



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

Eficàcia de la teràpia cognitiva basada en mindfulness en pacients amb trastorn obsessiu-compulsiu: una revisió sistemàtica.

Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder: a systematic review.

Edna Grabalosa Arqués

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària
Facultat d'Educació, Traducció, Esports i Psicologia
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Assumpció Guillén Font

Curs 2024-2025

Resum

Antecedents i objectius: La teràpia cognitiva-conductual i l'exposició amb prevenció de resposta són els tractaments d'elecció pel trastorn obsessiu-compulsiu. No obstant això, en els darrers anys, s'han detectat certes limitacions d'aquests tractaments, tant pel que fa als resultats a llarg termini com als índexs d'adherència al tractament. D'aquesta manera, s'han proposat les noves teràpies basades en mindfulness com a tractament potencial per a la simptomatologia obsessiva-compulsiva. L'objectiu d'aquest estudi, doncs, és avaluar l'eficàcia de la teràpia cognitiva basada en mindfulness en pacients amb trastorn obsessiu-compulsiu. *Metodologia:* Es va realitzar una revisió sistemàtica a través de tres bases de dades diferents, i, a partir d'aquests recursos, es van seleccionar un total de set estudis vàlids per ser inclosos en la revisió. *Resultats:* Els resultats obtinguts avalen l'eficàcia de la teràpia cognitiva basada en mindfulness a l'hora de reduir la gravetat de la simptomatologia del trastorn obsessiu-compulsiu. A més, es va observar una reducció significativa dels símptomes obsessius i compulsius, una millora general de l'estat d'ànim dels pacients i un increment de les habilitats en mindfulness. *Conclusions:* La teràpia cognitiva basada en mindfulness resulta ser un tractament eficaç per al trastorn obsessiu-compulsiu, amb beneficis addicionals en la millora de l'estat d'ànim i l'enfortiment de les habilitats de mindfulness.

Paraules clau: trastorn obsessiu-compulsiu, mindfulness, teràpia cognitiva basada en mindfulness, eficàcia.

Abstract

Background and Objectives: Cognitive-behavioral therapy and exposure with response prevention are the gold-standard treatments for obsessive-compulsive disorder. However, recent research has identified certain limitations in these interventions, particularly concerning long-term outcomes and treatment adherence rates. Consequently, mindfulness-based therapies have been proposed as a potential alternative for addressing obsessive-compulsive symptoms. This study aims to evaluate the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in individuals with OCD. *Methodology:* A systematic review was conducted across three different databases, resulting in the selection of seven eligible studies for inclusion. *Results:* Findings support the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing the severity of obsessive-compulsive disorder symptoms. Additionally, significant reductions in obsessive and compulsive symptoms were observed, alongside improvements in overall mood and enhanced mindfulness skills. *Conclusions:* mindfulness-based cognitive therapy is an effective treatment for obsessive-compulsive disorder, offering additional benefits in mood regulation and mindfulness skill development.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy, efficacy.

1. MARC TEÒRIC

El trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) és una patologia psiquiàtrica caracteritzada per la presència d'obsessions i compulsions que interfereixen significativament en el funcionament diari de l'individu, generant un elevat nivell de malestar subjectiu o un deteriorament en àmbits com el social, laboral o d'altres àrees de la vida (American Psychiatric Association [APA], 2023). A nivell epidemiològic, s'estima una prevalença puntual del TOC de l'1,1% a Espanya (Subdirecció General de Informació Sanitària, 2021) i del 0,7% a Europa (Wittchen et al., 2011), xifres similars a les proporcionades pel Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5-TR), que estableix una prevalença de l'1,2% als Estats Units (APA, 2023). A més, es considera una de les deu condicions psiquiàtriques amb major càrrega de discapacitat a nivell mundial (Pinto et al., 2006).

En l'actualitat, el tractament de primera línia amb més suport empíric per al TOC és la teràpia cognitiva-conductual (TCC), concretament la modalitat d'exposició amb prevenció de resposta (EPR) (APA, 2007; Fonseca, 2021; National Institute for Health and Care Excellence, 2005; National Institute of Mental Health, 2024). No obstant això, la literatura científica ha assenyalat limitacions d'aquesta intervenció en termes d'eficàcia a llarg termini i adherència terapèutica. Segons la revisió de Fisher et al. (2020), només un 32% dels pacients poden ser considerats "recuperats" després del tractament, i només el 21% mantenen aquests beneficis als sis mesos posteriors. L'estudi també destaca que únicament un 18% dels pacients esdevenen asimptomàtics després de la intervenció, i aquest percentatge només augmenta lleugerament (20%) a llarg termini (Fisher et al., 2020).

Un altre factor crític és la dificultat de tolerància de l'EPR per part dels pacients, ja que pot generar nivells elevats d'ansietat (Mancebo et al., 2011) i rebuig al tractament, contribuint així a les altes taxes d'abandonament. Aquestes dades les refereix la revisió sistemàtica d'Öst et al. (2015), que indica una taxa d'abandonament del 19,1%. Altres estudis situen aquest índex entre el 8% i el 30% (Abramowitz et al., 2003; Fisher i Wells, 2005; Foa et al., 2005; Neziroglu i Mancusi, 2014; Stanley i Turner, 1995). Aquestes dades suggereixen que, malgrat els beneficis terapèutics de la TCC i l'EPR, més del 60% dels pacients continuaran presentant simptomatologia significativa després del tractament (Eddy et al., 2004; Fisher et al., 2020), assenyalant la necessitat d'explorar noves intervencions que millorin l'eficàcia a llarg termini (Abramowitz, 2018).

