

Mejora de las capacidades de “atención plena” y reducción de síntomas psicopatológicos con mindfulness

Jose Gil Martínez

Profesor Asociado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universitat de València.

Pilar Barreto Martín

Profesora Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universitat de València.

Inmaculada Montoya Castilla

Profesora Ayudante Doctor del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universitat de València.

Correo electrónico: jose.gil-martinez@uv.es

resumen/abstract:

La “atención plena” o mindfulness se utiliza cada vez con mejores resultados dentro de la terapia cognitivo-comportamental. En el presente trabajo se realiza un estudio piloto, para comprobar la mejora de las capacidades de mindfulness tras la participación en un programa de intervención psicológica (8 sesiones). Se enseña a los sujetos a prestar “atención plena” en diferentes momentos de sus vidas, sobre todo realizando meditaciones, ejercicios de yoga y estiramientos.

Se ha realizado la intervención en cuatro grupos de sujetos: personas que desean aprender a meditar (N=21), estudiantes de universidad (N=20), pacientes con diferentes trastornos mentales (N=14), y deportistas (N=9).

Se ha evaluado sus capacidades cognitivas y afectivas de mindfulness, y los síntomas psicopatológicos, en la muestra de pacientes. Al final de la intervención se ha observado como aparecen diferencias significativas, mejorando las capacidades cognitivas y afectivas de mindfulness y reduciendo los síntomas psicopatológicos, todo ello dependiendo del grado de implicación de los sujetos en el programa.

Mindfulness is used more and more with better results in therapy cognitive-behavioral. In this work is carried out a pilot study to prove the improvement of the abilities of mindfulness after the participation in a psychological intervention program (8 sessions). It's shown to the individual to pay “full attention” in different moments of their lives, above all during meditation, yoga and stretching exercises.

The intervention has been carried out in four groups of persons: those who want to learn meditation (N=21), university students (N=20), patients with different mental disorders (N=14) and sportsmen (N=9). Their cognitive and affective abilities of mindfulness, and their psychopathological symptoms had been evaluated in the patients' sample. In the end of the intervention it has been observed how significant differences had appeared, improving the cognitive and affective abilities of mindfulness and reducing the psychopathological symptoms, all this depending on the involvement of the individuals in the program.

palabras clave/keywords:

Atención, Focalización en el presente, Conciencia, Aceptación, Regulación emocional, Depresión, Ansiedad.

Attention, Present-focus, Awareness, Acceptance, Mindfulness, Emotion regulation, Depression, Anxiety.

Introducción

En el conjunto de las terapias cognitivo-comportamentales, reciben el nombre de terapias de tercera generación aquellas que incluyen procesos de mindfulness y aceptación así como compromisos y cambios directos de conducta (Hayes, 2006).

Las principales intervenciones realizadas con mindfulness o atención plena como elemento esencial de la terapia han sido: *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 2004); *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) (Segal, Williams, Teasdale, 2002) orientado a la prevención de recaídas de la depresión; las estrategias mindfulness utilizadas en la terapia dialéctica (Linehan, 1993); y en la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Stroschal, Wilson, 1999).

Mindfulness, “conciencia plena” o “atención plena” tiene sus orígenes en la meditación budista Zen. Tiene como objetivo conseguir que la persona esté en el momento presente de manera activa y reflexiva. Se plantea que la atención plena sea de carácter no valorativo, para ello es necesaria la observación de forma abierta, sin criticar ni valorar. Supone intentar vivir sin prejuizar. Más que una técnica, se podría considerar como una filosofía de vida, una forma de estar en el mundo evitando los prejuicios: abiertos a la experiencia sensorial, atentos a ella y sin valorar dicha experiencia. Para algunos autores la capacidad de “mindfulness” incluso se podría considerar como un constructo de personalidad (Vallejo, 2008).

Jon Kabat-Zinn (2004, 2007) responsable del programa “Mindfulness Based Stress Reduction” de la Universidad de Massachusetts, define la “conciencia plena” como el proceso de prestar atención de un

modo particular: con un fin, en el momento presente y sin juzgar. En la práctica el objetivo no consiste en cambiar el contenido del pensamiento de la persona, sino solamente facilitar el cambio en el modo en el que se relaciona con ese contenido. Se pretende enseñar formas de llegar a ser consciente del funcionamiento de la mente, poder observarla desde fuera, dándonos cuenta de la forma de funcionar automática de nuestro pensamiento.

