

Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas.

Autores: Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale.

Editorial Desclée de Brouwer, 2006.

Reseña por Eduardo Iyaca

Los tres autores acreditan una vasta experiencia en el campo de la psicología clínica, especialmente en terapia cognitiva, tanto en su ejercicio como en la investigación y en la docencia. En este libro narran cómo se fue gestando el abordaje que proponen, que representó para ellos un alejamiento del modo de hacer terapia cognitiva en el cual habían sido entrenados. Exponen con detalle el programa de ocho sesiones de Terapia Cognitiva Basada en la Consciencia Plena, incluyendo los materiales que se emplean, como cuestionarios, inventarios y folletos para los participantes. Por último exponen la evidencia empírica que han podido generar y sugieren modos en que un terapeuta puede formarse más para aplicar el programa.

A continuación ofrecemos un resumen de esta obra.

Introducción

En el año 1989 los tres futuros autores de este programa se encontraron en una reunión previa al Congreso Mundial de Terapia Cognitiva que se realizaría en Oxford. Cada uno iba a hacer una ponencia en ese congreso. Mark Williams hablaría sobre depresión crónica y recurrente, Zindel Segal sobre interacción entre estrés vital y recaída y John Teasdale expondría un nuevo modelo de la interacción entre cognición y emoción.

Sostuvieron conversaciones acerca del modo de predecir mejor qué personas tienen mayor probabilidad de tener un nuevo episodio depresivo una vez recuperadas del último episodio.

Dos años después apareció un estudio acerca de la eficacia de la terapia interpersonal como terapia de mantenimiento para la depresión recurrente y surgió la pregunta por la posibilidad de desarrollar una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva.

Parte I

EL DESAFÍO DE LA DEPRESIÓN

Capítulo 1. Depresión: el alcance del problema

Se hace un repaso de los criterios para decidir un diagnóstico de depresión y se dan datos epidemiológicos. La depresión es uno de los cuadros psiquiátricos de mayor prevalencia. Se estima que en EE.UU. de un 20 a 25% de las mujeres y de un 7 a un 12% de los varones experimentarán depresión clínica en algún momento de sus vidas. La OMS prevé que en 2020 la depresión será la segunda enfermedad a nivel mundial en cantidad de afectados.

La depresión conlleva un riesgo de suicidio y aumenta enormemente la probabilidad de sufrir problemas de ansiedad como pánico, fobias y trastorno obsesivo compulsivo.

Se trata de un cuadro que provoca un daño funcional comparable al de enfermedades médicas graves. Por ejemplo, si se estima el grado en que se deteriora el funcionamiento global a partir de los días por mes que los pacientes pasan en cama, la depresión se muestra más perjudicial que el cáncer, la diabetes y la artritis.

A pesar de esto es baja la proporción en que los afectados consultan a un profesional.

Optimismo inicial sobre el tratamiento de la depresión

A fines de los '80 los antidepresivos se habían convertido en el tratamiento de primera línea para la depresión clínica, pero paralelamente había al menos

cuatro abordajes psicoterapéuticos estructurados y de tiempo limitado que acreditaban apoyo empírico: el enfoque conductual dirigido a incrementar las actividades reforzantes del paciente; el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a disminuir el aislamiento social; la terapia interpersonal con su propuesta para resolver disputas interpersonales y cambiar roles; y la terapia cognitiva, con técnicas conductuales y cognitivas para cambiar los pensamientos, imágenes e interpretaciones que contribuyen a la aparición y mantenimiento de trastornos emocionales y conductuales asociados con la depresión.

Sin embargo, la investigación fue mostrando que era muy frecuente la aparición de nuevos episodios una vez que el tratamiento había finalizado.

La depresión como trastorno crónico y recurrente

Las estimaciones más recientes sugieren que al menos el 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión padecerán al menos un nuevo episodio. Para los pacientes con más de un episodio pasado la probabilidad de un nuevo episodio trepa hasta cerca del 80%. Por ello actualmente hay una tendencia a considerar a la depresión como una enfermedad crónica, para toda la vida.

