

Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Pasado, Presente y Futuro

Mark A. Lau^{1,2} & Amanda R. Yu¹

Traducción: Eleanor Drake

Abstract

El presente artículo presenta una perspectiva general del pasado, presente y futuro de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (MBCT), una intervención psicosocial de base grupal relativamente nueva, que integra la meditación de conciencia plena (Mindfulness) con técnicas de terapia cognitiva. La MBCT fue desarrollada específicamente para reducir el riesgo de recaída o recurrencia del Trastorno Depresivo Mayor. La corta historia de MBCT incluye una descripción de las razones teóricas subyacentes al desarrollo de la MBCT y el sustento empírico de su eficacia en la reducción del riesgo de recaída depresiva en individuos con tres o más episodios previos. Actualmente existe acumulación de evidencia proveniente de la investigación de resultados de la MBCT que respalda su eficacia también en la reducción de la sintomatología depresiva. Los futuros focos de atención de trabajos relacionados con MBCT incluirán cuestiones en relación con la difusión como la determinación de sus mecanismos de acción subyacentes, la contribución del entrenamiento de maestros en los resultados de la MBCT y el desarrollo y evaluación de modelos de tratamiento además del tratamiento grupal.

Palabras clave: Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena, meditación, depresión, prevención de la recaída.

Cuando nos tomamos el tiempo de tomar conciencia acerca de dónde está enfocada nuestra mente en un momento dado, no es raro encontrar que ella ha deambulado desde la tarea en curso hacia acontecimientos pasados o futuros. Como será tratado más detalladamente luego, hacia dónde deambule nuestra mente está asociado fuertemente con cómo uno piense, sienta y actúe subsecuentemente (e.g., Beck et al., 1979) y está implicado como un factor de riesgo de recaída en individuos con riesgo de depresión. Sin embargo, como escribió William James más de cien años atrás, es difícil definir instrucciones prácticas para "...hacer regresar voluntariamente una atención divagante, una y otra vez..." (James, 1890, p. 401). Sin embargo, éste es precisamente el desafío encarado por Segal, Williams y Teasdale (2002) al elaborar una nueva intervención psicosocial para prevenir la recaída depresiva. Específicamente, buscaban un modo de educar a individuos en riesgo para recuperar voluntariamente una atención divagante desde los patrones de pensamiento rumiativo implicados en la recaída depresiva. La solución planteada por ellos a este problema llevó al desarrollo de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena para reducir el riesgo de la recaída depresiva.

Pasado

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la depresión unipolar ocupa el cuarto lugar por su peso entre las enfermedades en el mundo y proyecta que para 2020 será la segunda, precedida únicamente por las cardiopatías isquémicas (Murray y Lopez, 1997). El incremento proyectado en el peso del Trastorno Depresivo Mayor (MDD) puede ser atribuido, en parte, al hecho de que MDD es una enfermedad crónica con un significativo riesgo de recaída y/o recurrencia (Berti Ceroni *et al.*, 1984; Judd, 1997; Keller *et al.*, 1983). Por ejemplo, aquellos individuos que se han recuperado de un episodio inicial de MDD tienen un 50 % de probabilidad de experimentar un segundo episodio, mientras que para aquellos con un historial de dos o más episodios el riesgo de recaída aumenta al 70-80%. Estos datos estadísticos apoyan el desarrollo de un enfoque más integral para el manejo de la MDD, que incluya no sólo el tratamiento del episodio agudo, sino que también haga foco en la prevención y en una mejor comprensión de los factores de riesgo que contribuyen a la recaída/recurrencia.