En aquest sentit, diverses línies de recerca han explorat el potencial del mindfulness com a estratègia per augmentar l'eficàcia de la TCC i millorar-ne l'adherència (Kültz et al., 2019; Mathur et al., 2019). El mindfulness o atenció/consciència plena, es defineix com "prestar atenció d'una manera determinada: de manera deliberada, en el moment present i sense emetre judicis" (Kabat-Zinn, 2009, p. 26). Aquest enfocament facilita una major consciència dels processos mentals automàtics, redueix la reactivitat emocional i promou estratègies adaptatives d'afrontament (Kabat-Zinn, 2009). Segons Baer et al. (2003), els mecanismes mitjançant els quals el mindfulness podria contribuir a la reducció de la simptomatologia del TOC inclouen: 1) l'exposició sostinguda a estímuls ansiosos sense conductes d'evitació; 2) la reestructuració cognitiva mitjançant la desidentificació dels pensaments intrusius; 3) la millora en la regulació emocional i la presa de perspectiva; 4) la inducció d'una resposta de relaxació com a efecte secundari beneficiós; i 5) l'acceptació de la simptomatologia sense intenció de suprimir-la. Altres autors també defineixen aquests mecanismes indicant que el mindfulness facilita l'augment de la consciència metacognitiva respecte als pensaments intrusius, reduint-ne la significació percebuda i, en conseqüència, minimitzant l'ansietat associada (Chien et al., 2022). També, Fairfax (2018) conclou que l'atenció plena promou l'acceptació i la normalització dels símptomes, reduint la lluita interna i la reactivitat emocional envers el trastorn.

Els programes basats en mindfulness (MBI, Mindfulness Based Interventions) engloben totes aquelles intervencions on la meditació en mindfulness constitueix l'element nuclear, incloent-hi pràctiques formals i informals (Crane et al., 2017). Entre aquests programes destaquen la reducció d'estrès basada en mindfulness (MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction) (Kabat-

Zinn, 2016) i la teràpia cognitiva basada en mindfulness (MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy) (Segal et al., 2017).

El protocol MBSR consta de vuit sessions setmanals de dues hores, centrades en el desenvolupament d'habilitats de mindfulness amb l'objectiu de reduir l'estrès, el patiment psicològic i el dolor crònic (Lehrhaupt i Meibert, 2018). Per la seva banda, la MBCT també es desenvolupa en vuit sessions, integrant tècniques de TCC amb mindfulness per prevenir recaigudes en depressió (Segal et al., 2017). Tot i que la MBCT es va dissenyar inicialment per a la depressió major recurrent, la seva aplicabilitat s'ha estès a diverses patologies psiquiàtriques (Galante et al., 2016). El mindfulness ha demostrat ser una intervenció efectiva tant en poblacions clíniques com no clíniques (Van Agteren et al., 2021), evidenciant-se especialment en la reducció de les recaigudes en el trastorn depressiu major (Segal et al., 2017). Així mateix, la seva aplicabilitat s'ha estès a diverses condicions psicopatològiques, incloent els trastorns d'ansietat, els trastorns per somatització, l'abús de substàncies, els trastorns de la conducta alimentària, els trastorns de la personalitat i el dolor crònic (Vasquez-Dextre, 2016).

Tot i que l'evidència empírica sobre l'eficàcia del mindfulness en el tractament del TOC encara és limitada, els resultats preliminars suggereixen que podria constituir una estratègia terapèutica complementària a la TCC, especialment en aquells casos en què es busca millorar l'eficàcia a llarg termini. A més, el mindfulness presenta avantatges potencials respecte a l'exposició amb prevenció de resposta (EPR), atès que es percep com una intervenció menys aversiva i millor tolerada pels pacients (Manjula i Sughir, 2019).

L'objectiu principal d'aquest estudi és analitzar l'evidència existent sobre l'efectivitat de la MBCT en la reducció de la gravetat simptomàtica del TOC. Com a objectius específics, es pretén identificar quins símptomes es veuen més modulats per aquesta intervenció.

La hipòtesi general postula que la MBCT mostrarà eficàcia en la reducció de la gravetat del TOC, mentre que la hipòtesi específica suggereix que aquesta tècnica serà especialment efectiva en la disminució de les obsessions, les compulsions i l'afectació emocional associada al trastorn.

Per tal d'examinar aquesta qüestió, s'ha dut a terme una revisió sistemàtica de la literatura científica mitjançant la consulta de les bases de dades PsycInfo, PubMed i Web of Science. Després d'un procés de selecció rigorós, s'han inclòs un total de set estudis rellevants, els quals han estat analitzats i interpretats de manera exhaustiva.

2. METODOLOGIA

Estratègia de cerca bibliogràfica

Aquesta revisió sistemàtica s'ha dut a terme d'acord amb les directrius establertes per la guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021), garantint així un procés metodològic rigorós i estandarditzat. La cerca bibliogràfica es va dur a terme l'11 de desembre de 2024 mitjançant la consulta de tres bases de dades científiques de referència: PsycInfo, PubMed i Web of Science. Els termes de cerca emprats van ser: ("ocd" OR "obsessiv* compulsive disorder" OR "obsessi*") AND ("mindfulness" OR "mindful*" OR "MBSR" OR "MBCT") AND ("treatment" OR "therapy" OR "intervention" OR "training"). Finalment, es van aplicar criteris de filtratge per disseny metodològic, limitant els resultats a estudis empírics i quantitius, assajos clínics i resultats de tractaments.

Selecció d'estudis i criteris d'elegibilitat

Tipus d'estudi

En la recerca es van incloure exclusivament estudis primaris, quantitius, empírics i clínics que avaluaven l'eficàcia d'una intervenció en la reducció simptomatologia clínica. Van quedar excloses les fonts secundàries com les revisions sistemàtiques, metanàlisis, validacions d'instruments, llibres i tesis doctorals, a més dels estudis qualitius.

Tipus de participants

Es van incloure exclusivament estudis amb participants diagnosticats de TOC, excloent-se les mostres de poblacions no clíniques o aquelles en què el TOC es presentava com a trastorn comòrbid a un altre trastorn mental. També es van descartar aquells estudis que enfocaven la investigació en més d'un trastorn de manera simultània.

Respecte a l'edat, es va restringir la recerca a la població adulta, per la qual cosa els estudis centrats en la infància i l'adolescència van ser exclosos de la cerca.

Tipus d'intervenció

L'única intervenció que s'ha inclòs en aquesta revisió és la MBCT i adaptacions d'aquestes pel TOC, quedant exclosos altres programes basats en mindfulness com, per exemple, la MBSR.