¿Cómo podrían prevenirse la recaída y la recurrencia en la depresión?

En 1984 un estudio a doble ciego mostró que el 20% de los pacientes que siguieron recibiendo medicación luego de haber mejorado tuvieron recaída/recurrencia durante el período de seguimiento. Esta cifra se elevó al 50% para el grupo cuya terapia de continuación consistió en placebo, luego de haber mejorado con la droga activa. Estos resultados sugirieron por un lado la conveniencia de seguir medicando de modo continuado a los pacientes incluso años después del último episodio, y por otro lado mostraron que los antidepresivos no logran una cura a largo plazo: sus efectos benéficos no persisten cuando cesa su administración.

La psicoterapia como tratamiento de mantenimiento

Para algunos pacientes el tratamiento prolongado con antidepresivos está contraindicado. Otro porcentaje, estimado entre 30 y 40%, no toma la medicación prescrita. Según un seguimiento de 1400 pacientes con antidepresivos de mantenimiento, sólo un tercio estaba satisfecho con la calidad de su tratamiento. ¿Podría servir la psicoterapia?

Ellen Frank y sus colegas mostraron que sesiones mensuales de terapia interpersonal de mantenimiento aumentaban a cerca del triple el tiempo libre de depresión luego del último episodio con respecto a los que recibían medicación placebo (los que recibieron imipramina tuvieron un período sin episodios aún mayor).

Un análisis detallado de los videos de las sesiones mostró que los pacientes que habían recibido una psicoterapia que se ajustaba más a lo prescrito en el manual correspondiente tenían una tasa de recurrencia mucho menor que aquellos cuyos terapeutas basaron menos específicamente su trabajo en los elementos de la terapia interpersonal.

Con el antecedente de la terapia interpersonal se pidió a los autores que desarrollaran una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva.

Capítulo 2. Cognición, estado de ánimo y naturaleza de la recaída depresiva

Desarrollando una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva

La primera idea, llena de sentido, fue que una terapia cognitiva (TC) de mantenimiento debería incluir muchas de las técnicas empleadas por la TC durante la fase aguda de la depresión, junto a otras destinadas a desarrollar en los pacientes la habilidad para captar los indicadores más tempranos de recaída o recurrencia. Sin embargo, pronto se consideró la posibilidad de abordajes alternativos, en parte para atender a indicios de que la TC estándar en la fase aguda por sí misma parecía disminuir la probabilidad de recaídas

posteriores, y en parte por el deseo de contar con un instrumento profiláctico que pudiera administrarse en forma grupal.

Los efectos duraderos de la terapia cognitiva

Cuatro estudios aparecieron entre 1986 y 1992 que hacían un seguimiento de uno a dos años luego de su recuperación inicial de pacientes que habían recibido medicación antidepresiva o terapia cognitiva durante la fase aguda. La tasa de recurrencia en aquellos cuya medicación había sido suspendida con la mejoría iba del 50 al 78%. Para el caso de los que habían recibido TC iba del 20 al 36%. Estos datos sugieren que la TC estándar en fase aguda tiene un efecto protector duradero. Si se pudiera determinar cómo la TC logra ese efecto, se podría diseñar específicamente una TC de prevención de recaídas en base a esos elementos o mecanismos.

La vulnerabilidad cognitiva a la recaída y la recurrencia

El modelo teórico clásico en que se funda la TC estándar para la depresión postula que la vulnerabilidad a la depresión se basa en actitudes y supuestos disfuncionales persistentes. Sin embargo, mediciones a partir de la Escala de Actitudes Disfuncionales comparando población general con pacientes que superaron un episodio de depresión no arrojan diferencias, a pesar de que es más probable que sea este grupo el que presente más episodios depresivos en el futuro. Por lo tanto, la vulnerabilidad a la depresión no es explicada satisfactoriamente por las actitudes y supuestos disfuncionales.

