

Terapias cognitivas basadas en la atención plena para los trastornos de salud conductual

Jeremiah Slutsky, Jay Byron, Carl Fulwiler

La atención plena (mindfulness) es el acto de la conciencia del momento a momento de lo que está sucediendo en el aquí y el ahora. La práctica de la atención plena es generar conciencia de la experiencia actual de uno mismo de forma no crítica y no reactiva. La práctica de la atención plena existe desde hace más de 2,500 años, sin embargo, ha cobrado mayor importancia en el mundo occidental desde la década de 1970.

Este boletín informativo proporciona una breve reseña histórica de la Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR, por sus siglas en inglés) y luego se concentra en la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT, por sus siglas en inglés). Una descripción y una revisión bibliográfica de la MBCT describen la aparición de la MBCT como una intervención que aborda la depresión. Este boletín informativo concluye con los hallazgos recientes que convocan a una investigación más profunda de la MBCT en los ámbitos de la ansiedad y la recaída en las adicciones.

Atención plena y reducción del estrés basada en la atención plena

En 1979, Jon Kabat-Zinn del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts desarrolló el Programa de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR) para aliviar el sufrimiento de los pacientes con afecciones crónicas. El Programa de MBSR es una clase de 8 semanas centrada en el aprendizaje empírico de las prácticas de la atención plena y el yoga, que comprende la investigación guiada por profesores y la psicoeducación. Con el tiempo, los participantes desarrollan su propia práctica personal de la atención plena. Aprenden nuevas formas de relacionarse consigo mismos y con su experiencia a través del entrenamiento para concentrar la atención en la bondad y la compasión, en lugar del juicio o la evasión. A medida que se empezaron a generar pruebas de la eficacia de la MBSR, se desarrolló una serie de intervenciones relacionadas para tratar los problemas de salud mental, tales como la depresión, la ansiedad y las adicciones.



Terapia cognitiva basada en la atención plena

La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT) se creó para prevenir la reaparición de la depresión en personas recuperadas de episodios de depresión anteriores (Segal, 2012). La depresión grave (MD, por sus siglas en inglés) es un problema de salud común y grave, y la probabilidad de una reaparición aumenta con cada episodio. Como respuesta a los cambios normales, relativamente insignificantes en el estado de ánimo, las personas que han sufrido un episodio de depresión son mucho más propensas a experimentar un retorno al pensamiento negativo y la tristeza. La MBCT integra elementos de la terapia cognitiva con el marco básico de la MBSR. La terapia cognitiva se centra en la psicoeducación sobre la depresión y las habilidades preventivas de recaída en la depresión a través de la atención plena. En la MBCT, se sustituyen por el enfoque en la reducción del estrés de la MBSR. Con la MBCT, los participantes aprenden a ser más conscientes de los pensamientos negativos y los sentimientos de tristeza, y a adoptar una actitud de curiosidad, aceptación y no crítica. A diferencia de los enfoques terapéuticos tradicionales, el objetivo de la MBCT no es explicar el origen de los pensamientos o los sentimientos desagradables, ni reemplazarlos por otros diferentes. En cambio, la MBCT ayuda a los pacientes a mantener una

conciencia alerta y flexible, que con el tiempo reduce el efecto de los pensamientos negativos y el desánimo.

Investigación actual: MBCT para la depresión grave

Una investigación reciente respalda la eficacia de la MBCT para reducir la probabilidad de nuevos episodios de depresión en los pacientes con depresión grave. Esta investigación sobre la MBCT se basa en el formato de clases de 8 semanas en una serie de ensayos clínicos aleatorios con pacientes que han sufrido 3 o más episodios de depresión y actualmente están en remisión. Se han realizado seis ensayos controlados aleatorios de la MBCT en personas con antecedentes de depresión que, en conjunto, demuestran que reduce la probabilidad de un nuevo episodio de depresión casi a la mitad (Williams y Kuyken, 2012). Dos estudios compararon la eficacia de la MBCT y la suspensión gradual de los antidepresivos (AD, por sus siglas en inglés) de mantenimiento frente a la continuación con los AD solos (Segal, 2010; Kuyken et al., 2008). Los datos no muestran diferencias significativas en la cantidad de recaídas entre las dos opciones de tratamiento. El estudio de Kuyken et al. (2008) se destacó porque se realizó en entornos de atención primaria y demostró que la MBCT fue superior en cuanto a la mejora en la calidad de vida y similar en costo. A raíz de estos estudios, la MBCT ahora se considera una práctica basada en pruebas para la prevención de la recaída en la depresión (Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (NREPP, por sus siglas en inglés), 2012). Todas estas investigaciones actuales sugieren que para los pacientes con 3 o más episodios de depresión, la MBCT tiene la misma eficacia para la prevención de episodios futuros que continuar con los antidepresivos por tiempo indefinido.

