

EL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA CONCIENCIA PLENA (MINDFULNESS)

Guido P. Korman*
y Cristian J. Garay**

Resumen

En las últimas décadas, han ido surgiendo un novedoso conjunto de modelos dentro de la orientación cognitivo-conductual: la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena, la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Metacognitiva, el Sistema de Psicoterapia de Análisis cognitivo-conductual y la Psicoterapia Analítico Funcional. La aparición de estos nuevos modelos ha estado acompañada de intensos debates respecto del rol de la cognición y la incorporación de las habilidades de conciencia plena. Este trabajo tiene como primer objetivo describir la terapia cognitiva basada en la conciencia plena y en segundo lugar, se propone presentar los resultados obtenidos en las distintas investigaciones y reflexionar sobre las consecuencias de los mismos. Asimismo, destacar virtudes y limitaciones de este nuevo modelo de tratamiento.

Palabras clave: terapia cognitiva, conciencia plena, depresión.

Key words: cognitive therapy, mindfulness, depression.

Introducción

La terapia cognitivo-conductual no es un ámbito homogéneo ni en el plano teórico ni en el clínico; en efecto, en la actualidad existen distintos modelos de terapia que se denominan cognitivos (Fernández Álvarez, 2009). Los primeros tratamientos que se corresponden con esta denominación surgen teniendo como novedad el rol de lo cognitivo como mediador de la conducta (Mahoney, 2000). La modificación de la cognición podría dar lugar al cambio de conducta y ser una variable importante para el tratamiento de los trastornos mentales (Kriz, 2002).

En las últimas décadas, han ido surgiendo un novedoso conjunto de modelos dentro de la orientación cognitivo-conductual (Korman, 2010). El foco de estas nuevas formas de tratamiento está dado por la utilización de estrategias de aceptación, ejercicios de conciencia plena y técnicas metacognitivas. Dentro de los nuevos modelos podemos citar: la Terapia

Cognitiva basada en la Conciencia Plena –MBCT, sus siglas en inglés– (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la Terapia Dialéctica Conductual –DBT, sus siglas en inglés– (Linehan, 1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso –ACT, sus siglas en inglés– (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Terapia Metacognitiva –MCT, sus siglas en inglés– (Wells, 2000), el Sistema de Psicoterapia de Análisis cognitivo-conductual –CBASP, sus siglas en inglés (McCullough, 2000) y la Psicoterapia Analítico Funcional –FAP, sus siglas en inglés– (Kohlenberg y Tsai, 1991).

La aparición de estos nuevos modelos ha estado acompañada de intensos debates. Steven Hayes, líder del grupo creador de la ACT, postula que en la actualidad estamos viviendo la aparición de una *tercera ola* dentro de la terapia cognitiva (Hayes, 2002a; Hayes, Follette y Linehan, 2004). En la primera fase, los fundamentos estuvieron dados por la teoría del aprendizaje, cuyos principios fueron aplicados conllevando al desarrollo de tratamientos conductuales específicos para los trastornos mentales. La segunda fase se da a partir de la aparición de la terapia cognitiva, cuyo principal eje se ubica en el rol de la cognición, la atención y la memoria. La “tercera ola” es la que se estaría desarrollando en la actualidad, en la que ya no se discute el contenido

* Guido P. Korman. CAEA-CONICET, Facultad de Psicología, UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

** Cristian J. Garay. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

E-Mail: gkorman@psi.uba.ar

E-Mail: cristiangularay@psi.uba.ar

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 5-13

© 2012 Fundación AIGLE.

del proceso cognitivo sino que lo que se busca es trabajar sobre el proceso general.

Los dichos de Hayes han sido eje de una polémica debido a que muchos autores que éste sitúa dentro de la “tercera ola” no se encuentran de acuerdo con esta denominación; es el caso de Marsha Linehan o de Adrian Wells (Hoffmann y Asmundson, 2008). Algunos autores han planteado que la principal característica en torno a estos modelos es el lugar en el que focalizan la estrategia terapéutica: mientras que el modelo cognitivo basa sus técnicas principalmente en la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta (operando en base a una estrategia de cambio); los modelos de aceptación y conciencia plena tienen su eje en la respuesta a la emoción o al pensamiento como forma de estrategia terapéutica, donde el énfasis se ubica en la aceptación. Esto significa que hay un desplazamiento del énfasis puesto en el cambio cognitivo hacia la capacidad de aceptación en los modelos de la “tercera ola” (Hoffmann y Asmundson, 2008).