En muchas ocasiones nuestra mente se encuentra vagando sin orientación alguna, a modo de “piloto automático o mente errante” y normalmente en el futuro o en el pasado. Con la “conciencia plena” pretendemos hacernos conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Como dice Siegel (2007), “*You Observe and Decouple Automaticity*”, es decir que observando desconectamos la automaticidad de nuestro pensamiento. A través de la “conciencia plena” pretendemos facilitar que la persona perciba que sus pensamientos son sólo simples pensamientos y no son “ni yo, ni la realidad”. Esto puede darle al sujeto una mayor claridad y un mejor control sobre su vida.

Los componentes clave en este acercamiento son (Vallejo, 2008):

- a) Aprender a centrarse en el momento presente y sentir las cosas como suceden, sin buscar el control. No se pretende cambiar un pensamiento negativo por otro positivo, se busca cambiar la relación con los pensamientos, “los pensamientos no son la realidad” (Segal, Williams, Teasdale, 2002), dejando que cada experiencia sea vivida en su momento.
- b) Abrirse a la experiencia y los hechos, sin interferencias verbales o prejuicios

que transformen la experiencia. Muchas veces confundimos lo que nos decimos con la percepción de la realidad.

- c) Aceptación radical de nuestras experiencias y nuestras reacciones como normales, evitando huir de las vivencias desagradables, el malestar, el enfado o la frustración, todas ellas son reacciones naturales. Es importante también no aferrarse excesivamente a lo placentero.
- d) Elección de las experiencias que queremos vivir y experimentar de forma activa, guiados por nuestros valores, objetivos o proyectos. Aprender a no reaccionar automáticamente, sino a responder eligiendo el camino.
- e) Por último, no se pretende reducir el malestar o el miedo. Muchas personas llegan a sufrir una patología psicológica tratando de evitar situaciones externas desagradables o experiencias internas, esto sucede cuando no se quieren experimentar sensaciones, emociones o imágenes negativas, llegando a tener un patrón de vida (síndrome de evitación experiencial) que incluye huir deliberadamente del malestar, del sufrimiento y de la ansiedad y que sólo consigue un mayor malestar y una limitación de la vida (Wilson y Luciano, 2002). Si la persona se permite experimentar el miedo o el malestar tal y como aparecen, se produce un efecto de regulación emocional, controlando de forma indirecta esas tan temidas emociones (Kabat-Zinn, 1990).

Se han realizado intervenciones terapéuticas con éxito, dirigidas a niños con elevados niveles de ansiedad (Randy, Semple, Reid, Miller, 2005), pacientes con depre-

sión (Scherer-Dickson, 2004), prevención de conductas suicidas (Williams, Duggan, Crane, Fennell, 2006), problemas de ansiedad (McKee, Zvolensky, Solomon, Bernstein, Leen-Feldner, 2007), personas adultas con déficit de atención (Hesslinger, Tebartz van Elst, Nyberg, Dykieriek, Richter, Berner, Ebert, 2002), pacientes rumiadores (Rude, Maestas, Neff, 2007), entrenamiento a padres de niños problemáticos (Dumas, 2005; Eyberg, Graham-Pole, 2005; Altmaier, Maloney, 2007), alumnos de escuelas secundaria (Napoli, Krech, Holley, 2005). Fabrizio Didonna (2009) reúne en un manual diversas intervenciones clínicas realizadas con atención plena: trastornos de ansiedad en general, TOC, depresión, trastorno límite de la personalidad, trastornos alimentarios, conductas adictivas, estrés postraumático, déficit de atención e hiperactividad, psicosis, dolor crónico, oncología. Por otra parte, Vicente Simón realiza una excelente revisión de los efectos neurofisiológicos del mindfulness (Simón, 2007).

En el presente estudio se va a comprobar la mejora de las capacidades de mindfulness en cuatro muestras de sujetos, estudiantes de universidad (N=20), personas que desean aprender a meditar (N=21), pacientes con diferentes trastornos mentales (N=14), y deportistas (N=9). Además se observará si hay cambios significativos en los síntomas psicopatológicos de los pacientes con trastornos mentales. Hemos evaluado las capacidades cognitivas y afectivas de mindfulness, así como los síntomas psicopatológicos, antes y después de realizar un programa de intervención basado en "mindfulness" (8 sesiones), teniendo en cuenta el grado de participación de los sujetos en el programa. Se enseña a los sujetos a prestar

“atención plena” en diferentes momentos de sus vidas. Diferenciamos entre “meditación formal” y “meditación informal”, ejercicios de yoga y estiramientos. La “meditación formal” se realiza sentado o tumbado, es del tipo Vipassana y facilitamos grabaciones en audio de las diferentes meditaciones (Gil, 2008a y b) (exploración corporal, toma de conciencia de los pensamientos y las sensaciones, meditación completa, atención plena a la respiración, ejercicios de compasión o de trabajo con emociones). También se enseña a los participantes a meditar de pie, caminando o realizando yoga (Tai Chi o estiramientos). La “meditación informal” se realiza en diferentes momentos del día, tomando conciencia plena mientras se conduce, parado en un semáforo, duchándose, limpiándose los dientes, comiendo, etc.

