

Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (*mindfulness*) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales

Cristian Javier Garay

*Doctor de la Universidad de Buenos Aires (UBA), área Psicología
Terapeuta Cognitivo certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC)
Prof. Adjunto de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Segunda Cátedra, Facultad de Psicología, UBA
E-mail: cristiangaray@psi.uba.ar*

Guido Pablo Korman

*Doctor en Cultura y Sociedad, Instituto Universitario Nacional de Arte (IUNA) y en Psicología, Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES)
Terapeuta Cognitivo certificado por la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC)
Prof. Adjunto de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Segunda Cátedra, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)
Investigador adjunto del CONICET
E-mail: gkorman@psi.uba.ar*

Eduardo Gustavo Keegan

*Doctor de la Universidad de Buenos Aires (UBA), área Psicología
Director de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva, Facultad de Psicología, UBA
Prof. Titula de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Segunda Cátedra, Facultad de Psicología, UBA
E-mail: ekeegan@psi.uba.ar*

Resumen

El artículo aborda las razones que dieron lugar a la incorporación de la atención plena (*mindfulness*) en el abordaje cognitivo de la prevención de las recaídas y recurrencias en los trastornos depresivos recurrentes. Se presenta el contexto en el cual se pasó de los modelos cognitivo-conductuales centrados en los contenidos de la cognición a aquellos centrados en el rol de los procesos cognitivos. Se destacan los problemas que presentó el modelo cognitivo estándar para explicar la vulnerabilidad cognitiva de los pacientes que habiendo experimentado un episodio depresivo se encuentran en remisión. Se describe brevemente el modelo cognitivo sobre el cual se basa la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) y su propuesta de tratamiento.

Palabras clave: Terapia cognitiva - Atención plena - MBCT - Depresión recurrente.

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT) AND THE «THIRD WAVE» OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPIES (CBT)

Abstract

The paper presents the reasons that led to the incorporation of mindfulness as part of a cognitive therapy approach to the prevention of relapse of recurrent depressive disorders. It describes the context in which models focused on the contents of cognition gave way to models focused on cognitive processes. We highlight the problems encountered by the standard cognitive model when trying to account for the cognitive vulnerability of individuals who, having experienced a depressive episode, are in remission. We briefly describe the theoretical foundations of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and its therapeutic approach.

Keywords: Cognitive Therapy - Mindfulness - MBCT - Recurrent depression.

Introducción

La terapia cognitiva consiste en un procedimiento psicoterapéutico que busca el alivio del sufrimiento y la mejoría de las personas afectadas por trastornos mentales mediante la detección y modificación de las variables cognitivas implicadas en esos problemas. Su surgimiento se ubica temporalmente en la década de los 60, en el contexto de la llamada "revolución cognitiva" de las ciencias humanas (1). Tanto Aaron T. Beck (2,3) como Albert Ellis (4) se destacan entre los principales pioneros de procedimientos caracterizados por considerar el rol de las creencias y otras variables cognitivas en los problemas emocionales, así como por su brevedad, eficacia y relación con la investigación empírica de resultados. En una excelente síntesis, Dobson y Dozois (5) destacan tres principios básicos: 1) la cognición afecta a la conducta y al afecto; 2) la actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada; 3) modificando las creencias propias, se pueden lograr cambios en la conducta y alcanzar una experiencia más satisfactoria.

Han pasado más de 40 años desde el surgimiento de la terapia cognitiva (3), que actualmente forma parte de un amplio espectro de terapias cognitivo-conductuales (6). Un número considerable de estudios de resultados avala la eficacia de la familia de tratamientos que integra la llamada terapia cognitivo-conductual, hallándose 269 meta-análisis en una revisión reciente (7).

Desde el punto de vista de las investigaciones de procesos, los estudios iniciales se orientaron a evaluar el rol de los factores cognitivos en el inicio y mantenimiento de los trastornos mentales; comenzaron a partir de informes de los pacientes expresados en cuestionarios e inventarios diseñados para tal fin. Por ejemplo, Beck formuló la teoría de la vulnerabilidad cognitiva basándose en observaciones clínicas sistemáticas y estudios realizados con la *Escala de Actitudes Disfuncionales* (DAS, por su sigla en inglés) (8). Asimismo, los errores sistemáticos en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, generalización excesiva, etc.) fueron el blanco de la primera etapa de las investigaciones dentro del paradigma cognitivo.