Mètodes de revisió

El procés de revisió sistemàtica es va estructurar en diverses fases consecutives per garantir la selecció rigorosa dels estudis inclosos. La primera fase, d'identificació, va consistir en la recuperació inicial d'articles mitjançant els termes de cerca establerts en les tres bases de dades seleccionades. En la fase de cribatge, es van aplicar els filtres metodològics descrits en l'apartat anterior, i es van eliminar els articles duplicats per evitar biaixos en la selecció. Posteriorment, es va procedir a la fase d'elegibilitat, en la qual es va realitzar un anàlisi exhaustiu de cada article segons els criteris d'inclusió predefinitos. Aquesta fase es va desenvolupar en tres subfases successives: primer una revisió del títol per descartar estudis clarament no rellevants, a continuació un anàlisi del resum per aprofundir en la pertinència dels articles preseleccionats i, finalment, l'avaluació del text complet per determinar l'elegibilitat definitiva. A més, es va dur a terme una revisió exploratòria de les referències bibliogràfiques dels articles seleccionats amb l'objectiu d'identificar estudis addicionals potencialment rellevants. No obstant això, no es va localitzar cap estudi que complís els criteris d'inclusió establerts en aquesta revisió. Finalment, seguint aquest procediment sistemàtic, es van incloure un total de set estudis que compleixen els criteris establerts per aquesta revisió. A la Figura 1 es presenta el diagrama de flux, estructurat d'acord amb el format PRISMA 2020 (Page et al., 2021), que il·lustra les diferents etapes del procés de selecció bibliogràfica.

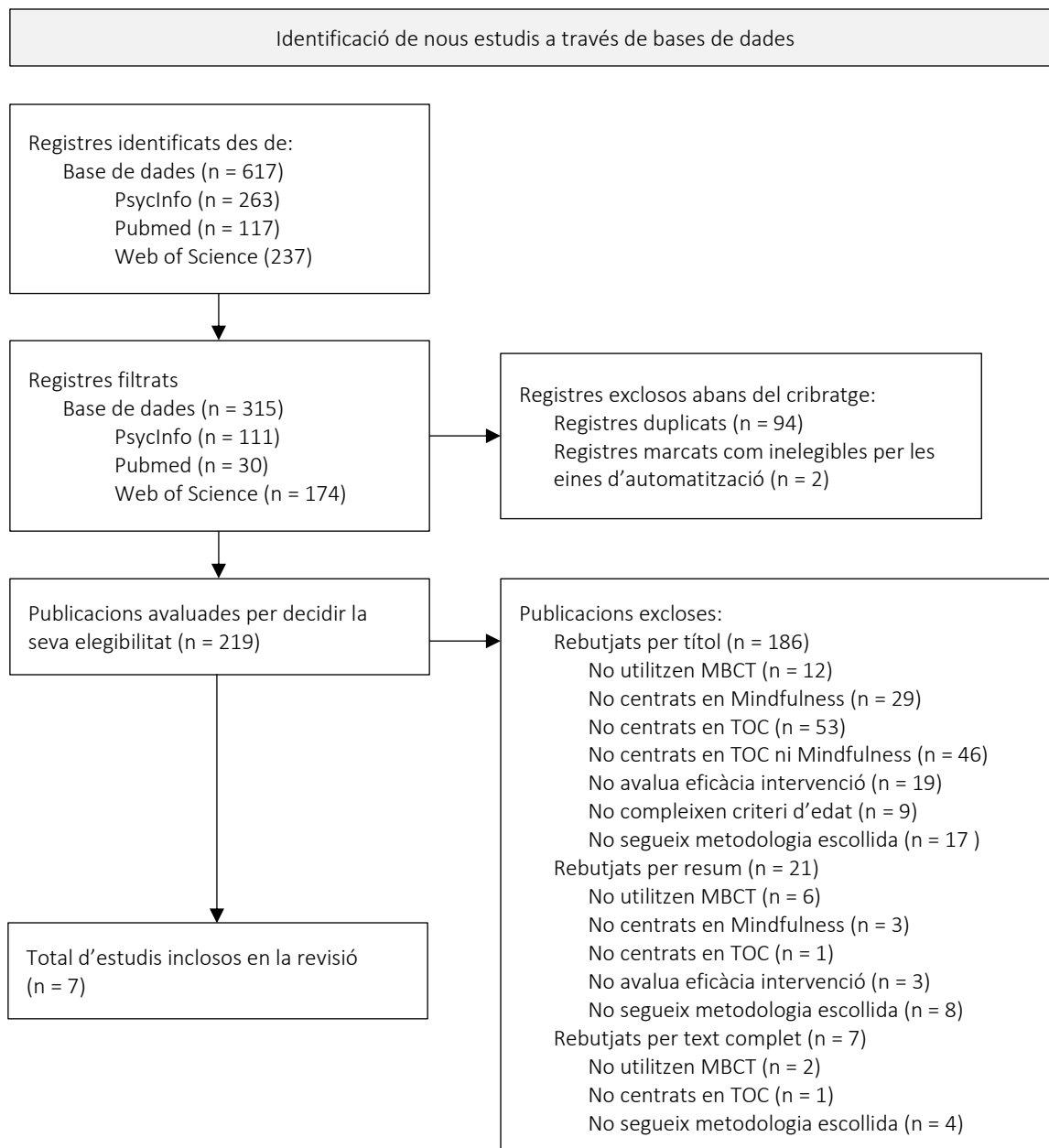
3. RESULTATS

La Taula 1 sintetitza la informació clau dels estudis inclosos en aquesta revisió sistemàtica, detallant-ne el disseny, objectius, mostra, intervencions, resultats i limitacions. L'anàlisi de les dades indica que la revisió inclou set estudis (2017-2021), cinc dels quals són assaigs clínics controlats i aleatoritzats (ACA), mentre que dos no compten amb grup control. Les mostres analitzades són adultes, amb mitjanes d'edat entre 28 i 43 anys. Quant a la mida mostral, tres estudis tenen menys de 40 participants, un en té 60 i tres en inclouen prop de 120.

Pel que fa a les intervencions, cinc estudis comparen la MBCT amb altres modalitats terapèutiques (psicoeducació, placebo, maneig de l'estrès i farmacoteràpia), un estudi no controlat avalua la MBCT sense comparació i un altre examina la seva eficàcia com a tractament únic i combinat amb TCC. Cap estudi contrasta la MBCT amb el tractament de primera línia per al TOC, la TCC amb EPR.