Los estados de ánimo de tristeza pueden volver a despertar los pensamientos negativos: una base para comprender la vulnerabilidad

Otros estudios permitieron sostener la hipótesis de que la diferencia entre la población general y los pacientes con un pasado (y presumiblemente un futuro) de depresión radica en que mientras los no depresivos pueden en general ignorar un estado de ánimo triste ocasional, un ligero estado de tristeza puede ocasionar un cambio amplio y potencialmente devastador en los patrones de

pensamiento de los pacientes recuperados. Además, los mecanismos de la recaída se activan con mayor facilidad cuanto más episodios de depresión tuvo el paciente.

La mente meditabunda

Ante un estado de ánimo bajo algunas personas emprenden tareas que llevan su atención a asuntos no relacionados con el motivo de su tristeza, mientras que otras tienden a centrar su atención en sí mismas, dándose a una rumiación cognitiva o meditación acerca de los propios sentimientos y problemas. Nolan-Hoeksema llevó a cabo estudios que muestran que los estados de tristeza de estas últimas personas son más prolongados, y que mientras duran estos estados las personas tienen una capacidad de resolución de problemas más reducida. Por lo tanto, ayudar a los pacientes a desengancharse de estas rumiaciones meditabundas podría ser útil en la prevención de recaídas.

¿Cómo reduce la terapia cognitiva la recaída y la recurrencia depresivas?

Surge la idea de que si bien la TC se ocupa del cambio del contenido de los pensamientos, como resultado de la práctica continua de detección y evaluación de pensamientos los pacientes alcanzan un cierto descentramiento con respecto a estos. Así, adquieren una nueva perspectiva dentro de la cual los pensamientos y las emociones pueden verse como eventos mentales pasajeros, más que como aspectos fundamentales del yo o afirmaciones válidas acerca de la realidad. El papel del descentramiento ya había sido señalado por Ingram y Hollon, así como por Marsha Linehan en el marco de su terapia dialéctica comportamental y en su procedimiento de entrenamiento en conciencia plena.

Conciencia plena

Los autores tomaron contacto con Jon Kabat-Zinn, quien había desarrollado un programa de administración grupal de reducción del estrés basado en la conciencia plena, y para quien la conciencia plena implica prestar atención de

un modo particular, con un fin, en el momento presente y sin juzgar, y tiene el efecto liberador de percibir pensamientos como simples pensamientos, que no son el yo ni la realidad.

Capítulo 3. Desarrollando la terapia cognitiva basada en la conciencia plena

Luego de una primera versión de terapia cognitiva para la prevención de recaídas a la que llamaron Entrenamiento en el Control de la Atención, los autores se fueron interesando en mayor medida por la conciencia plena. Los terapeutas cognitivos clásicos, luego de la identificación de pensamientos negativos, alientan en el paciente el examen de evidencia a favor y en contra de tales pensamientos, la consideración de alternativas y la ejecución de experimentos conductuales. Los instructores de conciencia plena, en cambio, simplemente animan a sus pacientes a traer las dificultades a la conciencia, con un cierto sentido de bienvenida, sin tratar de señalar ni aportar soluciones a los problemas planteados, con la idea de que luchar contra pensamientos, sensaciones corporales y sentimientos no deseados a veces tiende a crear más tensión y desorden interno.