Ahora bien, la teoría de Beck fue un catalizador de una explosión de investigaciones sobre la vulnerabilidad cognitiva de la depresión (9). Desde el campo de la neuropsicología cognitiva, y mediante diversos paradigmas experimentales, gradualmente se fueron explorando los déficits cognitivos en la atención y memoria de los pacientes afectados por diversos trastornos mentales mediante diferentes paradigmas experimentales (10). Se diferenciaron los procesos cognitivos de los resultados de tal proceso, ubicando a los contenidos de la cognición dentro de los segundos (11).

Durante la década del 90, un número importante de investigadores se orientó hacia una visión más amplia de los procesos cognitivos involucrados en los trastornos mentales. Es decir, comenzaron a expandir el estudio de la cognición más allá de los contenidos y los errores lógicos. Esto fue particularmente notable en el estudio de la depresión. En este sentido, la denominada *teoría*

del estilo de respuesta de Susan Nolen-Hoeksema (12) se centró en el estudio de la rumiación como un modo de reacción ante el ánimo disfórico y en el estilo de pensamiento más que en su contenido particular (13). Postuló que las personas que reaccionan al malestar psicológico con estrategias como la rumiación muestran una mayor vulnerabilidad a la depresión. En sus estudios, pudo demostrar esta asociación entre rumiación y duración del estado de ánimo depresivo.

Por su parte, Jutta Joormann (14) estudió los procesos rumiativos desde otra perspectiva, centrándose en su relación con la memoria de trabajo. La hipótesis del proceso del control e inhibición cognitiva intenta explicar las alteraciones neuropsicológicas asociadas a procesos cognitivos recurrentes como la rumiación. Postula que existiría una dificultad para desalojar contenidos de la memoria de trabajo que dificultaría el desenganche (*disengagement*) de los pacientes de dichos contenidos. Si bien puede explicar por qué las personas persisten en los contenidos cognitivos, la teoría no parece explicar por qué las personas se centran en ciertos contenidos y no en otros.

Conforme se fue avanzando en el estudio de los resultados de los tratamientos existentes para los trastornos depresivos, también se fueron hallando resultados preocupantes respecto de las recaídas y recurrencias en pacientes que habían alcanzado la remisión y la recuperación con los tratamientos existentes (15). Se pudo comprobar que uno de los predictores más importantes de las recaídas y recurrencias es el número de episodios depresivos padecidos por el paciente en cuestión. Por ejemplo, en un paciente que ha padecido 3 episodios depresivos la investigación sugiere que esa persona tiene un 90% de probabilidades de experimentar un nuevo episodio (16). Por ello, se planteó la necesidad de contar con intervenciones que redujeran la tasa de recaídas y recurrencias en pacientes con alto riesgo.

En este artículo se reseñará cómo la evolución de los modelos cognitivo-conductuales ha dado lugar a un tratamiento que integra la tradición de los enfoques psicológicos con apoyo empírico, más concretamente la terapia cognitiva, y prácticas de meditación específicas para resolver un problema clínico específico: la elevada tasa de recurrencia en pacientes con trastorno depresivo mayor, recurrente. Se presentarán las discusiones y el modelo teórico en el cual se basa la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT, siglas de *Mindfulness-based Cognitive Therapy*) diseñada con el fin mencionado (17).

El problema de la vulnerabilidad cognitiva

Las teorías contemporáneas de la depresión se caracterizan por compartir un modelo de diátesis-estrés acerca de su etiología (18,19). En esta concepción, es esencial determinar y precisar cuál es la vulnerabilidad así como identificar los estresores principales. En este sentido, la teoría beckiana de la *vulnerabilidad específica*, consistente en diferenciar una vulnerabilidad de tipo *sociotrópica*, es decir, a estresores de naturaleza interpersonal (por ejemplo, fallecimientos de seres queridos o rupturas

amorosas) y otra de tipo *autonómica*, referida a estresores relacionados con el propio desempeño (por ejemplo, desempleo o fracaso académico) fue motivo de controversias (20). Las personas vulnerables a la depresión presentarían esquemas cognitivos latentes que se activarían ante los mencionados estresores. Una vez activados, se presentaría la sintomatología depresiva (21).