Este planteamiento teórico ha dado lugar a que fijemos dos objetivos para la presente investigación:

a. Mejorar la capacidad de “atención plena”, en todos los participantes que practican y acuden a las sesiones de “mindfulness”, evaluada a través de las cuatro variables del CAMS-R (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2007): Capacidad de atención, Conciencia del pensamiento,

Aceptación y Capacidad de estar centrado en el presente.

b. Reducción, en el caso de las personas con trastornos psicológicos, de las dimensiones del SCL-90-R: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, y de los tres índices globales.

Para ello, se han evaluado y aplicado el programa en cuatro muestras de sujetos.

Método

Sujetos

Las personas sobre las que se ha intervenido a través de la “atención plena” han sido: un grupo de personas (n=21) de Alcàsser, municipio de “l’Horta Sud” de Valencia, un grupo de alumnos (n=20) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, todos ellos reciben una intervención en grupo; un grupo de pacientes con diferentes trastornos mentales (n=14) que habían solicitado intervención psicológica; y un grupo de deportistas (n=9) que habían acudido a consulta psicológica, para mejorar su rendimiento. En estos dos grupos se interviene de forma individual.

Véase la tabla 1 para la distribución por sexo y edad, de cada uno de los cuatro grupos.

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y edad

| GRUPO | n | SEXO (%) | | EDAD | | | |
|----------------|----|----------|---------|------|------|-------|------|
| | | Hombres | Mujeres | Mín. | Máx. | Media | D.T. |
| a. Alcàsser | 21 | 19 | 81 | 36 | 65 | 55,38 | 7,55 |
| b. Alumnos | 20 | 10 | 90 | 20 | 25 | 21,50 | 1,05 |
| c. Pacientes | 14 | 50 | 50 | 28 | 50 | 37,93 | 6,55 |
| d. Deportistas | 9 | 56 | 44 | 16 | 22 | 19,44 | 2,13 |

Variables e instrumentos de evaluación

- Se han evaluado las siguientes variables: *Capacidad de atención, Conciencia del pensamiento, Aceptación y Capacidad de estar centrado en el presente*. Esta evaluación se ha realizado a través de escala CAMS-R (Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised) que consta de doce ítems, tres de ellos con puntuación inversa, y que se aglutinan en los cuatro factores citados. Se puntúa a través de una escala Likert con cuatro opciones. Las puntuaciones altas indican mayor capacidad de "Mindful". Dicha escala tiene una adecuada consistencia interna y suficiente validez convergente y discriminante (Feldman, y cols. 2007), aunque sería conveniente realizar una validación española de la misma.
- También se han evaluado la *Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo*. Estas dimensiones se han valorado a través del SCL-90-R. El instrumento original apareció en 1977 y ha sido revisado y adaptado por TEA (Derogatis, 2002). El cuestionario consta de 90 ítems y se puntúa a través de una escala Likert con cinco opciones, donde la relación es directa; es decir, a mayor puntuación, más síntomas psicopatológicos. Además de las diez dimensiones sintomáticas enumeradas, dispone de tres índices globales:

Índice Global de Gravedad: es una medida de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global.

Total Síntomas Positivos: contabiliza el número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología.

Índice de Distrés de Síntomas Positivos: es un indicador de la intensidad sintomática media.

- Se han contabilizado el *número de sesiones de meditación "formal"* realizadas por cada participante durante la semana. Se considera que la persona ha realizado correctamente la meditación formal si la ha practicado con regularidad al menos tres o cuatro veces por semana.
- También se han registrado el *número de prácticas diarias de meditación "informal"*. Se considera que la persona ha realizado correctamente la meditación informal si la ha practicado todos los días al menos una o dos veces.
- Se han contado el *número de sesiones de mindfulness* a los que asiste cada participante. Para valorar la participación como adecuada, deben haber asistido a 5 o más sesiones.