Tots els estudis evidencien una reducció en la gravetat del TOC segons l'Escala d'Obsessions i Compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989). No obstant això, només dos estudis han trobat una superioritat estadísticament significativa de la MBCT respecte al grup control; en els cinc restants, la seva eficàcia ha estat equivalent a les intervencions del grup control. Tres estudis han utilitzat mesures addicionals per avaluar la severitat del TOC: Mathur et al. (2021) amb la CGI (Guy, 1976) i Cludius et al. (2020) i Kulz et al. (2019) amb l'OCI-R (Foa et al., 2002). En aquest últim, la MBCT ha mostrat una eficàcia superior en la reducció del TOC quan s'ha utilitzat l'OCI-R (Kulz et al., 2019).

Figura 1. Diagrama de flux del procés de cerca bibliogràfica



Font: Adaptat de "Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas", per M.J. Page, J.E. McKenzie, P.M. Bossuyt, I. Boutron, T.C. Hoffman, C.D. Mulrow, L. Shamseer, J.M. Tetzlaff, E.A. Akl, S.E. Brennan, R. Chou, J. Glanville, J.M. Grimshaw, A. Hróbjartsson, M.M. Lalu, T. Li, E.W. Loder, E. Mayo-Wilson, S. McDonald, [...] D. Moher, 2021, *Revista Española de Cardiología*, 74(9), p. 796.

Nota. MBCT: Teràpia cognitiva basada en Mindfulness per les seves sigles en anglès. TOC: Trastorn obsessiu-compulsiu.

Els pensaments obsessius han estat avaluats en cinc estudis mitjançant l'OBQ-44 (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005), evidenciant una reducció significativa després de la MBCT. En tres estudis, la MBCT ha estat superior al grup control, mentre que en dos ha mostrat una eficàcia equivalent.

Quant a la simptomatologia depressiva, un estudi ha utilitzat la MADRS (Montgomery i Åsberg, 1979), un altre la HDRS (Hamilton, 1960) i cinc el BDI-II (Beck et al., 1996). Tots han registrat una reducció significativa dels símptomes, però només Key et al. (2017) i Kulz et al. (2019) han trobat una superioritat significativa de la MBCT respecte al grup control.

Taula 1. Informació descriptiva sobre els articles inclosos a la revisió sistemàtica

Estudi	Disseny	Objectiu/s	Mostra	Intervencions	Resultats principals	Limitacions
Cludius et al., 2020	EE EQ ACA	Avaluar l'eficàcia a llarg termini (12 mesos) de la MBCT en pacients diagnosticats de TOC amb símptomes residuals i que prèviament no han respòs a TCC. <i>*És l'estudi de seguiment després de la investigació de Kulz et al. (2019).</i>	N = 125 pacients amb TOC que no han respòs prèviament a TCC.	<u>GE</u> : MBCT de 8 sessions (n = 61) <u>GC</u> : OCD-EP de 8 sessions (n = 64).	Tant la MBCT com el OCD-EP han resultat ser igualment eficaços en la reducció de la gravetat i símptomes TOC durant el pròxim any a la intervenció. També en millorar la qualitat de vida, els símptomes depressius, les ideacions suïcides, els pensaments obsessius, les creences metacognitives, els símptomes post-traumàtics, les habilitats de mindfulness i l'autocompassió.	No es fa seguiment del compliment de les tasques encomanades per fer a casa. Els pacients seguien simultàniament altres intervencions amb psicofàrmacs o altres tipus de psicoteràpies. Dependència dels informes dels pacients a la hora d'avaluar la prèvia TCC.
Fabrizio et al., 2019	EE EQ	Analitzar el compliment i l'impacte de la MBCT en la simptomatologia TOC i en altres variables relacionades amb el mindfulness.	N = 35 pacients amb TOC.	MBCT per TOC de 11 sessions.	S'observa reducció de la severitat dels símptomes TOC, augment de la capacitat de mindfulness i disminució de la simptomatologia depressiva, l'alexitimia, la preocupació i els símptomes dissociatius. La puntuació a SCL-90-R també es redueix. S'observa correlació negativa entre habilitats mindfulness i gravetat del TOC.	No hi ha grup control. Mostra petita. El diagnòstic no s'ha realitzat a través d'una avaluació estructurada, pel que no hi ha informació sobre comorbiditats.
Key et al., 2017	EE EQ ACA	Avaluar la viabilitat i l'acceptabilitat de la MBCT com a intervenció augmentativa de la TCC en pacients amb TOC i analitzar els resultats associats a participar en la MBCT.	N = 36 pacients amb TOC que ja han participat en sessions de TCC i EPR i no han obtingut remissió de símptomes.	<u>GE</u> : MBCT de 8 sessions (n = 18) <u>GC</u> : llista d'espera (n = 18)	El GE mostra major disminució en gravetat i símptomes TOC, a més de millores superiors en depressió, ansietat, habilitats mindfulness i autocompassió. També una major satisfacció amb la teràpia. S'observa correlació de les habilitats de mindfulness amb canvis en els pensaments obsessius, però no amb gravetat del TOC ni símptomes obsessius o ansiosos.	Mostra petita. Absència de grup control actiu. Absència de període de seguiment. Ús de mesures d'autoinforme. Possible influència de tractaments previs (TCC).
Külz et al., 2019	EE EQ ACA	Investigar l'eficàcia de la MBCT en pacients amb TOC que no han respòs anteriorment a TCC.	N = 125 pacients amb TOC que han seguit TCC prèviament.	<u>GE</u> : MBCT de 8 sessions (n = 61) <u>GC</u> : OCD-EP de 8 sessions (n = 64).	Millora similar en la gravetat en ambdós grups. Millora superior del GE en gravetat auto-avaluada, pensaments obsessius, creences metacognitives, qualitat de vida i símptomes depressius. Al seguiment (6 mesos) també es mostren millores similars en ambdues condicions, sense diferències significatives entre elles.	No s'avalua el compliment de les tasques per casa. Seguiment simultani d'altres intervencions farmacològiques i/o psicològiques. Dependència dels informes dels pacients a la hora d'avaluar la prèvia TCC. No s'ha comprovat que l'eficàcia de la MBCT sigui deguda a la pràctica del mindfulness i no a altres components.

Font: elaboració pròpia.

Nota. ACA: Assaig Controlat Aleatoritzat. EE: Estudi empíric. EPR: Exposició amb Prevenció de Resposta. EQ: Estudi quantitatiu. GC: grup control. GE: grup experimental. MBCT: "Teràpia cognitiva basada en Mindfulness" per les seves sigles en anglès. OCD-EP: Programa grupal de Psicoeducació pel TOC. TCC: Teràpia cognitiva-conductual. TOC: trastorn obsessiu-compulsiu.