El tratamiento buscaría desactivar y modificar los esquemas a los fines de resolver la vulnerabilidad, atacando de este modo el riesgo de recaídas y recurrencias. La teoría fue cuestionada por estudios que observaron que las actitudes disfuncionales remiten cuando remite el episodio depresivo y que no se observaron diferencias entre pacientes en remisión y personas que nunca estuvieron deprimidas (22). Dado que los pacientes en remisión son más vulnerables a padecer nuevos episodios depresivos que la población general y no habiendo diferencias observables respecto de las actitudes disfuncionales, surge la pregunta: ¿dónde está la vulnerabilidad cognitiva? Surgieron así varias líneas de investigación que cuestionaron la primacía de la cognición y destacando que la misma es dependiente del estado del ánimo (por ejemplo, 23). Es decir, los primeros estudios sobre los factores cognitivos en la depresión compararon pacientes con depresión y población sin depresión, tratando de recopilar dichos factores asociados con el trastorno mediante la DAS. La segunda generación de estudios, en cambio, comparó pacientes depresivos y pacientes en remisión de su depresión con el fin de detectar la vulnerabilidad cognitiva presente en los últimos, de modo acorde al modelo cognitivo. Fue entonces que no se observaron diferencias entre ambas poblaciones y algunos autores sugirieron que los factores cognitivos son epifenómenos de la depresión y no tienen un rol causal (por ejemplo, 24). Otros investigadores, bajo el supuesto de que la vulnerabilidad cognitiva está presente en los pacientes en

remisión pero no es capturada por la metodología usada, propusieron nuevos diseños. Dado que los factores cognitivos surgen bajo estrés, los estudios de laboratorio deben inducir el estrés necesario para que éstos resulten presentes. Por consiguiente, la tríada cognitiva de Beck para la depresión (25), es decir que los pacientes se ven a sí mismos, al futuro y a los otros de modo negativa, las distorsiones cognitivas y los errores lógicos en el procesamiento de la información no se consideraron suficientes para explicar la vulnerabilidad cognitiva de los pacientes a la depresión (26).

Si bien en su revisión retrospectiva de 2005, Beck aún sostuvo la teoría de la vulnerabilidad cognitiva original (18), recientemente, Beck y Haigh (27) no incluyeron este modelo en el denominado "modelo cognitivo genérico". Se puede observar, ya desde sus inicios, cómo el modelo cognitivo fue evolucionando a la luz de las líneas de investigación que fueron cuestionando y expandiendo los supuestos iniciales.

El modelo de los Subsistemas Cognitivos Interactivos

Uno de los cuestionamientos clásicos a la terapia cognitiva de Beck para la depresión ha sido el desarrollo por John Teasdale y Peter Barnard (28). Puede ser sintetizada mediante la respuesta de muchos pacientes ante las intervenciones socráticas características de dicho modelo: "lo entiendo intelectualmente pero no puedo dejar de sentir la emoción". La primacía de los factores cognitivos sobre las emociones parece puesta en duda por tales afirmaciones. Efectivamente, muchos autores cuestionaron tal primacía y Beck propuso una relación bidireccional entre lo emocional y lo cognitivo dentro del modelo tripartito sobre la relación entre emoción, cognición y conducta.

Tabla 1. Elementos centrales del modelo de los Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS, por sus siglas en inglés)

1. Diferentes tipos de información o códigos mentales, cada uno correspondiente a diferentes aspectos de la experiencia. Cada tipo de información es almacenada por procesos específicos (subsistemas). La información sensorial "cruda" (patrones de luz, forma, color; patrones sonoros como tono, ritmo, timbre; patrones propioceptivos musculares u otros).
2. Existen procesos que transforman la información de un código a otro. El procesamiento de la información depende del flujo de un subsistema a otro. Las conversiones son "aprendidas" en base a las regularidades y co-variaciones (por ejemplo, un determinado patrón de información sensorial sonora (input) puede corresponder a la palabra "bueno" en el egreso (output). Así, cuando se recibe un patrón relacionado con situaciones de pérdidas previas en el código de alto nivel de significados (input), puede producir, como egreso, un patrón del código efector que produce componentes de la reacción emocional depresiva (output).
3. Todos los patrones de codificación de la información son almacenados en la memoria de modo diferencial, de acuerdo al tipo de códigos o información.

