Heapy, C. y Garcia-Soriano, G. (2018). Which facets of mindfulness protect individuals from the negative experiences of obsessive intrusive thoughts? *Mindfulness*, 9, 1170–1180. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0854-3
- Fisher, P. L., Cherry, M. G., Stuart, T., Rigby, J. W. y Temple, J. (2020). People with obsessive-compulsive disorder often remain symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualised psychological interventions. *Journal of Affective Disorders*, 275, 94–108.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory:

- development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–495. doi: 10.1037//1040-3590.14.4.485
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C., Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Hanstede, M., Gidron, Y. y Nyklíč'ek, Y. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 776–779.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en ORW1S34RfeSDcfkexd09rT2mindfulness1RW1S34RfeSDcfkexd09rT2 y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115–124. doi: <http://dx.doi.org/bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J., Welch V.A. (Eds.). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* version 6.0 (updated July 2019). Cochrane, 2019. [Acceso 1 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Hooda, H.K., Wilson, H.A., Koerner, N., McCabe, R.E., Rowa, K., Antony, M.M. (2019). Poor insight in obsessive-compulsive disorder: Examining the role of cognitive and metacognitive variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 100447
- Hussain, D. (2015). Meta-Cognition in mindfulness: A conceptual analysis. *Psychological Thought*, 8, 132–141. doi: 10.5964/psyct.v8i2.139
- Key, B.L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R. y Pawluk, E.J. (2017). Mindfulness based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 24, 1109–1120.
- Külz, A.K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philipsen, A., Voderholzer, U., Maier, J.G. y Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 223–233. doi: 10.1007/s00406-018-0957-4
- Kumar, A., Sharma, M.P., Narayanaswamy, J.C., Kandavel, T. y Reddy, Y.C.J. (2019). Efficacy of mindfulness integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian Journal of Psychiatry*, 58, 366–371.
- 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., Sutton, H., ... 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, 63–73. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62222-4
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445–1467. doi: 10.1002/jclp
- Madani, N.A.M., Kananifar, N., Atashpour, S.H. y Habil, M.H.B. (2013). The effects of mindfulness group training on the rate of obsessive-compulsive disorder symptoms on the women in Isfahan City (Iran). *International Medical Journal* 20(1), 13–17.
- Moritz, S., y Jaeger, A. (2018). Decreased memory confidence in obsessive-compulsive disorder for scenarios high and low on responsibility: is low still too high?. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 268, 291–299. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0783-0>
- National Institute for Health and Care Excellence (2019) [CG31] 2019 surveillance of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (NICE guideline [WWW Document] [Acceso 12 agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/2019-surveillance-of-obsessive-compulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-nice-guideline-cg31-6713804845/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527–1542.
- Patel, S. R., Carmody, J. y Simpson, H. B. (2007). Adapting Mindfulness-based Stress Reduction for the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 375–380.
- Primakoff L, Epstein N, Covi L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavioral Therapy* 17, 433–46
- Quintana, B. (2016). *Evaluación del Mindfulness: aplicación del cuestionario Mindfulness de cinco facetas (FFMQ) en población española*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/37535/>
- Quintana, M. y Rivera, O. (2012). Mindfulness training online for stress reduction, a global measure. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 143–8. doi: 10.3233/978-1-61499-121-2-143
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. y Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: ameta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310–1325. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>*
- Rupp, C., Jürgens, C., Doebler, P., Andor, F. y Buhlmann, U. (2019). A randomized waitlist-controlled trial comparing detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive compulsive disorder. *PLoS ONE*, 14(3): e0213895.
- Shafran, R., Rasmussen, A. S., Coughtrey, A. E., & Rachman, S. (2013). Advances in the cognitive behavioural treatment of obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 265–274. doi: 10.1080/16506073.2013.773061
- Selchen, S., Hawley, L.L., Regev, R., Richter, P. y Rector, N.A. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for OCD: Stand-alone and post-cbt augmentation approaches. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*, 11, 58–79. doi: 10.1007/s41811-018-0003-3
- Singh, N. N., Robert, G., Wahler, R.G., Winton, W.A. y Adkins, A. D. (2004). A Mindfulness-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 3, (4), 275–287.
- Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., Welton, N., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 20, 1–392.
- Strauss, C., Laura, L.L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwrik, T., Jones, A.M. y Rosten, C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 39–47.
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis. *Medicina Clínica*, 135, 507–511
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 92–99.