Si bien la medicación antidepresiva es el pilar de la prevención de la recaída, muchos individuos sufren efectos colaterales, bajas tasas de adherencia y, en particular, muchos prefieren intervenciones psicosociales (Cooper *et al.*, 2007). Claramente, existe la necesidad de intervenciones psicosociales como alternativa a la farmacoterapia para prevenir la recaída depresiva. De hecho, a lo largo de los últimos veinte años ha habido un creciente interés en desarrollar tales intervenciones psicosociales. En particular, el interés en el desarrollo de una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva comenzó en los primeros años de la década del 90. Este interés fue animado por el trabajo seminal de Frank y colegas (1990) quienes fueron los primeros en demostrar que una versión de mantenimiento de la Terapia Interpersonal era efectiva en la prevención de la recaída depresiva. El interés en el desarrollo de una versión de mantenimiento de la terapia cognitiva proviene también de varios estudios que demostraron que el empleo de la terapia cognitiva en el tratamiento del MDD era capaz de reducir las tasas de recaída subsecuentes en alrededor de un 50% comparado con la discontinuación de la farmacoterapia (Blackburn, Eunson y Bishop, 1986; Evans *et al.*, 1992; Shea *et al.*, 1992; Simons, Murphy, Levine y Wetzell, 1986).

Basándose en estos hallazgos, Zindel Segal y, luego, John Teasdale y Mark Williams, inicialmente intentaron desarrollar una versión de mantenimiento de la CT. Sin embargo, como la terapia cognitiva en casos agudos había demostrado ser capaz de reducir las tasas de recaída tan efectivamente, eran pesimistas en cuanto a que una versión de mantenimiento fuera a proveer una mejora significativa en dichas tasas. Adicionalmente, ellos veían al incremento de la demanda de terapeutas cognitivos, los cuales eran ya escasos, como una solución potencialmente limitada para el creciente problema de la recaída depresiva. Por lo tanto, en lugar de adaptar la terapia cognitiva para desarrollar una versión de mantenimiento, el equipo eligió diseñar una terapia de mantenimiento novedosa guiada por las respuestas a dos preguntas centrales: (1) ¿cuáles son los mecanismos psicológicos que subyacen a la vulnerabilidad cognitiva a la recaída? Y (2) ¿cómo podría la terapia cognitiva reducir la recaída/recurrencia depresiva?

Modelo de la recaída en la depresión basado en la vulnerabilidad cognitiva

Los modelos cognitivos de la depresión, que enfatizan el rol de los patrones de pensamiento negativo en el desarrollo y mantenimiento de MDD (e.g., Beck, 1967; Beck *et al.*, 1979; Nolen-Hoeksema, 1991), han conducido a un modelo teórico del procesamiento dependiente del estado de ánimo, diseñado para explicar la vulnerabilidad a la aparición, recaída y recurrencia en la depresión (Ingram, 1984; Teasdale y Barnard, 1993). En pocas palabras, este modelo teórico, la hipótesis de activación diferencial (DAH), sostiene que “la vulnerabilidad a la depresión severa y persistente está poderosamente relacionada a las diferencias en los patrones de pensamiento que se activan *en el estado depresivo*” (Teasdale, 1988; p. 251). En otras palabras, la interpretación que un individuo hace de su experiencia en formas negativas particulares contribuye al mantenimiento o la exacerbación de los síntomas depresivos. La DAH también presupone que durante los primeros episodios depresivos se establece una asociación entre patrones de pensamiento negativo y ánimo deprimido (Teasdale & Barnard, 1993; Segal, Williams, Teasdale y Gemar, 1996) tal que un subsecuente ánimo deprimido, cualquiera sea su causa, reactivará los patrones de pensamiento negativo. Además, el ánimo deprimido se postula hipotéticamente como responsable de la activación de sesgos negativos en el procesamiento de la información (Gottlib y Macleod, 1997; J.M.G. Williams *et al.*, 1997) los cuales contribuyen aún más a las interpretaciones negativas de la experiencia al influenciar la información a la que se presta atención, ya sea ésta externa o proveniente de la memoria. En suma, ánimo deprimido y procesamiento cognitivo interactúan incrementalmente de una manera que acrecienta las chances de que estados disfóricos leves sean amplificados por procesamiento rumiativo adicional, resultando en una espiral descendiente de depresión (Nolen-Hoeksema, 1991; Teasdale, 1983, 1988).