Teasdale y Barnard (28) formulan una teoría de la mente de múltiples niveles que se propone comprender la relación entre la psicopatología y el procesamiento

de los factores ambientales. De acuerdo a este modelo, el riesgo a las recurrencias y recaídas en la depresión se explica por la reinstalación de procesos rumiativos

depresogénicos y no por creencias o supuestos negativos implícitos (29). El modelo desarrollado por estos investigadores es el de los Subsistemas Cognitivos Interactivos (ICS, por sus siglas en inglés) (28) e intenta explicar la diferencia existente entre las cogniciones frías y racionales y aquellas denominadas calientes (*hot cognitions*), emocionales, más vinculadas a lo que puede

observarse en los trastornos emocionales. La idea de ICS es proveer un modelo más amplio de la cognición en la terapia cognitiva. Más recientemente, Beck y Haigh (27) presentan un procesamiento dual de la información para explicar el mismo problema: un procesamiento rápido y automático versus un procesamiento lento y reflexivo.

Tabla 2. Niveles de significado específico y genérico.

ICS diferencia dos tipos de significados: unos más genéricos y otros más específicos

1. Nivel proposicional: estos patrones representan significados específicos, en términos de conceptos discretos y las relaciones entre ellos, por ejemplo "ese auto es rojo".
2. Nivel implicacional: se trata de patrones más genéricos y holísticos, en los cuales se hace difícil establecer convenciones. Los ejemplos se pueden ver en poemas, parábolas o narraciones. En este nivel se codifican regularidades de alto orden que atraviesan todos los otros códigos de información (tono de voz, activación corporal, etc.). De acuerdo al modelo ICS, solamente este nivel se relaciona directamente con las emociones.

Adrian Wells y Gerald Matthews (30) también formularon diferentes niveles de la cognición para explicar esto mismo y pueden encontrarse en el ámbito de la psicología cognitiva modelos que diferencian un procesamiento explícito o declarativo de uno implícito o procedural. Más clásicamente, enfoques neurobiológicos propusieron la distinción entre los procesamientos corticales y subcorticales de la información, recientemente retomados por la denominada "neuropsicoterapia" (31).

Del entrenamiento atencional a la atención plena (*mindfulness*)

En el contexto del tratamiento de la depresión y la prevención de su recurrencia, el modelo de Barnard y Teasdale (28) fue aquél a partir del cual se diseñó la primera "técnica de entrenamiento atencional" (ACT, siglas de *Attentional Control Technique*) que integraba elementos de atención plena (*mindfulness*) con la terapia cognitiva de Beck (32). Luego fue reemplazada por el modelo de Jon Kabat-Zinn (33) de la reducción de estrés basado en la atención plena (*mindfulness*) (MBSR, por sus siglas en inglés), para la prevención de las recurrencias en depresión. La MBCT se basa, claramente, en un modelo cognitivo de la recurrencia en la depresión.

El concepto de "atención plena" (*mindfulness*) es mencionado por primera vez en la literatura psicológica por Shiffrin & Schneider (34). La definición de Jon Kabat-Zinn (33, la traducción es nuestra) es la siguiente: "prestar atención de un modo específico: deliberado, centrado en el momento presente y acrítico". Bishop et al. (35) realizaron una "definición operativa" de atención plena

(*mindfulness*) que destaca el carácter de "atención sostenida, orientada hacia el momento presente, con una actitud de apertura, curiosidad y aceptación acrítica hacia la experiencia".

Características del programa de la MBCT

Teasdale, Segal y Williams (17, 36) consideraron que la atención plena (*mindfulness*) podría ser un recurso para reducir la vulnerabilidad de los pacientes en remisión a la depresión, es decir, para evitar que reaccionen al malestar a través de procesos cognitivos disfuncionales como la rumiación.

El formato de MBCT es un modelo grupal de tratamiento. Presenta una primera entrevista individual y ocho sesiones de grupo (grupos de hasta doce personas) durante ocho semanas y cuatro sesiones de seguimiento realizadas por dos coordinadores. El programa incluye el modelo de reducción de estrés de Kabat Zinn (33) (distintas prácticas de conciencia plena) combinado con técnicas de terapia cognitiva (psicoeducación de las emociones, plan de acción para cuando se instala el ánimo negativo).