Procedimiento: programa y evaluación

Se ha aplicado un Programa de intervención psicológica basado en "consciencia plena", en grupo, a personas que querían aprender a meditar y a estudiantes de psicología que cursaban las prácticas de Psicoterapias Cognitivas. También se ha utilizado dicha intervención con pacientes que tras su evaluación se consideraba que la "consciencia plena" les podía beneficiar y a deportistas con poca capacidad de concentración. Hemos realizado 8 sesiones con una duración aproximada de una hora y media, una vez por semana.

Se incluyen métodos de meditación junto con técnicas de yoga y estiramientos suaves. Las sesiones constan de periodos de exploración interior que oscilan entre 5 y 30 minutos, donde la persona, guiada por el terapeuta, toma consciencia de su respiración, su cuerpo, los estímulos externos e internos, los pensamientos, emociones y sensaciones, que les llegan a la cabeza. Estos periodos se alternan con momentos de diálogo y exploración en grupo, en las que se analizan las situaciones agradables y desagradables, las emociones y las bases para cultivar la conciencia plena. Estas según Kabat-Zinn (2004) son las que a continuación enumeramos:

1. Vivir momento a momento. Planificar o prepararse para el futuro es adecuado cuando lo hacemos con conciencia plena. La rumiación, el constante diálogo interno y la anticipación de consecuencias negativas no nos ayudan a tener dicha conciencia plena.
2. No juzgar a los demás, ni juzgarse. Si logramos suspender o evitar juzgar podemos ver la realidad sin vincularnos emocionalmente.
3. Confiar en las propias capacidades y recursos, asumiendo la propia responsabilidad y llegar a ser lo que realmente somos, liberándonos de todo lo que no pertenece a esa identidad esencial.
4. Cultivar la mente de principiante, abierta, interesada. Evitando interpretar la realidad mediante situaciones pasadas.
5. No buscar resultados. Fijarse en el proceso e intentar hacerlo lo mejor posible.
6. Aceptar la realidad como es, recordando la plegaria “Señor dame fuerzas

para cambiar lo que se puede cambiar, paciencia para aceptar lo que no se puede cambiar y sabiduría para distinguir entre ambas”

7. Cuidarse, tratarse con amor y con cariño.

Además se introducen en las sesiones periodos de silencio, para que la persona aprenda a prestar atención plena a sus acciones e interrumpa, tanto con el diálogo interno como con el externo.

La evaluación se realiza de la siguiente forma. Todas las personas contestaron la CAMS-R (Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, de Feldman y cols. 2007) antes de iniciar el programa y al finalizar el mismo a las ocho semanas. También los pacientes contestaron el SCL-90-R (Derogatis, 2002) antes de iniciar el programa y al finalizar el mismo a las ocho semanas. Los participantes, tanto en grupo como individuales, registran diariamente las prácticas de meditación formal e informal así como las actividades agradables y desagradables.

Análisis estadísticos

Dadas las características de la muestra y de las variables estudiadas se han utilizado los siguientes procedimientos estadísticos: Distribuciones de frecuencias y porcentajes para la variable sexo; puntuaciones medias para la variable edad; Test de Wilcoxon para muestras relacionadas, para comparaciones entre variables evaluadas en un mismo sujeto en distintos momentos, y; Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, para analizar las diferencias entre los sujetos que realizaron las sesiones de meditación indicadas en el programa y los que no las realizaron.

Resultados

Analizamos los resultados en los diferentes grupos de personas con las que se realizó la intervención.

Grupo de Alumnos: De los 20 sujetos que forman parte de este grupo, 10 realizaron la meditación formal más de tres veces a la semana, la meditación informal todos los días y asistieron a 6 sesiones o más. Los otros 10 no siguieron las indicaciones del programa respecto a la meditación formal e informal y asistieron a 4 o menos sesiones.

Los resultados obtenidos por los 10 sujetos que participan correctamente en el programa se muestran en la siguiente tabla (Tabla 2). Podemos observar que aparecen diferencias significativas en todas las variables, mejorando los alumnos sus capacidades de "atención plena", tras la intervención.

Con las 10 personas que no han seguido correctamente el programa, se compararon sus puntuaciones obtenidas en cada escala de "atención plena", antes y después de la participación en el programa, respecto a la muestra de 10 sujetos que sí realizaron correctamente el programa. El objetivo es observar las posibles diferencias entre las personas que realizaron correctamente dicho programa y las que no (Tabla 3).