Taula 1. Informació descriptiva sobre els articles inclosos a la revisió sistemàtica

Estudi	Disseny	Objectiu/s	Mostra	Intervencions	Resultats principals	Limitacions
Mathur et al., 2021	EE EQ ACA	Examinar l'eficàcia de la MBCT en el tractament del TOC.	N = 60 pacients amb TOC.	<u>GE</u> : MBCT de 12 sessions (n = 30) <u>GC</u> : SMT de 12 sessions (n = 30)	El GE mostra major reducció de la gravetat del TOC, dels pensaments obsessius i de l'ansietat. També menys abandonaments del tractament. En canvi, la MBCT i la SMT mostren resultats similars en símptomes depressius, habilitats de mindfulness, flexibilitat cognitiva, qualitat de vida i deteriorament general.	Mostra petita, urbana i amb alt nivell educatiu. Els pacients reben medicació ISRS. Comparació feta amb un tractament que no és el de primera línia pel TOC. Sessions més llargues al GE.
Selchen et al., 2018	EE EQ	Avaluar la viabilitat i l'eficàcia d'un programa de MBCT, tant com a coadjuvant a una TCC com a tractament únic, en una mostra de pacients amb TOC.	N = 37 pacients amb TOC.	<u>G1</u> : MBCT (n = 19) <u>G2</u> : TCC + MBCT (n = 18)	La MBCT aconsegueix millores en gravetat i simptomatologia del TOC, símptomes depressius, habilitats mindfulness i pensaments obsessius. També resulta ser viable, acceptada i eficaç com tractament independent pel TOC.	No hi ha grup control. Mostra petita. No controla l'efecte d'altres variables estranyes (p.ex. medicació o EPR).
Zhang et al., 2021	EE EQ ACA	Avaluar l'eficàcia, l'acceptabilitat i la seguretat de la MBCT en pacients amb TOC lleu-moderat i no medicats, comparant-ho amb un tractament de primera línia (ISRS) o placebo.	N = 123 pacients amb TOC que no prenen cap medicació.	<u>GE</u> : MBCT grupal de 11 sessions (n = 42). <u>GC1</u> : teràpia grupal amb ISRS (n = 41) <u>GC2</u> : psicoeducació grupal de 11 sessions (n = 40)	La MBCT i l'ISRS obtenen millor resposta que la psicoeducació, però les tres intervencions són igualment eficaces per reduir la gravetat del TOC, la simptomatologia depressiva i ansiosa, la discapacitat associada i per millorar les habilitats de mindfulness. Al seguiment de 6 mesos, els resultats són similars. El grup MBCT presenta millor compliment del tractament. Hi ha una correlació negativa entre les habilitats de mindfulness i la gravetat del TOC.	Mostra poc heterogènia i aleatoritzada. Duració superior de la teràpia del GC2. Comparació feta amb un tractament que no és el de primera línia pel TOC. Pacients amb simptomatologia greu han estat exclosos. No s'avaluen els efectes a llarg termini ni de la pràctica reiterada de mindfulness. No es distingeixen els diferents subtipus dins de l'espectre TOC del DSM-5 i s'encabeixen tots dins l'estudi.

Font: elaboració pròpia.

Nota. ACA: Assaig Controlat Aleatoritzat. DSM-5: Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 5a edició. EE: Estudi empíric. EQ: Estudi quantitatiu. GC: grup control. GE: grup experimental. ISRS: Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina. MBCT: "Teràpia cognitiva basada en Mindfulness" per les seves sigles en anglès. OCD-EP: Programa grupal de Psicoeducació pel TOC. SMT: "Entrenament en maneig de l'estrès" per les seves sigles en anglès. TCC: Teràpia cognitiva-conductual. TOC: trastorn obsessiu-compulsiu.

Un patró similar s'observa en la variable ansietat, mesurada en tres estudis amb la HARS (Hamilton, 1959) o el BAI (Beck et al., 1993). Tots han registrat una reducció significativa de la simptomatologia, però només Mathur et al. (2021) i Key et al. (2017) han reportat una superioritat de la MBCT a l'hora de reduir l'ansietat.

La consciència plena s'ha avaluat en tots els estudis amb el FMI, KIMS o FFMQ. La MBCT ha millorat significativament aquestes habilitats, tot i que només en Key et al. (2017) s'ha demostrat una superioritat respecte al grup control.

Finalment, Zhang et al. (2021) i Fabrizio et al. (2019) han identificat una correlació negativa entre la millora en mindfulness (FFMQ) i la reducció del TOC (Y-BOCS). Key et al. (2017) també han trobat correlació entre FFMQ i pensaments obsessius (OBQ-44), però no amb Y-BOCS, BAI o BDI-II.

4. DISCUSSIÓ

Interpretació dels resultats

L'actual revisió sistemàtica inclou un total de set articles amb 416 participants i constitueix la primera revisió sistemàtica sobre l'eficàcia de la MBCT en pacients amb TOC.

La hipòtesi general inicial formulada suggeria que la MBCT seria capaç de reduir la gravetat del trastorn. En general, els estudis recopilats recolzen aquesta hipòtesi, ja que en tots ells s'ha observat una disminució de la gravetat de la simptomatologia. En tots els estudis inclosos en aquesta revisió, excepte en el de Fabrizio et al. (2018), es compara l'eficàcia de la MBCT amb altres tractaments utilitzats en el TOC (psicoeducació, maneig de l'estrès i inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS)) o amb placebo. No obstant això, cap d'aquests estudis compara l'eficàcia de la MBCT amb el tractament d'elecció per al TOC, la TCC. En aquest context, Selchen et al. (2018) va comparar l'eficàcia de la MBCT sola amb la MBCT aplicada després de la TCC. L'objectiu d'aquest estudi era determinar si la MBCT podria actuar com a tractament independent per al TOC o si seria més eficaç com a complement de la TCC. Els resultats suggereixen que la MBCT seria més útil quan s'aplica després de la TCC, especialment en pacients que no han respost adequadament a aquesta última (Selchen et al., 2018). De manera similar, Leeuwrik et al. (2020) també subratllen els beneficis d'integrar el mindfulness en el tractament habitual del TOC, oferint nous mecanismes per retornar al present, desenganxar-se dels pensaments, aprendre a observar i permetre els pensaments, reduir la importància atorgada a les intrusions, augmentar la consciència del TOC i afavorir el compromís amb el tractament convencional. Per tant, tot i que la MBCT ha demostrat ser eficaç per reduir la simptomatologia i la gravetat del TOC, actualment no és possible comparar la seva eficàcia amb el tractament d'elecció (TCC i EPR), ja que no existeix evidència que les compari com a tractament únic. Tot i això, es confirma la MBCT com a augmentativa del potencial de la TCC.