El tratamiento tiene un fuerte eje en la práctica de la conciencia plena que incluye la práctica de actividades de conciencia plena seis de los siete días de la semana. En la entrevista inicial se hace especial hincapié en que incluye una actividad casi diaria.

En los últimos años se han llevado a cabo algunas modificaciones del programa original: se ha aumentado la cantidad de participantes a 15 individuos y en lugar de las sesiones de seguimiento se ofrece un día completo de meditación en la sexta sesión del programa.

MBCT y la «tercera ola» de terapias cognitivo-conductuales

Steven Hayes (37) ha incluido a la MBCT en la «tercera ola» de tratamientos cognitivo-conductuales. Desde su periodización, propone diferenciar una primera ola representada por la terapia conductual y una segunda ola que se expresa en el surgimiento de la terapia cognitiva. La tercera ola incluye a varios modelos que comparten entre sí el incluir técnicas de meditación, foco en la aceptación y validación. Sin embargo, ACT se diferencia de los otros modelos agrupados bajo la «tercera ola» en que rechaza el rol causal de la cognición en el mantenimiento de los trastornos mentales. En este sentido, si bien propone una teoría de la cognición, se caracteriza por un ambientalismo radical como el conductismo skinneriano de la «primera ola». La periodización mencionada ha sido eje de numerosos debates (por ejemplo, 38).

Si se piensa en los principales modelos de terapia cognitiva de «tercera generación», pueden mencionarse cuatro modelos que han venido imponiendo la agenda en investigación. Ellos son la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, siglas de *Dialectical Behavioral Therapy*) de Marsha Linehan (39), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, siglas de *Acceptance and Commitment Therapy*) del propio Hayes (40), la Terapia Metacognitiva (MCT, siglas de *Meta-Cognitive Therapy*) de Adrian Wells (41), y la ya citada MBCT.

La MBCT y la DBT presentan varios aspectos en común. Ambos modelos proponen un tratamiento para un trastorno específico (una para la depresión recurrente y el otro para el trastorno límite de la personalidad). A su vez, ambos proponen que los terapeutas que trabajen con estos enfoques realicen ellos mismo las prácticas de meditación (*mindfulness meditation*) para tener un conocimiento experiencial del modelo (42).

ACT (40) procede del funcionalismo contextual, una particular visión filosófica, y de la teoría del marco relacional, un modelo neo-skinneriano del lenguaje. La DBT de Linehan (39) apela también de supuestos filosóficos de la dialéctica hegeliana. Por el contrario, si se quisieran buscar las bases filosóficas de la MBCT o la MCT de Wells (41) no sería sencillo y habría que pensar en las posturas epistemológicas de Popper (43), en coincidencia con la terapia cognitiva *standard*.

La MCT de Wells presenta algunos puntos de coincidencia con MBCT (44). En principio, como señala Scherer-Dickson (45), la MBCT y la MCT son modelos psicoterapéuticos que intentan subsanar los déficits de la terapia cognitiva de Beck (25), como se mencionó al comienzo, por dejar de lado importantes aspectos del procesamiento de la información. La MCT intenta ser un puente entre los desarrollos de la psicología cognitiva y la terapia cognitiva (30). El modelo desarrollado por Teasdale, Segal y Williams (17) presenta un objetivo similar. Ambos modelos se hallan interesados en los modelos de ciencia cognitiva y de psicología experimental para entender el sufrimiento humano (47). Por otra parte, como sostienen Herbert

y Forman (48), el concepto de metacognición juega un rol importante en ambos, que comparten un énfasis en cultivar una conciencia desapegada de los propios procesos cognitivos e intervenciones orientadas a modificar creencias sobre el rol de la cognición en relación a la emoción y la conducta más que aquellas dirigidas a pensamientos específicos: "*detached mindfulness*" para Wells (46), "*metacognitive awareness*" para Teasdale et al. (47).