Los datos muestran claramente que antes de la aplicación del programa no se observan diferencias en las variables de atención plena entre ambos grupos. Sin embargo, después de la intervención, las personas que han seguido las sesiones y han realizado la meditación formal e informal obtienen, significativamente, mayores puntuaciones en todas las variables evaluadas que aquellos que no han participado adecuadamente en el programa. Esto nos indica que la mejora en las capacidades de atención plena se ha

producido por la participación de los sujetos en el programa de intervención realizado.

Grupo de Alcàsser: De los 21 sujetos que forman parte de este grupo, 12 realizaron la meditación formal más de tres veces a la semana, la meditación informal todos los días y asistieron a 6 sesiones o más. Los otros 9 no siguieron las indicaciones del programa respecto a la meditación formal e informal y asistieron a 4 o menos sesiones.

A continuación se muestran los resultados en las variables de "atención plena" antes y después de la aplicación del programa (Tabla 4), en los 12 sujetos que sí participaron correctamente en dicho programa.

Como se puede observar, los resultados muestran diferencias significativas en todas las variables de "atención plena", antes y después de haber intervenido.

También en este grupo comparamos las puntuaciones obtenidas en cada escala de "atención plena", antes y después de la participación en el programa, con los sujetos que lo han realizado correctamente y con los que no lo han hecho, para analizar posibles diferencias (Tabla 5).

Los datos muestran de nuevo, que antes de la intervención no se observan diferencias en las variables de atención plena y sin embargo después, las personas que han seguido las sesiones y han realizado la meditación formal e informal obtienen, significativamente, mayores puntuaciones en todas las variables evaluadas.

Grupo de Pacientes: Todos los sujetos que forman parte de este grupo realizaron la meditación formal más de tres veces a la semana, la meditación informal todos los días y asistieron a 6 sesiones o más, de las 8 que constituyen el programa de inter-

vención. Los resultados en las variables de “atención plena” antes y después de la aplicación del programa los podemos ver en la tabla 6, donde se puede observar que hay mejorías significativas en todas las variables evaluadas.

En este grupo se administró el SCL-90-R antes y después de la intervención. Los resultados se muestran en la Tabla 7.

Como puede observarse hay una disminución significativa en todas las escalas del SCL-90-R tras la intervención. Además se analizaron las puntuaciones teniendo en cuenta el baremo del manual de TEA (2002) tanto en el baremo para mujeres como para varones de muestra psiquiátrica. Las puntuaciones en todas las escalas antes de la intervención se sitúan entre el percentil 60 y el 85 y después de la inter-

vención se sitúan entre el percentil 40 y 70.

Grupo de Deportistas: Los nueve sujetos que forman parte de este grupo realizaron la meditación formal más de tres veces a la semana, la meditación informal todos los días y asistieron a 6 sesiones o más, de las 8 que constituyen el programa.

Los resultados en las variables de “atención plena” antes y después de la aplicación del programa se muestran en la siguiente tabla (Tabla 8).

Como se puede observar, se obtienen diferencias significativas en todas las variables antes y después de la intervención, por lo que podemos decir que, en la muestra de deportistas, se han incrementado las capacidades de “atención plena” tras la participación en el programa.

Tabla 2. Diferencias medias en “atención plena” antes y después de la intervención

| VARIABLES | Pre M(DT) | Post M(DT) | Wilcoxon Z | p |
|--------------------------------------|--------------|---------------|---------------|------|
| Capacidad de atención | 6 (0.94) | 7.60 (0.97) | -2.87 | .004 |
| Conciencia del pensamiento | 6.10 (1.52) | 7.90 (1.10) | -2.67 | .007 |
| Aceptación | 6.80 (1.14) | 7.90 (0.88) | -2.43 | .015 |
| Capacidad estar centrado en presente | 7.40 (1.84) | 9.70 (1.16) | -2.82 | .005 |
| TOTAL | 26.30 (4.97) | 33.00 (3.56) | -2.81 | .005 |

Nota. M=media; DT= Desviación típica

Tabla 3. Diferencias medias en "atención plena" antes y después de la intervención, entre las personas que realizaron el programa (GRUPO 1) y las que no lo realizaron (GRUPO 2).