Otra de las características de estos nuevos modelos es la cercanía entre ellos y algunas prácticas espirituales. El mismo Hayes describe que el modelo de aceptación y compromiso ha dado bases científicas a algunas de las prácticas budistas (Hayes, 2002b), mientras que otros autores denominan a la utilización de técnicas de conciencia plena como estrategias espirituales o religiosas (Post y Wade, 2009).

En tercer lugar, tanto el modelo de la MBCT como el de la DBT enfatizan que los terapeutas deben realizar prácticas de conciencia plena y de meditación para tener un conocimiento experiencial del modelo y así poder llevar adelante los tratamientos (Lau y McMain, 2005). Al mismo tiempo, sugieren que la práctica de conciencia plena es beneficiosa también porque ofrece a los terapeutas una forma de estar conscientes frente a las reacciones que los pacientes producen en ellos. Esto puede recordar la tradición psicoanalítica, en la cual los analistas debían emprender un análisis personal para poder ejercer su práctica. Vale la pena señalar que este tipo de sugerencias no aparecen en todos los nuevos modelos, en tanto esta cualidad no es requisito en el modelo de la ACT (Hayes, 2002a) o en MCT (Wells, 2000).

En cuanto a los resultados obtenidos por estos nuevos modelos, el metanálisis llevado a cabo por Öst (2008) nos sugiere que están lejos de alcanzar los criterios para considerarlos tratamientos con apoyo empírico. Sin embargo, la proliferación de estos nuevos modelos es un hecho que puede constatarse tanto en los congresos de las asociaciones profesionales internacionales como en la formación de los terapeutas (Hayes, 2007).

Este artículo tiene como primer objetivo describir la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT). En segundo lugar, se propone presentar los resultados obtenidos en las distintas investigaciones y reflexionar sobre las consecuencias de los mismos.

La depresión recurrente

El desarrollo de la MBCT nace de las características específicas de la depresión (Segal y cols., 2002). La depresión es descrita según las corrientes actuales como una enfermedad crónica o, cuanto menos, recurrente. De aquellos pacientes que presentan un único episodio depresivo, el riesgo de recurrencia es del 60%; del 70% cuando se tienen dos episodios y de más del 90% cuando se han padecido tres o más episodios depresivos (APA, 1995). De hecho, proyecciones actuales indican que, para el año 2020, el costo global atribuible a la depresión quedará en segundo lugar, después de los generados por las enfermedades cardiovasculares (Mendlewicz, 2001); la Organización Mundial de la Salud proyecta que para el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad que causará mayor daño (Murray y Lopez, 1988).

Una importante cantidad de investigaciones ha demostrado que la terapia cognitiva (TC) para la depresión es superior a la medicación farmacológica (Hollon y cols., 2005). Esto significa que aquellos pacientes que fueron tratados con TC demostraron, a largo plazo, tener menos recaídas que aquellos que fueron medicados. Sin embargo, estos resultados han dado lugar a diversas controversias y una afirmación prudente sostendría que tanto el tratamiento farmacológico como la TC son eficaces en el abordaje de la depresión mayor (Fabrissin y Garay, 2003). Otro de los tratamientos que han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión mayor es la terapia interpersonal (TIP) (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Sin embargo, existe un consenso acerca de que un número importante de los pacientes tratados con cualquiera de las opciones existentes recaen (Segal y cols., 2002). De estos datos surge la importancia de desarrollar una terapia de mantenimiento que podría servir para tratar el problema de la recurrencia en este trastorno. La MBCT es una de las propuestas en este sentido. Más adelante discutiremos sus ventajas y limitaciones en comparación con las otras propuestas existentes (TC y TIP).

¿Por qué modificar la TC para un tratamiento de mantenimiento de la depresión recurrente?

Para entender la propuesta de la MBCT, es necesario recordar algunos aspectos básicos de la TC de Aaron T. Beck. Ésta plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta. La teoría sugiere que el cambio puede producirse indistintamente en cualquiera de las áreas que se incida: sobre la emoción, el pensamiento o la conducta. Sin pretender dar una explicación etiológica completa de los trastornos del ánimo, Beck consideró la cognición disfuncional como una cuestión central de la patología.