Evidencia

En un artículo previo (49), hemos reseñado los diversos estudios clínicos realizados para evaluar la eficacia de la MBCT. En los últimos tres años se observa un aumento considerable de la publicación de nuevos estudios sobre esta modalidad de tratamiento más allá de la depresión recurrente. A la fecha se encuentran disponibles más de 50 estudios clínicos sobre MBCT. A continuación, se mencionan algunos de los más relevantes.

Con respecto al problema clínico para el cual fue diseñada, la depresión mayor, recurrente, con tres o más episodios y en remisión, la MBCT mostró inicialmente resultados muy alentadores tanto al ser comparada con la ausencia de tratamiento (36, 50) como en comparación con un tratamiento farmacológico antidepressivo de mantenimiento estándar (51), aunque la evidencia más reciente sugiere tomar con cautela los primeros estudios (52). Se estudió también en formas resistentes de depresión mayor y recurrente observándose buenos resultados sobre todo en pacientes graves (53). Kingston et al. (54) incluyeron pacientes con trastorno bipolar junto a pacientes con depresión recurrente observándose resultados positivos aunque no en los niveles de rumiación. La MBCT se estudió también en la depresión crónica con resultados más modestos (55) y no mostró resultados alentadores frente al trastorno afectivo estacional (56).

Por fuera de los trastornos afectivos, esta forma de tratamiento se estudió en pacientes con diversos trastornos de ansiedad (57-59), trastorno obsesivo-compulsivo (60) y diversos problemas de salud (61-67), observándose resultados alentadores.

Conclusiones

La MBCT está basada en un modelo acerca del rol de la cognición en la depresión recurrente. Los modelos cognitivos de los trastornos mentales se han complejizado y aquellos recientes, como también la MCT de Wells, incluyen procedimientos orientados al cambio de diferentes procesos cognitivos considerados centrales en la psicopatología. La comprensión del rol de dichos procesos cognitivos en los trastornos mentales se ha incrementado significativamente, pasando de una visión centrada en un aspecto de la cognición a modelos que destacan diferentes procesos cognitivos y se basan en concepciones más complejas de la mente.

Existiendo muchos modelos para prevenir las recurrencias en la depresión, con resultados alentadores,

¿cuál es la ventaja de la MBCT? En principio, es una intervención breve. Además, se presenta en un formato grupal. Estas dos características, hacen de la MBCT una intervención especialmente eficiente. En el contexto de una problemática de una prevalencia abrumadora como lo es la de la depresión, dichas características son de gran importancia.

Por otra parte, es destacable la aplicabilidad que comienza a mostrar en otros trastornos mentales y problemas de salud. Es muy probable que en los próximos años el cuerpo de evidencia disponible para la aplicación de la MBCT crezca notoriamente ■

Tabla 3. Estudios clínicos de MBCT para trastornos afectivos.

Autor	Año	Trastorno o problema clínico	N	Tipo de estudio	Seguimiento	Resultados	Observaciones
Teasdale et al. (36)	2000	TDM, R, en remisión	145	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	60 semanas	En pacientes con 3 o más EDM (77% de la muestra): 37% de recaídas o recurrencias en grupo MBCT versus 66% en grupo control, $\chi^2(1, N = 99) = 8.49, p < .005$	Se administró MBCT a pacientes luego de 3 meses de suspender el tratamiento farmacológico (diferentes antidepresivos)
May Teasdale (50)	2004	TDM, R, en remisión	75	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	60 semanas	En pacientes con 3 o más EDM (75% de la muestra): 36% de recaídas o recurrencias en grupo MBCT versus 78% en grupo control, $\chi^2(1, N = 55) = 9.849, p < .002$	Es una replicación del estudio anterior (36)
Kuyken et al. (51)	2008	TDM, R (3 o más EDM), en remisión	123	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	15 meses	47% de recaídas o recurrencias en el grupo MBCT y 60% en el grupo AD, $\chi^2(1) = 1.54, p < .21$	No hubo diferencias significativa entra ambos grupos en términos de recaídas y recurrencias; sí en términos eficiencia. El tratamiento farmacológico se implementó de acuerdo a la práctica clínica estándar y el <i>British National Formulary</i>
Williams et al. (52)	2014	TDM, R (3 o más EDM), en remisión	274	Estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado	12 meses	46% de recaídas o recurrencias en el grupo MBCT, 50% en el grupo psicoeducativo y 53% el grupo control; no se observaron diferencias significativas entre los grupos	Para los pacientes con mayor presencia de traumas infantiles, las tasas de recaídas o recurrencias fueron 41, 54 y 65% para el grupo MBCT, psicoeducativo y control, respectivamente
Kenny y Williams (53)	2007	Depresión resistente	50	Auditoría clínica (clinical audit)	-	Reducción significativa del BDI: pre, $M = 24.3$ ($DE = 9.8$) y post, $M = 13.9$ ($DE = 9.7$), $t(47) = 6.01, p < .0001$. Tamaño de efecto pre-post = 1.04	El 74% de los pacientes recibían tratamiento farmacológico antidepresivo al ingresar al estudio