| | GRUPO 1 | GRUPO 2 | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|-------------------|------|
| VARIABLES PRETEST | M(DT) | M(DT) | Mann-Whitney Z | p |
| Capacidad de atención | 6 (0.94) | 6 (1.41) | -.36 | .739 |
| Conciencia del pensamiento | 6.10 (1.52) | 6.20 (1.75) | -.66 | .529 |
| Aceptación | 6.80 (1.14) | 6.20 (1.81) | -.24 | .853 |
| Capacidad estar centrado en presente | 7.40 (1.84) | 7.30 (1.49) | -.04 | .971 |
| TOTAL | 26.30 (4.97) | 25.70 (6.04) | -.23 | .853 |
| VARIABLES POSTEST | M(DT) | M(DT) | Mann-Whitney Z | p |
| Capacidad de atención | 7.60 (0.97) | 6.20 (1.14) | -2.54 | .011 |
| Conciencia del pensamiento | 7.90 (1.10) | 6.30 (1.34) | -2.58 | .011 |
| Aceptación | 7.90 (0.88) | 6.40 (1.78) | -2.32 | .029 |
| Capacidad estar centrado en presente | 9.70 (1.16) | 7.10 (1.45) | -3.27 | .000 |
| TOTAL | 33.00 (3.56) | 26.00 (5.25) | -3.11 | .001 |

Nota. M=media; DT= Desviación típica

Tabla 4. Diferencias medias en "atención plena" antes y después de la intervención

| VARIABLES | Pre M(DT) | Post M(DT) | Wilcoxon Z | p |
|--------------------------------------|--------------|---------------|---------------|------|
| Capacidad de atención | 5.42 (.90) | 7.42 (.99) | -2.97 | .003 |
| Conciencia del pensamiento | 5.92 (.90) | 7.58 (.99) | -2.98 | .003 |
| Aceptación | 6.08 (.90) | 7.75 (.75) | -2.98 | .003 |
| Capacidad estar centrado en presente | 5.92 (1.08) | 7.75 (.97) | -2.97 | .003 |
| TOTAL | 23.33 (2.64) | 30.50 (3.23) | -3.66 | .002 |

Nota. M=media; DT= Desviación típica

Tabla 5. Diferencias medias en “atención plena” antes y después de la intervención, entre las personas que realizaron el programa (GRUPO 1) y las que no lo realizaron (GRUPO 2).

| | GRUPO 1 | GRUPO 2 | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|-------------------|------|
| VARIABLES PRETEST | M(DT) | M(DT) | Mann-Whitney Z | p |
| Capacidad de atención | 5.42 (.90) | 5.22 (1.09) | -.45 | .702 |
| Conciencia del pensamiento | 5.92 (.90) | 5.89 (0.60) | -.28 | .808 |
| Aceptación | 6.08 (.90) | 5.78 (0.97) | -.53 | .651 |
| Capacidad estar centrado en presente | 5.92 (1.08) | 6.11 (0.93) | -.35 | .754 |
| TOTAL | 23.33 (2.64) | 23.00 (2.55) | -.47 | .651 |
| VARIABLES POSTEST | M(DT) | M(DT) | Mann-Whitney Z | p |
| Capacidad de atención | 7.42 (.99) | 5.33 (0.71) | -3.53 | .000 |
| Conciencia del pensamiento | 7.58 (.99) | 6.11 (0.60) | -3.04 | .002 |
| Aceptación | 7.75 (.75) | 5.44 (0.88) | -3.72 | .000 |
| Capacidad estar centrado en presente | 7.75 (.97) | 6.11 (0.93) | -3.06 | .002 |
| TOTAL | 30.50 (3.23) | 22.89 (1.62) | -3.77 | .000 |

Nota. M=media; DT= Desviación típica

Tabla 6. Diferencias medias en “atención plena” antes y después de la intervención

| VARIABLES | Pre M(DT) | Post M(DT) | Wilcoxon Z | p |
|--------------------------------------|--------------|---------------|---------------|------|
| Capacidad de atención | 3.93 (0.83) | 5.64 (0.93) | -3.22 | .001 |
| Conciencia del pensamiento | 4.14 (1.03) | 5.86 (0.77) | -3.36 | .001 |
| Aceptación | 3.86 (1.10) | 5.64 (0.93) | -3.35 | .001 |
| Capacidad estar centrado en presente | 3.79 (1.12) | 5.64 (0.84) | -3.25 | .001 |
| TOTAL | 16 (3.53) | 22.79 (2.83) | -3.31 | .001 |