Beck desarrolla sus hipótesis teóricas a partir de la observación del pensamiento de los sujetos deprimidos dando lugar a su hipótesis de la existencia de una “tríada cognitiva” en estos pacientes. El razonar negativamente distorsionando la “realidad” se expresa en tres áreas configurando la “tríada cognitiva” anteriormente mencionada: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Beck y Sacco, 1995). Plantea que la existencia de esta tríada cognitiva da lugar a los pensamientos automáticos que son cogniciones que pueden ser automonitoreadas y comunicadas por el paciente. Esto puede requerir entrenamiento, pero los autores que avalan este modelo afirman que la modificación en las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y el comportamiento. Beck denomina “distorsiones cognitivas” a estas numerosas formas características de elaboración de su experiencia de los pacientes deprimidos (también llamados “errores lógicos”, tales como la inferencia arbitraria, la sobregeneralización, entre muchos otros) y ha hecho notar que un análisis detenido de su contenido habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen (Beck y Sacco, 1995). El análisis de estos pensamientos automáticos se lleva a cabo utilizando el diálogo socrático: mediante preguntas, el terapeuta ayuda al paciente a llegar a nuevas valoraciones y opiniones más “realistas”.

Beck y sus seguidores postulan que estas cogniciones distorsionadas son causadas por la base de un esquema disfuncional (Keegan, 2007). Es por ello que la etapa final del tratamiento busca la modificación de las creencias básicas subyacentes que predisponen al paciente a un pensamiento depresógeno. Diseñó un tratamiento que apunta a modificar los pensamientos automáticos en forma sistemática. En esta teoría, tanto el producto de la cognición como el proceso cognitivo están alterados respecto de la normalidad. Este modelo cuenta con numerosos estudios que avalan su eficacia (Beck, 2005; Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

Frente al problema de la recurrencia en la depresión, algunos autores propusieron una TC de man-

tenimiento (Bockting y cols., 2005; Jarrett y cols., 2001). Los creadores de la MBCT propusieron un cambio de modelo. Uno puede preguntarse, ¿por qué simplemente no hacer una TC de mantenimiento siguiendo el formato de la TC de Beck?

Hay varios aspectos que tienen que ser resaltados para dar respuesta a este interrogante y que provienen de distintos grupos de investigación. Mencionaremos aquellos más relevantes. En primer lugar, los estudios que pretenden relacionar los desarrollos de la ciencia cognitiva y la terapia cognitiva (Teasdale y Barnard, 1993; Vazquez, 2006). Estos intentos de establecer una TC basada en la ciencia cognitiva cuestionan el modelo desarrollado por Beck. La teoría y la clínica enfatizaban excesivamente el papel del pensamiento consciente a expensas del procesamiento inconsciente. El término *cognición* tiene un sentido más amplio en psicología cognitiva que en la TC (Teasdale y Barnard, 1993).

En segundo lugar, algunos presupuestos básicos del tratamiento beckiano, como el rol de la distorsión cognitiva en la aparición de la depresión, han sido cuestionados. Los errores de procesamiento en los pacientes depresivos no serían diferentes de los cometidos por personas no deprimidas; la diferencia radicaría en la dirección del sesgo, no en la distorsión en sí (Kahneman y Tversky, 1982; Keegan, 2007).

En tercer lugar, el modelo beckiano, centrado en la depresión episódica, no sería totalmente extrapolable a la depresión crónica debido a que estos pacientes tendrían una visión pre-causal del mundo que les impide relacionar su conducta con las consecuencias negativas que enfrentan (McCullogh, 2000).

En cuarto lugar, la revisión de las causas que podían dar lugar a que la depresión sea recurrente empezó a generar dudas respecto del modelo beckiano de pensar la recurrencia de la depresión. De esta manera se encontró evidencia de que en la recurrencia intervienen procesos distintos de los que ocasionaron el primer episodio depresivo. Parece ser que los estresores mayores de la vida son predictores de los primeros episodios, mientras que el humor disfórico y los estilos de pensamiento disfuncional se encuentran correlacionados con episodios recurrentes (Lewinsohn, Allen, Seeley y Gotlib, 1999). Es decir, el modelo diátesis-estrés explicaría el primer episodio mientras que los segundos y los terceros parecerían ser más autónomos.

El problema de los esquemas disfuncionales implícitos

Segal, Teadale y Williams se basan en los estudios con apoyo empírico que sostienen que la TC

es superior al tratamiento farmacológico en la prevención de las recaídas (Segal y cols., 2002). Pese a que la teoría cognitiva de Beck es criticada en la práctica clínica, es eficaz. Por consiguiente, los autores se preguntan: ¿por qué funciona mejor que la medicación?