Además de la activación diferencial de patrones de pensamiento, parece haber una diferencia en el modo en que aquellos sujetos vulnerables a la recaída depresiva manejan sus estados de ánimo depresivos. Los individuos con estilos de respuesta rumiativos tienden a enfocar la atención en su experiencia depresiva intentando solucionar su ánimo analizándolo, lo cual produce la intensificación del ánimo depresivo y por lo tanto prolonga su experiencia de depresión. Por otro lado, en aquéllos que responden a sus caídas de ánimo buscando distraerse, los sentimientos depresivos tienden a ser pasajeros (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991).

Considerado en conjunto, todo esto sugiere un modelo cognitivo de vulnerabilidad para el riesgo a la recaída en la depresión en el cual los patrones de pensamiento depresivo arraigados y los esquemas del self negativos se activan automáticamente cada vez que un individuo experimenta una caída en su estado de ánimo. Adicionalmente, los individuos en riesgo tienden a rumiar sus pensamientos depresivos amplificando la situación, convirtiendo estados de ánimo leves, pasajeros, en estados depresivos severos. De esta manera, el riesgo de recaída puede ser reducido por medio del incremento de la propia conciencia del pensamiento negativo activado por el estado anímico, y de la modificación del propio estilo de respuesta por uno que facilite el “desenganche” o “descentramiento” de los pensamientos depresivos. Brevemente, la meta de un tratamiento de prevención de la recaída debería ser normalizar los patrones de pensamiento de los individuos en riesgo, de modo tal que estados de tristeza pasajeros no lleven en espiral hasta un episodio depresivo.

Cómo la terapia cognitiva reduce la recaída/recurrencia depresiva

Para desarrollar un tratamiento de prevención de la recaída en la depresión, Segal et al. debieron entender también los mecanismos subyacentes a la efectividad de la terapia cognitiva -como tratamiento agudo- para reducir el riesgo de recaída subsecuente. En el tiempo en que trabajaban en este proyecto, el consenso era que la terapia cognitiva reducía el riesgo de recaída mediante la enseñanza a las personas de nuevas habilidades para modificar el contenido del pensamiento depresivo. Sin embargo, una explicación alternativa sostenía que la terapia cognitiva enseñaba a los individuos nuevas habilidades para “descentrarse” o “distanciarse” de sus pensamientos negativos, facilitando así un cambio en su relación con los mismos, en el sentido de que sean vistos simplemente como acontecimientos en la mente en lugar de cómo reflejos de la realidad. Muchos han considerado el “descentramiento” simplemente como un sub-producto del cambio del contenido del pensamiento, pero otros, incluyendo a Segal, Teasdale y Williams han sugerido que este era el mecanismo esencial subyacente a las propiedades profilácticas de la terapia cognitiva.

Este desplazamiento fundamental en la importancia del “descentramiento” como una habilidad para la prevención de la recaída en la depresión, llevó a Segal y su equipo a considerar otros métodos, más allá de la terapia cognitiva, para enseñar a los individuos a descentrarse de sus creencias y opiniones causantes de la depresión. La Reducción del Stress basada en la Conciencia Plena (MBSR), desarrollada por John Kabat-Zinn (1990), fue el enfoque que finalmente eligieron. La MBSR fue diseñada originalmente para mejorar la calidad de vida de pacientes con dolor crónico intratable, facilitando su habilidad, en parte, para descentrarse de sus pensamientos y sentimientos. La conciencia plena, definida como una conciencia que no juzga, centrada en el presente, es una práctica de meditación en la cuál los pensamientos, sentimientos y sensaciones que ocurren dentro de nuestro campo de atención son reconocidos y aceptados tal como son. En lugar de rumiar acerca de nuestras experiencias y enfocarnos en el origen y consecuencias de las mismas, la conciencia plena consiste en la observación de pensamientos y emociones directamente, de manera no judicativa. Se la refiere como un estado metacognitivo que implica la atención no-elaborativa a las experiencias internas de sensaciones físicas, emociones y pensamientos. También se la considera como una estrategia de auto-regulación, que nos despega de modos de pensamiento que contribuyen a elevar el stress o perpetuar la psicopatología. Teasdale *et al.* (1995) evaluaron los beneficios del entrenamiento en conciencia plena, concluyendo que podría promover la capacidad de descentrarse o desengancharse del pensamiento rumiativo, depresivo, inducido por estados de tristeza, con el fin de prevenir la recaída depresiva.