Capítulo 4. Modelos de mente

Según este modelo, la recaída en la depresión implica la reactivación, en períodos de estado de ánimo bajo, de patrones de pensamiento negativos similares a los que se encontraban activos durante los episodios previos de depresión. La reactivación es automática, e incluye sentimientos y sensaciones físicas característicos. Los intentos por resolver problemas pensando indefinidamente en ellos (rumiación cognitiva) pueden fijar a los sujetos en el estado anímico del que están tratando de escapar. Una alternativa sería abandonar esos intentos y desengancharse del estado mental que genera la recaída. El entrenamiento en conciencia plena procura esto a través una mayor conciencia del modo de funcionamiento mental, y de la adquisición de habilidades para “desengancharse” del modo de funcionamiento disfuncional y engancharse en un modo más útil. Este modo incluye una experiencia directa,

inmediata e íntima del presente, en el que se favorece un descentramiento con respecto a los propios pensamientos y emociones, a los que se observa como simples eventos mentales, en lugar de definiciones acerca de la realidad y del yo. Así considerados, se procura que estos pensamientos y emociones dejen de desencadenar patrones de acción mental o física en el intento de escapar o aliviar ciertos estados de ánimo.

Parte II

LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA CONCIENCIA PLENA

Capítulo 5. El programa de ocho sesiones: método y justificación

El programa de TCBCP implica una práctica diaria en la casa y otros ámbitos, a partir de lo trabajado en las sesiones semanales. Las sesiones son grupales (por ejemplo, doce pacientes).

Antes de incluirse en un grupo, el paciente tiene una primera entrevista individual, a la que acude luego de leer un folleto (incluido en el libro). Entre otras cosas, se sugiere que si el paciente no se siente capaz de cumplir un compromiso de práctica diaria convendría que no comenzara las clases.

Aprender a prestar atención de cierta manera constituye el objetivo de las primeras cuatro sesiones. Esto incluye aprender a percatarse cuando la mente está divagando, para traerla de vuelta y centrarla en un solo elemento. En las últimas cuatro sesiones se enseña a que cuando surge un pensamiento o sentimiento negativos simplemente se les permita estar ahí, antes de emprender medidas para responder habilidosamente empleando estrategias específicas. También se procura que cada paciente tome conciencia de sus propias y peculiares señales de alarma de una depresión inminente, y que elabore planes de acción específicos para cuando esas señales aparezcan.

Se señala como fundamental que los instructores también practiquen a diario la conciencia plena.

Capítulo 6. Piloto automático (Sesión 1)

El modo “piloto automático” de la mente se da cuando ésta divaga sin demasiado control conciente, lo que facilita que se vea inadvertidamente “atrapada” por pensamientos, recuerdos, planes o sentimientos. En este modo de funcionamiento es menos probable que se capten los fragmentos de pensamiento negativos, que pueden conducir a sentimientos de tristeza más intensos.

Un primer paso en la prevención de recaídas es ayudar a los pacientes a reconocer el modo “piloto automático” y a salir intencionadamente del mismo.

Se realiza un ejercicio de atención y conciencia plena a partir de una pasa de uva. Un segundo ejercicio consiste en llevar la conciencia a un área particular del cuerpo, mantenerla ahí durante un breve período de tiempo y quitarla, para luego llevar la atención a otra área del cuerpo. Este ejercicio se llama “exploración corporal”. Dura unos 45 minutos, se hace recostado en una esterilla o colchoneta y se comienza atendiendo al movimiento asociado a la respiración. Se hace hincapié en que su meta no es sentirse diferente, relajado o en calma –esto puede suceder o no- sino llevar la conciencia a concentrarse en una parte específica del cuerpo, atendiendo a las sensaciones originadas en esa parte. Se procura que los pacientes no se entreguen a pensamientos valorativos acerca de su desempeño, pero se hace a partir de reconocer ese tipo de pensamientos cuando surgen, tomar conciencia de que son sólo pensamientos y volver a concentrar la atención en la parte del cuerpo correspondiente.

Como tarea para la semana, los pacientes deben realizar todos los días la práctica de exploración corporal. Cuentan como ayuda con una grabación sonora que los guía a través de instrucciones (ninguna de las grabaciones empleadas en el programa viene incluida en el libro). Además, deben registrar cada vez que realizan esta actividad, así como cualquier cosa que surja durante su ejecución, para poder hablar sobre ello a la siguiente clase. Deben llevar la conciencia plena a alguna comida que hagan (según el modelo del ejercicio de la pasa de uva) y deben elegir alguna otra actividad rutinaria (por

ejemplo, sacar la basura) e intentar llevar la conciencia momento a momento sobre esa actividad mientras se la está realizando.