La explicación de Beck para la recurrencia de la depresión es concreta: una vez que se desarrolló un tratamiento cognitivo exitoso se modificó el esquema de la persona. De allí se desprende que lo que lleva a que una persona recaiga sería la persistencia de alguna actitud disfuncional; esto hace que la persona esté en riesgo de volver a deprimirse. Ejemplo: una persona estuvo deprimida y llevó a cabo un tratamiento exitoso mediante TC pero le ha quedado una actitud disfuncional que no ha sido modificada: "Debo tener éxito en todo aquello que realice". Por ello sería vulnerable a la depresión. Por más efectiva que sea esta persona en su vida cotidiana es difícil que logre tener éxito en todo lo que haga. Y ello lo predispone para un nuevo episodio. Esta hipótesis sobre el rol de las actitudes disfuncionales en la vulnerabilidad hacia la depresión fue refutada a partir de la revisión de 40 estudios llevada a cabo por Ingram, Miranda y Segal (1998), en la que se concluyó que no había diferencias en la escala de actitudes disfuncionales en personas que habían padecido depresión (sin estar deprimidos al momento de evaluar las actitudes disfuncionales) y aquellos que no. Aunque dicha refutación sigue dando lugar a controversias (Mongrain y Blackburn, 2005). Los creadores de la MBCT se basaron en ella para desarrollar su modelo.

Por lo tanto, las recidivas no podían atribuirse a la persistencia de actitudes disfuncionales cristalizadas en esquemas depresogénicos latentes. Esto de alguna manera avaló la hipótesis de activación diferencial de John Teasdale (1998). Tal hipótesis postula que se produce una asociación entre el ánimo depresivo y los patrones de pensamiento negativo, y de esta manera hay una mayor probabilidad de reactivación de pensamientos automáticos disfuncionales. Esto significa que menor estrés ambiental puede reactivar patrones de pensamientos disfuncionales. Utilizando la metáfora computacional para explicar este fenómeno podemos decir que el programa de pensamiento depresivo no ha sido borrado del disco rígido luego de la recuperación, sino que pequeños cambios en el estado de ánimo pueden reinstalarlo.

La persistencia de actitudes disfuncionales no puede explicar por qué las personas sean vulnerables a la depresión. La respuesta estará dada a través de los trabajos de Nolen-Hoeksema y Morrow (1991). Estos autores señalaron que las personas con vulnerabilidad a la depresión no sólo difieren en lo atinente al contenido de su cognición, sino

también en el modo en que enfrentan el ánimo depresivo. Algunas personas enfrentan la tristeza llevando el foco sobre ellos mismos mientras que otros lo retiran fuera de sí mismos. Se llamó *estilo de respuesta rumiativo* a la tendencia a focalizar la atención sobre sí ante el estado de ánimo negativo (Nolen-Hoeksema, 2000). Veamos un ejemplo. Una mujer ha preparado la comida para su pareja (hace cinco años que viven juntos, se llevan relativamente bien). Seis años atrás, a raíz de una separación, tuvo un trastorno depresivo mayor. La pareja le dice que ha tenido un inconveniente en el trabajo y que llegará más tarde. Hasta ahora es un hecho común que puede ocurrir en cualquier pareja. Ella empieza a pensar sobre el hecho. "¿No quiere pasar tiempo conmigo? ¿No será simplemente una excusa? ¿Por qué me pasa esto? ¿Qué es lo que no estoy haciendo bien?". Recuerda una pareja anterior de la que se separó, en la que todo empezó a estar mal a partir de que él empezó a llegar más tarde del trabajo. Ella se dice: "Juan nunca llega tarde del trabajo, es una excepción". A lo que ella se contesta: "Así se empieza, hay algo que no estás haciendo bien". El diálogo interno continúa y ella se dice: "Pero si es sólo una vez que ocurre y no significa nada, ¿por qué te sientes tan mal, tan angustiada y triste? Hay algo que no estás haciendo bien, por eso te sientes mal. Además si te empiezas a sentir mal puedes llegar a deprimirte y sabes que nadie te aguanta cuando te pones así. No tienes que sentirte mal." Se angustia de tal manera que decide ir a caminar unas cuadras para reflexionar que es lo que hace mal. Mientras camina y piensa lo que está ocurriendo, no puede evitar llorar pensando en la ruptura del pasado y la posible ruptura con su actual pareja; no lo podría sobrellevar, una nueva separación sería insoportable. Mientras camina una angustia insoportable se cierne sobre su cuerpo y a medida que sigue caminando empieza a llorar.