Tots els articles inclosos en aquesta revisió han avaluat la gravetat de la simptomatologia TOC mitjançant l'escala Y-BOCS, i en tots els casos s'ha observat una reducció significativa de la severitat en el grup de MBCT en comparació amb els diferents grups controls. No obstant això, a l'estudi de Külz et al. (2018), en què es compara l'eficàcia de la MBCT amb un programa grupal de psicoeducació (OCD-EP), a part d'utilitzar l'escala Y-BOCS, també s'administra l'OCI-R. Els resultats obtinguts amb ambdós instruments són diferents, ja que mitjançant l'Y-BOCS no es detecten diferències significatives entre els grups, mentre que amb l'OCI-R es reporta una millora més pronunciada en el grup MBCT. Aquesta discrepància podria ser explicada per la baixa correlació entre ambdós instruments ($r = 0.30$) (Chien et al., 2022), assenyalant que, mentre l'Y-BOCS avalua la gravetat de forma ideogràfica, centrant-se en les obsessions i compulsions específiques de cada pacient i mesurant la seva intensitat a través de diversos paràmetres, l'OCI-R ho fa de forma nomotètica, avaluant els símptomes més comuns del TOC i utilitzant una única qualificació (Abramovitz et al., 2021). Aquesta diferència podria explicar per què l'OCI-R subestima la gravetat d'alguns tipus d'obsessions i compulsions (Abramovitz et al., 2012; Chien et

al., 2002), fet que probablement genera els resultats més favorables per al grup MBCT en aquest estudi.

Per altra banda, les hipòtesis específiques proposades eren que la MBCT seria eficaç per reduir les obsessions, compulsions i l'estat d'ànim dels pacients amb TOC. Aquestes també han estat confirmades pels resultats de la revisió, observant-se una reducció de símptomes obsessius i compulsius i una millora de l'estat d'ànim (reducció de simptomatologia depressiva i ansiosa) en tots els estudis inclosos. A més, s'ha detectat una millora en les habilitats de mindfulness, un resultat no anticipat però d'importància destacable. Pel que fa els símptomes obsessius, en tots aquests estudis s'ha observat una reducció significativa d'aquests pensaments després de la MBCT, indicant que el mindfulness no només seria eficaç en la reducció de la severitat del TOC, sinó també en la producció d'un canvi cognitiu, reduint els pensaments intrusius (Mathur et al., 2021). Aquests resultats concorden amb les troballes de l'estudi qualitatiu de Sguazzin et al. (2017), en el qual, per exemple, el 13% dels pacients va informar d'una millora en l'estat d'ànim, mentre que el 38% va reportar una reducció de l'ansietat o preocupació com a resultat del tractament amb MBCT. Aquest mateix estudi també va destacar millores en les habilitats de mindfulness, com ara que el 34% dels participants van ser més capaços de descentrar-se dels seus pensaments, ja fos centrant l'atenció en el moment present, el cos o l'entorn (Sguazzin et al., 2017).

En dos dels estudis revisats s'ha trobat una correlació entre la millora en les habilitats de mindfulness i la disminució de la gravetat i simptomatologia del TOC (Zhang et al., 2021; Fabrizio et al., 2019). Aquests resultats, per una banda, corroboren que la reducció de la gravetat del TOC en aquests pacients és deguda, si mes no, en part, a l'aprenentatge d'aquestes noves habilitats i per tant, podria considerar-se el mindfulness com el mecanisme d'acció a través del qual han pogut millorar la seva simptomatologia. Per altra banda, hauria d'encaminar la investigació futura en aquest sentit, ja que s'hauria de focalitzar l'atenció en l'aprenentatge d'aquestes habilitats que podrien portar de forma directa a una millora significativa del trastorn i del benestar dels pacients.

Finalment, la tolerabilitat al tractament és un factor rellevant observat en aquesta revisió. Les taxes d'abandonament reportades oscil·len entre el 5% i el 27,7%, amb possibles biaixos deguts a la mida de les mostres. Tot i això, en tots els estudis revisats, el grup experimental que va rebre MBCT va presentar una taxa d'abandonament inferior als grups control. Aquests resultats suggereixen que la MBCT podria millorar l'adherència als tractaments psicològics, alineant-se amb estudis previs (Hale et al., 2013).

Limitacions

La revisió sistemàtica presenta algunes limitacions importants. En primer lloc, no s'ha considerat el factor farmacològic en la selecció dels articles inclosos. Els estudis varien significativament en quant al control sobre la medicació psicofarmacològica dels participants. Concretament, tres articles permeten l'ús de fàrmacs en els pacients, tot i que en dosis estables i controlades des de les darreres setmanes (Fabrizio et al., 2019; Key et al., 2017; Mathur et al., 2021), mentre que tres articles no controlen la medicació (Cludius et al., 2020; Külz et al., 2019; Selchen et al., 2018) i només un article exclou l'ús de fàrmacs (Zhang et al., 2021). Aquesta heterogeneïtat en el control farmacològic pot contribuir a l'augment de la variabilitat mostral, afectant potencialment la fiabilitat i la interpretació dels resultats obtinguts.

En segon lloc, es pot observar que en aquesta revisió es combinen dos tipus d'estudis amb objectius relativament diferents. Quatre articles analitzen l'eficàcia de la MBCT com a complement de la TCC, per la qual cosa les seves mostres inclouen exclusivament pacients que han rebut prèviament un tractament de TCC (Cludius et al., 2020; Key et al., 2017; Külz et al., 2019; Selchen et al., 2018). D'altra banda, tres articles investiguen l'eficàcia de la MBCT com a tractament únic, sense requisits d'inclusió relacionats amb tractaments previs (Fabrizio et al., 2019; Mathur et al., 2021; Zhang et al., 2021). Aquesta variabilitat en els criteris d'inclusió podria

haver alterat els resultats, atès que la influència de la TCC sobre la simptomatologia del TOC és notable en la majoria de pacients (Fisher et al., 2020).