Nota. M=media; DT= Desviación típica

Tabla 7. Diferencias medias en "síntomas psicopatológicos" antes y después de la intervención, en la muestra de pacientes

| VARIABLES | Pre M(DT) | Post M(DT) | Wilcoxon Z |
|---|----------------|----------------|---------------|
| Somatización | 2.15 (0.57) | 1.70 (0.41) | -3.32** |
| Obsesión-compulsión | 2.19 (0.50) | 1.74 (0.52) | -3.32** |
| Sensibilidad interpersonal | 1.17 (0.63) | 0.88 (0.40) | -2.96* |
| Depresión | 2.31 (0.48) | 1.74 (0.43) | -3.30** |
| Ansiedad | 2.67 (0.23) | 2.02 (0.19) | -3.32** |
| Hostilidad | 1.73 (0.80) | 1.20 (0.42) | -3.20** |
| Ansiedad fóbica | 2.11 (0.80) | 1.35 (0.41) | -3.19** |
| Ideación paranoide | 1.57 (1.03) | 1.37 (0.89) | -2.52* |
| Psicoticismo | 0.97 (0.63) | 0.75 (0.45) | -2.82* |
| ADI | 1.03 (0.59) | 0.76 (0.43) | -3.09* |
| TOTAL | 166.79 (26.69) | 126.07 (21.99) | -3.30** |
| Índice global de gravedad | 1.85 (0.30) | 1.40 (0.25) | -3.30** |
| Total síntomas positivos | 61.57 (8.84) | 56.36 (7.53) | -3.31** |
| Índice de distrés de síntomas positivos | 2.70 (0.26) | 2.24 (0.33) | -3.18** |

Nota. ** $p \leq .001$; * $p \leq .05$; M=media; DT= Desviación típica

Tabla 8. Diferencias medias en "atención plena" antes y después de la intervención

| VARIABLES | Pre M(DT) | Post M(DT) | Wilcoxon Z | p |
|--------------------------------------|--------------|---------------|---------------|------|
| Capacidad de atención | 6 (0.87) | 8.11 (1.05) | -2.69 | .007 |
| Conciencia del pensamiento | 5.89 (0.60) | 8.33 (1.12) | -2.70 | .007 |
| Aceptación | 6.11 (0.60) | 8.44 (0.88) | -2.71 | .007 |
| Capacidad estar centrado en presente | 6 (0.50) | 7.44 (0.73) | -2.74 | .006 |
| TOTAL | 24 (1.5) | 32.56 (2.88) | -2.69 | .007 |

Nota. M=media; DT= Desviación típica

Discusión y conclusiones

Respecto al Objetivo a: Mejorar la capacidad de “atención plena”, en todos los participantes que practican y acuden a las sesiones de “mindfulness”, evaluada a través de las cuatro variables del CAMS-R. Los resultados encontrados nos indican que la asistencia a las sesiones de mindfulness y la práctica de la meditación formal e informal mejoran significativamente las habilidades de mindful: Capacidad de atención, Conciencia del pensamiento, Aceptación y Capacidad de estar centrado en el presente. Resultados semejantes fueron encontrados por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney (2006).

En la muestra de personas de la población de Alcàsser y en la de estudiantes se observa que las diferencias obtenidas tras la aplicación del programa no se deben a diferencias previas en la muestra. Previa a la aplicación del programa no se observan diferencias en la capacidad de atención plena en los sujetos evaluados. Estos resultados podrían indicar la efectividad del programa para conseguir el objetivo planteado.

Respecto al Objetivo b: Reducción, en el caso de las personas con trastornos psicológicos, de las dimensiones del SCL-90-R: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, y de los tres índices globales. Podemos concluir que la asistencia a las sesiones de mindfulness y la práctica de la meditación formal e informal reducen los síntomas evaluados por el SCL-90 en personas con trastornos mentales. Beardard, Felteau, Mazmanian, Fedyk, Klein, Richardson, Parkinson y Minthorn-Biggs, (2003) encontraron, en pacientes que habían sufrido un traumatismo craneal, diferencias

significativas en el índice global PSDI (Índice de distrés de síntomas positivos) del SCL-90 ($p = .054$). En España Andrés Martín ha examinado la eficacia del programa para la reducción del estrés de Kabat-Zinn (MBSR) con un grupo de 28 voluntarios, en su mayoría profesionales de la salud. El 75 por ciento de los participantes completó el programa y el malestar psicológico de estos se redujo en un 49 por ciento según el SCL-90R. El malestar físico también mejoró, con una reducción del 44 por ciento de los síntomas médicos (Martín Asuero, García de la Banda, Benito Oliver, 2005; Martín Asuero, García de la Banda, 2007).