Este ejemplo, similar al que utilizan los autores del manual de MBCT, sirve para ver cómo la rumiación tiene efectos devastadores sobre las personas que han estado deprimidas desde la perspectiva de los autores. La implicancia clínica que tiene este desarrollo es que podría resultar más funcional apartar la atención de sí mismo que intentar operar algún tipo de corrección sobre el proceso mental. El concepto de descentralización ya había sido reconocido en las discusiones previas de la TC de Beck (Segal y cols., 2002). Es aquí donde encuentran la respuesta a por qué los pacientes mejoran con este tratamiento: los pacientes que llevaron un tratamiento cognitivo aprenden a descentrarse, es decir, a tomar sus pensamientos como hipótesis, no como la realidad. *Un pensamiento es sólo un pensamiento*. Lo que reduce la recurrencia en las personas que llevaron un tratamiento cognitivo para la depresión sería la

toma de conciencia de que los pensamientos no son la realidad. Al tomar noticia de este hecho se responde de una manera distinta a los pensamientos automáticos negativos, que en las personas que han sufrido de depresión se encuentran asociado con el cambio de ánimo y los pensamientos negativos (Teasdale, 1998). Las personas que tienen riesgo de recurrencia deben aprender a reaccionar de manera distinta ante los pensamientos y las emociones evitando reaccionar con largas cadenas de pensamiento. La respuesta rumiativa es un peligro para personas que han padecido depresión. No es el objetivo del tratamiento eliminar los pensamientos negativos ni la tristeza, sino que los pacientes actúen de una manera distinta a la que han venido reaccionando que es aquello que los hace vulnerables a la depresión recurrente. La forma de que los pacientes se relacionen de manera distinta con sus pensamientos y emociones va a estar dado a partir de la utilización de la conciencia plena.

Jon Kabat Zinn define a la conciencia plena como “prestar atención de un modo particular: con intención, en el momento presente y no llevando a cabo juicios de esa experiencia” (Kabat-Zinn, 1990). Esta toma de conciencia no es elaborativa, no es prejuiciosa y está centrada en el presente en donde cada pensamiento, emoción o sensación que se nos presenta son aceptados tal y cual son. En la conciencia plena, los pensamientos, sensaciones y emociones son tomados como eventos que acontecen sin más anoticiamiento que su existencia y sin reaccionar a ellos, evitando de este modo la respuesta automática. Se introduce un espacio entre la forma en que percibimos y la respuesta inmediata, permitiendo otro tipo de acción en contraposición al modo reflejo que implica conectar los pensamientos con la realidad. La conciencia plena permite una respuesta más reflexiva sin que reaccionemos de manera automática (Lau, 2005).

El formato de tratamiento de la MBCT

El modelo de tratamiento que utilizarán para el desarrollo de la MBCT tiene su origen en el Programa de Reducción de Estrés basado en la Conciencia Plena (Mindfulness-Based Stress Reduction) de Jon Kabat-Zinn (1990). Este último consiste en un curso intensivo de entre ocho y diez semanas de entrenamiento en conciencia plena. El MBCT se apoya fuertemente en este modelo, combinándolo con técnicas de la terapia cognitiva estándar (Segal y cols., 2002).

El formato del MBCT es el de un tratamiento breve que incluye una entrevista individual inicial y un trabajo en sesiones de grupo durante 8 semanas, con cuatro sesiones de seguimiento durante

el año siguiente. El programa combina prácticas tradicionales de meditación, tales como el escaneo corporal, entrenamiento en respiración y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva como la psicoeducación (que posibilita la toma de conciencia de los pensamientos negativos y de la posibilidad de recaída). El entrenamiento tiene por objetivo que los participantes puedan tomar a los pensamientos y a los sentimientos como eventos en la conciencia. El propósito es mantener distancia sobre ellos sin reaccionar, detener el funcionamiento automático de la mente, lo que Segal, Williams y Teasdale denominan detener “el hacer” (*doing*) y sustituirlo por “el ser” (*being*). No se trata de estar en una estado de “ser” todo el tiempo, sino que mediante esta actitud las personas con vulnerabilidad a la depresión tengan conciencia de su experiencia y aprendan a reaccionar de manera distinta frente a los cambios en el ánimo o los pensamientos negativos.