Segal *et al.* (2002) posteriormente desarrollaron una intervención grupal integrando el entrenamiento en la meditación de conciencia plena (mindfulness meditation training), derivada del programa MBSR, con los elementos de terapia cognitiva pensados para reducir el riesgo de recaída. Específicamente, su objetivo era ofrecer a los individuos en riesgo una serie de ejercicios de terapia cognitiva y de conciencia plena que los ayudara a desarrollar una conciencia no judicativa de su experiencia presente (i.e., mindfulness) para facilitar la detección de patrones de pensamiento relacionados con la depresión y para desarrollar respuestas deliberadas más flexibles en los momentos de potencial recaída. De este modo, un individuo en riesgo que esté experimentando un estado de ánimo disfórico podría evitar una eventual recaída ya que sería menos susceptible a ser influenciado por los pensamientos depresivos activados por el estado de ánimo, pensamientos

que son postulados como contribuyentes a la espiral descendente de la depresión. El programa MBCT resultante será descrito brevemente a continuación.

Qué es la MBCT?

La MBCT es una novedosa intervención psicosocial originalmente desarrollada para ayudar a los individuos recuperados de la depresión a mantenerse en buena salud. La MBCT, como fue utilizada en los dos primeros ensayos de resultados (Ma y Teasdale, 2004; Teasdale *et al.*, 2000), estaba destinada originalmente a grupos de hasta 12 pacientes depresivos recuperados y consistía en sesiones de dos horas durante ocho semanas, seguidas de cuatro sesiones de refuerzo a lo largo de un período de seguimiento de un año. Desde estos dos ensayos, sin embargo, MBCT ha sufrido algunas modificaciones menores. En primer lugar, el tamaño de los grupos se ha incrementado hasta 15 individuos, tanto en grupos clínicos como de investigación. En segundo lugar, en grupos clínicos donde no hay restricciones relacionadas con protocolos de investigación, la duración típica de la sesión va de 2 a 2,5 horas. Tercero, en lugar de cuatro sesiones de seguimiento, se ofrece un día completo de meditación durante un fin de semana alrededor de la sexta sesión del programa, al que también se invita a concurrir a los graduados de previos programas de MBCT.

Como ya fue descrito, MBCT integra ejercicios de meditación de conciencia plena derivados de MBSR con técnicas tradicionales de terapia cognitiva (Beck *et al.*, 1979). Los ejercicios de meditación de MBSR utilizados en MBCT incluyen el escaneo del cuerpo, alongarse con plena conciencia y caminar con plena conciencia, así como conciencia plena de la respiración/cuerpo/sonidos/pensamientos. Las técnicas de terapia cognitiva incluyen psicoeducación acerca de síntomas depresivos y pensamientos automáticos; ejercicios diseñados para mostrar cómo la naturaleza de nuestros pensamientos cambia según estado anímico; el cuestionamiento de pensamientos automáticos; y la creación de un plan de prevención de la recaída. Exclusivo de la MBCT es el espacio de tres minutos de respiración que Segal *et al.* (2002) diseñaron para favorecer la toma de conciencia plena durante las situaciones cotidianas perturbadoras.