Las investigaciones también han estudiado la MBCT para la reducción de los síntomas depresivos residuales en los pacientes con MD. Los estudios han demostrado que la MBCT sumada al tratamiento habitual fue significativamente mejor que el tratamiento habitual para la reducción de los síntomas depresivos residuales (Kingston et al., 2007; Barnhofer et al., 2009; Crane et al., 2008). Un estudio también muestra que la MBCT y la suspensión gradual de los AD de mantenimiento dan lugar a una reducción significativamente mayor de los síntomas que la continuación con los AD únicamente (Kuyken et al., 2008).

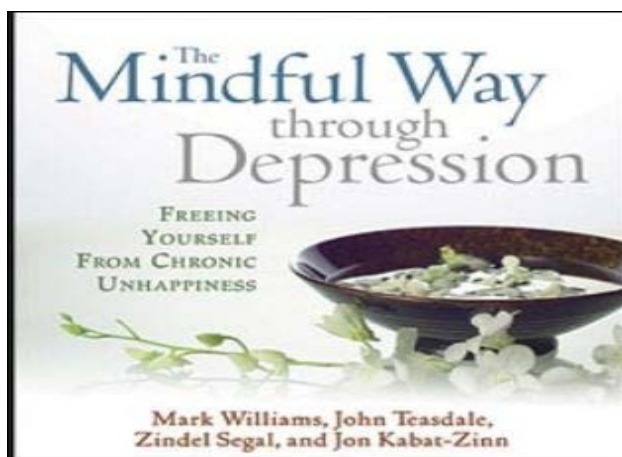
Otras investigaciones: MBCT para la ansiedad y las adicciones

La MBCT también se ha adaptado como una intervención para otros trastornos, pero solo se han publicado muy pocos

estudios hasta la fecha y, por lo tanto, las pruebas son limitadas. Con respecto a los trastornos de ansiedad, se ha estudiado la MBCT específicamente para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico (Kim et al., 2009) y la fobia social (Piet, Hougaard, Hecksher y Rosenberg, 2010). Estos estudios han demostrado una mejora significativa en los síntomas de la ansiedad con la MBCT en comparación con las intervenciones de control, tales como los grupos de psicoeducación o la terapia cognitiva grupal, pero los tamaños de las muestras han sido pequeños y será necesario realizar más estudios para confirmar los resultados.

La MBCT también se ha adaptado para la prevención de la recaída en las adicciones. La Prevención de la Recaída Basada en la Atención Plena (MBRP, por sus siglas en inglés) sigue el mismo formato grupal de 8 semanas que incorpora el tratamiento conductual cognitivo para la prevención de la recaída. Al igual que en la MBCT, a los pacientes se les presentan los escaneos corporales, la meditación sentada y el yoga. En el transcurso de la MBRP, se les indica a los pacientes que sean plenamente conscientes de sus ansias de consumir drogas y alcohol, que identifiquen los desencadenantes, y que se preparen para la posibilidad de una recaída. Un estudio piloto de MBRP halló reducciones en la cantidad de días con consumo y ansias al final del tratamiento en comparación con los controles que recibieron el tratamiento habitual (Bowen et al., 2009). Los datos de los análisis *post hoc* de este estudio sugirieron que la MBRP podría ser más útil en presencia de síntomas depresivos, que pueden predisponer a la recaída (Witkiewitz y Bowen, 2010).

Para obtener más información acerca de la MBCT para la depresión visite www.mbct.com o lea el libro "The Mindful Way Through Depression: Freeing yourself from Chronic Unhappiness" [El camino consciente para salir de la depresión: cómo liberarse de la tristeza crónica], que incluye un CD con prácticas guiadas.



Referencias

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & 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.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., & Marlatt, G.A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Use*, 30, 295–305.
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Hepburn, S., Fennell, M. V., & Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 775-787.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., & Ryu, M. (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(7), 601-606.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 193-203.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Mullan, E. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966.
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). (2012). Intervention Summary: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Recuperado de <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=239>.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M.S., & Rosenberg, N.K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403-410.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., & Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Williams, J.M.G & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *British Journal of Psychiatry*, 200, 359-360.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362.