Estudios sobre la MBCT

La MBCT fue estudiada inicialmente en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, recurrente según DSM-IV (APA, 1995). Teasdale y cols. (2000) reclutaron 145 pacientes con ese diagnóstico, quienes habían alcanzado la remisión con diferentes antidepresivos. Los pacientes discontinuaron el tratamiento farmacológico tres meses antes de iniciar el estudio. El grupo control recibió la evaluación de posibles recaídas y recurrencias por parte de un profesional idóneo. Cuando se estudiaron las tasas de recaídas, se observó una notable diferencia entre aquellos pacientes que habían padecido tres o más episodios depresivos mayores (que constituían el 77% de la muestra) y los pacientes que solamente habían padecido dos episodios depresivos mayores. Se observó que los primeros (tres o más episodios), al recibir MBCT tenían una tasa considerablemente menor de recaídas mientras que los segundos (dos episodios) tenían una tasa mayor. Concretamente, recayó el 37% de los pacientes con tres o más episodios que recibieron MBCT versus el 66% de los que recibieron solamente evaluación por parte de un profesional. Por el contrario, el 54% de los pacientes con dos episodios que recibieron MBCT recayeron versus el 31% de aquellos que recibieron la evaluación.

La diferencia de respuesta a la MBCT entre los pacientes con dos episodios y aquellos con tres o más llamó poderosamente la atención de los investigadores, y replicaron el estudio. Ma y Teasdale (2004) observaron resultados similares al estudiar la respuesta de 75 pacientes con trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión con diversos anti-depresivos. Además, comprobaron que la diferencia

a favor de la MBCT se acentuaba cuanto mayor era el número de episodios depresivos padecidos. En el seguimiento de 60 semanas, se observó que el 100% de los pacientes con cuatro o más episodios depresivos mayores recayó cuando recibía la evaluación de posibles recaídas y recurrencias mientras que sólo el 38% recayó si recibía MBCT. Los pacientes con dos episodios mostraron el mismo perfil que en el estudio de Teasdale y cols. (2000): sólo recayó el 20% que solamente recibió evaluación, mientras que en el grupo MBCT, recayó el 50%. En resumen, ambos estudios (2000 y 2004) mostraron que aquellos pacientes con tres o más episodios exhibieron una reducción significativa en las tasas de recaída gracias a la MBCT, pero aquellos con dos episodios mostraron una tendencia al incremento de las recaídas en el año de seguimiento. Si bien los resultados pudieron ser replicados, esto fue realizado por uno de los creadores de la MBCT, con lo cual puede presentar sesgos a favor del modelo.

Kuyen y cols. (2008) realizan la primera replicación independiente de los resultados mencionados. Estos investigadores de diferentes universidades llevaron a cabo un estudio multicéntrico en el cual reclutaron a 123 pacientes adultos con trastorno depresivo mayor recurrente (tres o más episodios), quienes habían alcanzado la remisión a través de tratamientos farmacológicos. Nótese que excluyeron del estudio a los pacientes con dos episodios depresivos, basados en los datos antes mencionados según los cuales la MBCT sería "iatrogénica" para esa población, sin que tengamos una explicación comprobada de este hecho. Kuyen y cols. (2008) observaron una reducción en la tasa de recaídas durante el seguimiento realizado a los 15 meses: 47% en el grupo que recibió MBCT versus 60% en el grupo tratado con medicación antidepresiva. Un dato importante de este estudio es que este segundo grupo continuó recibiendo medicación antidepresiva de mantenimiento y los estudios anteriores (Ma y Teasdale, 2004; Teasdale y cols., 2000) no habían comparado MBCT con un tratamiento activo. Además, más allá de la reducción en la tasa de recaídas y recurrencias, este estudio evaluó la comorbilidad, la calidad de vida y la relación costo/beneficio con resultados favorables hacia la MBCT y una adherencia al tratamiento similar a la observada en los estudios anteriores (Ma y Teasdale, 2004; Teasdale y cols., 2000).

Si bien la MBCT se diseñó para pacientes en remisión, más recientemente se planteó la hipótesis de que en los pacientes con curso crónico, la depresión se mantenía por un estilo cognitivo rumiativo similar. Sobre la base de que los síntomas residuales son un importante predictor de las recaídas, particularmente luego de episodios severos, Barnhofer

y cols. (2009) estudiaron los efectos de la MBCT en las formas crónicas de depresión. Hasta el momento, la MBCT sólo se había aplicado a pacientes en remisión. Por ello, el estudio de Barnhofer y cols. (2009) modificó levemente la MBCT para atender la ideación suicida y la sintomatología aguda. Los investigadores reclutaron 28 pacientes con síntomas depresivos residuales de una duración igual o mayor a dos años y con depresión actual de la misma duración. Se alentó a los pacientes a continuar con el tratamiento farmacológico, con lo cual el diseño del estudio permite evaluar la combinación de MBCT con medicación. Se observó un 37% de respuesta en el grupo que recibió dicha combinación, en comparación con un 6% en el tratamiento de rutina (solamente medicación antidepresiva). Los porcentajes son muy bajos en comparación con otros estudios realizados con pacientes con depresión crónica, en los cuales también se observó la superioridad de la combinación de medicación y psicoterapia sobre la monoterapia (Garay, Fabrissin, Korman, y Etchevers, 2010; Keller, McCullough, Klein, y cols., 2000).