La primera de las ocho sesiones de MBCT comienza con una breve discusión acerca del propósito del grupo y sus reglas (e.g., confidencialidad), y la presentación de los participantes. Luego, los miembros del grupo participan en una introducción a la meditación mediante la ingesta de una pasa de uva con plena conciencia, seguida de un escaneo del cuerpo, una breve respiración meditativa y la oportunidad de charlar acerca de la propia experiencia de estas meditaciones. Las siete sesiones restantes siguen una estructura ligeramente diferente. Las sesiones comienzan con una meditación de 30-40 minutos (e.g. escaneo del cuerpo) para ayudar a los miembros del grupo a hacer la transición desde un “modo de hacer” a un “modo de no hacer”, de simplemente estar presente en el momento. El instructor de MBCT luego guía a los participantes en la discusión sobre sus experiencias de la meditación recién completada y también acerca de la planteada como tarea en la sesión previa. Este debate, conocido como “la investigación” está pensado para facilitar en los participantes la creciente conciencia de su experiencia presente. A continuación, se presentan nuevos conceptos o técnicas mediante hacer que los participantes aprendan, a través de ejercicios experienciales, a discriminar cuándo éstos son meditaciones o ejercicios de terapia cognitiva. Finalmente, la sesión se cierra con

la asignación de ejercicios para realizar entre sesiones, en los cuales los participantes deben practicar aproximadamente una hora de meditación formal e informal diaria dirigida a integrar la conciencia plena en la vida cotidiana. En trazos generales, el curso puede ser dividido en dos partes. La primera mitad del curso está dedicada, en gran parte, a desarrollar la conciencia no judicativa de la experiencia momento-a-momento de los participantes a través de diversos ejercicios de meditación y terapia cognitiva. La segunda mitad del curso está diseñada para enseñar respuestas concientes más flexibles en los momentos de recaída potencial, las que incluyen práctica de la aceptación, elección de cómo responder a los pensamientos y/o actuar según lo planeado.

Respaldo empírico

Una revisión sistemática reciente de la literatura sobre los resultados de la MBCT ha concluido que ésta tiene un beneficio adicional en el tratamiento usual de individuos con tres o más episodios depresivos (Coelho *et al.*, 2007). Esta revisión se basó, en gran parte, en dos ensayos controlados aleatorios de MBCT versus a lista de espera de control, el primero de los cuales se trataba de un ensayo multicéntrico (Teasdale *et al.*, 2000) seguido por una replicación en un único centro (Ma y Teasdale, 2004). La MBCT es recomendada en la actualidad por la Guía para la Práctica Clínica de la Depresión (2004) del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido, para la prevención de la depresión recurrente. Desde entonces, la MBCT demostró ser igualmente efectiva en la prevención de las recaídas en pacientes con un historial de tres o más episodios depresivos en comparación con el mantenimiento de la medicación antidepresiva (Kuyken *et al.*, 2008). Significativamente, la MBCT demostró ser más efectiva que el mantenimiento de la farmacoterapia para reducir los síntomas depresivos residuales y mejorar la calidad de vida, sin haber diferencia entre los costos de estos dos tratamientos.

Presente

Actualmente, la investigación de resultados de la MBCT se está enfocando en su eficacia para el tratamiento de los síntomas depresivos mismos. Esta investigación surgió al considerar que el modelo de la recaída debida a la vulnerabilidad cognitiva, podría ser potencialmente aplicado también a los síntomas depresivos mismos. Específicamente, algunos han postulado que el hecho de enseñar a los pacientes habilidades de conciencia plena para ayudarlos a tomar distancia de los patrones de pensamiento depresivo, rumiativo, puede ser eficaz también para la reducción de los síntomas de la depresión.

MBCT para tratar síntomas depresivos

Los pacientes con depresión recurrente experimentan síntomas residuales meses después de la resolución de un episodio agudo (Judd *et al.*, 1998; Paykel *et al.*, 1995). Distintos estudios han demostrado que la MBCT es efectiva en la reducción de los síntomas depresivos residuales en pacientes con una historia de tres o más episodios, que se han recuperado de un episodio agudo de depresión (Kingston *et al.*, 2007; Kuyken *et*

al., 2008; Williams, Russell y Russell, 2008). Además, la MBCT ha mostrado su eficacia para reducir síntomas depresivos en individuos diagnosticados con depresión unipolar o trastorno bipolar en remisión con una historia de ideación o conducta suicida (Williams *et al.*, 2007).