Se incluyen en el libro los textos para guiar los ejercicios en la sesión, y los de los folletos con la tarea para casa, un informe de una paciente y un formato de registro de la tarea, así como un resumen de la primera sesión.

Capítulo 7. Enfrentando los obstáculos (Sesión 2)

Se aborda nuevamente el pensamiento evaluador y frecuentemente negativo del propio rendimiento. El manejo de la conciencia plena permite que los individuos experimenten esas sensaciones en el momento, las reconozcan y registren como eventos mentales y continúen el ejercicio. La meta no es disfrutarlo ni hacerlo a la perfección: sólo hacerlo. El objetivo no es tampoco “apagar” los pensamientos. Cuando la mente divaga, la instrucción es reconocer que ha divagado, observar dónde fue y devolver suavemente la atención hacia la respiración o el cuerpo.

Se enumeran algunos de los comentarios que los pacientes suelen hacer con relación a la tarea de la primera semana, y se propone cómo reaccionar frente a ellos de modo que se vayan consolidando las ideas centrales del programa.

Se insiste en no trabajar ni esforzarse por el logro de metas; no intentar cambiar, escapar o mejorar. Se postula que con respecto a las emociones, a veces la mejor manera de modificarlas no es tratando de cambiarlas, sino más bien llevando la conciencia hacia ellas con el fin de observarlas con mayor claridad, sosteniéndolas en una conciencia no valorativa, tal y como son en ese momento.

Pensamientos y sentimientos

Durante esta sesión se lleva a cabo un ejercicio que muestra que la interpretación de los eventos es determinante del estado de ánimo. Que los pensamientos surgidos a partir de la misma situación varían de persona a persona, o para una misma persona de acuerdo a su estado de ánimo, impone

una distinción que va a permitir un descentramiento saludable: los pensamientos no son los hechos.

Otro ejercicio apunta a llevar la conciencia a al menos un evento agradable que suceda durante el día, incluyendo las sensaciones corporales que acompañan a esa experiencia agradable.

Se finaliza con un ejercicio de meditación (entendida como atención focalizada) sobre la respiración. Se incluyen los folletos con el resumen de la sesión, pautas para la exploración corporal, pautas para la conciencia plena de la respiración, formularios de registro y tarea para la casa: exploración corporal, conciencia plena de la respiración, registro de eventos agradables y conciencia plena sobre una nueva actividad rutinaria.

Capítulo 8. Conciencia plena de la respiración (Sesión 3)

Durante unos 35 minutos se hace una meditación sobre la respiración. Ello es útil y coherente con el modelo pues la respiración ocurre en el presente, lo que puede ayudar a la persona a dejar de prestar atención al pasado y al futuro; atender a la respiración consume recursos cognitivos que entonces están menos disponibles para rumiaciones; el ejercicio implica concentrarse sin estar orientado a una meta: no es tarea del paciente lograr que la respiración suceda, simplemente sucede; la práctica de detectar que la mente ha divagado, tomar nota de adónde y suavemente traerla de vuelta a la respiración va fortaleciendo la capacidad de descentramiento (los pensamientos son sólo eventos mentales, no son hechos, la realidad ni el yo), así como la habilidad para desvincularse voluntariamente de un modo de funcionamiento mental para cambiar a otro.

Qué hacer cuando surge una emoción fuerte

Se practica mantener la conciencia sobre la emoción, sin necesidad de actuar de alguna manera para combatirla: “Aquí está el miedo”, en lugar de “Estoy aterrorizado por la posibilidad de fracasar”. Esto permite convivir con la emoción sin identificarse completamente con ella.