Somos conocedores de las limitaciones del estudio dado el escaso número de sujetos evaluados y el reducido período de tiempo transcurrido desde la intervención, pero es destacable que en todos los casos los resultados son positivos para las personas que han utilizado las técnicas de Mindfulness. A pesar de las diferencias entre los grupos y de la forma de aplicación, individual o grupal, los resultados muestran una mejora de las capacidades en todos los sujetos que han participado en el programa.

Así, nuestro objetivo de cara al futuro es seguir profundizando en la eficacia de la aplicación del Mindfulness, realizando también análisis más detallados sobre componentes y características de los sujetos que más se benefician.

Bibliografía

- Altmaier, E.; Maloney, R. (2007). An Initial Evaluation of a Mindful Parenting Program. *Journal of clinical psychology, Vol. 63(12), 1231-1238*
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13, 27-45*.

- Bedard, M.; Felteau, M.; Mazmanian, D.; Fedyk, K.; Klein, R.; Richardson, J.; Parkinson, W.; Minthorn-Biggs, M.B. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries. *Disability and Rehabilitation*, 25 (13), 722-731
- Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual-II* (2nd ed.). National Computer Systems, Minneapolis.
- Derogatis, L.R. (2002) "SCL-90-R cuestionario de 90 síntomas". Madrid: TEA
- Didonna, F. (2009) *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer, New York.
- Dumas, J. E. (2005). Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to Lessen the Grip of Automaticity in Families With Disruptive Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 779-791
- Feldman G., Hayes, A., Kumar S., Greeson J., Laurenceau J.P. (2007) "Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)" *J Psychopathology Behav Assess* 29:177-190
- Eyberg, S. M.; Graham-Pole, J.R. (2005) Mindfulness and Behavioral Parent Training: Commentary. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 792-794.
- Gil, J. (2008a) "Diploma de Actualización en la intervención cognitiva de la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicológicos." Fundación Universidad Empresa. ADEIT. Valencia
- Gil, J. (2008b) "Master de intervención en psicología clínica y de la salud." Fundación Universidad Empresa. ADEIT. Valencia
- Hayes, S. C.; Stroschal, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York. Guilford Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). "Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes". *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (eds.): *Mindfulness and acceptance*. Nueva York: Guilford Press, 1-29.
- Hesslinger, B.; Tebartz van Elst, L.; Nyberg, E.; Dykierik, P.; Richter, H.; Berner, M.; Ebert, D. (2002) Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 252 : 177-184
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face, stress, pain and illness*. N.Y. Dell Publishing. Traducido por Kairos
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairos.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairos.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York. Guilford Press
- Martín Asuero, A., García de la Banda, G., Benito Oliver, E (2005) "Reducción del estrés mediante atención plena: la técnica MBSR en la formación de los profesionales de la salud". *Análisis y Modificación de Conducta*, 31,557-571
- Martín Asuero, A., García de la Banda, G. (2007) The advantages of being present: Developing mindfulness to reduce distress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2) 369-384.
- McKee,L; Zvolensky, M.J.; Solomon, S.E.; Bernstein,A.; Leen-Feldner, E. (2007) Emotional-Vulnerability and Mindfulness: A Preliminary Test of Associations among Negative Affectivity, Anxiety Sensitivity, and Mindfulness Skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2) 91-101.
- Napoli, M.; Krech, P.R.; Holley, L.C. (2005) Mindfulness Training for Elementary School Students: The Attention Academy. *Journal of Applied School Psychology*, Vol. 21(1), 99-125
- Randye J.; Semple, R.J.; Reid, E.F.G.; Miller, L. (2005) "Treating Anxiety With Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children". *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 19-4.
- Rude, S.S.; Maestas, K.L.; Neff, K. (2007) Paying attention to distress: What's wrong with rumination?. *Cognition and emotion*, 21 (4), 843-864
- Simón, V.M. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII, 65; 5-31.
- Siegel, D.J. (2007). *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York. London.
- Scherer-Dickson, N. (2004) "Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness based cognitive therapy for depression". *Counselling Psychology Quarterly*. 17- 2, pp. 223-234
- Segal, Z.V.; Williams, J.M.; Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York. The Guilford Press. Traducción española 2006 por DDB.
- Vallejo, M.A., (2008). "Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia". En F.J. Labrador (Ed.) *Técnicas de modificación de conducta*, pp 225-242. Madrid: Pirámide.
- Williams J.M.G.; Duggan, D.S.; Crane, C.; Fennell, M.J.V. (2006) "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Recurrence of Suicidal Behavior" *Journal of Clinical Psychology*. 62(2), 201-210

Fecha de recepción: 01/07/2009
 Fecha de aceptación: 02/11/2009