La MBCT ha demostrado ser aceptable y efectiva en la reducción de síntomas depresivos en individuos con depresión actual, según cuatro estudios no controlados (Eisendrath *et al.*, 2008; Finucane y Mercer, 2006; Kenny y Williams, 2007; Ree y Craigie, 2007). En dos de estos estudios (Eisendrath *et al.*, 2008; Kenny y Williams, 2007), se trataba de pacientes resistentes al tratamiento, los que son definidos como aquellos pacientes deprimidos que no presentan mejoría en respuesta a tratamientos adecuados con al menos dos medicamentos antidepresivos (Wijeratne & Sachdev, 2008). En los dos estudios restantes, los pacientes fueron reclutados de establecimientos de atención primaria, y se incluyeron aquéllos con síntomas activos de depresión y ansiedad (Finucane y Mercer, 2006; Ree & Cragie, 2007). Es interesante destacar que estos resultados contradicen la inquietud de Teasdale y otros (2000) en cuanto a que los problemas de concentración y energía podrían afectar la habilidad del paciente depresivo para comprometerse con prácticas de meditación. Por último, estos resultados deben ser considerados como preliminares ya que carecen de grupos de control apropiados, dejando abierta la posibilidad de que haya habido un sesgo en la selección de una muestra de pacientes motivados que no habían respondido al tratamiento inicial.

Futuro

Un foco importante del trabajo futuro en relación con la MBCT serán los temas relacionados a su difusión, incluyendo la identificación de los mecanismos que subyacen a su eficacia; los requisitos del entrenamiento para llegar a ser un instructor de MBCT eficaz, y el desarrollo y evaluación de nuevos modelos de administración del tratamiento, además del grupal. Potencialmente, lo más importante es la determinación de si la enseñanza de meditación de conciencia plena contribuye significativamente a los resultados del tratamiento con MBCT. Si bien los resultados de ensayos controlados son consistentes con las razones teóricas subyacentes al desarrollo de la MBCT, ninguno de estos estudios fue diseñado de manera que permitan atribuir los resultados a efectos específicos de la MBCT. Es más, en la actualidad no hay en curso estudios que evalúen hasta qué medida los efectos de la MBCT puedan ser atribuidos al entrenamiento en meditación de conciencia plena versus técnicas de terapia cognitiva standard.

Siguiendo las recomendaciones de Coelho *et al.* (2007), la investigación futura acerca de la MBCT debería investigar directamente los mecanismos potenciales subyacentes a la eficacia de la MBCT, con el propósito de descartar factores no específicos, como la participación del grupo y/o la atención terapéutica, para evaluar explícitamente los presupuestos de la razón teórica que fundamenta el desarrollo de la MBCT. En respuesta a estos comentarios, Williams *et al.* (2008) recomendaron el uso de un paradigma de “desmantelamiento” según el cual la MBCT es comparada con un tratamiento grupal controlado que incluye sólo el componente psicoeducativo de la MBCT y no el entrenamiento en meditación. Hasta que estudios como éste estén terminados, continúa siendo posible que resultados similares en la prevención de la recaída sean obtenidos por medio del tratamiento de terapia cognitiva grupal sola o de otros tipos de terapia grupal, tal como aquellos que se enfocan en la relajación o la psicoeducación. Así, los programas de difusión a gran escala de la

MBCT todavía esperan ser respaldados por investigaciones que demuestren los efectos específicos de la MBCT.

En segundo lugar, la difusión efectiva de la MBCT dependerá del entrenamiento en esta modalidad de gran cantidad de profesionales clínicos. Lau y Segal (2007) recomiendan que, antes de enseñar MBCT a otros, los profesionales pasen por un programa de entrenamiento en cinco pasos: (1) participación en un taller intensivo de cinco días para instructores de MBCT; (2) ser observador-participante en un grupo de MBCT; (3) proveer MBCT bajo supervisión; (4) concurrir a un retiro de meditación de insight de una semana de duración; y, (5) desarrollar y/o mantener una práctica personal consistente de conciencia plena. Además de esta práctica específica en MBCT, Segal *et al.* (2002) recomiendan que los clínicos tengan entrenamiento reconocido en counseling, psicoterapia o como profesional de la salud mental, como así también entrenamiento en terapia cognitiva y coordinación de terapia grupal.