Otras actividades que se hacen en esta sesión son un ejercicio de mirar de un modo diferente, y una caminata conciente. El ejercicio de mirar se hace procurando prescindir del significado de lo que se ve (determinado objeto) para concentrarse en los patrones de color, forma y movimiento. La caminata conciente es descrita como meditación en movimiento: se emplean las sensaciones de movimiento para traer la conciencia al presente, a la acción que se está llevando a cabo.

Se incluye el material para guiar estas actividades y las que se darán de tarea: tres veces al día una meditación breve sobre la respiración; además, algunos días la meditación más completa, y en otros días la exploración corporal; se siguen registrando las tareas y se añade un registro de eventos desagradables, incluyendo las sensaciones corporales asociadas.

Capítulo 9. Permaneciendo presente (Sesión 4)

Una idea central de esta etapa es que los individuos exploren modos de llegar a ser más concientes de sus experiencias, con indiferencia de la cualidad de éstas, de modo que puedan aprender a responder con plena conciencia en lugar de reaccionar automáticamente. Se explora la forma de “permanecer presente”, afrontando la tendencia de correr tras lo placentero y evitar lo desagradable.

Se hacen ejercicios como los ya comentados, se revisa la tarea, se lee un poema (*Los gansos salvajes*, incluido en el libro), se ve una parte del video *Healing from within* y se reparten copias del libro de Kabat-Zinn *Full Catastrophe Living* (estos dos materiales no están incluidos). Se trabaja en la clase con el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall y con los criterios diagnósticos del DSM para episodio depresivo mayor (ambos materiales incluidos). La idea de este trabajo es que cada paciente se familiarice con “el territorio de la depresión”, y pueda tomar una adecuada distancia de los pensamientos negativos cuando aparezcan (no se discuten estos pensamientos como en la terapia cognitiva estándar), y vea a los síntomas como tales, en lugar de como defectos personales.

Se instruye a los pacientes para que se brinden un espacio de tres minutos para atender a la respiración cada vez que en su vida diaria sientan emociones desagradables o sensaciones de tensión o agarrotamiento en el cuerpo. Esta práctica no tiene la meta de producir relajación o alivio (esto puede suceder o no) sino la de reconocer las emociones intensas cuando aparecen y permitir que se encuentren allí sin juzgarlas, sin tratar de ahuyentarlas o de resolver el problema.

Se asignan las tareas para la semana y se entregan los folletos correspondientes (incluidos).

Capítulo 10. Permitir/dejar ser (Sesión 5)

El tema de esta sesión es introducir y cultivar la posibilidad de una relación radicalmente diferente con la experiencia no deseada: aceptar, permitir y dejar existir. La aceptación no se entiende aquí como resignación sino que consiste en permitir la existencia de los elementos desagradables en la conciencia antes de decidir de qué manera responder a ellos, en lugar de precipitarse a tratar de solucionarlos o cambiarlos. Para ello se trabaja mediante el desplazamiento de la atención/conciencia hacia las manifestaciones corporales de las experiencias perturbadoras. Esta atención pretende ser amistosa, amable y gentil, con cierto espíritu de bienvenida.

Se realizan ejercicios, se ve la segunda parte del video y se lee y discute otro poema. También se revisa la práctica y la tarea, se asignan las tareas y se entregan los folletos correspondientes, como se hará en el resto de las sesiones.

Capítulo 11. Los pensamientos no son los hechos (Sesión 6)

Un objetivo clave de esta sesión es ayudar a los participantes a encontrar modos de reducir su grado de identificación con lo que están pensando, y a ver los pensamientos como eventos mentales, en lugar de como definiciones acerca de la realidad o el yo. Se emplea la imagen de estar de pie tras la cascada de pensamientos y sentimientos negativos, siendo capaces de

observar más claramente su fuerza pero sin ser arrastrado por ella. Se hacen ejercicios específicos que apuntan en esta dirección, junto con los que ya se venían haciendo.