En tercer lloc, s'ha observat una gran heterogeneïtat en les mides de les mostres utilitzades en els estudis inclosos. Tres dels articles presenten mostres amb menys de 40 participants (Fabrizio et al., 2020; Key et al., 2017; Selchen et al., 2018; Zhang et al., 2021), mentre que un altre article inclou una mostra de 60 pacients (Mathur et al., 2021) i els altres inclouen mostres de més de 120 pacients (Cludius et al., 2020; Külz et al., 2019; Zhang et al., 2021). Aquesta variabilitat en la mida de la mostra pot tenir un impacte significatiu en la fiabilitat i generalitzabilitat dels resultats. Finalment, cal destacar algunes limitacions relacionades amb el procés de la revisió sistemàtica. Per exemple, la limitació en la quantitat d'articles disponibles sobre aquesta temàtica. Malgrat la recerca realitzada en tres bases de dades diferents i a través de les referències bibliogràfiques dels articles identificats, només s'han localitzat set estudis experimentals i quantitius que aborden l'eficàcia de la MBCT en el tractament del TOC.

Implicacions dels resultats per la pràctica i per futures investigacions

Els resultats obtinguts en aquesta mostra suposen un avenç en el tractament del TOC. Fins al moment, el tractament d'elecció per al TOC és TCC i la l'EPR, tot i que aquestes presenten limitacions. Aquesta revisió obre la possibilitat d'incloure la MBCT com a opció complementària per millorar la simptomatologia obsessiu-compulsiva. No obstant això, amb l'evidència actual disponible, no es pot concloure de manera definitiva si la MBCT és superior a la TCC, pel que es recomana mantenir la TCC i EPR com a tractaments de primera línia i considerar la MBCT com a opció per aquells pacients que no respondrien adequadament o com a tractament coadjuvant, atès que ha demostrat ser eficaç en aquests casos.

La integració del mindfulness, dins el context de les teràpies de tercera generació, en el tractament del TOC implica un canvi de paradigma, on es posa èmfasi en l'atenció plena al moment present i l'acceptació dels símptomes, en lloc de centrar-se en la reestructuració cognitiva dels pensaments o en l'exposició a situacions ansiògenes. Aquesta nova orientació terapèutica podria resultar en un tractament menys angoixant per als pacients amb TOC, millorant la seva tolerància i reduint, així, els índexs d'abandonament terapèutic.

Pel que fa a futures línies d'investigació, en la línia del que proposa Selchen et al. (2018), es considera important investigar l'eficàcia de la MBCT en comparació amb un grup control tractat amb TCC, per establir una comparativa directa amb el tractament de primera línia. A més, seria fonamental establir criteris d'inclusió clars per a les mostres i controlar les teràpies psicològiques i farmacològiques a les quals els pacients han estat sotmesos prèviament o durant el transcurs de l'estudi, per evitar possibles biaix metodològics i garantir la validesa dels resultats. En qualsevol cas, resulta evident la necessitat d'ampliar la base d'evidència científica sobre l'eficàcia del mindfulness, i en particular de la MBCT, com a intervenció terapèutica per al tractament del TOC.

5. CONCLUSIONS

Aquesta revisió recull i sintetitza l'evidència actual sobre l'eficàcia de la MBCT per al tractament del TOC. Amb un total de set articles analitzats, els resultats indiquen que la MBCT és una teràpia eficaç per reduir la gravetat de la simptomatologia obsessiva-compulsiva, així com per disminuir els pensaments obsessius, els símptomes depressius i ansiosos, i millorar les habilitats en consciència plena. Per tant, els objectius mencionats a l'inici de la revisió es consideren acompanyats amb la conclusió de la MBCT com a una teràpia eficaç pel TOC.

No obstant això, els resultats han de ser interpretats amb cautela a causa de certs límits, com la mida i heterogeneïtat de les mostres, així com la variabilitat dels grups control dels diferents estudis. La principal limitació d'aquesta revisió és la manca d'un grup control que compari l'eficàcia de la MBCT amb el tractament de primera línia pel TOC. Així, els resultats obtinguts no permeten concloure si la MBCT és més o menys eficaç que la TCC. En aquest sentit, seria crucial que futures investigacions se centressin en aquesta comparació específica com a objectiu fonamental.

6. AGRAÏMENT

En primer lloc, vull expressar el meu més sincer agraïment a la meva tutora del treball final de màster, Sumpci Guillén, per la seva guia, suport i consells al llarg d'aquest procés. També donar un agraïment especial a la meva família i amics, que amb el seu suport incondicional i ànims constants han fet que aquest camí fos més lleuger. Finalment, gràcies a totes les persones que, d'una manera o altra, han contribuït a aquest treball. A tots, moltes gràcies!

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S. i McKay, D. (2021). The OCI-4: An ultra-brief screening scale for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102354>
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A. i Furr, J. M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049-1057. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1049>
- Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L. i Buchholz, J. L. (2018). New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research and Practice. *Behavior Therapy*, 49, 311-322.
- American Psychiatric Association (APA) (2023). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR). 5ª edición-revisada*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA). (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. American Psychiatric Association.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and EMpirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1993). Beck anxiety inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*.
- Beck, A., Steer, R. A. i Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. *Psychological assessment*.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D. i Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Chien, W. T., Tse, M., Chan, H. Y. L., Cheng, H. Y. i Chen, L. (2022). Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*, 32, 100712. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100712>
- Cludius, B., Landmann, S., Rose, N., Heidenreich, T., Hottenrott, B., Schröder, J., Jelinek, L., Voderholzer, U., Külz, A. K., i 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113119>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, M. G. i Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The wrap and the weft. *Psychological Medicine*, 47, 990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- de Zoysa, P. (2013). The use of mindfulness practice in the treatment of a case of obsessive compulsive disorder in Sri Lanka. *Journal of Religion and Health*, 52(1), 299-306. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10943-011-9461-0>

- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R. i Pedrini, L. (2019). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156-170. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000377>
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R. i Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.004>
- Fairfax, H. (2008). The Use of Mindfulness in Obsessive Compulsive Disorder: Suggestions for Its Application and Integration in Existing Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 53-59. <https://doi.org/10.1002/cpp.557>
- Fisher, P. L. i Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Fisher, P. L., Cherry, M. G., Stuart, T., Rigby, J. W. i Temple, J. (2020). People with obsessive-compulsive disorder often remain symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualized psychological interventions. *Journal of Affective Disorders*, 275, 94-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.019>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S. L., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. i Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foa, E., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson H. B. i Tu, X. (2005). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-161.
- Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Editorial Pirámide.
- Franklin, M. E. i Foa, E. B. (2008). Obsessive-Compulsive Disorder. Dins Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (pp. 164-215). The Guilford Press.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H., Alonso, J. i for the ESEMed/MHEDEA 2000 investigators. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124, 291-299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.020>
- Galante, J., Iribarren, S. J. i Pearce, P. F. (2016) Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Research in Nursing*, 18(2), 133-155. <https://doi.org/10.1177/1744987112466087>
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D. Churchill, R., De Vanna, M. i McGuire, H. (2010). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD005333). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005333.pub2>
- Gómez, S. M., Peñaloza, M., Badoui, N. i Alba, L. H. (2022). Bases biológicas del Mindfulness y su aplicación en la práctica clínica. *Universidad medica*, 63(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-2.mind>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. i Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Guy, W. (1976). Clinical global impressions scale. *Psychiatry*.
- Hale, L., Strauss, C. i Taylor, B. L. (2013). The Effectiveness and Acceptability of Mindfulness-Based Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Review of the Literature. *Mindfulness*, 4, 375-382. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0137-y>

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and psychiatry*, 23, 56-62.
- Hanstede, M., Gidron, Y., i Nyklíček, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 776–779. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818786b8>
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N. i Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients’ experiences. *BMC Psychiatry*, 12(185). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-185>
- Hofling, V., Strohle, G., Michalak, J., Heidenreich, T. (2011). A short version of the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6). <https://doi.org/10.1002/jclp.20778>
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollack, M. H. i Simon, N. M. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses on generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 262, 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres-2017.01.006>
- Jacoby, R. J. i Abramowitz, J. S. Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 49, 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.001>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana*. Editorial Paidós.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis*. Editorial Kairós.
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., i Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *CLINICAL PSYCHOLOGY & PSYCHOTHERAPY*, 24(5), 1109–1120. <https://doi.org/10.1002/cpp.2076>
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philippen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., i 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(2), 223–233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- Kumar, A., Sharma, M. P., Narayanaswamy, J. C., Kandavel, T., i Reddy, Y. C. J. (2016). Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(4), 366–371. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196723>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., Forrester, E., Hoadley, C., Jones, A. M., Lea, L., Rosten, C. i Strauss, C. (2020). Participant perspectives on the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive behavior therapy approaches for obsessive compulsive disorder. *PLoS ONE*, 15(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238845>
- Lehrhaupt, L. i Meibert, P. (2018). *MBSR: El programa de reducció del estrés basado en el Mindfulness*. Editorial Kairós.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N., Dyck, I. R. i Rasmussen, S. A. (2011). Patient Utilization of Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. *Behavior Therapy*, 42(3). <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.10.002>
- Manjula, M. i Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, S104-S113. https://doi.org/10.4103/psychiatry-IndianJPsychiatry_531_18
- Mathur, S., Sharma, M. P., Balachander, S., Kandavel, T., i Reddy, Y. C. J. (2021). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282, 58–68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.082>

- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.
- Montgomery, S. A. i Asberg, M. A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. Recuperat de www.nice.org.uk/guidance/cg31
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2024). Trastorno obsesivo-compulsivo: Cuando los pensamientos no deseados o comportamientos repetitivos toman control. *Departamento de Salud y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de Salud, 24-MH-4676S*. Extret de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo>
- Neziroglu, F. i Mancusi, L. (2014). Treatment Resistant OCD: Conceptualization and Treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 10, 289-295. <https://doi.org/10.2174/1573400510666140620001140>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory-part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. i Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- 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., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., [...] Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp-2021.06.016>
- Patel, S. R., Carmody, J., i Simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375-380. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.006>
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features and Symptoms og the Sample at Intake. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 703-711.
- Reddy, Y. C., Sundar, A. S., Narayanaswamy, J. C., Math, S. B. (2017). Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, 74-90. <https://doi.org/10.4109/0019-5545.196976>
- Segal, Z. V., Williams, M. G. y Teasdale, J. D. (2017). *MBCT. Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión*. Editorial Kairós, S. A.
- Selchen, S., Hawley, L. L., Regev, R., Richter, P., i Rector, N. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for OCD: Stand-alone and post-CBT augmentation approaches. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 58-79. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s41811-018-0003-3>
- Sguazzin, C. M. G., Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P. J. i McCabe, R. E. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Residual Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder: a Qualitative Analysis. *Mindfulness*, 8, 190-203. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0592-y>
- Simpson, H. B., Franklin, M. E., Cheng, J., Foa, E. i Liebowitz, M. R. (2005). Standard criteria for relapse are needed in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21, 1-8. <https://doi.org/10.1002/da.20052>
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S. W., Adkins, A. D. i The Mindfulness Research Group. (2004). A Mindfulness-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 3(4), 275-287. <https://doi.org/10.1177/1534650103259646>
- Stanley, M. A. i Turner, S. M. (1995). Current Status of Pharmacological and behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.

- Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerik, T., Jones, A.-M., i 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.007>
- Van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M. i Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature human behavior*, 5, 631-652. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thome, K., i Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive-intrusive thoughts: A case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 250–268. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/is-mindfulness-based-therapy-effective/docview/742995948/se-2?accountid=133586>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A. van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. i Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. i Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Zhang, C., Zhang, X. C., Li, W. Q., Zhang, T. R., Zhang, Z. F., Lu, L., Didonna, F., i Fan, Q. (2024). Pallidum volume as a predictor for the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and psycho-education in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder. *COMPREHENSIVE PSYCHIATRY*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152462>
- Zhang, T. R., Lu, L., Didonna, F., Wang, Z., Zhang, H. Y., & Fan, Q. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Unmedicated Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial With 6-Month Follow-Up. *FRONTIERS IN PSYCHIATRY*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.661807>