Kingston et al. (54)	2007	Síntomas depresivos residuales	19	Estudio clínico, mixto de dos etapas, controlado	1 mes	Reducción significativa de los puntajes del BDI el grupo MBCT comparado con el control, $F(1, 15)=9.26$; $p<.05$	La reducción en los puntajes del BDI se correlacionó con los puntajes de rumiación. La asignación a cada grupo no fue aleatorizada, se utilizó una metodología de series consecutivas.
Barnhofer et al. (55)	2009	Depresión crónica	28	Estudio clínico, controlado y aleatorizado	-	La tasa de respuesta en el grupo MBCT fue de 37% y de 6% en el grupo control, $\chi^2(N=31)=4.21$, $p=.04$	El grupo control recibió tratamiento farmacológico antidepresivo estándar.
Fleer et al. (56)	2014	Trastorno afectivo estacional	46	Estudio clínico, controlado y aleatorizado	33 semanas	Se observó un 65.2% de recurrencias en el grupo MBCT y 78.3% en el grupo control, diferencia no significativa, $D^2(1).965$, $p=.33$.	Se administró una adaptación de la MBCT a un formato individual de 8 sesiones de 45 a 60 minutos de duración cada una.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor. R: Recurrente. EDM: Episodios Depresivos Mayores. AD: Antidepresivos. BDI: *Beck Depression Inventory*.

Referencias bibliográficas

- Keegan E, Holas P. Terapia Cognitivo Comportamental: teoría y práctica. En *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry*, pp. 605-629. New York, Springer, 2009.
- Beck AT. Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963;9:324-333.
- Beck AT. Thinking and depression: theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-571.
- Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart; 1962.
- Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In Dobson KS (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.), pp. 3-38. New York, Guilford, 2010.
- Hofmann S. *An introduction to modern CBT : psychological solutions to mental health problems*. Chichester, Wiley, 2012.
- Hofmann S, Asnaani A, Vonk I, Sawyer A, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. Oct 1, 2012; 36(5): 427-440.
- Weissman AN, Beck AT. *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL., 1978, November.
- Dozois DJA, Beck AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. En K. Dobson S, Dozois DJA (Eds.), *Risk factors in depression*, pp. 121-143. Oxford, Elsevier/Academic, 2008.
- Ingram RE, Steidtmann D, Bistricky SL. Information Processing: Attention and Memory. En Dobson KS, Dozois D (Eds.), *Risk factors in depression*, pp. 145-170. Oxford, Elsevier/Academic, 2008.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. *Cognitive vulnerability to depression*. New York, Guilford, 1998.
- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991 Nov;100(4):569-82.
- Wisco B, Nolen-Hoeksema S. The Interaction of Mood and Rumination in Depression: Effects on Mood Maintenance and Mood-Congruent Autobiographical Memory. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2009 Sept; 27(3), 144-59.
- Joormann J. Cognitive aspects of depression. En Gotlib IH, Hammen CL, *Handbook of depression* (2nd ed.), pp. 298-321. New York, Guilford Press, 2009.
- Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT, et al. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(10), 782-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.), (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York, Guilford Press, 2002.
- Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Sep;62(9):953-9.
- Clark D, Beck A. El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro I (Ed), *Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*, pp.119-129. Barcelona, Paidós, 1997.
- Coyne JC, Whiffen VE. Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychol Bull*. 1995 Nov;118(3):358-78.
- Bower GH. Mood and memory. *Am Psychol*. 1981 Feb;36(2):129-48.
- Dobson KS, Shaw BF. Cognitive assessment with major depression disorders. *Cognit Ther Res*. 1986;10:13-29.
- Miranda J, Persons JB. Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *J Abnorm Psychol*. 1988 Feb;97(1):76-9.
- Coyne JC, Gotlib IH. The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychol Bull*. 1983 Nov;94(3):472-505.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford, 1998.
- Beck AT, Haigh EA. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:1-24.
- Teasdale JD, Barnard, PJ. *Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought*. Hove, Lawrence Erlbaum Associates, 1993.