En esta sesión se comienza a preparar el final del programa, invitando a que los participantes exploren modos de convertir la práctica de la conciencia plena en parte de su vida diaria.

Capítulo 12. ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí mismo? (Sesión 7)

El tema de esta sesión son los pasos específicos que pueden llevarse a cabo cuando la depresión amenaza. Lo primero es darse un espacio para la respiración y después decidir qué acción emprender, si es pertinente. Cada persona puede conocer sus propias señales de alerta por una recaída, y puede realizar planes sobre cómo responder del mejor modo cuando esas señales aparecen.

Los ejercicios novedosos de este encuentro se proponen explorar los vínculos entre la actividad y el estado de ánimo y generar dos listas de actividades: una con las que los pacientes disfrutaban y otra con las actividades que los pacientes dominan. Estas acciones son un recurso para aplicar luego del espacio para la respiración cuando se detecta un estado de ánimo bajo.

Durante la sesión se guía a los participantes para identificar señales de recaída, identificar las acciones a emprender para afrontar la amenaza de la recaída y elegir un patrón de práctica que cada paciente pueda sostener a diario.

Capítulo 13. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo (Sesión 8)

En esta sesión se efectúa –además de los ejercicios ya conocidos- una revisión de todo el curso. Se discute cuál es el mejor modo de mantener el impulso y la disciplina para la práctica diaria una vez terminado el programa. Se evalúan los planes que los pacientes formulan para ello y se los vincula con razones positivas para el mantenimiento de la práctica. Se concluye con una meditación

(atención con conciencia plena) acerca de un objeto pequeño, por ejemplo un abalorio, que los pacientes se llevan a su casa como recordatorio del programa de conciencia plena.

Parte III

EVALUACIÓN Y DISEMINACIÓN

Capítulo 14. La terapia cognitiva basada en la conciencia plena llevada a juicio

Los autores condujeron un estudio aleatorizado con grupo control para evaluar si la terapia cognitiva para la depresión basada en la conciencia plena reduce la tasa de recaída y recurrencia en pacientes que se han recuperado de una depresión previa. Los 145 pacientes seleccionados tenían una historia de al menos dos episodios de depresión previos pero llevaban al menos tres meses libres de síntomas al momento de comenzar el estudio. Fueron asignados al azar al programa de TCBCP o a una situación de control, en que los pacientes recibían el apoyo que hubieran recibido normalmente, por ejemplo, búsqueda de ayuda en el caso de que la solicitaran.

Al desagregar subgrupos de acuerdo a la cantidad de episodios previos, los resultados del seguimiento a un año no mostraron diferencias en la tasa de recaída para los que habían tenido dos episodios, pero sí para los que habían tenido tres o más episodios hasta el momento de iniciar el estudio: la tasa de recaída de los que recibieron el curso de TCBCP fue un 45 % menor que la del grupo control.

Los autores discuten el significado y el alcance de estos resultados, y reconocen que este estudio no prueba que el programa funcione por los componentes específicos de conciencia plena, sino que podría estar haciéndolo gracias a los componentes menos específicos, como el apoyo que se dan los participantes entre sí o la contención que brinda regularmente el profesional durante el curso. *(Nota: desde la publicación original de este libro en 2002 se han realizado nuevos estudios acerca de la eficacia y eficiencia de este programa. Por ejemplo, véase*

<http://rom.exeter.ac.uk/documents/Psyc/wkuyken/08%20MBCT%20vs%20ADM%20for%20recurrent%20depression%20JCCP.pdf>)

Capítulo 15. Yendo más a fondo: lecturas, páginas web y direcciones para profundizar

En este capítulo se enumeran posibilidades para ampliar el conocimiento sobre estas técnicas, para que el profesional haga su propia experiencia de conciencia plena y para que se capacite formalmente. Sugerimos al lector interesado que complemente esta información con una búsqueda en Internet para obtener un panorama más abundante y actualizado.

Eduardo Iyaca