En una dirección similar, Kenny y Williams (2007) abordaron pacientes con depresión resistente en un estudio abierto. Igual que Barnhofer y cols. (2009), no incluyeron en su estudio pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente con menos de tres episodios. Reclutaron 46 pacientes con sintomatología actual y tratamiento psiquiátrico previo. Asimismo, incluyeron a 5 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, algo interesante para aquellos modelos que incluyen a la depresión recurrente dentro del espectro bipolar, tema controversial (Akiskal, 2007). Los resultados mostraron una reducción altamente significativa ($P < 0,0001$) en la sintomatología depresiva, particularmente en aquellos pacientes con elevados puntajes en el Inventario de la Depresión de Beck.

Kinston y cols. (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, y Malong, 2007) estudiaron la aplicación de MBCT en 17 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente (tres ó más episodios) y dos pacientes con trastorno bipolar de tipo 2, según DSM-IV (APA, 1995). Los pacientes presentaban síntomas residuales y los investigadores prestaron particular atención a los niveles de rumiación, bajo la hipótesis de que éstos se asocian positivamente con las tasas de recaídas y recurrencias, como mencionamos anteriormente (Nolen-Hoeksema, y Morrow, 1991). El estudio fue controlado y de diseño mixto de dos etapas. Se observó una disminución significativa en la sintomatología depresiva en los pacientes que recibieron MBCT pero no se observaron diferencias significativas en la escala de rumiación.

Conclusiones

De los estudios clínicos reseñados, podemos extraer cuatro conclusiones. En primer lugar, la MBCT está bien establecida para la depresión recurrente con tres ó más episodios. En segundo lugar, existen estudios en las formas resistentes y crónicas de depresión, incluyendo la depresión bipolar. En tercer lugar, y en estrecha relación con lo anterior, la sintomatología depresiva actual parece no afectar la habilidad del paciente depresivo para realizar prácticas de meditación, contra lo planteado inicialmente por Teasdale y cols. (2000). En cuarto y último lugar, la aplicación de la MBCT está en clara expansión y podemos agregar que existen además autores que aplicaron este modelo a pacientes depresivos con trastornos de ansiedad comórbidos (Finucane y Mercer, 2006; Ree y Craigie, 2007) así como en el trastorno de ansiedad generalizada (Hofmann, Sawyer, Witt, y Oh, 2010; Kim y cols., 2009) y pacientes con problemas de salud.

Este modelo comporta una serie de interesantes implicaciones clínicas. Nos ofrece herramientas para que podamos elegir el tratamiento en función del paciente y no hacer coincidir al paciente con el modelo. Si el paciente tiene un estilo rumiador, discutir el contenido de pensamiento podría dificultar el descentramiento; desde esta perspectiva, cuestionar el contenido del pensamiento es menos importante que reconocer que los pensamientos no son más que hechos mentales. Por otra parte, el distanciamiento se vería facilitado por la utilización de recursos experienciales (experimentos conductuales, evocación en imagen o en vivo). La práctica de las habilidades relativas a la *mindfulness* sería útil para lograr el descentramiento, especialmente en pacientes con historia de recidivas. Pero por otra parte sabemos que es cierto que cuestionar el contenido de un pensamiento es una excelente manera de mostrar por qué debemos ser cautos y no creer que nuestros pensamientos son fieles reflejos de la realidad.

Por ende, no se trata de reemplazar nominalmente cuestionamiento por distanciamiento. Lo que nos podemos preguntar clínicamente es: ¿Qué es mejor para ese paciente particular? ¿Alcanzar el distanciamiento mediante técnicas de meditación o a través de las herramientas de la TC estándar? Esto constituye un tema de debate que aún no ha sido resuelto en la actualidad. De hecho, el modelo de MBCT combina ambos modelos.

BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H. S. (2007). La nueva era bipolar. En H. S. Akiskal, M. G. Cerkovich-Bakmas, G. García-Boneto, S. A. Streljevic y G. H. Vázquez (Eds.), *Trastorno bipolar. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. (p.p. 3-13) Buenos Aires: Ed. Panamericana.
- APA. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed.). Barcelona: Masson.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R. y Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373.
- Beck, A. T. (2005). The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Bruwer.
- Beck, A. T. y Sacco, W. P. (1995). Cognitive Theory and Therapy. En E. E. Beckman y W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression* (2 ed.), (pp. 329-371). New York: Guilford.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J. y Kamphuis, J.H. (2005). Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression With Cognitive Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 647-657.
- Butler, A., Chapman, E., Forman, E., y Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Fabrissin, J., y Garay, C. (2003). Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12, 33-55.
- Fernández Álvarez, H. (2009). *Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée De Bruwer.
- Finucane, A., y Mercer, S. W. (2006). An Exploratory Mixed Methods Study of the Acceptability and Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Patients with Active Depression and Anxiety in Primary Care. *BMC Psychiatry*, 6(1), 14-28.
- Garay, C. J., Fabrissin, J. H., Korman, G. P., y Etchevers, M. J. (2010). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 41-48.

- Hayes, S. C. (2002a). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 101-106.
- Hayes, S. C. (2002b). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- Hayes, S. C. (2007). V *World Congress of Behavioural y Cognitive Therapies*. Paper presented at the Increasing Openness to Empiracally Supported Treatments.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mundfulness, Acceptance, and Relationship. En S.C. Hayes, V. Follette, y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hoffmann, S. G., y Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. L., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Hollon, S., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P. y cols. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G. y Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte; reimpresión de 1991, Delta.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1982). Intuitive Prediction: Biases and Corrective Procedures. En D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky (Eds.), *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases* (pp. 414-421). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keegan, E. (2007). *Ensayos de Terapia Cognitiva*. (1ra. ed.). Buenos Aires: EUDEBA
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N. y cols. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive-behavioural analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kenny, M. A. y Williams, J. G. (2007). Treatment-Resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., y Malong, K. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Residual Depressive Symptoms. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 80(2), 193-203.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Korman, G. P. (2010). ¿Por qué la terapia cognitiva es tan diversa? Eclécticismo técnico e integración en terapia cognitiva. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 15(1), 65-80.
- Kriz, J. (2002). *Corrientes fundamentales en psicoterapia* (2da. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Lau, M. A. (2005). Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de la recaída en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(3), 7-15.
- Lau, M. A. y McMain, S. F. (2005). Integrating Mindfulness Meditation With Cognitive and Behavioural Therapies: The Challenge of Combining Acceptance- and Change-Based Strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 863-869.
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R. y Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychological risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- Ma, S. H. y Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31-40.
- Mahoney, M. J. (2000). Behaviorism, Cognitivism, and Constructivism: Reflections on Persons and Patterns in my Intellectual Development. En M. R. Goldfried (Ed.), *How therapist change: Personal and professional reflections* (pp. 183-200). Washington: American Psychological Association.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- Mendlewicz, J. (2001). Optimising antidepressant use in clinical practice: towards criteria for antidepressant selection. *The British Journal of Psychiatry, 179*, 51-53.
- Mongrain, M. y Blackburn, S. (2005). Cognitive Vulnerability, Lifetime Risk, and the Recurrence of Major Depression in Graduate Students. *Cognitive Therapy and Research, 29*(6), 747-768.
- Murray, O. L. y Lopez, A. D. (1988). *The global burden of disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nolen-Hocksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511.
- Nolen-Hocksema, S. y Morroy, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115-121.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research Therapy, 46*(3), 296-321.
- Post, B. C. y Wade, N. G. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 65*(2), 131-146.
- Ree, M. J. y Craigie, M. A. (2007). Outcomes Following Mindfulness-based Cognitive Therapy in a Heterogeneous Sample of Adult Outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24*(2), 70-86.
- Teasdale, J. D. (1998). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion, 2*, 247-274.
- Teasdale, J. D. y Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Re-modelling Depressive Thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A. y cols. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(615-623).
- Vazquez, C. (2006). Ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas: una alianza problemática. *Psicoterapia, neurobiología y neurociencias, XVI*, (61), 43-63.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

Recibido: 17-1-11

Aprobado: 28-6-11

Abstract: In recent decades, a new set of models within the cognitive-behavioral approach have emerged: Mindfulness based Cognitive Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Metacognitive Therapy, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Functional Analytic Psychotherapy. The emergence of these new models has been accompanied by intense debates about the role of cognition and the incorporation of mindfulness skills. The objective of this paper is, first, to describe the Mindfulness Based Cognitive Therapy, and secondly, to present the results obtained in the research and reflect on the consequences thereof, highlighting strengths and limitations of this new treatment model.