29. Fresco DM, Flynn JJ, Mennin DS, Haigh EAP. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. En J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy. Understanding and Applying the New Therapies*, pp. 57-82. New Jersey: Wiley, 2011.
30. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996 Nov-Dec;34(11-12):881-8.
31. Grawe K. *Neuropsychotherapy: How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2007.
32. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther*. 1995 Jan;33(1):25-39.
33. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness fifteenth anniversary edition*. New York, USA: Bantam Dell, 1990.
34. Shiffrin RM, Schneider W. Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychol Rev*. 1977;84, 127-90.
35. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Prac*. 2004. 11(3):230-41.
36. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):615-23.
37. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
38. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev*. 2008 Jan;28(1):1-16.
39. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 1993.
40. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York, Guilford, 1999.
41. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford, 2009,
42. Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: the challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13):863-9.
43. Popper K. *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson, London, 1959 (1935).
44. Garay CJ, Keegan EG. (en evaluación). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Rev Arg Clín Psicol*.
45. Scherer-Dickson N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 223-234.
46. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley, 2000.
47. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(2), 275-87.
48. Herbert JD, Forman EM. The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: The Rise of Psychological Acceptance and Mindfulness. En J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy. Understanding and Applying the New Therapies*, pp. 3-25. New Jersey, Wiley, 2011.
49. Korman GP, Garay CJ. El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness). *Rev Arg Clín Psicol*. 2012 Abr;21(1):5-13.
50. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(1):31-40
51. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):966-78.
52. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, Hackmann A, Krusche A, Muse K, Von Rohr IR, Shah D, Crane RS, Eames C, Jones M, Radford S, Silverton S, Sun Y, Weatherley-Jones E, Whitaker CJ, Russell D, Russell IT. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014 Apr;82(2):275-86.
53. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther*. 2007 Mar;45(3):617-25.
54. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*. 2007 Jun;80(Pt 2):193-203.
55. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*. 2009 May;47(5):366-73.
56. Fleer J, Schroevers M, Panjer V, Geerts E, Meesters Y. Mindfulness-based cognitive therapy for seasonal affective disorder: a pilot study. *J Affect Disord*. 2014 Oct 15;168:205-9.
57. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008 May;22(4):716-21.
58. Wong SY, Mak WW, Cheung EY, Ling CY, Lui WW, Tang WK, et al. A randomized, controlled clinical trial: the effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2011;29(11):187.
59. Kim B, Cho SJ, Lee KS, Lee JY, Choe AY, Lee JE, et al. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei Med J*. 2013;54(6):1454-62.
60. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, Herbst N, Külz AK. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder - a qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*. 2012 Oct 31;12:185.
61. Philippot P, Nef F, Clauw L, de Romrée M, Segal Z. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treating tinnitus. *Clin Psychol Psychother*. 2012 Sep;19(5):411-9.
62. van der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psychooncology*. 2012 Mar;21(3):264-72.
63. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol*. 2012 Oct;80(5):817-28.
64. Schoultz M, Atherton IM, Hubbard G, Watson AJ. The use of mindfulness-based cognitive therapy for improving quality of life for inflammatory bowel disease patients: study protocol for a pilot randomised controlled trial with embedded process evaluation. *Trials*. 2013 Dec 17;14:431.
65. van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, van Weel C, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(5):299-310.
66. Sherratt KA, Lunn S. Evaluation of a group programme of mindfulness-based cognitive therapy for women with fertility problems. *J Obstet Gynaecol*. 2013 Jul;33(5):499-501.
67. Day MA, Thorn BE, Ward LC, Rubin N, Hickman SD, Scogin F, Kilgo GR. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *Clin J Pain*. 2014 Feb;30(2):152-61.