Muy pocos potenciales profesionales de MBCT tienen, sin embargo, experiencia en todas estas áreas recomendadas. El cumplimiento de los requisitos recomendados implica una considerable inversión de tiempo, esfuerzo y recursos financieros por parte del profesional. Tanto que podría representar una barrera significativa para muchos profesionales para llegar a ser competentes en la administración de MBCT. Aún más, existen desafíos específicos para que los potenciales profesionales integren las técnicas de CT basadas en el cambio con las habilidades de conciencia plena basadas en la aceptación (Lau & McMain, 2005).

Sin embargo, es importante notar que las recomendaciones anteriores derivan del supuesto ampliamente sostenido entre los instructores de conciencia plena de que uno necesita enseñar desde la propia experiencia de meditación. Hasta la fecha, no conocemos ningún estudio que evalúe el impacto de la experiencia del instructor sobre los resultados de la MBCT. Existe evidencia indirecta en apoyo de este supuesto proveniente de un estudio reciente en el cual psicoterapeutas en entrenamiento (PiTs) que fueron asignados aleatoriamente a la práctica de meditación obtuvieron en sus pacientes reducciones sintomatológicas más importantes, comparados con PiTs que no se dedicaron a la meditación (Grepmaier *et al.*, 2007). De todas maneras, la importancia del entrenamiento de los instructores en los resultados de la MBCT será un área importante de la investigación futura.

Tercero, la difusión de la MBCT se va a ver potencialmente facilitada por el desarrollo de formatos adicionales de administración. La MBCT fue diseñada originalmente para ser empleada como tratamiento **grupal**. Sin embargo, no todos están interesados en participar en MBCT grupal; Kuyken *et al.* (2008) informaron que aproximadamente el 5% de los pacientes potencialmente elegibles declinaron su participación debido al aspecto grupal de la MBCT. Además, el tratamiento grupal puede no prestarse para ciertos marcos como, por ejemplo, lugares de trabajo donde los empleados podrían tener reparos en participar en un grupo con sus compañeros. La participación en un grupo con compañeros de trabajo puede tener también un impacto negativo en la cohesión grupal y, a la larga, en la efectividad grupal. Finalmente, persiste una barrera potencial para el acceso a la MBCT en muchos centros rurales donde la demanda de MBCT puede ser insuficiente o existir barreras geográficas capaces de limitar la capacidad de conducir/concurrir a los grupos de MBCT.

Una solución posible sería el desarrollo de otros formatos de administración. En particular, el ofrecimiento de MBCT en un formato individual facilitaría la participación de aquéllos que oponen reparos a participar en tratamiento de grupo. Además, recientemente ha habido desarrollos tecnológicos prometedores

que pueden facilitar formas adicionales de administración de la MBCT. Por ejemplo, ofrecer MBCT grupal via Internet podría proveer a los individuos los beneficios de la MBCT grupal, acceso conveniente y, en algunos casos, la ventaja de no tener que participar en un grupo con compañeros de trabajo. La MBCT individual via el teléfono o la web, ofrecería la confidencialidad del tratamiento individual junto con un acceso más conveniente, particularmente para individuos de zonas rurales. Sin embargo, la eficacia de la MBCT, ya sea administrada de forma grupal via Internet, o a individuos en persona, via el teléfono o la web, todavía debe ser demostrada.

En conclusión, la MBCT es una intervención psicosocial original relativamente nueva sobre la cual hay todavía mucho que aprender acerca de su efectividad. Sin embargo, ha llegado a ser ampliamente aceptada y adoptada como tratamiento para la prevención de la recaída en la depresión. Por ejemplo, Norteamérica, Europa y Australia tienen programas de investigación y entrenamiento. A medida que avanza la investigación en este campo, avanzará también nuestra comprensión sobre cómo y para cuáles presentaciones es efectiva la MBCT. En un mundo colmado de preocupaciones y distracciones, aprender a traer nuestra conciencia al momento presente se ha vuelto una habilidad cada vez más importante. A las personas con depresión recurrente la MBCT les ofrece una herramienta más para ayudarles a manejar mejor este trastorno.

Referencias:

- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berti Ceroni, G., Neri, C., & Pezzoli, A. (1984). Chronicity in Major Depression. A Naturalistic Perspective. *Journal of Affective Disorders*. 7(2), 123-132.
- Blackburn, I.M., Eunson, K.M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Coelho, H.F., Canter, P.H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evaluating Current Evidence and Informing Future Research. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75(6), 1000-1005.
- Cooper, C., Bebbington, P., King, M., Brugha, T., Meltzer, H., Bhugra, D., & Jenkins, R. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 116, 47-53.
- Eisendrath, S.J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based

- Cognitive Therapy for Treatment Resistant Depression: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 319-320.
- Evans, J.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J., & Tuason, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Finucane, A., & 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.
- Frank, E., Kupfer, J.M., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B., & Grochocinski, V.J. (1990). Three-Year Outcome for Maintenance Therapies in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 47(12), 1093-1099.
- Gotlib, I.H., & Macleod, C. (1997). Information processing in anxiety and depression: A cognitive-developmental perspective. In J. Burack, & J. Enns (Eds.). *Attention, Development, and Psychopathology* (pp. 350-378). New York: Guilford Press.
- Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. (2007). Promoting mindfulness in Psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. New York: Holt.
- Judd, L. J. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- Judd, L.J., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., et al. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Lewis, C.E., & Klerman, G.L. (1983). Predictors of Relapse in Major Depressive Disorder. *Journal of the American Medical Association*. 250(24), 3299-3304.
- Kenny, M.A., & Williams, J.G.M. (2007). Treatment-Resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.

- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malong, 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., Barrett, B., Byng, R., Evans, A. Mullan, E., & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966 - 978
- Lau, M.A., & McMain, S. (2005). Integrating Mindfulness Meditation with Cognitive Behavior Therapies: The challenge of combining acceptance and change based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50, 863-869.
- Lau, M.A., & Segal, Z.V. (2007). Mindfulness Based Cognitive Therapy as a relapse prevention approach to depression. In Witkiewitz, K. & Marlatt, A. (Eds.) *Evidence-based relapse prevention*, 73-90. Oxford, UK: Elsevier press.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of Self-Focused Rumination on Negative Thinking and Interpersonal Problem Solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190.
- Ma, S.H., & 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, 31-40.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 – 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- National Institute for Clinical Excellence. Depression: Management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline 23*. 2004.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, 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, 115–121.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.G.M., Johnson, A.L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P.L., Hayhurst, H., Abbot, R., & Pope, M. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 829-835.

- Ree, M.J., & 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.
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z.W., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., & Gemer, M. (1996). A Cognitive Science Perspective on Kindling and Episode Sensitization in Recurrent Affective Disorder. *Psychological Medicine*, 26(2), 371-380.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, F.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., et al., (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Simons, A.D., Garfield, S.L., & Murphy, G.E. (1984). The Process of Change in Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *Changes in Mood and Cognition*. *Archives of General Psychiatry*, 41(1), 45-51.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Wijeratne, C., & Sachdev, P. (2008). Treatment-resistant depression: critique of current approaches. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 751-62.
- Williams, J.G.M., Alatiq, Y., Crance, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., Hepburn, S., & Goodwin, G.M. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in Bipolar Disorder: Preliminary Evaluation of Immediate Effects on Between-Episode Functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Williams, J.G.M., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 524-529.
- Williams, J.G.M., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive Psychology and Emotional*

Disorders (Second Edition). Chichester: John Wiley and Sons.

¹BC Mental Health and Addiction Services

² Department of Psychiatry, University of British Columbia